



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 4. Dezember 2014 (720 14 216 / 300)

Invalidenversicherung

Neuanmeldung zum Bezug von Leistungen der IV: Der Versicherte hat die massgebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes im Verwaltungsverfahren glaubhaft zu machen.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Kantons-
 richterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente (756.2508.5562.03)

A.1 Der 1954 geborene A.____ meldete sich am 31. Januar 2011 unter Hinweis auf einen im August 2010 erlittenen Herzinfarkt mit anschliessender Bypass-Operation bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nachdem die zuständige IV-Stelle B.____ die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse des Versicherten abgeklärt hatte, ermittelte sie für die Zeit von der Anmeldung bis zum 5. Oktober 2011 einen Invaliditätsgrad von 38%, für die Zeit vom 6. Oktober 2011 bis 31. Januar 2012 einen solchen von 100% und für die

Zeit ab 1. Februar 2012 einen Invaliditätsgrad von 25%. Gestützt auf diese Ergebnisse sprach die IV-Stelle B._____ dem Versicherten mit Verfügung vom 28. Juni 2012 für den Zeitraum vom 1. Januar 2012 bis zum 30. April 2012 eine befristete ganze IV-Rente zu. Mit Wirkung ab dem 1. Mai 2012 wurde das Leistungsbegehren des Versicherten abgewiesen. Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.

A.2 Nach seinem Umzug nach C._____ ersuchte A._____ die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Schreiben vom 10. November 2011 um eine Neueinstufung seines IV-Grades. Die IV-Stelle trat mit Verfügung vom 3. Dezember 2012 auf das neue Leistungsbegehren nicht ein. Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.

A.3 Am 18. März 2014 meldete sich A._____ unter Hinweis auf eine schwere Depression mit achtwöchigem stationären Aufenthalt vom 15. Oktober 2013 bis 17. Dezember 2013, einer schweren Schlafapnoe und vier Bypässe erneut zum Leistungsbezug an. Mit Schreiben vom 24. März 2014 wies die IV-Stelle den Versicherten darauf hin, dass eine Revision respektive eine erneute Prüfung der abgelehnten Leistung bloss möglich sei, wenn er glaubhaft darlege, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit dem ursprünglichen Entscheid in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hätten. Die IV-Stelle forderte den Versicherten deshalb auf, durch die Einreichung weiterer Unterlagen bis zum 29. April 2014 darzulegen, dass sich sein Gesundheitszustand in relevanter Weise verändert habe. Sie wies darauf hin, dass bei unbenutztem Fristenablauf oder ungenügender Glaubhaftmachung der veränderten Verhältnisse auf das Leistungsbegehren nicht eingetreten werde. Seitens des Versicherten wurden innert der gesetzten und anschliessend verlängerten Frist keine weiteren Unterlagen eingereicht. Mit Verfügung vom 24. Juni 2014 trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren nicht ein. Zur Begründung führte sie aus, der Versicherte habe nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der Verfügung vom 3. Dezember 2012 wesentlich verändert hätten.

B. Hiergegen erhob A._____ mit Schreiben vom 1. Juli 2014 Einsprache (recte: Beschwerde) bei der IV-Stelle, welche die Eingabe zuständigkeitshalber an das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), weiterleitete. Darin beantragte der Beschwerdeführer sinngemäss, die Verfügung vom 24. Juni 2014 sei aufzuheben und es sei auf sein Leistungsbegehren einzutreten. Zur Begründung wird unter Hinweis auf einen beiliegenden Arztbericht im Wesentlichen angeführt, dass sich sein Gesundheitszustand seit Dezember 2012 massiv verschlechtert habe. Die behandelnden Ärzte und Kliniken seien in der Neuanschuldung erwähnt worden. Weitere Arztberichte würden nachgereicht.

C. Mit Eingabe vom 11. August 2014 reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen sowie ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein. Mit Verfügung vom 12. August 2014 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und es wurde von der Erhebung eines Kostenvorschusses abgesehen.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 8. September 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Die vom Beschwerdeführer betreffend die geltend gemachte depressive Episode eingereichten Arztberichte würden lediglich eine vorübergehende Verschlech-

terung des Gesundheitszustandes belegen. Eine entsprechende Therapie fände nicht statt und es lägen keine weiteren Arztberichte vor, die sich über eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit aussprechen würden. Bezüglich der ebenfalls geltend gemachten Luftröhrenverengung (Trachealstenose) durch die vergrösserte Schilddrüse (Struma nodosa) sei festzuhalten, dass eine Operation möglich und vorgesehen sei. Die Operation verlaufe in der Regel ohne Komplikationen und bedinge keine anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der mit dem Apnoe-Syndrom zusammenhängenden Tagesmüdigkeit werde nicht attestiert und könne wegen mangelnder Therapie-Compliance auch nicht geltend gemacht werden.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 1. Juli 2014 ist somit einzutreten.

2. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist einzig, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neu-anmeldung des Beschwerdeführers zum Leistungsbezug vom 18. März 2014 zu Recht nicht eingetreten ist.

3.1 Wurde ein Rentenanspruch einer versicherten Person wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 eine Neu-anmeldung zum Rentenbezug nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 erfüllt sind. Danach ist von der versicherten Person im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Gelingt ihr dies nicht, so wird auf das Gesuch nicht eingetreten. Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (vgl. BGE 117 V 200 E. 4b). Die Rechtskraft der früheren Verfügung steht damit einer neuen Prüfung so lange entgegen, wie der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C_286/2009, E. 2.2.2 mit weiteren Hinweisen).

3.2 Die Eintretensvoraussetzung nach Art. 87 Abs. 3 IVV soll verhindern, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Anspruchsprüfung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 112 E. 5.3.1 mit weiteren Hinweisen). Die Verwaltung verfügt bei der Beurteilung der Eintretensvoraussetzungen über einen gewissen Spielraum. So wird sie zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und an die Glaubhaftmachung dementsprechend mehr oder weniger hohe Anforderungen stellen (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C_286/2009, E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen). Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind allerdings herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 E. 5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C_286/2009, E. 2.2.2 mit weiteren Hinweisen).

3.3 In erster Linie ist es Sache der versicherten Person, substantielle Ansatzpunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen. Wie das Bundesgericht im Entscheid 130 V 64 ff. bekräftigt hat, spielt der Untersuchungsgrundsatz, wonach die Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen hat (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen), insoweit nicht. Wird in der Neu Anmeldung bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person nach der Rechtsprechung eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei (BGE 130 V 68 f. E. 5.2.5 mit Hinweisen). Wenn die der Neu Anmeldung beiliegenden ärztlichen Berichte so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist es der Verwaltung zwar unbenommen, entsprechende Erhebungen anzustellen oder bei der versicherten Person Belege nachzufordern, eine Verpflichtung der IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben (analog zu BGE 130 V 64 ff.) besteht indessen nur, wenn den – für sich allein genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden – Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt. Im Übrigen bedeutet eine bloss Abklärung durch die Verwaltung, so das Einholen eines einfachen Arztberichtes, allein noch kein materielles Eintreten auf die Neu Anmeldung (Urteil B. des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C_286/2009, E. 2.2.3 mit Hinweis).

3.4 Zeitlicher Ausgangspunkt für die Prüfung der veränderten Verhältnisse bildet die letzte materielle Beurteilung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs. Zwischenzeitlich ergangene Nichteintretensverfügungen sind dagegen unbeachtlich (vgl. BGE 130 V 77 f. E. 3.2.3). Vorliegend wurde mit Verfügung vom 28. Juni 2012 ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers für die Zeit ab 1. Mai 2012 verneint. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den

tatsächlichen Verhältnissen erfolgt ist, die ein Eintreten auf die Neuanmeldung rechtfertigen würde, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 28. Juni 2012 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Nicht-eintretensverfügung vom 24. Juni 2014.

4.1 Wie eingangs geschildert, hatte sich der Beschwerdeführer am 31. Januar 2011 bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet. Nach Vornahme der erforderlichen Abklärungen sprach die damals zuständige IV-Stelle B._____ mit Verfügung vom 28. Juni 2012 dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis 30. April 2012 eine ganze Rente zu. Für die Zeit ab 1. Mai 2012 wurde ein Invaliditätsgrad von 25% ermittelt und ein Rentenanspruch abgelehnt. Die IV-Stelle B._____ stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf diverse Berichte der behandelnden Ärzte. Die festgestellte Verbesserung des Gesundheitszustandes ab 1. Februar 2012 basiert augenscheinlich auf dem Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Februar 2012. Darin hatte dieser als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem eine mittelgradige depressive Episode festgehalten. Bis 31. Januar 2012 sei der Patient deshalb zu 100% arbeitsunfähig. Seit dem 1. Februar 2012 betrage die Arbeitsunfähigkeit noch 40%.

4.2 In seiner Neuanmeldung vom 18. März 2014 gab der Beschwerdeführer an, vom Mai 2011 (recte wohl: 2012) bis Juni 2013 zu 25% invalid gewesen zu sein. Seit Juli 2013 sei er zu 100% krank. Vom 15. Oktober 2013 bis 17. Dezember 2013 sei er in der Klinik F._____ in stationärer Behandlung gewesen, vom 9. Januar 2014 bis 14. März 2014 sei er ferner ambulant in der Tagesklinik F._____ behandelt worden. Der Beschwerdeführer gab die Namen und Adressen der ihn behandelnden Ärzte an und reichte zwei Arztzeugnisse von Dr. med. E._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein, wonach er vom 9. Januar 2014 bis 27. Januar 2014 sowie für vier weitere Wochen ab dem 28. Januar 2014 respektive vom 6. Januar 2014 bis zum 31. März 2014 zu 100% arbeitsunfähig sei. Auf Aufforderung der Beschwerdegegnerin reichte der Beschwerdeführer jedoch keine weiteren medizinischen Unterlagen ein.

4.3 Erst mit der vorliegenden Beschwerde machte der Beschwerdeführer diverse Berichte der behandelnden Ärzte und Kliniken erhältlich:

4.3.1 Im Austrittsbericht der Klinik F._____ vom 7. April 2014 werden als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) und als Nebendiagnosen ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0), schizoide Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), Belastungen in Verbindung mit der beruflichen Situation (Stellenverlust, ICD-10 Z56), Probleme in Verbindung mit der ökonomischen Situation (ICD-10 Z59), sozialer Rückzug (ICD-10 Z60.8) sowie in somatischer Hinsicht eine chronisch-ischämische Herzkrankheit bei Status nach vierfachem Bypass im Jahr 2010, eine essentielle Hypertonie, eine Adipositas Grad I und ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom festgestellt. Der Patient sei vom 9. Januar 2014 bis 14. März 2014 tagesstationär behandelt worden; bis zum 31. März 2014 liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor.

4.3.2 Aus dem eingereichten MRI-Bericht des Spitals G.____ vom 24. Juli 2014 geht hervor, dass beim Beschwerdeführer eine grosse Struma multinodosa (vergrösserte Schilddrüse) mit deutlicher Einengung der Trachea (Luftröhre) auf Höhe der oberen Thoraxapertur vorliege.

4.3.3 Im Konsultationsbericht „aCPAP-Nachkontrolle“ der kardiologischen Abteilung des Labors H.____ vom 28. Juli 2014 werden folgende Diagnosen gestellt: eine hochgradige Stenosierung der Trachea durch eine grosse retrosternale Struma mit multiplen Hypodensitäten und Kalzifikationen; ein schweres obstruktives Schlafapnoe- / Hypopnoe-Syndrom bei ungenügender Therapiecompliance; ein kleiner, eher benigner Rundherd im anterioren rechten Oberlappen; eine Depression unter medikamentöser Therapie als Sozialbezüger; eine koronare Dreigefässerkrankung bei Status nach vierfachem AC-Bypass (2010) und Sternotomie sowie bei knapp erhaltener linksventrikulärer systolischer Funktion (2013); eine Adipositas; eine Steatosis der Leber (CT 2014); eine arterielle Hypertonie; eine Hiatushernie sowie anamnestisch eine Appendektomie und eine Nasenbeinfraktur. Der Patient beklage ausgeprägte Tagesmüdigkeit, Nykturie, spontanes Einschlafen am Tag, Konzentrationsstörungen, verminderte Leistungsfähigkeit, Einschlafstörungen, öfters nächtliches Aufwachen ohne wieder einschlafen zu können, Hustenanfälle, Angstträume, nächtliches Schwitzen und Schnarchen. Er fühle sich morgens nie ausgeruht. Im Jahr 2012 sei ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert worden und eine aCPAP-Heimtherapie eingeleitet worden. Der Patient habe sich an die Therapie nicht optimal gewöhnen können, anamnestisch werde die Maske bloss gelegentlich getragen. Von Seiten der koronaren Herzkrankheit sei der Patient asymptomatisch, er habe keine pektanginösen Beschwerden. Bei Anstrengung und forcierter Atmung bestehe zwischendurch ein Stridor, welcher eindeutig auf eine funktionell bedeutsame Trachealstenose hinweise. Die Indikation für eine Strumektomie sei gegeben, es bleibe abzuwarten, was postoperativ vom Schlafapnoe-Syndrom übrig bleibe.

5.1 Wie bereits unter Erwägung 3.3 hiavor ausgeführt, ist es in erster Linie Sache der versicherten Person, substantielle Ansatzpunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen. Eine Verpflichtung der IV-Stellen zur Nachforderung weiterer Angaben besteht demnach nur, wenn den von der versicherten Person eingereichten Unterlagen konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach eine massgebliche Sachverhaltsveränderung stattgefunden hat. Dies ist vorliegend zu verneinen. Erwiesenermassen hat der Beschwerdeführer im Rahmen der Neuanschuldung mit den Arztzeugnissen von Dr. E.____ bloss eine weniger als drei Monate dauernde Arbeitsunfähigkeit dokumentiert. Weder mit der Anmeldung noch auf Aufforderung der Beschwerdegegnerin vom 24. März 2014 wurden weitere Arztberichte oder sonstige medizinischen Unterlagen eingereicht. Mit seinen unbelegten Angaben im Anmeldeformular zum stationären Aufenthalt in der Klinik F.____ und zu seiner seit Sommer 2013 dauernden Arbeitsunfähigkeit bot er auch keine genügenden Anhaltspunkte für eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes. Eine Pflicht der Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung ist folglich zu verneinen. Der Beschwerdeführer hat nach dem Ausgeführten im Neuanschuldungsverfahren nicht glaubhaft machen können, dass sich sein Gesundheitszustand in erheblicher und dauerhafter Weise verschlechtert hat.

5.2 Daran vermögen grundsätzlich auch die nachträglich im Rahmen des Beschwerdeverfahrens und somit verspätet eingereichten Unterlagen nichts zu ändern. Der Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 7. April 2014 erwähnt im Rahmen der Angaben des Patienten zwar die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers und eine vom behandelnden Psychiater seit August 2013 attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die entsprechenden Berichte wurden vom Beschwerdeführer indessen nicht eingereicht. Konkrete Angaben zur Arbeitsunfähigkeit fehlen ausserdem im Austrittsbericht weitestgehend. Eine solche wird lediglich bis 31. März 2014 ausgewiesen, wobei unklar ist, ob diese erst ab Beginn der tagesstationären Behandlung am 9. Januar 2014 oder bereits früher eingetreten ist. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit wird auch aus den eingereichten Arztzeugnissen von Dr. E.____ nicht klar, wird dieser doch unterschiedlich auf den 6. oder 9. Januar 2014 festgelegt. Jedenfalls kann aus den im Verwaltungsverfahren eingereichten Arztzeugnissen und dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Austrittsbericht vom 7. April 2014 nicht per se auf eine längerdauernde, rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands geschlossen werden (vgl. Art. 87 Abs. 3 und Art. 88a Abs. 2 IVV). Die ebenfalls im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte der MRI-Untersuchung vom 24. Juli 2014 und des Labors H.____ vom 28. Juli 2014 sind ihrerseits erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. Juni 2014 ergangen und demnach im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen (vgl. E. 3.4 hiavor). Im Übrigen werden in diesen Berichten keinerlei Angaben zu einer Arbeitsunfähigkeit gemacht, die für eine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes sprechen könnte.

5.3 Nach dem Ausgeführten ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer eine anspruchrelevante Sachverhaltsänderung nicht glaubhaft machen können. Dennoch kann nicht vollständig verneint werden, dass aus den vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen gewisse Anhaltspunkte für eine mögliche Verschlechterung des Gesundheitszustands ersichtlich werden. Es steht dem Beschwerdeführer frei, diese im Rahmen einer weiteren Anmeldung bei der IV-Stelle mittels den entsprechenden Unterlagen glaubhaft zu machen. Im vorliegend zu beurteilenden Verwaltungsverfahren genügten die Angaben des Beschwerdeführers indessen nicht, um von einer möglichen (dauerhaften) Verschlechterung des Gesundheitszustands auszugehen. Der Nichteintretensentscheid der Beschwerdegegenerin ist damit zu Recht erfolgt und die Beschwerde ist abzuweisen.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten, die praxisgemäss auf Fr. 600.– festgesetzt werden, ihm zu auferlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist jedoch mit Verfügung vom 12. August 2014 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse.

6.2 Die ausserordentlichen Kosten sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens wettzuschlagen.

6.3 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>