



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. Januar 2019 (720 18 288 / 04)

Invalidenversicherung

Würdigung des medizinischen Sachverhalts: Die IV-Stelle hat diesen vollständig abgeklärt

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Monica Armesto, Advokatin, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1966 geborene A.____ war vom 1. März 2002 bis 31. August 2015 bei der B.____AG als Lagermitarbeiter angestellt. Am 6. November 2014 erlitt er einen Verkehrsunfall und zog sich dabei eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) zu. Am 30. September 2015 meldete er sich unter Hinweis auf unfallbedingte Kopf- und Nackenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. In der Folge zog die IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft (IV-Stelle) die Akten der zuständigen Unfallversicherung bei.

Nach weiteren Abklärungen der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse wies sie mit Verfügung vom 17. Juli 2018 einen Anspruch von A._____ auf eine Rente mangels Invalidität ab.

B. Hiergegen erhob A._____, vertreten durch Advokatin Monica Armesto, am 12. September 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht. Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 17. Juli 2018 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm nach Massgabe eines noch zu bestimmenden Invaliditätsgrads eine Rente auszurichten. Eventualiter sei die Verfügung vom 17. Januar 2018 aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen über seinen Leistungsanspruch erneut entscheide; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 11. Oktober 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

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 12. September 2018 ist demnach einzutreten.

2. Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2018 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

3. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist. Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, der geistigen oder der psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG).

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befun-

de zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Hingegen kommt Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 in fine mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

5. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als zentral erweisen.

6.2 Im Bericht der Radiologie C.____ vom 3. Dezember 2014 wurden beginnende Chondrosen mit zirkulären dorsalen Protrusionen ohne Hinweise auf eine radikuläre Irritation und eine regelrechte Haltung der Halswirbelsäule (HWS) im Liegen ohne posttraumatische Knochenkontusionszonen oder ein reaktives Weichteil- oder Knochenmarksödem festgestellt. Die Facettengelenke würden sich regelrecht darstellen.

6.3 Der Beschwerdeführer wurde im Auftrag der Unfallversicherung vom 22. Oktober 2015 bis 26. November 2015 in der Klinik D.____ stationär abgeklärt. Im Austrittsbericht vom 23. November 2015 wurden eine HWS-Distorsion QTF Grad II, ein Spannungskopfschmerz und ein migräneartiger Kopfschmerz gemischt, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41, Z56), eine Adipositas und ein Verdacht auf eine arterielle Hypertonie diagnostiziert. Es läge eine leichte Druckschmerzhaftigkeit über die gesamte HWS und Nackenmuskulatur vor. Die Rotation sei links circa ein Drittel und rechts circa zur Hälfte eingeschränkt. Es bestünde entlang der gesamten Brust- und Lendenwirbelsäule (BWS, LWS) eine Druckdolenz. Die Rotation und die Laterflexion des Rumpfes seien im Stehen frei. Bei der Rotation des Rumpfes klage der Versicherte über Schmerzen im Nacken. In psychiatrischer Hinsicht würden sich Stimmungsschwankungen und dysfunktionale Überzeugungen mit ausgeprägter Schmerzfixierung und maladapтивem Genesungskonzept, assoziiert mit einem Schon- und Vermeidungsverhalten und mit Überforderungsgefühl im stationären Therapiesetting zeigen. Die psychische Störung begründe jedoch zusätzlich zu den muskuloskelettä-

ren Einschränkungen keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Bei der Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit (BAL) wurde eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt. Diese sei teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können, als bei den Leistungstests gezeigt worden sei. Die physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen liesse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung, der bildgebenden Abklärung und den Diagnosen nicht erklären. Die bisherige Tätigkeit als Lagerist und zumutbare Verweistätigkeiten seien ganztags möglich.

6.4 Am 12. Februar 2016 diagnostizierte Dr. med. E.____, FMH Neurologie, einen Status nach HWS-Distorsionstrauma, aktuell ohne Hinweise auf traumatisch bedingte Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems. Die seit dem Unfall persistierenden Schmerzen seien vorwiegend myofaszialer Natur. Eine Symptomausweitung sei anzunehmen.

6.5 Der behandelnde Arzt Dr. med. F.____, FMH Infektiologie und Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte am 23. August 2016 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Distorsion der HWS Grad II am 6. November 2014, persistierende Kopfschmerzen und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41, Z56). Er hielt fest, dass dem Versicherten eine körperlich leichtere Arbeit uneingeschränkt möglich sein sollte.

6.6 Am 30. Mai 2017 führte Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, aus, dass der Versicherte durch die Unfallversicherung medizinisch komplex und nachvollziehbar abgeklärt worden sei, wobei sich die subjektiven Beschwerden nicht hinlänglich hätten objektivieren lassen. Interdisziplinär imponiere eine erhebliche Symptomausweitung und neurologisch allenfalls myofaszial zuordenbare Beschwerden. Unfallfremde Funktionseinschränkungen, die eine Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründen, würden nicht vorliegen. Spätestens nach der Entlassung aus der Klinik D.____ könne der Versicherte als unlimitiert arbeitsfähig eingestuft werden. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt.

6.7 Am 29. Mai 2018 äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zu den Standardindikatoren und kam zum Schluss, dass der Versicherte aus psychiatrischer Sicht in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei.

7.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2018 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse, zu denen die Ärzteschaft der Klinik D.____ im Austrittsbericht vom 6. November 2014 sowie der RAD in seinen Stellungnahmen vom 30. Mai 2017 und 29. Mai 2018 gelangt waren. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Beschwerdeführer sowohl die bisherige Tätigkeit als Lagermitarbeiter als auch jede andere angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar seien. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie in Erwägung 4.4 hiervor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuver-

lässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und seine Schlussfolgerungen begründet sind. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 23. November 2015 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Es ist vielmehr festzuhalten, dass der Bericht die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage in jeder Hinsicht erfüllt. So weist er weder formale noch inhaltliche Mängel auf, ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.3 hiervor) – umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen. So wurde der Versicherte anlässlich des stationären Aufenthalts eingehend somatisch und psychiatrisch exploriert und die arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit evaluiert. Die entsprechenden, vorstehend (vgl. E. 6.3 hiervor) wiedergegebenen Darlegungen im Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 23. November 2015 vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann. Vor diesem Hintergrund sind auch die Beurteilungen des RAD vom 30. Mai 2017 und 29. Mai 2018 nachvollziehbar, wonach der Versicherte spätestens nach der Entlassung aus der Klinik D.____ wiederum vollständig arbeitsfähig gewesen sei und sich keine weiteren medizinischen Abklärungen aufdrängen würden.

7.2 Die Vorbringen des Beschwerdeführers sind nicht geeignet, das vorstehende Beweisergebnis in Frage zu stellen. Wenn er geltend macht, der Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 23. November 2015 reiche beweisrechtlich nicht aus, da er bloss eine versicherungsinterne Beurteilung darstelle, keine genügende psychiatrische Begutachtung enthalte und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rein unfallbedingter Sicht erfolgt sei, kann ihm nicht beigespflichtet werden. Auch wenn der Unfallversicherer in erster Linie an der Kausalität des versicherten Unfallereignisses vom 6. November 2014 (Verkehrsunfall) und den noch vorhandenen Beschwerden (Schwindel, Kopf- und Nackenschmerzen) interessiert war, schränken die Ärzte der Klinik D.____ ihre Einschätzungen nicht ausdrücklich auf unfallbedingte Behinderungen ein, weshalb diese grundsätzlich auch für die Belange der Invalidenversicherung Gültigkeit beanspruchen können (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. Oktober 2008, 8C_691/2008, E. 3.2). Insoweit ist das Vorgehen der IV-Stelle demnach nicht zu beanstanden. Dies gilt namentlich auch für die während des stationären Aufenthalts in der Klinik D.____ durchgeführte psychiatrische Abklärung, bei der nebst einer Exploration auch die arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit evaluiert wurde. Dadurch konnten sich die Klinikärzte aufgrund eines persönlichen Eindrucks ein umfassendes Bild über die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit machen. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass diese Beurteilung nicht lege artis erfolgt sein soll, sind weder ersichtlich noch vom Beschwerdeführer substantiiert dargetan. Anderslautende medizinische Berichte, die Zweifel an der Beurteilung im Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 23. November 2015 begründen würden, liegen nicht vor. Demnach ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer invalidenversicherungsrechtlich keine relevante psychische Störung auszumachen ist. Wenn er weiter geltend macht, selbst die Unfallversicherung habe nicht auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 23. November 2015 abgestellt, trifft dies nicht zu, wie sich aus der Mitteilung der Unfallversicherung an den Versicherten vom 4. Januar 2016 (act. 38.32) ergibt. Sodann lässt sich aus der

Tatsache, dass die Leistungen der Unfallversicherung gemäss Verfügung der Unfallversicherung vom 27. Mai 2016 – zu Gunsten des Beschwerdeführers – erst per 31. Mai 2016 eingestellt wurden, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Insgesamt stellt der Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 23. November 2015 eine beweistaugliche Entscheidungsgrundlage dar und stimmt mit der Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. F.____ vom 23. August 2016 darin überein, dass auch er dem Versicherten in angepassten Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestierte. Vor diesem Hintergrund kommt den Berichten des RAD vom 30. Mai 2017 und 29. Mai 2018 insofern keine selbstständige Bedeutung zu, als sie nicht auf eigenständigen Erhebungen beruhen, sondern – als interne Berichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 – lediglich die Ergebnisse der von der Unfallversicherung veranlassten medizinischen Untersuchungen zusammenfassen und eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht enthalten (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 26. Mai 2008, 9C_55/2008, E. 4.1 und 4.2). Aspekte, welche weitere Erhebungen nahelegen würden, ergeben sich in den RAD-Berichten vom 30. Mai 2017 und 29. Mai 2018 nicht. Da auch für die Zeit bis zum Erlass der Verfügung vom 17. Juli 2018 Hinweise darauf fehlen, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten nach dem Austritt aus der Klinik D.____ verändert hat, kann in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf zusätzliche Abklärungen verzichtet werden.

8. Nach dem Gesagten ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gestützt auf den Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 23. November 2015 davon ausgegangen ist, dass dem Versicherten angepasste Tätigkeiten vollumfänglich zumutbar sind. Nachdem sich aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung der Vergleichseinkommen vorzunehmen wäre und die Berechnung auch vom Versicherten nicht beanstandet wurde, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem durch die IV-Stelle angestellten Einkommensvergleich. Es ist mit der IV-Stelle davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte. Die angefochtene Verfügung vom 17. Juli 2018, mit welcher ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

9. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 Satz 2 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb er die Verfahrenskosten zu tragen hat. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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