



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 19. November 2021 (720 20 122 / 287)

Invalidenversicherung

Medizinischer Sachverhalt in Bezug auf den Zeitpunkt der Verschlechterung des Gesundheitszustands ungenügend abgeklärt; Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Margit Campell

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer, vertreten durch Michelle Wahl, Advokatin, Advokatur am Fischmarkt, Fischmarkt 12, 4410 Liestal

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 Der 1961 geborene A.____ absolvierte bei der B.____ eine Ausbildung zum Verkäufer und war im Anschluss daran bis Ende Juli 2018 bei der C.____ AG in X.____ angestellt. Am 4. April 2000 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine koronare Herzkrankheit bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) sprach A.____ mit Verfügung vom 15. November 2000 rückwirkend ab 1. April 1999 eine halbe Rente zu.

A.2 Die IV-Stelle führte in den Jahren 2003, 2009 und 2013 von Amtes wegen Revisionen des Rentenanspruchs durch, wobei sie diesen in der Folge jeweils unverändert bestätigte. Am 22. November 2017 stellte A.____ ein Gesuch um Revision resp. Erhöhung der Rente, da sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe. Die IV-Stelle untersuchte den rechtserheblichen Sachverhalt und holte bei Dr. med. D.____, FMH Kardiologie, und Dr. med. E.____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, ein bidisziplinäres Gutachten ein, welches am 15. Dezember 2018 bzw. am 14. Februar 2019 erstattet wurde. Weiter liess sie den Versicherte durch Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchen (vgl. Gutachten vom 12. November 2019). Gestützt auf die Ergebnisse dieser Abklärungen kam die IV-Stelle insgesamt zum Schluss, dass keine rentenbeeinflussende Verschlechterung des Gesundheitszustands vorliege. In der Folge bestätigte sie – nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens – mit Verfügung vom 21. Februar 2020 den Anspruch des Versicherten auf eine halbe Rente.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokatin Michelle Wahl, mit Eingabe vom 19. März 2020 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Er beantragte unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Ausrichtung einer ganzen Rente mit Wirkung ab 1. November 2017. Eventualiter sei die Sache zur Durchführung von weiteren medizinischen Abklärungen insbesondere zur Anordnung einer unabhängigen kardiologischen und psychiatrischen Begutachtung und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass der angefochtene Entscheid auf ungenügenden und willkürlichen medizinischen Sachverhaltsabklärungen beruhe, weshalb er aufzuheben sei.

C. Mit Vernehmlassung vom 8. Mai 2020 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

D. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers reichte am 13. Juli 2020 einen Arztbericht des behandelnden Kardiologen Dr. med. G.____, FHM Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 8. Juli 2020 ein. Diesem ist unter anderem zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit Februar 2020 erneut verschlechtert habe. Dazu liess sich die IV-Stelle am 15. Juli 2020 vernehmen, wobei sie an ihren bisherigen Standpunkten festhielt.

E. Am 31. August 2020 ging ein weiteres Schreiben der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein. Gleichzeitig reichte sie einen Bericht des Spitals L.____, vom 24. August 2020 und die Abklärungsergebnisse der Spiroergometrie vom 19. August 2020 ein. Demnach bestehe beim Beschwerdeführer eine schwerste Herzinsuffizienz. Gleichzeitig würden auch die zunehmende rhythmische Instabilität und der progrediente Leistungsabfall bestätigt. Die Indikation einer Herztransplantation sei nun klar gegeben. Die IV-Stelle unterbreitete diese Berichte ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD). Gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. H.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 10. September 2020, wonach im Längsverlauf seit November 2019 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen seien, beantragte die IV-Stelle in ihrer Eingabe vom 11. September 2020, dass die

Beschwerde vom 19. März 2020 insoweit teilweise gutzuheissen sei, als die halbe Rente per 1. Februar 2020 auf eine ganze Rente zu erhöhen sei.

F. Der Beschwerdeführer, vertreten durch Advokatin Michelle Wahl, hielt in seiner Eingabe vom 25. September 2020 an den Anträgen und Ausführungen in der Beschwerde vom 19. März 2020 fest.

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 erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 19. März 2020 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ab wann die Verschlechterung des Gesundheitszustands und damit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente eingetreten ist. Während die IV-Stelle davon ausgeht, dass dieser Zeitpunkt im November 2019 eingetreten sei und eine Rentenerhöhung unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 ab 1. Februar 2020 anerkennt, stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass er bereits ab November 2017 Anspruch auf eine ganze Rente habe.

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte

und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat 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.

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 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 demnach entscheidend, ob dieser 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.3 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 Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. November 2019, 8C_549/2019, E. 3.2 mit Hinweis und vom 8. April 2020, 8C_60/2020, E. 3.2).

5.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Anspruchs (Viertelsrente, halbe Rente, Dreiviertelrente, ganze Rente; Art. 28 Abs. 2 IVG) auswirkt (vgl. BGE 134 131 E. 3). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person, wozu namentlich der Gesundheitszustand gehört. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden. Umgekehrt ist – bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand – eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung, welche zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führt, revisionsrechtlich von Bedeutung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen). Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

5.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht ver-

ändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

5.3 Liegt dagegen ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2018, 8C_145/2018, E. 3.2).

5.4 Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.2 mit Hinweis).

5.5 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 15. November 2000 rückwirkend ab 1. April 1999 eine halbe Rente zu. Auf Gesuch des Beschwerdeführers vom 22. November 2017 hin leitete die IV-Stelle ein Rentenrevisionsverfahren ein. Es folgte eine einlässliche materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit einer vertieften Abklärung des medizinischen Sachverhalts. Nach Vornahme medizinischer und erwerblicher Abklärungen stellte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Februar 2020 fest, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente habe. Da der Beschwerdeführer von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands ab November 2017 ausging, sind vorliegend die Verfügungen vom 15. November 2000 und vom 21. Februar 2020 miteinander zu vergleichen.

6. Das Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest

mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

7.1 Zur Beurteilung der strittigen Fragen sind im Wesentlichen nachfolgende medizinische Unterlagen zu berücksichtigen:

7.2 Die IV-Stelle stützte die ursprüngliche Verfügung vom 15. November 2000 im Wesentlichen auf die Ausführungen des Hausarztes Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin, vom 10. April 2000 und des behandelnden Kardiologen Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, vom 14. September 1999. Beide berichteten, dass der Beschwerdeführer seit 1995 an einer koronaren Herzerkrankung in Sinne einer Zweiasterkrankung leide. Bei einer Stentversorgung sei es im Mai 1995 zu einer Thrombose mit akutem Vorderwandinfarkt gekommen. Im Jahr 1997 habe der Beschwerdeführer in Y.____ einen akuten posterioren Infarkt gehabt und sei erneut mit Stents versorgt worden. In der Folge habe er seine Tätigkeit langsam wiederaufgenommen. Allerdings habe er immer wieder über rasche Ermüdbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten bei der Arbeit geklagt. In der Folge wurde dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

7.3.1 Im Rahmen des Revisionsgesuchs vom 22. November 2017 holte die IV-Stelle einen Bericht bei Dr. G.____ ein, welcher am 15. Dezember 2017 erstattet wurde. Der Kardiologe äusserte sich im Wesentlichen dahingehend, dass es seit der ursprünglichen Festlegung der IV-Rente im Jahr 1999 zu einer Progression der koronaren Herzerkrankung gekommen sei. Es persistiere eine mittelschwer bis schwer eingeschränkte Funktion mit einer symptomatischen Herzinsuffizienz. Auch die rhythmische Situation sei instabil. Aus seiner Sicht sei der Beschwerdeführer nicht mehr erwerbsfähig.

7.3.2 Die IV-Stelle holte bei Dr. D.____ und bei Dr. E.____ ein bidisziplinäres Gutachten ein, Dr. D.____ diagnostizierte in seinem kardiologischen Teilgutachten vom 15. Dezember 2018 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine koronare 3-Ast-Erkrankung und (2) eine rhythmogene Herzkrankheit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden (3) ein Status nach cerebrovasculärem Insult der Stromgebiete A. cerebri posterior rechts im Juni 2012, (4) ein obstruktives Schlafapnoesyndrom unter CPAP-Therapie, (5) kardiovaskuläre Risikofaktoren wie eine Hypercholesterinämie, eine familiäre Belastung, eine arterielle Hypertonie und ein Status nach Nikotinabusus, (6) ein thrombotischer Verschluss der Vena subclavia links, (7) eine seronegative rheumatoide Arthritis und (8) ein Status nach Sigmaresektion im Frühjahr 2019 nach rezidiven Sigmadivertikulitiden. In seiner Beurteilung führte Dr. D.____ aus, dass beim Beschwerdeführer im Jahr 1995 eine koronare Herzerkrankung aufgetreten sei, die primär elektiv zur Abklärung und Implantation eines Stents geführt habe. In der Folge sei es zu Komplikationen gekommen. 1997 habe der Beschwerdeführer einen weiteren posterioren Infarkt mit Stentimplantation erlitten. Danach habe sich die Herzkrankheit über Jahre stabil und nahezu beschwerdefrei verhalten. Im Februar 2013 sei primär prophylaktisch ein Kardioverter-Defibrillator (ICD) implantiert worden, nachdem eine abnehmende links-ventrikuläre Funktion festgestellt worden sei. Dort sei es aber zu Elektrodenproblemen gekommen, weshalb bereits ein Jahr nach der ICD-Implantation eine

Elektrodenrevision habe vorgenommen werden müssen. Im Jahr 2015 sei bei einem Vorhofflattern eine Isthmusablation durchgeführt worden. Ein Jahr später sei es zu einer progredienten Symptomatik gekommen mit invasiven Abklärungen und insgesamt 7 Stentimplantationen sowie 2 Wiedereröffnungen von Gefässen mit Rotablation. Als komplizierenden Faktor nannte Dr. D.____ auch einen cerebrovaskulären Insult im Jahr 2012, der ebenfalls kardioembolisch interpretiert worden sei. In Bezug auf die Ejektionsfraktion (EF) hielt er fest, dass diese aktuell mittelschwer eingeschränkt sei bei mittelschwerer Mitralinsuffizienz und einer biplan berechneten EF von 37 %. Hinzu komme, dass erneut eine Dyspnoe und Thoraxbeschwerden beschrieben würden, die an eine Angina pectoris denken liessen. Aufgrund vermehrter Rhythmusstörungen, bei welchen es sich entweder um ein atypisches Vorhofflattern oder um ein Vorhofflimmern gehandelt haben dürfte, sei am 6. November 2018 erfolgreich eine Elektrokonversion durchgeführt worden. Trotzdem seien die Leistungsfähigkeit, die Dyspnoe und die Angina pectoris unverändert vorhanden. Der Versicherte weise zudem in der ICD-Abfrage zunehmend Kammertachykardien auf, von denen er selbst aber nichts merke und die teilweise korrekt mittels Antitachykardie pacing beendet hätten werden können. Eine ICD-Schockabgabe sei bisher nie notwendig gewesen. Das Risikopotential für gefährliche Kammertachykardien sei jedoch bei grossem apikalem Aneurysma und transmuraler Narbe sicherlich nicht unerheblich. In Zukunft dürfte daher mit relevanten ventrikulären Rhythmusstörungen und eventuellen Schockabgaben zu rechnen sein. Weiter wies Dr. D.____ auf eine depressive Grundhaltung des Versicherten hin. Zudem leide der Beschwerdeführer an einer ausgeprägten Anlage zu Stent-Thrombosen, In-Stent-Restenosen, einem thrombotischen Verschluss der Vena subclavia links und einem cerebrovaskulären Insult. Da auch der Bruder eine Lungenembolie und die Schwester einen Hirninfarkt erlitten hätten, empfehle er eine Gerinnungsabklärung. Aus kardiologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für mittelschwere bis schwere Tätigkeit auf Dauer nicht mehr arbeitsfähig. Eine leichte Tätigkeit, wie die angestammte, sei ihm aber aus kardiologischer Sicht weiterhin zu 50 % zumutbar.

Im rheumatologischen Gutachten vom 14. Februar 2019 nannte Dr. E.____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden anamnestisch eine chronische seronegative rheumatoide Arthritis (ICD-10 M06), ein wenig symptomatisches thoracolumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5), eine klinisch beginnende bisher asymptomatische Coxarthrose beidseits und eine allgemeine muskuläre Dekonditionierung. Dr. E.____ führte aus, dass bei anzunehmender früherer aktiver systemisch entzündlicher rheumatologischer Grunderkrankung mit derzeitig vorliegender Remission ohne entzündungshemmende Begleitmedikation, keine Funktionseinschränkung oder Beeinträchtigung für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten ausgewiesen sei.

In der bidisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Dres. D.____ und E.____ zum Schluss, dass die kardiologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit massgebend sei. Demnach sei der Beschwerdeführer insgesamt zu 50 % in der angestammten Tätigkeit eingeschränkt.

7.3.3 Dr. F.____ konnte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 7. November 2019 keine Diagnosen erheben. Es bestünden keine Funktions- und Fähigkeitsstörungen. Der Beschwerdeführer sei psychiatrisch weitgehend gesund.

7.3.4 Im Austrittsbericht des Spitals K.____ vom 29. November 2019, wo der Beschwerdeführer vom 13. bis 14. November 2019 hospitalisiert war, wurden eine rezidivierende monomorphe Kamertachykardie bei einliegendem ICD (Erstdiagnose am 13. November 2019), ein Status nach Vorhofflattern (DD: organisiertes Vorhofflimmern), eine koronare 2-Gefässerkrankung, ein Status nach zerebrovaskulärem Insult im Stromgebiet der Arteria cerebri posterior rechts im Juni 2010 und ein obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei notfallmässig nach präklinischer elektrischer Kardioversion (EKV) bei anhaltender symptomatischer Kamertachykardie eingeliefert worden.

7.3.5 Dr. D.____ führte am 10. Dezember 2019 zuhänden der Beschwerdegegnerin aus, dass beim Versicherten insgesamt eine zunehmende rhythmische Instabilität gezeigt werde. Es bestehe das bekannte Vorhofflimmern und -flattern, welches aber aktuell nicht im Vordergrund stehe. Vielmehr komme es zu einer zunehmenden ventrikulären Rhythmusinstabilität, was die Prognose verschlechtere. Er sehe in Bezug auf die attestierte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, die gleichzeitig als angepasste Tätigkeit anzusehen sei, keine Änderung. Leichte körperliche Tätigkeiten seien dem Versicherten mit vermehrtem Pausendbedarf weiterhin zu 50 % zumutbar. Sollte zukünftig die rhythmische Instabilität jedoch zunehmen und wiederholte Schockabgaben oder Antitachykardie-Pacing-Episoden notwendig werden, würde dies zu wiederholten Symptomen und Hospitalisationen und damit auch zu einer zunehmenden Arbeitsunfähigkeit führen. Aufgrund der einmaligen Episode im November 2019 könne aber noch keine definitive Aussage diesbezüglich gemacht werden, auch wenn sich von der Anamnese her eine Verschlechterung der ventrikulären Instabilität in den letzten beiden Jahren angekündigt habe. Es müsse somit in Zukunft doch mit einer Verschlechterung der kardialen Situation gerechnet werden.

7.3.6 Am 19. Dezember 2019 hielt der RAD-Arzt Dr. H.____ fest, dass die eingeholten Gutachten der Dres. D.____, E.____ und F.____ grundsätzlich nachvollziehbar begründet seien. Einzig in Bezug auf die vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung durch Dr. D.____ hielt er fest, dass dieser nicht gefolgt werden könne. So sei festzustellen, dass die angestammte Tätigkeit als Verkäufer bei der C.____ gemäss Stellenbeschrieb der Arbeitgeberin keine durchwegs leichte Arbeit darstelle. Dr. H.____ kam daher zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Hingegen könne er leichte, primär sitzende Arbeiten, bei denen er keine Lasten über 10 kg tragen müssen, im Umfang von 50 % verrichten.

7.3.7 Dr. G.____ führte zuhänden der IV-Stelle am 3. Februar 2020 aus, dass beim Beschwerdeführer unverändert eine schwere koronare Herzerkrankung vorliege mit ausgeprägten Herzinsuffizienzsymptomen und knapp schwergradig eingeschränkter systolischer Funktion. Deshalb habe der Versicherte zwischenzeitlich einen Dreikammerschrittmacher erhalten, welcher eine gewisse Besserung gebracht habe. Leider sei es in der Folge zu einer Perforation im Bereich der CRT-/ICD-Lodge gekommen, weshalb das Gerät habe gewechselt werden müssen. Aufgrund eines Infekts sei für die Neueinlage nur die Gegenseite in Frage gekommen. Ein erfolgloser Versuch, die dort verschlossene Vena subclavia zu öffnen, habe dazu geführt, dass die Elektrode

durch eine weitere Operation epikardial habe eingelegt werden müssen. Er erachtete den Beschwerdeführer entgegen der Auffassung des RAD auch für eine leichte Tätigkeit als nicht mehr arbeitsfähig.

7.4.1 Nach Eingang der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer am 13. Juli 2020 einen weiteren Bericht von Dr. G. ____ vom 8. Juli 2020 ein, welchem der aktuelle Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu entnehmen ist. Dr. G. ____ wies darin auf die in der Zwischenzeit gehäuften relevanten Arrhythmien hin, die sich in Episoden mit Todesangst und ausgeprägter Atemnot äussern würden, so dass gemäss Angaben der Umgebung der Beschwerdeführer jeweils zyanotisch werde. Bisher seien solche Episoden jeweils durch den implantierten Defibrillator erkannt und behandelt worden (zumeist mittels Antitachykardie-Pacing). Kürzlich sei es aber auch zu zwei Synkopen mit zweimaliger Schockabgabe des ICD gekommen. Aufgrund der zunehmenden Instabilität, welche als Folge der progredienten Verschlechterung der Herzinsuffizienz zu interpretieren sei, sei der Beschwerdeführer wieder im Spital L. ____ hospitalisiert gewesen. Der Versicherte sei langfristig 100 % arbeitsunfähig.

7.4.2 Am 31. August 2020 reichte der Beschwerdeführer einen Spiroergometrie-Bericht des Spitals L. ____ vom 19. August 2020 ein. Darin wurde zusammenfassend festgestellt, dass sich eine schwer reduzierte Leistungsfähigkeit bei bekannter Herzinsuffizienz und in geringerem Ausmass auch durch eine chronotrope Inkompetenz unter Amiodaron- und Betablockertherapie gezeigt habe. Aufgrund der aktuellen Prognose sei mit der Vorbereitung einer Herztransplantation begonnen worden. Gleichzeitig liess er dem Kantonsgericht auch den Bericht des Spitals L. ____ vom 25. August 2020 zukommen. Diesem ist zu entnehmen, dass es beim Beschwerdeführer in den letzten Monaten zunehmend zu einer rhythmischen Instabilität mit rezidivierenden ventrikulären Tachykardien und adäquaten Schockabgaben mittels ICD gekommen sei. Anamnestisch bestehe ein progredienter Leistungsabfall und eine Zunahme der belastungsabhängigen Dyspnoe (aktuell NYHAI) in den letzten Monaten. Zudem zeige sich laborchemisch ein beginnendes kardiorenales Syndrom. Aufgrund der fortgeschrittenen Herzinsuffizienz sei eine Risikostratifizierung mittels Rechtsherz-Katheter und Spiroergometrie durchgeführt worden. Dabei sei die bereits klinisch vermutete schwerste Herzinsuffizienz bestätigt worden, sodass der Zeitpunkt für eine weiterführende Herzersatztherapie mit dem Ziel einer Herztransplantation klar gegeben sei.

7.4.3 Zum Bericht von Dr. G. ____ vom 8. Juli 2020 und den Ausführungen des Spitals L. ____ vom 19. und 25. August 2020 hielt der RAD-Arzt Dr. H. ____ am 10. September 2020 zusammenfassend fest, dass eindeutig eine Verschlechterung eingetreten und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu bejahen sei. Betrachte man den bisherigen Verlauf seit dem Gutachten von Dr. D. ____ bis zum aktuellen Zeitpunkt, bei welchem nunmehr eine Herztransplantation besprochen werde, müsse die bisherige Zumutbarkeit revidiert werden. Bereits im November 2019 sei der Beschwerdeführer wegen rezidivierenden Kammertachykardien hospitalisiert gewesen. Im Längsverlauf müsse seit diesem Zeitpunkt eine kontinuierliche Verschlechterung angenommen werden. Aus diesem Grund sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit dem 13. November 2019 zu 100 % arbeitsunfähig sei.

8.1 Die IV-Stelle stützte ihre Verfügung vom 21. Februar 2020 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf die Ausführungen im bi-disziplinären Gutachten der Dres. D.____ und E.____ vom 15. Dezember 2018 bzw. 14. Februar 2019 und dem Gutachten von Dr. F.____ vom 7. November 2019 sowie die Stellungnahmen von Dr. D.____ vom 10. Dezember 2019 und des RAD vom 19. Dezember 2019. Im entscheidungsrelevanten Zeitpunkt vom 21. Februar 2020 ging sie daher davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine adaptierte leichte Tätigkeit zu 50 % zumutbar sei. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.4 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen. Diese beweisrechtlichen Vorgaben erfüllt zunächst das rheumatologische Teilgutachten von Dr. E.____ vom 14. Februar 2019. Dieses weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 5.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in rheumatologischer Hinsicht auf die Ergebnisse abstellte, zu welchen Dr. E.____ gelangte. Diese Beurteilung des rheumatologischen Gesundheitszustands wird auch vom Beschwerdeführer zu Recht nicht bestritten.

8.2 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers entspricht auch das psychiatrische Gutachten von Dr. F.____ vom 7. November 2019 den vorgenannten bundesgerichtlichen Vorgaben an einen beweistauglichen medizinischen Bericht, weshalb darauf abgestellt werden kann. Das Gutachten hat weder formale noch inhaltliche Mängel, ist umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Es leuchtet auch betreffend die medizinischen Zusammenhänge bzw. die Beurteilung der medizinischen Situation ein. Auf eine Auseinandersetzung mit abweichenden ärztlichen (psychiatrischen) Einschätzungen konnte Dr. F.____ verzichten, da solche nicht vorlagen. Zudem sind die Schlussfolgerungen plausibel, wonach beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, nachdem im Rahmen der Untersuchung keine psychischen Funktions- und Fähigkeitsstörungen erhoben werden konnten. Dieses Fazit stimmt auch mit den Ausführungen des Beschwerdeführers im Rahmen der Begutachtung durch Dr. F.____ überein. Der Versicherte hielt während der Begutachtung fest, dass er nie das Gefühl gehabt habe, eine psychiatrische Therapie zu benötigen und er könne nicht verstehen, warum er auch in psychiatrischer Hinsicht begutachtet werde. Zwar darf der Gutachter sich bei seiner Beurteilung nicht nur auf subjektiven Angaben stützen, sondern muss sein Ergebnis auch konkret bezogen auf den Zustand des Versicherten und die objektiven Befunde begründen. Diesen Anforderungen genügt das Gutachten von Dr. F.____ aber bei weitem. Zusammenfassend ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in psychiatrischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. F.____ vom 7. November 2019 abgestellt hat.

8.3.1 Hingegen bestehen Zweifel an der Beweistauglichkeit des kardiologischen Teilgutachtens von Dr. D.____ vom 15. Dezember 2018 und dessen Stellungnahme vom 10. Dezember 2019. Dr. D.____ diagnostizierte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare 3-Ast-Erkrankung und eine rhythmogene Herzkrankheit. Gestützt auf diese Diagnosen kam er zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht für mittelschwere bis schwere Arbeiten auf Dauer nicht mehr arbeitsfähig sei. Eine leichte Tätigkeit, wie die angestammte, sei ihm aber aus kardiologischer Sicht weiterhin zu 50 % zumutbar. Während die medizinischen Abklärungsergebnisse nachvollziehbar sind und auch den Vorgaben des Bundesgerichts an ein beweistaugliches Beweismittel entsprechen, kann der Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. D.____ nicht gefolgt werden. Er attestierte dem Beschwerdeführer sowohl in seinem Gutachten vom 15. Dezember 2018 als auch in seiner Stellungnahme vom 10. Dezember 2019 und eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit wie die angestammte Arbeit bei der C.____. Dr. D.____ verkannte in diesem Zusammenhang jedoch, dass es sich dabei nicht um eine leichte Beschäftigung handelte, musste der Beschwerdeführer doch selbst gelegentlich Gewichte von über 25 kg schieben, heben oder tragen und konnte dabei – entgegen der Auffassung von Dr. D.____ – nicht auf die Hilfe anderer Angestellter zählen (vgl. Stellenbeschreibung der C.____ vom 23. Juli 2018, act. 81). Es mag zutreffen, dass die Tätigkeit bei der C.____ eine Abwechslung des Tagesablaufs darstellte und der Kontakt zu anderen Menschen einen positiven Einfluss auf die Krankheit mit Ablenkung von den gesundheitlichen Problemen hatte. Dies vermag aber mit Blick auf die erhobenen Diagnosen und unter Berücksichtigung des Stellenprofils bei der C.____ keine 50%ige Arbeitsfähigkeit zu rechtfertigen. Auch Dr. D.____ äusserte sich diesbezüglich vorsichtig, indem er angab, dass die Tätigkeit bei der C.____ die Arbeitsfähigkeit "eher" unterstütze. Weiter verzichtete der Gutachter auf eine plausible Auseinandersetzung mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des behandelnden Kardiologen und hielt dazu lediglich fest, dass dieser vor allem die psychische Komponente ins Feld geführt habe. Diese Aussage widerspricht den Angaben im Bericht von Dr. G.____ vom 15. Dezember 2017. Dieser wies lediglich am Schluss seiner Ausführungen auf eine depressive Reaktion des Beschwerdeführers hin, welche erschwerend hinzukomme. Unter diesen Umständen überzeugt in Bezug auf die vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung weder das kardiologische Teilgutachten vom 14. Dezember 2018 noch die Stellungnahme von Dr. D.____ vom 10. Dezember 2019, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

8.3.2 Auch die IV-Stelle legte ihrem Entscheid vom 21. Februar 2020 nicht die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. D.____ zugrunde, sondern stützte sich dabei auf die Angaben ihres RAD-Arztes Dr. H.____ vom 19. Dezember 2019. Entgegen ihrer Auffassung erfüllt aber auch dieser Bericht die Anforderungen an eine beweistaugliche medizinische Unterlage nicht. Mit dem RAD-Arzt ist zwar festzustellen, dass das Gutachten von Dr. D.____ in Bezug auf die attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht nachvollziehbar ist. Die von ihm getroffene Schlussfolgerung, wonach der Beschwerdeführer leichte, primär sitzende Arbeiten, bei denen er keine Lasten über 10 kg tragen müsse, im Umfang von 50 % verrichten könne, überzeugt aber ebenfalls nicht und wird von Dr. H.____ selbst in seinem Bericht vom 10. September 2020 widerlegt. Darin bestätigte er nämlich eine Verschlechterung des Gesundheitszustands und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit rückwirkend ab 13. November 2019. Damit hält der RAD-Arzt selbst nicht mehr an seiner im Bericht vom 19. Dezember 2019 attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % in

einer leichten adaptierten Tätigkeit fest. Damit ist gleichzeitig davon auszugehen, dass die IV-Stelle sich im angefochtenen Entscheid auf eine unzureichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers stützte. Dadurch ist sie der ihr obliegenden Untersuchungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht rechtsgenügend nachgekommen.

8.4 Aus dem Gesagten folgt, dass vorliegend einzig die rheumatologische und die psychiatrische Beurteilung der Dres. E.____ und F.____ überzeugen. Hingegen kann in Bezug auf die vorgenommene Zumutbarkeitseinschätzung weder auf die Ausführungen des Kardiologen Dr. D.____ noch auf die versicherungsinternen Feststellungen von Dr. H.____ abgestellt werden. Die vorhandene medizinische Aktenlage lässt damit auch unter Berücksichtigung der Berichte des behandelnden Arztes keine abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers ab November 2017 zu. Die Untersuchungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren sind mit anderen Worten nicht ausreichend beweiskräftig, der relevante medizinische Sachverhalt bedarf vielmehr weiterer Abklärung.

9. Gemäss neuerer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 ff. E. 4.4.1 ff.). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin nicht alle notwendigen Abklärungen für die Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers vorgenommen. Zwar hat sie bei Dr. D.____ und Dr. E.____ ein bidisziplinäres Gutachten eingeholt und den Beschwerdeführer auch psychiatrisch abklären lassen. Da sie mit der vorgenommenen Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. D.____ nicht einverstanden war, stützte sie sich diesbezüglich auf die Ergebnisse ihres RAD-Arztes Dr. H.____, welche – wie vorstehend aufgeführt – ebenfalls nicht schlüssig sind. Da das Kantonsgericht lediglich eine Würdigung der medizinischen Akten vornehmen darf, kann es im vorliegenden Verfahren nicht seine Aufgabe sein, im Verwaltungsverfahren versäumte kardiologische medizinische Abklärungen nachzuholen. Einer Rückweisung an die Vorinstanz steht daher nichts entgegen. Die IV-Stelle hat dabei die Frage der Auswirkungen der seit Revisionsgesuch (November 2017) bestehenden kardiologischen Beschwerden und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nochmals abzuklären. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird die IV-Stelle anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers ab November 2017 neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

10.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.

10.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts genügt für den bundesrechtlichen Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der Beschwerde führenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (BGE 132 V 215 E. 6.2). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, hat diese dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. Seine Rechtsvertreterin machte in ihrer Honorarnote vom 25. September 2020 einen Zeitaufwand von 13.66 Stunden geltend, welcher sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Diese Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxismässig für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 255.80. Die IV-Stelle hat dem Beschwerdeführer somit eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'955.25 (13.66 Stunden à Fr. 250.-- plus Fr. 255.80 und 7.7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

11.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutmachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

11.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen

Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 21. Februar 2020 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'955.25 (inkl. Auslagen und 7.7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.