



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 6. März 2025 (720 24 87)

Invalidenversicherung

Prüfung des medizinischen Sachverhalts nach Neuanmeldung

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Yves Waldmann, Advokat, St. Johannis-Vorstadt 23, Postfach 342, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 Der 1972 geborene A.____ arbeitete zuletzt vom 1. Dezember 2001 bis 31. August 2013 bei der B.____ AG als Spezialhandwerker. Am 25. Oktober 2012 meldete er sich erstmals unter Hinweis auf seit August 2011 bestehende Nacken- und Rückenschmerzen sowie Magenprobleme bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Im Rahmen

der gesundheitlichen Abklärungen beauftragte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) die Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) mit einer polydisziplinären Begutachtung des Versicherten. Das Gutachten wurde am 5. Juni 2015 erstattet. Infolge einer durch den Versicherten geltend gemachten gesundheitlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes holte die IV-Stelle am 26. Februar 2016 ein Verlaufsgutachten bei der asim ein. Gestützt auf deren Gutachten vom 1. November 2016 und einer ermittelten Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leidensangepassten Verweistätigkeit verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 30. August 2017 einen Rentenanspruch des Versicherten. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 26. September 2017 wies das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 25. Januar 2018 ab. Dieses Urteil erwuchs in Rechtskraft.

A.2. Mit Gesuch vom 9. November 2018 meldete sich A._____ erneut zum Leistungsbezug an. Zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts beauftragte die IV-Stelle wiederum die asim mit einer polydisziplinären Begutachtung des Versicherten. Da das Expertenteam der asim in seinem Gutachten vom 12. Juni 2020 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zu den Gutachten vom 15. Juni 2015 und vom 1. November 2016 feststellen konnte, lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 4. September 2020 einen Rentenanspruch des Versicherten ab.

A.3 Ein weiteres Leistungsgesuch reichte der Versicherte zusammen mit Dr. med. C._____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation und FMH Rheumatologie, am 13. September 2022 (Eingang bei IV-Stelle am 27. September 2022) bei der IV ein. Die IV-Stelle ordnete im Rahmen der Abklärung des medizinischen Sachverhalts bei der asim eine Begutachtung des Versicherten an. Nach Vorliegen des Gutachtens vom 8. September 2023 verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Februar 2024 einen Rentenanspruch des Versicherten.

B. Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Advokat Dr. Yves Waldmann, mit Eingabe vom 25. März 2024 Beschwerde ans Kantonsgericht. Der Rechtsvertreter beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei dem Versicherten ab 1. März 2023 eine Rente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von mindestens 50 % auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung und zur Neubeurteilung des Leistungsanspruchs an die IV-Stelle zurückzuweisen; alles unter o/e-Kostenfolge, wobei dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen seien. In der Begründung beanstandete er im Wesentlichen die Beweistauglichkeit des psychiatrischen Teilgutachtens der asim vom 8. September 2023. Der Versicherte verfüge im ersten Arbeitsmarkt lediglich über eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit von höchstens 50 %.

C. Die IV-Stelle beantragte mit Vernehmlassung vom 13. Mai 2024 die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 28. Mai 2024 bewilligte das instruierende Präsidium des Kantonsgerichts dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung.

E. Am 1. Juli 2024 liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter die Berichte von Dr. C._____ vom 24. Juni 2024 und von Dr. med. D._____, FMH Anästhesiologie, vom 8. Mai 2024 einreichen.

F. Die IV-Stelle hielt unter Verweis auf die Stellungnahme von Dr. med. E._____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 15. Juli 2024 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

G. Mit Verfügung vom 18. Juli 2024 wurde der Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 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 25. März 2024 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der ab dem 1. Januar 2022 geltenden Fassung Anwendung. Vorliegend steht ein Rentenanspruch ab 1. März 2023 in Frage. Demnach sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassung anwendbar.

2.1 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).

2.2 Nach Art. 6 ATSG 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 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).

2.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.4 Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 % – 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten spezifische prozentuale Anteile (Abs. 4).

2.5 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dabei handelt es sich um die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2).

3.1 Die Neuanschuldung wird – wie auch das Gesuch um Leistungsrevision – nur materiell geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (Art. 87 Abs. 3 IVV; BGE 130 V 71 E. 2.2). 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 (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2); sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der

Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; BGE 117 V 198 E. 3a).

3.2 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades 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 (BGE 133 V 108 E. 5.4, 130 V 71 E. 3.2.3).

3.3 Vorliegend verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 30. August 2017 einen Rentenanspruch des Versicherten. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht mit rechtskräftigem Urteil vom 25. Januar 2018 ab. Auf die Neuanschuldung vom 9. November 2018 trat die IV-Stelle ein und prüfte den medizinischen und erwerblichen Sachverhalt. In der Verfügung vom 4. September 2020 kam sie zum Schluss, dass der Versicherte keinen Rentenanspruch habe. Diese Verfügung blieb unangefochten. Nach Eingang des Leistungsgesuchs des Versicherten vom 13. September 2022 prüfte sie erneut die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse und verneinte gestützt auf ihre Abklärungsergebnisse mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2024 einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine Invalidenrente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung der IV-Stelle vom 4. September 2020 bestand, mit demjenigen im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2024.

4.1 Für die Beurteilung der strittigen Frage, ob sich der Gesundheitszustand bzw. das Ausmass der (Rest-) Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit der Zusprechung der befristeten Invalidenrente in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. 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 Person noch zugemutet werden können (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 (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche 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 ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). 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 (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5.1 Das Gutachterteam der asim begutachtete den Versicherten erstmals im Jahr 2015. Im polydisziplinären Gutachten vom 5. Juni 2015 mit den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Gastroenterologie wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes myotendinotisches panvertebrales Schmerzsyndrom und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein leichtes depressives Syndrom, ein Verdacht auf eine NSAR-induzierte Gastroenteropathie, funktionelle abdominale Beschwerden, eine chronische Gastritis und eine Laktoseintoleranz diagnostiziert. Die radiologisch erkennbaren leichten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS) und der Befund der Lendenwirbelsäule (LWS) in verschiedenen kernspintomographischen Abklärungen ohne Hinweise auf Wurzelaffektionen könnten zusammen mit der Klinik allenfalls eine qualitative Einschränkung begründen. Allerdings gehe das Schmerzerleben deutlich über das organisch begründete Ausmass hinaus. In psychiatrischer Hinsicht imponiere ein leichtes depressives Syndrom, welches die Kriterien einer Major Depression gemäss ICD-10 F32 - F33 (noch) nicht erfülle. Die aus somatischer Sicht vermutete Schmerzverarbeitungsstörung lasse sich psychiatrisch nicht verifizieren. Aus psychiatrischer und gastroenterologischer Sicht sei der Versicherte in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. In rheumatologischer Hinsicht bestehe bei der Ausübung der bisherigen körperlich schwer belastenden Tätigkeit als Spezialhandwerker eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die Ausführung von körperlich leichten bis mittelschweren Verweistätigkeiten ohne repetitives Heben, Tragen und Stossen von Lasten über 12 kg sei ihm aber zumutbar.

5.2 Im Verlaufsgutachten der asim vom 1. November 2016 stellte das Gutachterteam die gleichen Diagnosen wie im Vorgutachten. Weiter führte es aus, dass weder die von der behandelnden Ärzteschaft gestellte Verdachtsdiagnose einer entzündlichen Erkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis noch die Diagnose eines Morbus Crohn als Ursache für die diffuse

Schmerzsymptomatik gesichert bestätigt werden könnten. Aus gastroenterologischer und rheumatologischer Sicht beständen zwar sehr diskrete Hinweise für eine entzündliche Krankheit, welche jedoch von einem solchen geringen Schweregrad seien, dass diese für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit keine Relevanz hätten. Psychiatrisch sei immer noch von einer leichten depressiven Symptomatik auszugehen, welche jedoch weiterhin die Kriterien einer Major Depression nicht erfülle. Es lasse sich keine somatoforme Störung diagnostizieren, auch wenn in somatischer Hinsicht eine überwertige Symptomwahrnehmung vorliege. So schienen vor allem eine sehr stark ausgeprägte Verunsicherung des Versicherten, eine gewisse Hilflosigkeit und eine sehr passive Haltung mit Abdelegieren der gesamten Verantwortung an die Ärzte das Geschehen zu prägen. Dies stehe indes eher mit den Persönlichkeitsaspekten und der aktuellen sozial-beruflichen Situation im Zusammenhang als mit einer Krankheitsentität. Jedenfalls könne in psychiatrischer Hinsicht keine zusätzliche Leistungseinschränkung begründet werden. Im Vergleich zum Vorgutachten ergäben sich insgesamt keine relevanten neuen Gesichtspunkte in Bezug auf das zumutbare Arbeitsspektrum bzw. auf die medizinisch nicht begründbare Selbstlimitierung. Die Zumutbarkeitsbeurteilung gemäss Vorgutachten gelte deshalb weiterhin (vgl. auch Schreiben der asim vom 13. Dezember 2016).

5.3.1 In der Konsensbeurteilung des polydisziplinären Gutachtens vom 12. Juni 2020 führte das Expertenteam der asim als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nebst dem bekannten, chronifizierten myotendinotischen panvertebralen Schmerzsyndrom neu eine Supraspinatussehne-Totalruptur rechtsseitig auf. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die undifferenzierte Somatisierungsstörung, die somatoforme autonome Funktionsstörung des Verdauungstrakts, der Verdacht auf ein beginnendes Karpaltunnel-Syndrom links, die Epicondylitis humeri radialis des linken Ellbogens, die toxische Gastroenteropathie unter NSAR-Therapie (Differentialdiagnose: leichte Form eines Morbus Crohn), die chronische C-Gastritis, die Laktoseintoleranz, der Vitamin D-Mangel, das Asthma bronchiale, der Status nach einem Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) am 26. November 2015 und die Hernienplastik rechts am 24. Oktober 2007. Aus internistischer und gastroenterologischer Sicht lasse sich keine spezifische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Im Vordergrund stehe vielmehr eine toxische Gastroenteropathie unter NSAR-Therapie. Differentialdiagnostisch könne allenfalls eine leichte Form des Morbus Crohn postuliert werden, was jedoch nicht gesichert sei und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht beeinflusse. Die deutlich funktionell überlagerte Symptomatik könne am ehesten einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des Verdauungstrakts bzw. im Rahmen der psychiatrischen Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung zugeordnet werden. Aus rheumatologischer Sicht sei der Versicherte nach wie vor nicht in der Lage, seiner angestammten Tätigkeit als Spezialhandwerker nachzugehen. Aufgrund der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, insbesondere der HWS, und der ausgeprägten muskulären Dekonditionierung sei das axiale Skelett des Versicherten weiterhin beeinträchtigt. Es sei ihm deswegen seit Juni 2015 nicht mehr zumutbar, eine körperlich schwere Verweistätigkeit mit Heben, Tragen und Stossen von Lasten über 15 kg auszuüben. Infolge des Schulterleidens beständen persistierende Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, welche seit April 2019 zu Einschränkungen der Leistungsfähigkeit für körperliche Arbeiten mit Heben von Lasten über 10 kg sowie für repetitive Überkopfarbeiten führten. Hingegen seien Tätigkeiten unter der Horizontalen vollumfänglich

möglich. Unter Einhaltung des aus rheumatologischer Sicht formulierten Zumutbarkeitsprofils bestehe in einer Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

5.3.2 Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. F.____, hielt in seinem psychiatrischen Fachgutachten im Befund fest, dass der Versicherte in seinen Gedanken stark auf die Beschwerden und die damit verbundenen Zukunftssorgen eingeengt sei. Er neige zu ängstlicher Selbstbeobachtung und starker Vermeidung von körperlichen Aktivitäten. Zudem wirke er leicht ratlos und leicht affektarm. Er sei leicht ängstlich, mittelgradig klagsam, habe leichte Insuffizienz-, aber keine Schuldgefühle, mittelgradige Durchschlafstörungen und die Libido sowie der Appetit seien leicht vermindert. Es bestehe höchstens eine leichte Deprimiertheit und eine mittelgradige Hoffnungslosigkeit. Ein sozialer Rückzug und eine Suizidalität seien nicht zu erkennen. Die psychopathologischen Befunde und die Funktionsbeurteilung seien praktisch identisch mit denjenigen der Voruntersuchung. Anders als im Vorgutachten sei jedoch nicht von einer subsyndromalen Depression, sondern von einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) auszugehen. Zwar seien depressive Symptome vorhanden, das Störungsbild sei jedoch vor allem geprägt durch die Überzeugung des Versicherten, an verschiedenen Erkrankungen zu leiden und deshalb arbeitsunfähig zu sein. Da dieser Aspekt im Vordergrund stehe, sei die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung treffender als die im Vorgutachten gestellte Diagnose einer subsyndromalen Depression. Die bestehenden leicht ausgeprägten depressiven Symptome würden deshalb unter die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung subsumiert. Da insgesamt keine wesentliche Funktionseinschränkung vorläge, sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit nicht relevant beeinträchtigt sei.

5.4 Am 4. September 2022 berichtete Dr. C.____, dass der Versicherte unter einer enormen sozialen Belastungssituation leide. Aus diesem Grund habe er sich in den letzten 2 Jahren nicht mehr psychiatrisch behandeln lassen.

5.5 Anfang 2023 beging der Versicherte eine suizidale Handlung, worauf ein stationärer Aufenthalt in der Klinik G.____ vom 6. bis 21. Februar 2023 folgte. Dem Bericht der Klinik G.____ vom 6. März 2023 ist zu entnehmen, dass der Versicherte seit 6 Jahren immer wieder Suizidgedanken habe, welche durch einen wiederkehrenden Ehepaarkonflikt ausgelöst würden. Bis zum Vorabend der Klinikaufnahme sei es aber noch nie zu einer suizidalen Handlung gekommen. Am Vortag des Eintritts in die Klinik G.____ habe seine Ehefrau ihren Trennungswunsch geäußert, was dazu geführt habe, dass sich der Versicherte ein Messer an den Hals gesetzt habe. Seine Ehefrau habe ihn von der Vollendung eines Suizids abhalten können. Bei Klinikeintritt sei die Stimmung des Versicherten verzweifelt sowie ratlos gewesen und die affektive Schwingungsfähigkeit sei vermindert gewesen. Zudem habe sich eine verminderte Konzentration gezeigt. Der inhaltliche Gedankengang und der Antrieb seien demgegenüber unauffällig gewesen und es hätten keine phobischen, bizarren oder generalisierten Ängste, keine Zwangsgedanken oder Handlungsabsichten, kein halluzinatorisches Erleben oder Ich-Störungen bestanden. Diagnostisch ging die behandelnde Ärzteschaft der Klinik G.____ von einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) aus. Die Anpassungsstörung erfordere keine psychiatrische Medikation. Sie hätten dem Versicherten lediglich die Medikamente gegeben, welche bisher zur Behandlung seiner

somatischen Beeinträchtigungen verschrieben worden seien. Dazu seien psychotherapeutische Einzelgespräche geführt worden. Der Versicherte habe bei Austritt über eine Verbesserung der Symptomatik berichtet und sich klar und glaubhaft von Suizidgedanken distanzieren können. Er sei in einem gebesserten Zustand aus der Klinik entlassen worden.

5.6.1 Im Mai/Juni 2023 wurde der Versicherte das vierte Mal in der asim und zwar internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch und gastroenterologisch begutachtet. Das Expertenteam der asim diagnostizierte in seinem Gutachten vom 8. September 2023 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes myotendinotisches panvertebrales Schmerzsyndrom, eine Supraspinatussehne mit ausgedehnter Partialruptur rechts und ein Asthma bronchiale. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die undifferenzierte Somatisierungsstörung, die toxische Gastroenteropathie unter NSAR-Therapie (Differentialdiagnose: milder Verlauf eines Morbus Crohn oder milder Verlauf eines Morbus Behçet), die chronische C-Gastritis, die somatoforme autonome Funktionsstörung des Verdauungstrakts, der Vitamin D-Mangel, die symptomatischen Senk- und Spreizfüsse, die Laktoseintoleranz, der Nikotinabusus, der Status nach Her-nienplastik rechts am 24. Oktober 2007 bei direkter Inguinalhernie rechts, der Status nach Nasenoperation am 25. Juli 2007, die Exzision eines Atheroms (= gutartige Zyste) retroaurikulär links am 4. Juni 2014, der Status nach SIRS am 26. November 2015, die Prostatahyperplasie, das kleine Nierenkelchkonkrement rechts und der Status nach Augenoperation am 27. März 2023. Aus gastroenterologischer Sicht sei nach wie vor vom Vorliegen einer toxischen Gastroenteropathie unter NSAR-Therapie auszugehen. Ein milder Verlauf eines Morbus Crohn oder eines Morbus Behçet sei nicht völlig ausgeschlossen. Für die Diagnose des Morbus Crohn fehlten jedoch die klassischen objektiven Befunde wie z.B. strukturelle Darmveränderungen oder auffällige Laborbefunde. Auch hinsichtlich des Morbus Behçet mangle es an den typischen Mund- und Hautläsionen sowie an Symptomen einer Vaskulitis. Die dokumentierten oberflächlichen Schleimhautläsionen im Magen-Darmtrakt seien am ehesten mit einer NSAR-induzierten Gastroenteropathie vereinbar. Im Vergleich zum Vorgutachten sei der Gesundheitszustand des Versicherten unverändert. Auch in rheumatologischer Hinsicht bestehe ein unverändertes Beschwerdebild mit weitgehend identischen objektiven Befunden. In internistischer Hinsicht wurde ein partiell kompensiertes Asthma bronchiale festgestellt, welches die Ausübung einer körperlich schweren Arbeit verunmögliche.

5.6.2 Der begutachtende Psychiater, Dr. med. H.____, führte in seinem Fachgutachten aus, dass der Antrieb des Versicherten ausreichend energisch, entschlossen und spontan sei. Das Ausdrucksverhalten erscheine streckenweise etwas nüchtern, mimisch nur gering moduliert, aber grundsätzlich adäquat und angepasst. Der Versicherte sei ausdauernd, beharrlich, beherrscht und durchsetzungsfähig. Im Rapport halte er den Blickkontakt, manchmal berichte er aber eindimensional und dem eigenen Krankheitsbild folgend. Statur und Körperhaltung seien teils verkrampft, teils gebeugt. Spontane schmerzbedingte Haltungswechsel seien nicht zu erkennen. Es werde auch keine typische Schonhaltung eingenommen. Im formalen Denken sei er zeitweise auf seine Defizite und Limiten eingeschränkt. Er berichte auch in redundanter Weise über die Eheproblematik und die Versorgung der Kinder. Es gebe keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen im Sinne von wahnhaftem Erleben oder überwertigen Ideen oder Einschränkungen der mnestischen Funktion. Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder Beeinträchtigungen der Vitalgefühle lägen nicht vor. Es seien diffuse Ängste betreffend die körperliche und die psychische

Integrität, die berufliche Zukunft, den Aufenthaltsstatus und die Gesundheitssituation der Kinder des Versicherten vorhanden. Diese Ängste hätten jedoch keinen überwertigen oder irrationalen Charakter. Die Stimmung und der Affekt erschienen überwiegend dysthym und vereinzelt dysphor. Zugleich sei der Versicherte aber schwingungsfähig, wenn auch in der Amplitude etwas reduziert. Zeitweise wirke er pessimistisch, skeptisch, niedergeschlagen und traurig. Vereinzelt sei ein passiver Lebensüberdruß zu erkennen. Insgesamt zeige sich ein eher statisches Bild mit punktuellen depressiven Auslenkungen auf externe Stressoren. Aufgrund der Trennung von seiner Ehefrau sei es zu einer suizidalen Krise und Schwierigkeiten bezüglich der Wohnsituation gekommen. Während der Hospitalisation in der Klinik G.____ vom 6. bis 21. Februar 2023 habe sich die Suizidalität "entaktualisiert" und die Wohnsituation dahingehend verändert, dass er nach Klinikaustritt mit Hilfe des Sozialamtes in eine eigene 3-Zimmer-Wohnung habe ziehen können. Mittlerweise sei die von der Ärzteschaft der Klinik G.____ diagnostizierte Anpassungsstörung weitgehend remittiert. Dafür spreche auch die Tatsache, dass die behandelnde Ärzteschaft keine Psychopharmakotherapie eingesetzt habe, was mangels höhergradigen depressiven Befundes nachvollziehbar sei. Eine anhaltende affektive Störung im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung oder einer chronisch depressiven Verstimmung höherer Ausprägung könne nicht attestiert werden. Er stelle deshalb die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2), welche die Arbeitsfähigkeit für die Zeit während des stationären Aufenthalts in der Klinik G.____ beeinflusst habe. Vor und nach der Hospitalisation könne keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden.

5.6.3 Zur Arbeitsfähigkeit führte das Gutachterteam der asim in der Konsensbesprechung aus, dass sich aus rheumatologischer Sicht das im Vorgutachten von 2020 formulierte Zumutbarkeitsprofil dahingehend verändert habe, dass aufgrund des Asthmas bronchiale neu für Arbeitsplätze mit Exposition zu Asthma-Triggerern wie Staub, extreme Kälte oder Hitze, Pollen, Tierhaare und ähnliches keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Weitere Einschränkungen der Leistungsfähigkeit liessen sich nicht feststellen. Die ebenfalls neu diagnostizierten Senk- und Spreizfüsse seien mittels Korrektur mit Fusseinlagen nach Mass verbesserungsfähig und somit nicht leistungsmindernd. Damit sei nach wie vor davon auszugehen, dass der Versicherte in seinem angestammten Beruf als Spezialhandwerker seit August 2011 nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe bis auf den stationären Aufenthalt in der Klinik G.____ vom 6. bis 21. Februar 2023 eine vollständige Arbeitsfähigkeit.

6.1 Die IV-Stelle stellte in der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2024 auf das polydisziplinäre Gutachten der asim vom 8. September 2023 ab. Sie ging demzufolge von einer im Wesentlichen unveränderten gesundheitlichen Situation des Versicherten seit der Beurteilung der asim-Gutachter vom 12. Juni 2020 aus. Demzufolge ist sie der Ansicht, dass der Versicherte in internistischer, rheumatologischer, gastroenterologischer und psychiatrischer Hinsicht unter Berücksichtigung des vom Rheumatologen und Internisten definierten Zumutbarkeitsprofils nicht in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sei, wobei für die Zeit vom 6. bis 21. Februar 2023 infolge des stationären Aufenthalts in der Klinik G.____ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe.

6.2.1 Unbestritten ist, dass die somatische Gesundheitssituation seit der Begutachtung im asim im Juni 2020 im Wesentlichen gleichgeblieben ist. Die seit dieser Begutachtung ergangenen somatischen Beurteilungen (vgl. Berichte von Dr. C.____ vom 14. Dezember 2021, 4. und 13. September 2022, 19. Dezember 2022 und 10. März 2023, von Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin spez. Lungenkrankheiten, vom 6. Mai 2022 und 1. Dezember 2022, von Prof. Dr. med. J.____, FMH Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, Klinik K.____, vom 28. Juni 2022 samt Koloskopie- und Gastroskopieberichte vom 17. Februar 2022, von Dr. med. L.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 7. September 2022, des Spitals M.____ vom 6. Februar 2023, der Klinik N.____ vom 29. März 2023, der Urologie am Spital O.____ vom 22. Mai 2023 sowie über die MRT der LWS, des Iliosakralgelenks [ISG] und des Beckens vom 5. September 2022) liefern keine substantiierten Hinweise für eine wesentliche Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes. Da das Gericht nach Würdigung der internistischen, gastroenterologischen und rheumatologischen Teilgutachten vom 8. September 2023 zur Auffassung, gelangt, dass diese die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein rechtsgenügendes Gutachten erfüllen (vgl. vorstehende Erwägung 4.2), besteht kein Anlass zu einer abweichenden Beurteilung. Zwar leidet der Versicherte neu an einem Asthma bronchiale. Da sich die mit dieser Erkrankung verbundene Beeinträchtigung gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen des begutachtenden Internisten in qualitativer, aber nicht in quantitativer Hinsicht auswirkt, ist weiterhin davon auszugehen, dass es dem Versicherten aus somatischer Sicht zumutbar ist, unter Beachtung des rheumatologischen und internistischen Zumutbarkeitsprofils einer Verweistätigkeit zu 100 % nachzugehen.

6.2.2 Der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. D.____ vom 8. Mai 2024 vermag an diesem Ergebnis auch nichts zu ändern. Zwar ist diesem Bericht zu entnehmen, dass bei der Hüftrotation im Vergleich zur letzten Konsultation eine deutliche Einschränkung bestehe. Die MRT von April 2024 zeigte jedoch keine höhergradigen degenerativen Veränderungen des Hüftgelenks. Zudem liegen neu kongenitale Stenosen im Bereich der Wirbelsäule und eine beginnende Dupuytren'sche Kontraktur mit Verdickung des subkutanen Gewebes über den Beugesehen III und IV der rechten Hand vor. Es fehlen jedoch hierfür weitere Ausführungen, weshalb aus diesen Befunden keine aussagekräftigen Schlussfolgerungen gezogen werden können. Dazu kommt, dass nur der Sachverhalt massgebend ist, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2024 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis), es sei denn, sie erlauben Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verfahrens gegebene Situation (BGE 121 V 362 E. 1; Urteile des Bundesgerichts vom 20. April 2017, 8C_71/2017, E. 8.3 und 30. August 2012, 9C_949/2011, E. 3.2.2). Der Bericht von Dr. D.____ ist nach Verfügungserlass verfasst worden und enthält keine Aussagen zum Gesundheitszustand des Versicherten vor dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2024.

6.3.1 Unter den Parteien ist strittig, ob die Vorinstanz in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand zu Recht von einer im Wesentlichen unveränderten Situation seit dem psychiatrischen Fachgutachten der asim von Juni 2020 ausgehen durfte. Das Kantonsgericht kommt zum Schluss, dass auf das psychiatrische Fachgutachten von Dr. H.____ vom 8. September 2023 abgestellt werden kann. Es ist sorgfältig erstellt worden, beruht auf einer umfassenden

persönlichen Exploration des Versicherten, berücksichtigt dessen ganze Krankheitsgeschichte und ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Dr. H._____ erhob in allen Bereichen eine Anamnese (Familie, Kindheit, Schule, Beruf, Gesundheit) und begründete einleuchtend, weshalb er keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellen.

6.3.2 Im Einzelnen setzte sich Dr. H._____ ausführlich mit der abweichenden Diagnostik der Ärzteschaft der Klinik G._____ vom 6. März 2023 auseinander. Er stimmte mit ihr überein, dass während des zweiwöchigen stationären Aufenthalts im Februar 2023 die diagnostischen Kriterien für eine Anpassungsstörung erfüllt waren. Zur Begründung brachte er vor, dass der Versicherte Anfang 2023 in eine suizidale Krise geraten sei, als seine Ehefrau die Trennung von ihm gewünscht habe und dadurch für ihn gleichzeitig eine unklare Wohnsituation entstanden sei. Die gutachterliche Einschätzung, wonach die damals diagnostizierte Anpassungsstörung nach Klinikaustritt remittiert gewesen sei, kann – entgegen der Ansicht des Versicherten – gut nachvollzogen werden. Diese Einschätzung stimmt mit den Ausführungen der Ärzteschaft der Klinik G._____ überein, geht doch aus deren Bericht vom 6. März 2023 deutlich hervor, dass sich der Versicherte zum Zeitpunkt des Klinikaustritts glaubhaft von Suizidabsichten distanziert habe, womit von einer deutlichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes auszugehen ist. Ausserdem ist davon auszugehen, dass die Ärzteschaft der Klinik G._____ dem Versicherten bei einer anhaltenden, erheblichen Anpassungsstörung bei Klinikaustritt eine psychiatrische Medikation verschrieben hätte, was jedoch nicht geschehen ist. Dass es sich nicht um eine über den Zeitpunkt des Klinikaustritts länger anhaltende Anpassungsstörung handeln kann, zeigen auch die Aussagen des Versicherten gegenüber Dr. H._____ vier Monate später bei der Begutachtung in der asim. Zu diesem Zeitpunkt verneinte der Versicherte gegenüber Dr. H._____ ausdrücklich das Vorliegen von konkreten Suizidgedanken und -absichten (vgl. psychiatrisches Teilgutachten, S. 4). Zudem berichtete er von einer verbesserten Wohnsituation, indem er nun in einer vom Sozialamt organisierten 3-Zimmer-Wohnung leben könne. Schliesslich ist auch darauf hinzuweisen, dass der Versicherte seit längerem keine Psychopharmaka mehr einnimmt. Zwar ist es möglich, dass er zurzeit – wie geltend gemacht wird – mangels Therapieplatz in keiner ambulanten psychiatrischen Behandlung steht und deswegen nicht mit Psychopharmaka versorgt wird. Ob er bei freiem Therapieplatz tatsächlich eine psychotherapeutische Behandlung aufnehmen würde, ist jedoch fraglich. So zeigt er keine ernsthafte Bereitschaft mehr für eine solche medizinische Massnahme, gibt er doch klar zu erkennen, dass er an der Effektivität von psychiatrischen Behandlungen zweifle und der Ansicht sei, dass er von der im Rahmen der früheren psychotherapeutischen Behandlungen verordneten Medikation nicht profitiert habe (vgl. Schreiben von Dr. C._____ vom 4. September 2022 und psychiatrisches Teilgutachten von Dr. H._____, S. 5 f.). Es erscheint bei dieser Sachlage als plausibel, dass die Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion während des stationären Aufenthalts in der Klinik G._____ remittiert ist und der Versicherte seit Austritt aus der Klinik in einer Verweistätigkeit voll arbeitsfähig ist.

6.3.3 Im Zusammenhang mit dem vom Versicherten geltend gemachten diagnostischen Widerspruch, wonach die Ärzteschaft der Klinik G._____ nebst der Anpassungsstörung eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und Dr. H._____ eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F43.2) diagnostiziert habe, stellte Dr. H._____ zu Recht fest, dass für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit

somatischen und psychischen Faktoren eine differenzierte Herleitung fehle. Der Gutachter vermutete, dass die behandelnden Ärzte vor allem auf die umfassende Symptomschilderung des Versicherten abgestellt hätten. Er räumte ein, dass eine syndromale Überlappung zwischen der chronischen Schmerzstörung und der undifferenzierten Somatisierungsstörung bestehe. Zur Unterscheidung der beiden Diagnosen erklärte Dr. H.____, dass eine Somatisierungsstörung in der ICD-10-Klassifikation einen Subtyp der somatoformen Schmerzstörung darstelle. Die undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) sei im Vergleich zur Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) weniger schwer ausgeprägt. Charakteristisch für die Somatisierungsstörung im Allgemeinen sei die wiederholte Schilderung körperlicher Symptome in Verbindung mit der hartnäckigen Forderung nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der Versicherung der Arztpersonen, dass die Symptomatik nicht ausreichend nachvollziehbar sei. Der Unterschied zur chronischen Schmerzstörung mit psychischen und physischen Faktoren liege vornehmlich darin, dass bei der Somatisierungsstörung unterschiedliche, häufig wechselnde Symptome am ganzen Körper geschildert würden. Aufgrund dieser gutachterlichen Ausführungen ist davon auszugehen, dass bei der chronischen Schmerzstörung Schmerzen grundsätzlich an den gleichen anatomischen Regionen des Körpers auftreten. Diese Schlussfolgerung stimmt sinngemäss mit der Definition des ICD-Codes (F45.41) für chronische Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren überein, lassen sich doch die Schmerzen bei dieser Störung – im Gegensatz zur Somatisierungsstörung – durch eine körperliche Störung oder einen physiologischen Prozess erklären. Dadurch lässt sich erklären, weshalb die Schmerzen bei der chronischen Schmerzstörung grundsätzlich an der gleichen bzw. den gleichen Körperstellen auftreten. Im Fall des Versicherten stellte Dr. H.____ zwar fest, dass dieser auch über Schmerzen im Verdauungstrakt klage, die teils objektivierbar seien. Da aber die vielfältig geäußerte Symptomatik deutlich über diese Schmerzen hinausgehe, sei eher von einer undifferenzierten Somatisierungsstörung als von einer chronischen Schmerzstörung auszugehen. Die gutachterliche Beurteilung, wonach eine undifferenzierte Somatisierungsstörung zu diagnostizieren sei, ist plausibel. Sie stimmt auch mit dem psychiatrischen Vorgutachten von Dr. F.____ überein. Ebenso kann gut nachvollzogen werden, dass diese Störung die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich beeinflusst. So ist der Anamnese zu entnehmen, dass der Tagesablauf des Versicherten recht aktiv ist. Er betreut seine drei schulpflichtigen Kinder in der Wohnung seiner vollzeitlich erwerbstätigen Ehefrau, bereitet die Mahlzeiten zu, geht einkaufen, spaziert mit den Kindern im Park, begleitet seinen ältesten Sohn zum Fussballtraining und manchmal an Wochenenden zu den Fussballspielen. Insgesamt ist demzufolge davon auszugehen, dass abgesehen von der Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2) und der damit verbundenen 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 6. bis 21. Februar 2023 keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehen.

6.4 An diesem Ergebnis ändert auch der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Arztbericht von Dr. C.____ vom 24. Juni 2024 nichts, wonach beim Versicherten aufgrund psychischer Symptome eine stark eingeschränkte Arbeitsfähigkeit vorliege. Dr. C.____ bemängelte, dass der Versicherte im Februar 2023 aufgrund seiner schweren chronischen Beschwerden und der schwierigen sozialen Belastungssituation viel zu früh von der Klinik G.____ nach Hause entlassen worden sei. Bei der letzten Kontrolle am 10. Juni 2024 habe der Versicherte gedrückt und traurig gewirkt. Zudem sei er vermehrt reizbar und es beständen ein

Interessenverlust, ein verminderter Antriebs, eine gesteigerte Ermüdbarkeit und eine Freudlosigkeit. Wegen chronischer Schmerzen leide der Versicherte an Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie an chronischen funktionellen Magen-Darm-Beschwerden. Da die Konsultation vom 10. Juni 2024 erst nach Verfügungserlass stattgefunden hat, ist fraglich, ob auf die Ausführungen aufgrund der zeitlichen Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis näher einzugehen ist (vgl. Erwägung 6.2.2). Selbst wenn dieser Bericht vorliegend zu berücksichtigen wäre, ist der Bericht nicht geeignet, die Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens der asim vom 8. September 2023 zu schmälern. Einerseits liegt das Fachgebiet von Dr. C.____ nicht in der Psychiatrie und andererseits begründete er nicht, inwiefern seine Befunde sich auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auswirken. Dazu kommt, dass seine erhobenen Befunde im Wesentlichen denjenigen von Dr. H.____ entsprechen.

7. Nach dem Gesagten ist festzustellen, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse des Versicherten seit der Verfügung der IV-Stelle vom 4. September 2020 nicht rentenrelevant verschlechtert haben. Die IV-Stelle hat deshalb zu Recht mit Verfügung vom 21. Februar 2024 einen Rentenanspruch des Versicherten verneint. Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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 der Versicherte unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm aufzuerlegen sind. Ihm ist nun allerdings mit Verfügung vom 28. Mai 2024 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

8.2 Gemäss Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Dem Prozessausgang entsprechend ist dem Versicherten keine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. In der Verfügung vom 28. Mai 2024 ist ihm jedoch die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter, Advokat Dr. Yves Waldmann, bewilligt worden, weshalb dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht in seiner Honorarnote vom 31. Juli 2024 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 8,3 Stunden geltend, was sich als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind die geltend gemachten Auslagen in der Höhe von Fr. 113.30. Dem Rechtsvertreter ist demnach ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'916.95 (8,3 Stunden à Fr. 200.-- [vgl. § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003] und Auslagen von Fr. 113.30 inkl. 8,1 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

8.3 Der Versicherte 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. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'916.95 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer von 8,1 %) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.