

# **SO\_GERICHTE VSBES.2023.23 vom 23. Dezember 2022**

SO Obergericht, 2022-12-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.23](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.23)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.23 du 23 décembre 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.23 del 23 dicembre 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Es ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: 23. Dezember 2022) eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen.

1.4 Die durch den Vertreter des Beschwerdeführers anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 2. November 2023 beantragte Sistierung des vorliegenden Verfahrens bis zum Erhalt der Antworten der EKQMB und des BSV (vgl. Protokoll der Verhandlung) wird abgewiesen. Das Versicherungsgericht hat den Beweiswert des durch die Vorinstanz initiierten Gutachtens bei der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 im Einzelfall zu prüfen. Es ist kein Grund ersichtlich, der eine Sistierung des vorliegenden invalidenversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahrens bis zum Erhalt der Antworten der EKQMB bzw. des BSV als zweckmässig erscheinen liesse, zumal der Gesetzgeber in Art. 61 lit. a ATSG (Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) für die sozialversicherungsrechtlichen Prozesse ausdrücklich ein einfaches und rasches Verfahren verlangt. Das Abwarten der Antwort bzw. des Entscheids der erst am 1. November 2023 an die EKQMB resp. die am 2. November 2023 ans BSV gerichtete Anfrage bzw. Aufsichtsbeschwerde würden diesem Grundsatz diametral zuwider laufen.

### **E. 2**

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes 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 bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

2.3 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbericht zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

### **E. 3**

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Dies gilt in analoger Weise auch, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 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 zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a S. 199) ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 134 V 131 E. 3 S. 131, 133 V 108 S. 114 E. 5.4, 130 V 71 E. 3.1 S. 73).

4. Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 194 E. 3.b S. 194 f.). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweismittelwürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und

nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160).

5. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 23. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) die Ansprüche des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und auf berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Recht abgewiesen hat. Ob eine erhebliche Veränderung eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren nach denselben Grundsätzen wie bei einer Rentenrevision nach Art. 17 ATSG. Zu vergleichen sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung vom 7. Juli 2020 (IV-Nr. 139) mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung vom 29. Juli 2015 (IV-Nr. 87), wobei auch die weitere Entwicklung bis zum Erlass der Verfügung über die Neuanmeldung vom 23. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) zu berücksichtigen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.1).

7. Da die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der Verfügung vom 23. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf das Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 abstellte, ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen. Das Gutachten stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Zudem haben die Experten den Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte befragt (IV-Nrn. 256.3 S. 2 ff., 256.4 S. 2 ff., 256.5 S. 2 ff., 256.6 S. 2 ff., 256.7 S. 2 ff.), die objektiven Befunde erhoben (IV-Nrn. 256.3 S. 7 ff., 256.4 S. 6, 256.5 S. 5 ff., 256.6 S. 6, 256.7 S. 8), Zusatzuntersuchungen durchgeführt (IV-Nr. 256.3 S. 9, 256.5 S. 7, 256.6

S. 6, 256.7 S. 8) und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen (IV-Nr. 256.2). Auf dieser Grundlage nahmen die einzelnen Experten sodann die medizinische Beurteilung vor und äusserten sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (IV-Nrn. 256.3 S. 10 ff., 256.4 S. 7 ff., 256.5 S. 8 ff., 256.6 S. 7 ff., 256.7 S. 8 ff.). In der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung» gelangten die Experten sodann zu einer gemeinsamen Beurteilung (IV-Nr. 256.1 S. 5 ff.), welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist. Es ist nachfolgend auf die einzelnen Teilgutachten und deren Beweiswert einzugehen und zu prüfen, ob die dokumentierten medizinischen Akten diesen Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen:

7.1 In Bezug auf das orthopädisch- / traumatologische Teilgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 30. Mai 2022 (IV-Nr. 256.3) ergibt sich Folgendes: Die im orthopädischen Teilgutachten ausgewiesene Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eines «pseudoradikulären Zervikalsyndroms beidseits» (S. 12) wurde durch den behandelnden Neurochirurgen Dr. med. L.\_\_\_\_ u.a. bereits im Arztbericht vom 1. März 2021 (IV-Nr. 171 S. 2 ff.) festgestellt. Er gab zudem an, dieses Zervikalsyndrom bestehe bereits seit August 2016. Somit sind in Bezug auf diese Diagnosestellung aus den vorliegenden Akten keine divergierenden Beurteilungen ersichtlich. Bezüglich des in diesem Zusammenhang erneuten operativen Eingriffs vom 19. Oktober 2020 (ACIF-Revision C4/5 mit Entfernung des intervertebralen Cages, Einbringen eines Beckenspans und ventraler Verplattung C4/5) schätzte die orthopädische Gutachterin, dass nach der Revision der Halswirbelsäule am 19. Oktober 2020 eine vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für drei Monate postoperativ bestanden habe. Diese Einschätzung lässt sich mit den Angaben in den medizinischen Vorakten vereinbaren. So verlängerte der für die damalige Operation zuständige Dr. med. L.\_\_\_\_ (vgl. Operationsbericht vom 19. Oktober 2020, IV-Nr. 164 S. 12 f.) die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der postoperativen Nachkontrolle mit Bericht vom 3. Dezember 2020 (IV-Nr. 164 S. 7 f.) bis Ende Jahr. Er hielt zugleich fest, dass der Beschwerdeführer zwar von der Operation habe profitieren können, aber erfahrungsgemäss noch Restbeschwerden im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndroms beständen. Zudem schätzte er den Beschwerdeführer theoretisch in einer geeigneten Arbeitsumgebung ab Januar wieder als arbeitsfähig ein. Aufgrund dieser Ausführungen vermag die weitere gutachterliche Einschätzung einzuleuchten, wonach von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab Januar 2021 (ab 12. Januar 2021 50 %) auszugehen sei. In diesem Sinn hielt auch Dr. med. L.\_\_\_\_ bereits im Arztbericht vom 1. März 2021 fest, eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu vier bis acht Stunden pro Tag zumutbar (IV-Nr. 171 S. 6). Weiter lassen sich die im orthopädischen Teilgutachten ebenfalls ausgewiesenen Diagnosen einer «beginnenden Coxarthrose rechts» und eines «pseudoradikulären Lumbalsyndroms rechts» aufgrund der am 30. Mai 2022 durchgeführten Röntgenaufnahmen (IV-Nr. 256.7 S. 16) bestätigen. So wurden die entsprechenden bildgebenden Untersuchungen auch gerade aufgrund eines Verdachts auf ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom rechts und eines Verdachts auf eine beginnende Koxarthrose durchgeführt. Dr. med. H.\_\_\_\_ beurteilte die Röntgenaufnahmen der LWS vom 30. Mai 2022 sodann wie folgt: Es hätten sich gering bis mässige, nach kaudal zunehmende Spondylarthrosen und eine Spondylosis im gesamten LWS-Bereich und im thorakolumbalen Übergang dargestellt, die belastungsabhängige pseudoradikuläre Schmerzen beidseits erklärten. Weiter gab die orthopädische Gutachterin an, in den aktuellen Röntgenaufnahmen des Beckens und der rechten Hüfte axial vom 30. Mai 2022

stellten sich eine beginnende Coxarthrose rechts mit minimalen Osteophyten und gering verschmälertem Gelenkspalt dar, wobei die aktuellen Untersuchungsbefunde die vom Beschwerdeführer angegebenen belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Hüftgelenk erklären würden (IV-Nr. 256.3 S. 12).

Es sind somit keine, den Beweiswert des orthopädischen Teilgutachtens schmälernde medizinische Vorberichte ersichtlich.

7.2 Anlässlich des neurologischen Teilgutachtens vom 26. Mai 2022 (IV-Nr. 256.4) erhob die Gutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, einen unauffälligen neurologischen Befund (S. 6), weshalb sie keine neurologische Diagnose stellte (S. 9). Die vom Beschwerdeführer beschriebenen morgendlichen Schwierigkeiten beim Aufstehen (S. 4) wurden von der Gutachterin als «nicht nachvollziehbar» beurteilt. Diese Einschätzung erweist sich aufgrund der nachfolgenden gutachterlichen Begründung als plausibel. So wies die neurologische Expertin diesbezüglich auf eine Diskrepanz zum sehr aktiven Tagesablauf des Beschwerdeführers hin und auf die Tatsache, dass er noch selbst Auto fahre (S. 7). Da der Beschwerdeführer zum Tagesablauf angegeben habe, im Gemeinderat aktiv zu sein, Sitzungen vorzubereiten, mit dem Hund rauszugehen (am Morgen meist bereits eine Stunde), Gartenarbeit zu machen, im Haushalt zu helfen, und seinem Hobby Automodellbau inkl. Autoliteratur nachzugehen (S. 5) und in Bezug auf die Kopfdrehungen dargelegt habe, es reiche gerade noch zum Autofahren (S. 3), kann der gutachterlichen Einschätzung gefolgt werden.

Die neurologische Gutachterin ging sodann auf den durch den Neurologen Dr. med. M.\_\_\_\_ im Bericht vom 3. März 2020 (IV-Nr. 170) diagnostizierten episodischen Schwindel seit Jahren ein, der als ätiologisch wahrscheinlich zerviko bedingt qualifiziert wurde. Dabei legte die Gutachterin in überzeugender Weise dar, es sei aufgrund dieser Diagnose nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerden als durch die HWS verursacht dargestellt würden. So lägen keinerlei Hinweise für eine Radikulopathie oder eine Myelopathie vor. Diese Einschätzungen sind korrekt. So sind dem Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ weder Hinweise auf eine Myelopathie noch auf eine Radikulopathie zu entnehmen. In diesem Zusammenhang erweist sich auch die weitere gutachterliche Einschätzung, wonach der Schwindel eher auf eine nicht organische Ursache hindeute (S. 8), als plausibel. Für diese Einschätzung spricht auch der Umstand, dass bei der am 20. Februar 2020 durchgeführten MRT des Kopfes (IV-Nr. 164 S. 22) eine zentrale Ursache der Schwindelanfälle und Gangunsicherheiten sicher habe ausgeschlossen werden können (IV-Nr. 256.1 S. 5). In Bezug auf den im Zusammenhang mit dem neurologischen Teilgutachten vom Beschwerdeführer ins Feld geführte Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 28. August 2020 (IV-Nr. 148, S. 81 f., vgl. E. I. 3 Ziff. 6.2 hiervor) ist zum einen darauf hinzuweisen, dass es sich bei ihm um den Hausarzt des Beschwerdeführers handelt und daher der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_317/2019 vom 30. September 2019 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Zum anderen handelt es sich bei Dr. med. J.\_\_\_\_ um ein auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierten Facharzt, der somit nicht in gleichem Masse kompetent ist, eine neurologische Einschätzung abzugeben, wie dies bei einem auf das hier im Zentrum stehende medizinische Fachgebiet der Neurologie spezialisierten Facharzt der Fall ist. Es kommt hinzu, dass es sich bei den durch den

Beschwerdeführer vorgebrachten Angaben (zunehmende Gleichgewichtsproblematik und Einschlafen des Armes beidseits linksbetont, s. oben) lediglich um im Bericht vom 28. August 2020 aufgeführte, subjektive Einschätzungen des Beschwerdeführers handelt und somit ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ nicht nachvollziehbar ist, inwiefern sich die Gutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_ mit diesen zwingend hätte befassen müssen.

Insgesamt wird der Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens durch die medizinischen Vorakten nicht geschmälert.

7.3 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. Mai 2022 (IV-Nr. 256.5) hielt der Psychiater und Psychotherapeut F.\_\_\_\_ u.a. fest, zum Untersuchungszeitpunkt seien gemäss ICD-10 die Kriterien für eine affektive Störung nicht erfüllt gewesen (S. 9). Diese Einschätzung ist aufgrund der nachfolgenden gutachterlichen Ausführungen nachvollziehbar, wonach der Beschwerdeführer weder unter einer Antriebsminderung, Freudlosigkeit noch unter einer im Übermasse gedrückten Stimmung leide und sich vielmehr ein Verlust des Selbstvertrauens vor dem Hintergrund einer mehrjährig progredienten, körperlichen Einschränkung und schnellen Erschöpfbarkeit präsentiere (S. 9). In diesem Zusammenhang leuchtet auch die weitere gutachterliche Feststellung ein, dass mit klar identifizierbarer psychosozialer Belastung (körperliche Beschwerden) und depressiven Teilsymptomen gemäss ICD-10 die Kriterien für eine Anpassungsstörung erfüllt seien. Der psychiatrische Gutachter befasste sich sodann auch mit der zeitlichen Komponente dieser Diagnosestellung, indem er darlegte, dass eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) grundsätzlich nur für zwei Jahre vergeben werden könne, bei Persistenz der psychosozialen Belastung und gemäss klinischer Erfahrung das Zeitkriterium aber zu vernachlässigen sei (S. 9). Diese Einschätzung erweist sich als korrekt. So sind gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung akute psychische Störungen nach einem Trauma als akute Belastungsreaktion zu erfassen, sofern ein unmittelbarer und klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen der traumatischen Situation und dem Beginn der Symptome besteht. Die meist wechselnde Symptomatik (Angst, Depression, Ärger, Verzweiflung u.a.) klingt in der Regel rasch ab. Ist dies ausnahmsweise nicht der Fall, liegt eine Anpassungsstörung vor, bei der die individuelle Disposition eine wesentliche Rolle spielt. Klingen die Symptome längerfristig (ein bis zwei Jahre) nicht ab oder treten gar neue psychogene Symptome auf, kommt es zu einer psychogenen Fixierung bzw. seelischen Entwicklung, bei der zunehmend Persönlichkeitsfaktoren ausschlaggebend sind und nicht mehr das traumatische Ereignis (BGE 124 V 29 E. 5.a S. 40). Folglich erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit den durch den Beschwerdeführer diesbezüglich vorgebrachten Rügen (A.S. 43 f.). Diese erweisen sich aufgrund der vorangehenden Ausführungen als nicht weiterführend. So hat sich der psychiatrische Gutachter mit der Diagnosestellung einer «Anpassungsstörung» ausführlich befasst und anschaulich dargelegt, weshalb eine solche vorliege. Der Ansicht des Beschwerdeführers, wonach in diesem Zusammenhang ein Diagnosefehler vorliege, kann nicht gefolgt werden (A.S. 44).

In Bezug auf die medizinischen Vorakten ist insbesondere auf die Berichte der den Beschwerdeführer seit 13. August 2020 behandelnden Psychiaterin Dr. med. N.\_\_\_\_ einzugehen. Sie wies im «fachpsychiatrischen Bericht» vom 25. August 2020 (IV-Nr. 148 S. 77 f.) die Diagnosen einer «mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.2)» und einer «nicht näher bezeichneten organischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörung mit chronischen Kopf- und Nackenschmerzen nach Chemieunfall vom 27. Oktober 2008 (Schwefeldioxidexposition) am ehemaligen

Arbeitsplatz der Firma [...]» aus und bezifferte die Arbeitsunfähigkeit auf 80 %. Im Arztbericht vom 23. März 2021 (IV-Nr. 191 S. 5 ff.) bestätigte sie sodann lediglich noch eine «Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer somatischen Schädigung (Dioxinvergiftung)» als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden «sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns» gemäss ICD-10 F07.8 ausgewiesen. Da diese Diagnosestellungen durch Dr. med. N.\_\_\_\_ nicht in nachvollziehbarer Weise hergeleitet werden, überzeugen sie nicht. Es kommt hinzu, dass der psychiatrische Gutachter F.\_\_\_\_ diesbezüglich ausführte, während eine der somatischen Verschlechterung reaktiv folgende depressive Symptomatik noch nachvollziehbar erscheine, müsse aber festgehalten werden, dass eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer somatischen Schädigung nicht als gängige ICD-10 Diagnose bekannt sei. Eine im höheren Alter reaktive Persönlichkeitsstörung gebe es ■ bei aller Kreativität der Auslegung der ICD-10 ■ nicht (IV-Nr. 256.5 S. 9). Es erschliesse sich dem Gutachter daher nicht, wie Dr. med. N.\_\_\_\_ zu einer derartigen Diagnose komme. Logisch wäre gemäss dem Psychiater F.\_\_\_\_ eine Anpassungsstörung, die schon mehrjährig bestehen dürfte und sich im Verlauf der vom Beschwerdeführer empfundenen «Odyssee körperlicher Erkrankungen» entwickelt habe. Im Übrigen leuchtet auch die gestützt auf die ■ im Vergleich zum Bericht vom 25. August 2020 ■ zwar anderslautende und reduziertere Diagnosestellung dennoch weiterhin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 80 % nicht ein. In Bezug auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. N.\_\_\_\_ ist insgesamt auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte wie auch Therapiepersonen mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470). Daran vermag auch das Arztzeugnis von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 27. Juli 2021 (IV-Nr. 206 S. 2) nichts zu ändern. So ist diesem weder eine Diagnosestellung noch eine Befunderhebung oder Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu entnehmen. Die im Zeugnis enthaltene Beurteilung der behandelnden Psychiaterin, wonach dem Beschwerdeführer die Reise nach [...] mit über drei Stunden Fahrzeit nicht zumutbar sei, erweist sich somit als nicht nachvollziehbar. Somit vermögen die Berichte von Dr. med. N.\_\_\_\_ den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens des Psychiaters F.\_\_\_\_ nicht zu verringern.

7.4 Im Rahmen des internistischen Teilgutachtens vom 14. Juni 2022 (IV-Nr. 256.6) diagnostizierte Prof. Dr. med. univ. K.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Facharzt für Endokrinologie-Diabetologie, Facharzt für Kardiologie, eine Adipositas, eine arterielle Hypertonie, ein Zustand nach Beinvenenthrombose und Varizen der unteren Extremitäten, die ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien (S. 8). Diese Diagnosestellungen überzeugen, da anlässlich der gutachterlichen Exploration ein BMI von 33.1 kg/m<sup>2</sup> errechnet, ein Blutdruck von 145 / 95 mmHg und geringe Varikosität der unteren Extremitäten festgestellt wurden (S. 6). In Bezug auf die diagnostizierte Adipositas leuchtet auch die durch den Gutachter empfohlene Ernährungsberatung ein. In Bezug auf den Blutdruck führte der Gutachter aus, dieser sei aktuell nicht adäquat eingestellt. Diese Einschätzung ist plausibel, da die Werte zu Hause in Ruhe auch zwischen 130 und 140 mmHg systolisch sowie zwischen 85 und 90 mmHg diastolisch und daher eher auf der höheren Seite seien. Auf die Angaben des Beschwerdeführers, wonach er schlecht durchschlafe, unter Tagesmüdigkeit und Schnarchen leide, ging der internistische Gutachter in nachvollziehbarer Weise ein. So führte er aus, es bestehe durchaus die

Möglichkeit eines Schlafapnoesyndroms, was abgeklärt werden sollte. Daraus ergäben sich indes keine Konsequenzen betreffend die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 256.6 S. 8). Folglich kann die in diesem Zusammenhang stehende Ergänzungsfrage (vgl. E. I. 3 Ziff. 7.1 hiervor) wie folgt beurteilt werden: Eine Abklärung des Schlafapnoesyndroms ist zwar anzustreben, das entsprechende Ergebnis wird sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken. Aufgrund der vorangehenden Ausführungen überzeugen auch die beiden gutachterlichen Einschätzungen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab dem 29. Juli 2015 nie längerfristig eingeschränkt gewesen und die letzte Tätigkeit als angepasst zu betrachten sei (S. 9).

Eingehend auf die Berichte des Hausarztes Dr. med. J.\_\_\_\_ sind keine dem internistischen Gutachten widersprechenden Einschätzungen bzw. Diagnosestellungen ersichtlich. In diesem Sinn stellte auch der internistische Gutachter fest, die vorliegenden internistischen Akten seien in sich konsistent und bedürften keiner kritischen Erörterung (IV-Nr. 256.6 S. 7). Dieser Beurteilung kann gefolgt werden. So werden die vom Hausarzt im Bericht vom 28. August 2020 (IV-Nr. 148) ausgewiesenen Diagnosen u.a. eines Status nach tiefer Beinvenenthrombose rechts, eines chronischen Asthma bronchiale sowie einer arteriellen Hypertonie im Rahmen des internistischen Teilgutachtens bestätigt. Der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens wird durch die vorangehenden medizinischen Akten somit nicht verkleinert.

7.5 Im pneumologischen Teilgutachten vom 5. Mai 2022 (IV-Nr. 256.7) stellte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, die Diagnose: «Eosinophiles, nicht-allergisches Asthma bronchiale, kontrolliert, leichtgradig, Erstdiagnose 2008». Beim 63jährigen Beschwerdeführer habe sich als Folge einer SO<sub>2</sub>-Exposition 2008 ein Asthma bronchiale manifestiert. Insgesamt müsse von einer kontrollierten und eher leichten asthmatischen Erkrankung gesprochen werden. Diese gutachterlichen Einschätzungen stimmen mit den Angaben in den medizinischen Vorakten überein. So wurde bspw. bereits im Bericht des den Beschwerdeführer behandelnden Lungenspezialisten Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 4. April 2017 (IV-Nr. 48) festgehalten, dass das chronische Asthma bronchiale unter Asthmabasistherapie teilkontrolliert sei. Dies bestätigte Dr. med. O.\_\_\_\_ sodann auch im zeitlich nach dem Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 erstellten Bericht vom 4. November 2022 (Beschwerdebeilage Nr. 5, IV-Nr. 270 S. 65 f.). So ist diesem u.a. zu entnehmen, dass das chronische Asthma bronchiale aktuell unter der Inhalationstherapie praktisch kontrolliert sei. Der pneumologische Gutachter nannte als zusätzliche und wesentliche Dyspnoe-Faktoren die Adipositas und wohl eine Dekonditionierung. Diese Einschätzung vermag aufgrund des festgestellten BMI von 33.1 kg/m<sup>2</sup> einzuleuchten. Auch die weitere gutachterliche Beurteilung, dass der Verlauf des 2008 diagnostizierten Asthmas sowohl klinisch als auch lungenfunktionell stabil verlaufen sei (IV-Nr. 256.7 S. 12), überzeugt aufgrund der nachfolgenden Ausführungen. So legte der Gutachter dar, die aktuelle Spirometrie falle zwar etwas schlechter aus als die früheren Messungen, ein Abwärtstrend sei aber nicht wahrscheinlich. So könnte die Verschlechterung auch gewichtsbedingt sein, da der Beschwerdeführer in den letzten Jahren doch erheblich zugenommen habe. Diese Einschätzung erscheint plausibel, da der Beschwerdeführer bei der gutachterlichen Exploration angegeben habe, in den letzten Jahren etwa 15 kg zugenommen zu haben (S. 3). Insgesamt wird der Beweiswert des pneumologischen Teilgutachtens durch die medizinischen Vorakten nicht in Frage gestellt. In diesem Sinn hielt der pneumologische

Gutachter auch fest, es gebe in den vorliegenden Akten diagnostisch keine Widersprüche (IV-Nr. 256.7 S. 9).

7.6 Zusammenfassend erweist sich das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 als beweiswertig. Dies hielt auch die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, in ihrer Stellungnahme vom 11. August 2022 (IV-Nr. 259 S. 2 f.) fest. So legte sie dar, das vorliegende Gutachten sei in Kenntnisnahme der Vorakten erstellt worden, die Gutachter seien auf die Beschwerden des Beschwerdeführers eingegangen, die fachärztlichen Untersuchungen seien umfangreich und ausführlich dokumentiert und die medizinische Beurteilung sei nachvollziehbar. Die Gutachter hätten sich auch mit abweichenden Meinungen auseinandergesetzt, so mit der der versicherten Person selbst und mit den Beurteilungen behandelnder Ärzte.

7.7 Nachfolgend ist auf die durch den Beschwerdeführer gegen das Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 vorgebrachten Einwände einzugehen:

7.7.1 Der Beschwerdeführer beanstandet zunächst die fehlende Unterschrift von Dr. med. G.\_\_\_\_ im Rahmen der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung» (IV-Nr. 256.1 S. 5 ff.). Der Gesamtbeurteilung ist in Bezug auf die Entstehung des Konsenses Folgendes zu entnehmen: «Datum Besprechung: 6. Juli 2022. Teilnehmer: Frau Dr. med. H.\_\_\_\_, Dr. med. G.\_\_\_\_, Frau Dr. med. I.\_\_\_\_, Herr F.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. univ. K.\_\_\_\_. Die Besprechung erfolgte: per E-Mail (HIN-geschützt)». Es ist somit davon auszugehen, dass Dr. med. G.\_\_\_\_ an der Konsensbesprechung beteiligt war. Wie der Beschwerdeführer jedoch zu Recht vorbringt (A.S. 32 f.), hat Dr. med. G.\_\_\_\_ das Gesamtgutachten als einziger Gutachter nicht unterzeichnet (vgl. IV-Nr. 256.1 S. 12). Sein pneumologisches Teilgutachten liegt jedoch unterzeichnet bei den Akten (IV-Nr. 256.7) und im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wird unter dem Titel «Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität» auch eine Stellungnahme aus pneumologischer Sicht wiedergegeben (IV-Nr. 256.1 S. 6 oben). Da durch den Beschwerdeführer nicht vorgebracht wird, dass das Hauptgutachten und dessen Ergebnis mit dem Teilgutachten nicht übereinstimmen, stellt die fehlende Unterschrift des Pneumologen im Hauptgutachten im vorliegenden Fall keinen erheblichen Mangel dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_114/2017 vom 21. August 2017 E. 7.2.1, 8C\_904/2012 vom 28. März 2013 E. 4.4, 8C\_499/2007 vom 4. November 2008 E. 3.2.2). Es erübrigt sich somit das in diesem Zusammenhang durch den Beschwerdeführer beantragte Weiterleiten der durch den Beschwerdeführer beantragten Ergänzungsfrage an Dr. med. G.\_\_\_\_ (vgl. E. I. 3 Ziff. 4.2 hiervor). Diese erweist sich unter den gegebenen Umständen als nicht weiterführend.

7.7.2 Der Beschwerdeführer stellt sich weiter auf den Standpunkt, es fehlten im Gutachten diverse wichtige Unterlagen. So der Bericht der Abteilung Arbeitsmedizin der Suva von Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt HNO und Arbeitsmedizin, vom 2. Februar 2012, das Schreiben der Firma Q.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2020, und der Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 28. August 2020 (A.S. 33 ff.). Dem Beschwerdeführer ist beizupflichten, dass diese Berichte im Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ nicht explizit aufgeführt werden. Daraus lässt sich indes nicht per se auf einen fehlenden Beweiswert des Gutachtens schliessen. So hat sich der Gutachter im Rahmen seiner eigenen Beurteilung mit den wesentlichen Vorakten zu befassen, soweit die betreffenden Stellungnahmen ■ abhängig von ihrem Entstehungskontext ■ hinreichend substantiiert und nicht unter einem anderen Aspekt offenkundig vernachlässigbar sind (vgl. BGE 137 V 210 E. 6.2.4 S. 270).

In Bezug auf den Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2012 ist ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 34) ■ festzuhalten, dass dieser im Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 25. November 2014 durchaus berücksichtigt worden ist. So wurde der Bericht einerseits unter dem Titel «Akten» aufgelistet (IV-Nr. 72.1 S. 6) und andererseits setzte sich der Pneumologe Dr. med. R.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten mit diesem auseinander (IV-Nr. 72.1 S. 18). Folglich floss der Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2012 im hier massgebenden Vergleichszeitpunkt in die medizinische Beurteilung durchaus mit ein. Inwiefern im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung eine nochmalige gutachterliche Auseinandersetzung mit diesem Bericht hätte erfolgen müssen, vermag der Beschwerdeführer nicht aufzuzeigen. Aus seiner Argumentation, wonach der Beschwerdegegnerin bei Vorliegen dieses Berichts nicht entgangen wäre, dass Dr. med. P.\_\_\_\_ eine rhinologische Untersuchung empfohlen habe (A.S. 34), vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Es ist davon auszugehen, dass die Gutachter der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ eine entsprechende gutachterliche Untersuchung beantragt bzw. empfohlen hätten, wenn eine solche aus ihrer Sicht notwendig gewesen wäre. Dies gilt auch in Bezug auf die vom Beschwerdeführer beanstandete, fehlende ophthalmologische Begutachtung (A.S. 37).

Das Schreiben der Firma Q.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2020 (IV-Nr. 148) hat der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin im Rahmen des ausgefüllten Fragebogens vom 11. April 2022 (IV-Nr. 256 S. 11) zukommen lassen. Somit lag dieses der Beschwerdegegnerin vor. Es ist indes nicht ersichtlich, inwiefern dieses Schriftstück für die gutachterliche Beurteilung notwendig gewesen wäre. Auf das diesbezüglich geltend gemachte Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach aus dem Dokument hervorgehe, dass dem Beschwerdeführer die Anstellung aus gesundheitlichen und nicht aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt worden sei (A.S. 35), wird im Gutachten der E.\_\_\_\_ eingegangen (IV-Nr. 256.7 S. 5). Dem weiteren Argument des Beschwerdeführers, wonach die Gutachter bei Vorliegen dieses Schreibens nicht zum Schluss gekommen wären, dass er seine Tätigkeit als Hauswart uneingeschränkt (8.5 Stunden / Tag) hätte erbringen können, kann nicht gefolgt werden. So wurde im Gutachten ausdrücklich festgehalten, dass der Beschwerdeführer von 2017 bis 2020 bei der Firma Q.\_\_\_\_ in einem 50%-Pensum tätig gewesen und die Stelle per Ende Oktober 2020 wegen Krankheit gekündigt worden sei. Dem Beschwerdeführer sei mitgeteilt worden, dass die Hauswartstätigkeit ein zu grosses Risiko sei (IV-Nr. 256.7 S. 5).

Es ist im Weiteren auf den vom Beschwerdeführer ebenfalls gerügten Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 28. August 2020 (IV-Nr. 148 S. 81 f.) einzugehen. In diesem werde auf eine seit März 2018 zunehmende Gleichgewichtsproblematik sowie auf ein Einschlafen des Armes beidseits linksbetont hingewiesen (A.S. 35). Diesbezüglich ist zum einen darauf hinzuweisen, dass die Schwindelanfälle im Gutachten unter dem Titel «kurze Zusammenfassung der Krankheitsentwicklung» aufgeführt werden (vgl. IV-Nr. 256.1 S. 5) und von neurologischer Seite ein episodischer Schwankschwindel diagnostiziert wurde. In Bezug auf die Arme gab der Beschwerdeführer anlässlich der gutachterlichen Exploration an, es bestünden weder eine Taubheit noch eine Lähmung in den Armen (IV-Nr. 256.3 S. 3). Ausserdem befasste sich die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ in ihrer Aktennotiz vom 17. September 2020 (IV-Nr. 149) u.a. mit eben diesem Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_. Dabei legte sie dar, dass dem Beschwerdeführer wegen Beschwerdeexacerbation seit Juni 2020 mit Schmerzen, Gleichgewichtsproblemen und Einschlafen beider oberer Extremitäten linksbetont (vgl. Bericht Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 28. August 2020) vom 8. bis 26. Juni 2020

sowie ab 22. Juli 2020 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Angesichts dieser Ausführungen ist nicht ersichtlich und wird durch den Beschwerdeführer auch nicht dargetan, inwiefern der besagte Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ zwingend in die gutachterliche Beurteilung hätte miteinbezogen werden müssen.

7.7.3 Dem weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach die durch sämtliche Gutachter erwähnte Schwindelproblematik nicht weiter abgeklärt worden sei (A.S. 37), kann nicht gefolgt werden. So gab der Beschwerdeführer anlässlich der gutachterlichen Explorationsuntersuchungen zum einen an, nach der 2. Operation weniger Schwindelanfälle zu haben (vgl. IV-Nrn. 256.3 S. 3, 256.34 S. 3, 256.6 S. 3). Zum anderen wurde im Rahmen des pneumologischen Teilgutachtens eine Spirometrie durchgeführt, in dessen Verlauf eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung festgestellt wurde (IV-Nr. 256.7 S. 8). Auf den durch den Neurologen Dr. med. M.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 3. März 2020 (IV-Nr. 164) festgestellten «episodischen Schwankschwindel» ging die neurologische Gutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_ in überzeugender und schlüssiger Weise ein (vgl. E. II. 7.2 hiervor). Damit gilt als erstellt, dass sich die Gutachter mit der Schwindelproblematik des Beschwerdeführers durchaus befasst haben. Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf die vom Beschwerdeführer ebenfalls beanstandete, fehlende Abklärung der diagnostizierten Coxarthrose rechts (A.S. 38). So wurde im Rahmen des orthopädisch- / traumatologischen Teilgutachtens eine Röntgenaufnahme durchgeführt und u.a. eine beginnende mässiggradige Coxarthrose rechts mit minimalen Osteophyten und gering verschmälertem Gelenkspalt festgestellt (IV-Nr. 256.3 S. 9; vgl. E. II. 7.1 hiervor). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der orthopädisch- / traumatologischen Begutachtung keine Einschränkungen des Aktivitätenniveaus des Beschwerdeführers in den Lebensbereichen Freizeit und Haushalt festgestellt werden konnten. So sei der Beschwerdeführer körperlich in der Lage, im Haushalt mitzuhelfen, einzukaufen und ein- bis zweimal täglich bis zu 1.5 Stunden spazieren zu gehen, seinen Hobbys nachzugehen, Verkehrsmittel zu benutzen, Auto zu fahren, auch in den Urlaub bis ins [...] (IV-Nr. 256.1 S. 5). In diesem Zusammenhang ist nicht einzusehen, inwiefern zur Weg- / Gehfähigkeit des Beschwerdeführers weitere Abklärungen hätten vorgenommen werden müssen (A.S. 38, vgl. E. I. 3 Ziff. 5.1 hiervor). Dem entsprechenden Vorbringen des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden. So ergeben sich diesbezüglich gestützt auf die Angaben zum Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers im Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ ausreichend Anhaltspunkte. Eine weitere Abklärung erscheint deshalb nicht notwendig. Der Beschwerdeführer vermag denn auch nicht aufzuzeigen, inwiefern eine solche erforderlich wäre.

7.7.4 Der Beschwerdeführer bringt bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens vor, es bestehe eine Widersprüchlichkeit, da der psychiatrische Gutachter F.\_\_\_\_ den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit derjenigen Situation zur Zeit der Rentenablehnung vom 29. Juli 2015 als wesentlich verändert bezeichne, aber zugleich ausführe, es sei alles gleichgeblieben (A.S. 39). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist ■ wie nachfolgend dargelegt wird ■ diesbezüglich kein Widerspruch vorhanden: So ist dem psychiatrischen Teilgutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2022 zu entnehmen, dass eine «Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2)» als Diagnose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit des Beschwerdeführers vorliege (IV-Nr. 256.5 S. 9). Dies im Vergleich zum Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 29. Juli 2015, in dessen Rahmen keine Einschränkung

des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers dokumentiert ist und daher auch keine entsprechende psychiatrische Begutachtung durchgeführt wurde. Somit ist in Bezug auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers von einer wesentlichen Veränderung auszugehen. Da die neue Diagnose indes nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt, ist im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem Vergleichszeitpunkt vom 29. Juli 2015 trotz veränderter Diagnosestellung keine Veränderung festzustellen. Bezüglich der vom Vertreter des Beschwerdeführers ins Feld geführten, anstelle der diagnostizierten «Anpassungsstörung gemäss ICD-10 F43.2», heranzuziehenden Diagnose gemäss ICD-10 F43.21 (A.S. 43) ist festzuhalten, dass diese diagnostische Unterscheidung jedenfalls nicht geeignet ist, ernsthafte Zweifel am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens erwecken zu können. Folglich ist nicht weiter auf diese diagnostische Differenzierung einzugehen. Es kann an dieser Stelle ergänzend darauf hingewiesen werden, dass ■ wie vorliegend der Fall ■ bei in überzeugender Weise verneinter psychiatrisch bedingter Arbeitsunfähigkeit auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429). Die vom Beschwerdeführer in Bezug auf die Anpassungsstörung formulierte Ergänzungsfrage (vgl. E. I. 3 Ziff. 3.5 hiervor) erweist sich als nicht weiterführend, weshalb darauf verzichtet werden kann.

Der Beschwerdeführer stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt, im psychiatrischen Teilgutachten sei widersprüchlich (A.S. 39), dass eine sozialmedizinisch relevante Beeinträchtigung im Bereich der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit im Kontext als Hauswart bejaht, dem Beschwerdeführer aber gleichzeitig eine volle Leistungsfähigkeit in der Tätigkeit als Hauswart attestiert werde (vgl. auch E. I. 3 Ziff. 3.2 hiervor).

Diesbezüglich stellte der Psychiater F. \_\_\_ in seinem Teilgutachten fest, es liege in Anlehnung an das Mini-ICF-APP beim Beschwerdeführer im Kontext als Hauswart nur im Bereich der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit eine sozialmedizinisch relevante Beeinträchtigung vor. Diesbezüglich kann darauf hingewiesen werden, dass eine klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend ist und dem angesprochenen Verfahren (MINI-ICF-APP) höchstens eine ergänzende Funktion zukommt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_465/2019 vom 12. November 2019 E. 5; 9C\_728/2018 vom 21. März 2019 E. 3.3). In diesem Kontext ist zwar das fehlende Aufführen der Mini-ICF-APP im Rahmen des Gutachtens zu bemängeln, jedoch könnten allein gestützt auf die entsprechende Testung ohnehin keine relevanten Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bzw. dessen Arbeitsfähigkeit gezogen werden. Folglich erübrigen sich sowohl die entsprechenden Ergänzungsfragen (vgl. E. I. 3 Ziff. 3.2, 3.3 hiervor), als auch weitere Ausführungen diesbezüglich.

7.7.5 In Bezug auf die Rüge (A.S. 42), wonach der Beschwerdeführer bei heftigen Schulterschmerzen mit Ausstrahlung Optifen 600 mg und nicht Dafalgan einnehme, ist den Angaben Beschwerdeführers im Rahmen der gutachterlichen Explorationen zu entnehmen, dass er bei Bedarf bis zu dreimal täglich Optifen 600 mg als Ersatz für Dafalgan einnehme. Dafalgan nehme er unter «optimalen Bedingungen» einmal täglich ein (circa an 10 Tagen pro Monat, IV-Nrn. 256.3 S. 6, 256.4 S. 5, 256.6 S. 5, 256.7 S. 7, 256.8 S. 7). Dies wird u.a. auch von der neurologischen Gutachterin Dr. med. I. \_\_\_ entsprechend festgehalten. Ein inhaltlicher Fehler ist ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ■ somit nicht ersichtlich.

7.7.6 Aus dem Vorbringen, der Beschwerdeführer habe die Lehre als Automechaniker 1979 und nicht 1879 abgeschlossen (A.S. 42) vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. So erschliesst sich aus dem Kontext der vorliegenden Akten von selbst, dass es sich hierbei um einen reinen Schreibfehler handelt.

7.7.7 Der vom Beschwerdeführer vorgebrachte vorzeitige Abbruch des Arbeitsversuches bei der Firma Garage S. \_\_\_ in [...] am 26. August 2016 ist gestützt auf die vorliegenden Akten korrekt (A.S. 42). So ist diesen zu entnehmen, dass der Arbeitsversuch vom 14. Juni 2016 bis 13. Dezember 2016 dauern sollte (IV-Nr. 120), die Massnahme jedoch per 26. August 2016 abgebrochen wurde (IV-Nr. 122). Dies wurde im Rahmen der Begutachtung der Gutachterstelle E. \_\_\_ somit nicht richtig festgehalten (vgl. IV-Nr. 256.2 S. 7). Daraus vermag der Beschwerdeführer indes nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.

7.7.8 Die Funktion des Beschwerdeführers innerhalb des Militärs ist für die hier zu beantwortenden Fragen nicht von Relevanz. Daher ist auf seine Rüge, wonach er im Militär Gefreiter gewesen sei und nicht wie von Dr. med. G. \_\_\_ beschrieben, Oberleutnant (A.S. 42 f.), nicht einzugehen. Es kann jedoch erwähnt werden, dass der Beschwerdeführer in der Feuerwehr Oberleutnant war (vgl. Protokoll der öffentlichen Verhandlung). Ähnlich verhält es sich in Bezug auf das Vorbringen, wonach der Beschwerdeführer ■ im Gegensatz zur Feststellung von Dr. med. G. \_\_\_ auf S. 88 seines Teilgutachtens (unbegleitet) ■ durch seine Frau begleitet zur Exploration vom 2. Mai 2022 erschienen sei (A.S. 43).

7.8 Zusammenfassend vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers den Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle E. \_\_\_ vom 8. August 2022 nicht zu schmälern. Dieses genießt somit vollen Beweiswert. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 23. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) auf das besagte Gutachten abgestellt hat. Es kann somit auch auf das im polydisziplinären Gutachten formulierte Profil betreffend die Arbeitsfähigkeit abgestützt werden: Demnach sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiter Technischer Unterhalt und Logistik seit der Rentenablehnung vom 29. Juli 2015 nicht mehr arbeitsfähig. So übersteige das Belastungsprofil der körperlich schweren Tätigkeit das verbliebene Restleistungsvermögen des Beschwerdeführers dauerhaft. Eine angepasste Tätigkeit, welche den im Gutachten formulierten Anforderungen entspreche (körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten unter lufthygienisch unproblematischen Bedingungen ohne Zwangshaltungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, am ehesten konzeptuelle / kognitive Aufgabe, IV-Nr. 256.1 S. 8), sei dem Beschwerdeführer indes seit dem 29. Juli 2015 zu 8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungseinschränkung zumutbar (100 % arbeitsfähig).

7.9 Eingehend auf die durch den Vertreter des Beschwerdeführers an der öffentlichen Verhandlung vom 2. November 2023 eingereichten kantonalen Gerichtsurteile (Urkunden Nrn. 12 ■ 14) kann festgehalten werden, dass diese für den vorliegenden Einzelfall nicht massgebend sind. So liegt ■ wie oben ausgeführt ■ in Bezug auf das Gutachten der Gutachterstelle E. \_\_\_ vom 8. August 2022 keine Häufung von gravierenden Fehlern vor. Das Gutachten beinhaltet lediglich ein paar Ungenauigkeiten, die geklärt werden können und keinen Einfluss auf die gutachterlichen Ergebnisse haben.

8. Es ist im Nachfolgenden ■ wie bereits in E. II. 6 ausgeführt ■ zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 23. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 29. Juli 2015 (IV-Nr. 55) wesentlich verändert hat. Da sich die

Beschwerdegegnerin im Rahmen der Verfügung vom 29. Juli 2015 im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 25. November 2014 (IV-Nrn. 72.1 ■ 72.2) gestützt hat, sind für den nachfolgenden Vergleich sowohl das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. T.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, und das pneumologische Teilgutachten von Dr. med. R.\_\_\_\_, FMH Pneumologie, heranzuziehen. Es ist zunächst auf den somatischen Gesundheitszustand (vgl. E. II. 8.1 ff. hiernach) und dann auf die psychische gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 8.5 hiernach) einzugehen:

8.1 Im Rahmen des orthopädisch- / traumatologischen Teilgutachtens vom 30. Mai 2022 (IV-Nr. 256.3) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_ betreffend das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 25. November 2014 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) fest, von orthopädisch-traumatologischer Sicht bestehe aufgrund der vorhandenen degenerativen und postoperativen Veränderungen inzwischen eine stärkere Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit vorwiegendem Stehen oder Gehen und Zwangshaltungen der Hals- und Lendenwirbelsäule. Diesen Einschätzungen kann gefolgt werden. So präsentierte sich im Zeitpunkt des Gutachtens der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 25. November 2014 aus orthopädischer Sicht insbesondere die Diagnose eines «chronischen, v.a. belastungsabhängigen zervikalen Schmerzsyndroms mit intermittierender Ausstrahlung in die Arme (ICD-10 M53.1)». Diese Diagnose wurde sodann im Rahmen des Gutachtens der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 dahingehend bestätigt, als ein «pseudoradikuläres Zervikalsyndrom beidseits» diagnostiziert wurde. Weiter wurden jedoch noch eine «beginnende Gonarthrose rechts» und ein «pseudoradikuläres Lumbalsyndrom rechts» festgestellt. Somit hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus orthopädischer diagnostischer Sicht leichtgradig verschlechtert. Dennoch lauten die Einschätzungen der orthopädischen Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_ und Dr. med. T.\_\_\_\_ übereinstimmend wie folgt: Volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter Technischer Unterhalt und Logistik. In einer angepassten Tätigkeit, bestehe gemäss übereinstimmender Einschätzung der orthopädischen Gutachter eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-Nrn. 72.1 S. 15, 256.3 S. 14 f.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich beim Beschwerdeführer seit der zuletzt ergangenen Verfügung vom 29. Juli 2015 aus orthopädischer Sicht eine leichtgradig veränderte gesundheitliche Situation präsentiert. Dabei handelt es sich indes im Rahmen einer Gesamtbetrachtung nicht um eine wesentliche Veränderung. Eine anspruchsbegründende, revisions-rechtlich relevante Veränderung liegt somit nicht vor.

8.2 Im pneumologischen Teilgutachten vom 5. Mai 2022 (IV-Nr. 256.7) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_ in Bezug auf die Akten fest, es bestünden diagnostisch keine Widersprüche. Diese Einschätzung und auch seine weitere Ausführung, wonach die Arbeitsfähigkeit im Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf 100 % gesetzt werde (IV-Nr. 256.7 S. 9), erweisen sich als korrekt. So diagnostizierte Dr. med. R.\_\_\_\_ in seinem pneumologischen Teilgutachten vom 10. November 2014 ein «Asthma bronchiale». Zudem führte er aus, es bestehe beim Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit für vorwiegend schwere körperliche Arbeiten. Für vorwiegend leichte körperliche Arbeiten unter Voraussetzung von fehlender Exposition mit Staub-, Aerosol-, Rauch-, Dampf- und starkem Geruch bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 72.1 S. 19 f.). Im Rahmen des pneumologischen Teilgutachtens vom 5. Mai 2022 bestätigte Dr. med. G.\_\_\_\_ sowohl die durch Dr. med. R.\_\_\_\_ ausgewiesene Diagnose, indem er eine

«Eosinophiles, nicht allergisches Asthma bronchiale, kontrolliert, leichtgradig» auswies (IV-Nr. 256.7 S. 9), als auch die Einschätzung, dass dem Beschwerdeführer alle Tätigkeiten zumutbar seien, die körperlich leicht bis mittelschwer seien und unter lufthygienisch unproblematischen Bedingungen möglich seien (IV-Nr. 256.7 S. 10). Folglich stimmen die gutachterlichen Einschätzungen der pneumologischen Gutachter im Wesentlichen überein. In diesem Sinn führte Dr. med. G.\_\_\_\_ auch aus, es habe seit 2015 keine signifikante Veränderung gegeben (IV-Nr. 256.7 S. 12). Demzufolge ist nicht von einer revisionsrechtlich relevanten gesundheitlichen Veränderung seit dem Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 25. November 2014 auszugehen.

8.3 Da auf dem medizinischen Fachgebiet der Neurologie und der Allgemeinmedizin weder in der Vergangenheit noch aktuell entsprechende Diagnosen oder Gesundheitsstörungen ausgewiesen werden, ist sowohl aus neurologischer als auch internistischer Sicht nicht von einem veränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auszugehen. So stellten die Neurologin Dr. med. I.\_\_\_\_ in ihrem Teilgutachten vom 26. Mai 2022 (IV-Nr. 256.4 S. 10) und der Internist Prof. Dr. med. univ. K.\_\_\_\_ im Rahmen seines internistischen Teilgutachtens (IV-Nr. 256.6 S. 9) fest, das Belastungsprofil sei nicht eingeschränkt. Es ergeben sich in Bezug auf diese beiden medizinischen Fachgebiete keine veränderten und somit keine revisionsrechtlich bedeutsamen Sachverhalte.

8.4 Der psychiatrische Gutachter F.\_\_\_\_ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 26. Mai 2022 fest, der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich seit dem Zeitpunkt der Rentenablehnung vom 29. Juli 2015 verändert (IV-Nr. 256.5 S. 12). So liege aus psychiatrischer Sicht nun eine Anpassungsstörung vor, welche aber keine unmittelbaren Auswirkungen auf die die Arbeitsfähigkeit habe. Diesen Einschätzungen kann gefolgt werden. So wurde im Rahmen des C.\_\_\_\_-Gutachtens vom 25. November 2014 keine psychiatrische Teilbegutachtung vorgenommen und es präsentieren sich zum damaligen Zeitpunkt auch keine medizinischen Berichte einer auf das Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierten Fachpersonen. Somit ist aufgrund der im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 23. Dezember 2022 ausgewiesenen Diagnose einer «Anpassungsstörung» durchaus eine diagnostische Veränderung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers dokumentiert, welcher indes gemäss gutachterlicher Einschätzung keine unmittelbare Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukommt (IV-Nr. 256.5 S. 12). Diese leichtgradig veränderte Gesundheitssituation erweist sich unter dem Blickwinkel der revisionsrechtlichen Überprüfung nicht als wesentliche Veränderung.

8.5 Zusammenfassend ist seit dem Referenzzeitpunkt vom 29. Juli 2015 keine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen. Daran vermag auch der anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 2. November 2023 durch den Beschwerdeführer eingereichte Bericht des Röntgeninstituts U.\_\_\_\_ vom 19. September 2023 (Urkunde Nr. 11) nichts zu ändern. So lassen sich aus diesem keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im hier massgebenden Zeitpunkt der Verfügung vom 23. Dezember 2022 ziehen (vgl. E. II. 6 hiervor). Es ist deshalb im vorliegenden Fall kein Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Auf die diesbezüglichen Rügen des Beschwerdeführers (A.S. 45 ff) ist ebenfalls nicht einzugehen.

9. Der Vollständigkeit halber ist nachfolgend zu prüfen, ob die Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt überhaupt noch verwertbar ist.

9.1 Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind. Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 S. 16, 138 V 457 E. 3.1 S. 459 f. mit Hinweisen).

9.2 Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Der Beschwerdeführer wurde im Oktober 1959 geboren. Für die Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist derjenige Zeitpunkt massgebend, zu dem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbsfähigkeit feststeht. Dies ist der Fall, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben. Muss wegen bestehender Unklarheiten ein medizinisches Gutachten eingeholt werden, ist in aller Regel massgebend, wann das Gutachten erstattet wird (BGE 138 V 457 E. 3.3 und 3.4 S. 461 f.). Als die durch die Beschwerdegegnerin beauftragte Begutachtungsstelle E. \_\_\_ im August 2022 ihr Gutachten vorlegte, war der Beschwerdeführer 62 Jahre und 10 Monate alt und wies somit eine verbleibende Aktivitätsdauer von zwei Jahren und zwei Monaten auf. Dem Beschwerdeführer kann nicht vorgeworfen werden, er habe sich bewusst mit Verzögerung angemeldet, so dass kein Grund besteht, von der Massgeblichkeit dieses Zeitpunktes abzuweichen.

9.3 In einer neueren Publikation wurde die jüngere Praxis zur Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit in fortgeschrittenem Alter analysiert (Thomas Gächter / Philipp Egli / Michael Meier / Martina Filippo: Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, Rechtsgutachten zuhanden der Coop Rechtsschutz AG, Zürich / Winterthur 2021 [abrufbar unter [www.wesym.ch](http://www.wesym.ch); nachfolgend: Gächter e.a.], S. 60 f. N 154). Eine mögliche Relevanz wird dem Kriterium «fortgeschrittenes Alter» bei Männern ab dem 61. Altersjahr zuerkannt. Als allein ausschlaggebendes Kriterium wird das Alter aber erst ab dem Alter 64 anerkannt. Wenn die verbleibende Erwerbsdauer nur noch einige Monate beträgt, wird die Verwertbarkeit einzig aufgrund des Alters definitiv verneint. Bei Männern über 60 Jahre geht die Rechtsprechung dann von einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aus, wenn sie nur noch zwei bis drei Jahre

Aktivitätszeit vor sich haben, ihre Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich stark eingeschränkt ist, ein grosser Umschulungs- oder Einarbeitungsaufwand anfallen würde und kaum mit einer gewissen Anpassungsfähigkeit gerechnet werden darf. Im Altersspektrum von 60 ■ 64 Jahren bedarf es somit (mehrerer) zusätzlich qualifizierender Elemente, damit eine Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit verneint wird.

9.4 Vor diesem Hintergrund ist die Verwertbarkeit der gutachterlich ermittelten Arbeitsfähigkeit wie folgt zu beurteilen: Die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter Technischer Unterhalt und Logistik kann der Beschwerdeführer aufgrund der somatischen gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr ausüben. Eine angepasste berufliche Tätigkeit ist ihm jedoch zu 100 % möglich. Somit ist eine berufliche Umstellung unumgänglich. Dabei ist als günstig zu bezeichnen, dass der Beschwerdeführer als gelernter Automechaniker während seiner bisherigen beruflichen Laufbahn diverse Tätigkeiten ausübte. So war er u.a. als CNC-Operateur, Hilfsschreiner, Betriebsmechaniker / Magaziner und Lagerist, Anlagenführer, Aussendienstmitarbeiter, Landmaschinenmechaniker, Mitarbeiter im Abschlepp- und Pannendienst und als Hauswart tätig (vgl. IV-Nrn. 221, 256.3 S. 4 f.). Es ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit beruflichen Umstellungen vertraut ist. Diese Umstände begründen im Quervergleich mit anderen Fällen eine gewisse Erleichterung. Weiter enthält das durch die Gutachter formulierte Zumutbarkeitsprofil auch nicht eine Vielzahl an Einschränkungen des Tätigkeitsfeldes (körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten unter lufthygienisch unproblematischen Bedingungen ohne Zwangshaltungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, am ehesten konzeptuelle / kognitive Aufgabe).

Insgesamt ist somit mit Blick auf die Berufsbiographie des Beschwerdeführers und die Möglichkeit, eine leidensangepasste Tätigkeit mit einem vergleichsweise relativ offenen Feld zumutbarer Beschäftigungen zu einem Vollpensum auszuüben, davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers trotz der lediglich relativ kurzen, verbleibenden Aktivitätsdauer von zwei Jahren und zwei Monaten auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt weiterhin verwerten lässt. Dieses Ergebnis lässt sich auch mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Zusammenfassung in Gächter e.a. S. 42 ff., N 91 ff.) vereinbaren. So bejahte das Bundesgericht bspw. die Verwertbarkeit bei einem 63.5 Jahre alten Versicherten, der in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig war, über ein sehr gering eingeschränktes Belastungsprofil verfügte (lediglich Vermeiden von Heben von Lasten über 10 kg und eher Verrichten von sitzenden Arbeiten), feinmotorisch nicht beeinträchtigt war, im angestammten Beruf als Servicetechniker für Büromaschinen im Aussendienst gearbeitet hatte, wobei er nebst technischen Kenntnissen auch den Umgang mit Kunden erlernt hatte, und daneben zu 20 % als Hauswart tätig und somit nie vom Arbeitsmarkt abwesend war (Urteil des Bundesgerichts 9C\_847/2015 vom 30. Dezember 2015 E. 4.2 f.). Es kann an dieser Stelle ergänzend darauf hingewiesen werden, dass der Beschwerdeführer seit November 2013 bis andauernd die Einzelfirma «V.\_\_\_\_» betreibt (vgl. Lebenslauf, IV-Nr. 221 S. 9). In dieser werden Autoreparaturen und Ersatzteile angeboten. Zudem ist den vorliegenden Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bis 30. Juni 2021 als ordentlicher Gemeinderat und vom 1. Juli 2021 bis Mitte 2025 als gewählter Ersatzgemeinderat der Gemeinde [...] tätig ist (vgl. IV-Nr. 221 S. 5). Der durch die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens am 31. März 2023 (A.S. 64) eingereichten umfassenden Dokumentation von Protokollen des Gemeinderates kann zudem entnommen werden, dass der Beschwerdeführer durchaus in

der Lage ist, sich in Diskussionen und Themen einzubringen, was eine vorgängige Befassung mit einer Thematik bzw. mit den Traktanden bedingt. Es kann somit zusammenfassend davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer auch aktuell noch auf dem Arbeitsmarkt tätig ist und über eine gewisse Ressourcenlage verfügt. Somit liegt diesbezüglich keine längerdauernde Abwesenheit vor, was ebenfalls für die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit spricht.

10. Was den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen anbelangt, fehlt es bei einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und einem Invaliditätsgrad von 14 % an den invalidenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen. An diesem Ergebnis würde sich selbst bei Berücksichtigung eines leidensbedingten Pauschalabzugs von 10 % gemäss der ab 1. Januar 2024 geltenden Änderung der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) nichts ändern. Berufliche Massnahmen, insbesondere eine Umschulung würden im Übrigen auch am Grundsatz der Verhältnismässigkeit scheitern. So befand sich der Beschwerdeführer im hier massgebenden Zeitpunkt mit 62 Jahren und 10 Monaten bereits in einem fortgeschrittenen Alter, weshalb ihm keine längerdauernde Erwerbskarriere mehr bevorstand. Unter diesen Umständen erscheint die Durchführung von beruflichen Massnahmen bezüglich des Eingliederungserfolges nicht in einem vernünftigen Verhältnis zu stehen.

11. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 23. Dezember 2022 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen (vgl. E. II. 5 hiervor). Da von den durch den Beschwerdeführer beantragten Ergänzungsfragen an die Gutachterpersonen (vgl. E. I. 3 Ziff. 3 bis 8.3 hiervor) für den hier zu beurteilenden Zeitraum keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist darauf zu verzichten.

13. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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 CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Küng

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_755/2023 vom 20. Februar 2024 bestätigt.

#### **E. 4**

Dem pneumologischen Teilgutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ seien folgende Fragen zur schriftlichen Beantwortung zu unterbreiten: 4.1 Aus welchen Gründen haben Sie die medizinischen SUVA-Akten hinsichtlich der SO<sub>2</sub>-Exposition vom 27. Oktober 2008 nicht beigezogen? 4.2 Aus welchen Gründen haben Sie das Gesamtgutachten an der vorgesehenen Stelle auf Seite 12 nicht mitunterzeichnet? 4.3 Sie bezeichnen in Ihrem Gutachten eine angepasste Tätigkeit als körperlich leicht bis mittelschwer. Gleichzeitig beurteilen Sie den Versicherten als 100 % arbeitsfähig in seiner bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiter technischer Unterhalt und Logistik. Die federführende, orthopädische Teilgutachterin Dr. med. H.\_\_\_\_ beurteilte hingegen das bisherige Belastungsprofil als Mitarbeiter technischer Unterhalt und Logistik als schwer und den Versicherten dort als 100 % nicht mehr leistungsfähig. Wie begründen Sie diese Divergenz?

#### **E. 5**

Der orthopädischen Teilgutachterin Dr. med. H.\_\_\_\_ sei folgende Frage zur schriftlichen Beantwortung zu unterbreiten: 5.1 Nach Ihrer Expertise würde sich in den aktuellen Röntgenaufnahmen des Beckens und der rechten Hüfte axial vom 30. Mai 2022 eine beginnende Coxarthrose rechts mit minimalen Osteophyten und gering verschmälertem Gelenkspalt darstellen. Die aktuellen Untersuchungsbefunde erklären die vom Versicherten angegebenen belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Hüftgelenk. Wie beurteilen Sie die Weg- und Gehfähigkeit des Versicherten? Ist der Versicherte in der Lage, eine Gehstrecke von 500 Metern beschwerdefrei zu gehen?

#### **E. 6**

Der neurologischen Teilgutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_ seien folgende Fragen zur schriftlichen Beantwortung zu unterbreiten: 6.1 Auf Seite 51 des Gutachtens schrieben Sie, dass die Diagnose eines episodischen Schwankschwindels eher auf eine nicht organische Ursache hinweise. An welche Ursachen denken Sie? 6.2 Wie beurteilen Sie die im Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 28. August 2020 beschriebene zunehmende Gleichgewichtsproblematik sowie das Einschlafen des Armes beidseits linksbetont?

#### **E. 7**

Dem internistischen Teilgutachter Prof. Dr. med. univ. K.\_\_\_\_ sei folgende Frage zur schriftlichen Beantwortung zu unterbreiten: 7.1 Auf Seite 71 des Gutachtens schrieben Sie, dass eine Abklärung auf obstruktives Schlafapnoesyndrom noch nicht erfolgt sei. Empfehlen Sie eine solche Abklärung?

#### **E. 8**

Den Gutachtern der E.\_\_\_\_ seien folgende Fragen zur schriftlichen Beantwortung zu unterbreiten: 8.1 Auf Seite 9 des Gesamtgutachtens führen Sie zuerst aus, dass ein progredienter Verlauf nach der Revision der HWS vom 19. Oktober 2020 zu beobachten sei. In der Folge beschreiben Sie den Verlauf dann aber eindeutig als degredient, so dass ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung vom 20. Mai 2022 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehen soll. Wie begründen Sie diesen Widerspruch? Auf welchen Umstand führen Sie die Schlussfolgerung zurück, dass ausgerechnet am Tag der psychiatrischen Untersuchung vom 20. Mai 2022 die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

komplett weggefallen sein soll?

### **E. 8.2**

Sie bezeichnen auf Seite 8 des Gutachtens (Ziff. 4.7) nur eine leichte Tätigkeit als angepasst. Was heisst leichte Tätigkeit? Wo liegt das Traglimit des Versicherten in kg?

### **E. 8.3**

Von sämtlichen Gutachtern werden die Angaben des Versicherten als glaubhaft, nachvollziehbar und konsistent beschrieben. Welchen Ursprung haben die vom Versicherten beschriebenen Schlafstörungen und Durchschlafschwierigkeiten mit daraus folgender Tagesmüdigkeit und eingeschränkter Arbeitsproduktivität? Wie lassen sich diese therapeutisch beheben und wie wirken sich diese auf die Arbeitsfähigkeit aus? Falls eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint wird: aus welchen Gründen wird eine solche verneint?

### **E. 9**

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung mit Publikums- und Presseanwesenheit nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

### **E. 10**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F. 4. Mit Beschwerdeantwort vom 22. März 2023 (A.S. 57) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 5. Eine Kopie der durch den Vertreter des Beschwerdeführers am 30. März 2023 eingereichten Kostennote (A.S. 59 ff.) geht mit Verfügung vom 31. März 2023 (A.S. 63) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 6. Die Beschwerdegegnerin lässt mit Eingabe vom 31. März 2023 (A.S. 64) Protokolle des Gemeinderates einreichen (Beilagen Nrn. 1.1 – 1.56). Eine Kopie davon wird dem Vertreter des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 6. April 2023 (A.S. 65 f.) zugestellt. 7. Mit Eingabe vom 23. Mai 2023 (A.S. 72 ff.) lässt der Beschwerdeführer weitere Urkunden (Beilagen Nrn. 8 – 10) einreichen und zu den durch die Beschwerdegegnerin eingereichten Protokollen des Gemeinderates Stellung nehmen. Je eine Kopie davon geht mit Verfügung vom 25. Mai 2023 (A.S. 75) an die Beschwerdegegnerin. 8. Mit Verfügung vom 5. September 2023 (A.S. 76 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 2. November 2023, 9.00 Uhr, vorgeladen. 9. Der im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 2. November 2023 (vgl. Protokoll der Verhandlung) gestellte Beweisantrag, die Urkunden Nrn. 11 – 17, seien als Beweismittel zu den Akten zu nehmen, wird gutgeheissen. Im Parteivortrag stellt der Vertreter des Beschwerdeführers folgende Rechtsbegehren: 1. Die Verfügung der IV-Stelle vom 23. Dezember 2022 sei aufzuheben. 2. a) Die Beschwerdesache sei zur gutachterlichen Neuabklärung (insbesondere zur Vornahme eines erwerblich gewichteten Betätigungsvergleichs) und zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. b) Eventualiter: Es seien die gesetzlichen Leistungen (inkl. berufliche Eingliederungsmassnahmen) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins von 5 % ab wann rechtens auszurichten. 3. Das vorliegende Beschwerdeverfahren sei bis zum Vorliegen der Stellungnahmen des BSV und der EKQMB zu sistieren. 4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F. 10. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form,

örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Es ist auf die Beschwerde einzutreten. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: 23. Dezember 2022) eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109). 1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. 1.4 Die durch den Vertreter des Beschwerdeführers anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 2. November 2023 beantragte Sistierung des vorliegenden Verfahrens bis zum Erhalt der Antworten der EKQMB und des BSV (vgl. Protokoll der Verhandlung) wird abgewiesen. Das Versicherungsgericht hat den Beweiswert des durch die Vorinstanz initiierten Gutachtens bei der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 im Einzelfall zu prüfen. Es ist kein Grund ersichtlich, der eine Sistierung des vorliegenden invalidenversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahrens bis zum Erhalt der Antworten der EKQMB bzw. des BSV als zweckmässig erscheinen liesse, zumal der Gesetzgeber in Art. 61 lit. a ATSG (Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) für die sozialversicherungsrechtlichen Prozesse ausdrücklich ein einfaches und rasches Verfahren verlangt. Das Abwarten der Antwort bzw. des Entscheids der erst am 1. November 2023 an die EKQMB resp. die am 2. November 2023 ans BSV gerichtete Anfrage bzw. Aufsichtsbeschwerde würden diesem Grundsatz diametral zuwider laufen. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes 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 bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). 2.3 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenberichts zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. 3. 3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Dies gilt in analoger Weise auch, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27).

3.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 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 zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a S. 199) – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 134 V 131 E. 3 S. 131, 133 V 108 S. 114 E. 5.4, 130 V 71 E. 3.1 S. 73).

4. Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 194 E. 3.b S. 194 f.). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160).

5. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweissmassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind

(Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 23. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) die Ansprüche des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und auf berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Recht abgewiesen hat. Ob eine erhebliche Veränderung eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren nach denselben Grundsätzen wie bei einer Rentenrevision nach Art. 17 ATSG. Zu vergleichen sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung vom 7. Juli 2020 (IV-Nr. 139) mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung vom 29. Juli 2015 (IV-Nr. 87), wobei auch die weitere Entwicklung bis zum Erlass der Verfügung über die Neuanmeldung vom 23. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) zu berücksichtigen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.1).

7. Da die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der Verfügung vom 23. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf das Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 abstellte, ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen. Das Gutachten stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Zudem haben die Experten den Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte befragt (IV-Nrn. 256.3 S. 2 ff., 256.4 S. 2 ff., 256.5 S. 2 ff., 256.6 S. 2 ff., 256.7 S. 2 ff.), die objektiven Befunde erhoben (IV-Nrn. 256.3 S. 7 ff., 256.4 S. 6, 256.5 S. 5 ff., 256.6 S. 6, 256.7 S. 8), Zusatzuntersuchungen durchgeführt (IV-Nr. 256.3 S. 9, 256.5 S. 7, 256.6 S. 6, 256.7 S. 8) und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen (IV-Nr. 256.2). Auf dieser Grundlage nahmen die einzelnen Experten sodann die medizinische Beurteilung vor und äusserten sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (IV-Nrn. 256.3 S. 10 ff., 256.4 S. 7 ff., 256.5 S. 8 ff., 256.6 S. 7 ff., 256.7 S. 8 ff.). In der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung» gelangten die Experten sodann zu einer gemeinsamen Beurteilung (IV-Nr. 256.1 S. 5 ff.), welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist. Es ist nachfolgend auf die einzelnen Teilgutachten und deren Beweiswert einzugehen und zu prüfen, ob die dokumentierten medizinischen Akten diesen Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen:

7.1 In Bezug auf das orthopädisch- / traumatologische Teilgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 30. Mai 2022 (IV-Nr. 256.3) ergibt sich Folgendes: Die im orthopädischen Teilgutachten ausgewiesene Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eines «pseudoradikulären Zervikalsyndroms beidseits» (S. 12) wurde durch den behandelnden Neurochirurgen Dr. med. L.\_\_\_\_ u.a. bereits im Arztbericht vom 1. März 2021 (IV-Nr. 171 S. 2 ff.) festgestellt. Er gab zudem an, dieses Zervikalsyndrom bestehe bereits seit August 2016. Somit sind in Bezug auf diese Diagnosestellung aus den vorliegenden Akten keine divergierenden Beurteilungen ersichtlich. Bezüglich des in diesem Zusammenhang erneuten operativen Eingriffs vom 19. Oktober 2020 (ACIF-Revision C4/5 mit Entfernung des intervertebralen Cages, Einbringen eines Beckenspans und ventraler Verplattung C4/5) schätzte die orthopädische Gutachterin, dass nach der Revision der Halswirbelsäule am 19. Oktober 2020 eine vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für drei Monate postoperativ bestanden habe. Diese Einschätzung lässt sich mit den Angaben in den medizinischen Vorakten vereinbaren. So verlängerte der für die damalige Operation zuständige Dr. med. L.\_\_\_\_ (vgl. Operationsbericht vom 19. Oktober 2020, IV-Nr. 164 S. 12 f.) die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der postoperativen Nachkontrolle

mit Bericht vom 3. Dezember 2020 (IV-Nr. 164 S. 7 f.) bis Ende Jahr. Er hielt zugleich fest, dass der Beschwerdeführer zwar von der Operation habe profitieren können, aber erfahrungsgemäss noch Restbeschwerden im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndroms beständen. Zudem schätzte er den Beschwerdeführer theoretisch in einer geeigneten Arbeitsumgebung ab Januar wieder als arbeitsfähig ein. Aufgrund dieser Ausführungen vermag die weitere gutachterliche Einschätzung einzuleuchten, wonach von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab Januar 2021 (ab 12. Januar 2021 50 %) auszugehen sei. In diesem Sinn hielt auch Dr. med. L.\_\_\_\_ bereits im Arztbericht vom 1. März 2021 fest, eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu vier bis acht Stunden pro Tag zumutbar (IV-Nr. 171 S. 6). Weiter lassen sich die im orthopädischen Teilgutachten ebenfalls ausgewiesenen Diagnosen einer «beginnenden Coxarthrose rechts» und eines «pseudoradikulären Lumbalsyndroms rechts» aufgrund der am 30. Mai 2022 durchgeführten Röntgenaufnahmen (IV-Nr. 256.7 S. 16) bestätigen. So wurden die entsprechenden bildgebenden Untersuchungen auch gerade aufgrund eines Verdachts auf ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom rechts und eines Verdachts auf eine beginnende Coxarthrose durchgeführt. Dr. med. H.\_\_\_\_ beurteilte die Röntgenaufnahmen der LWS vom 30. Mai 2022 sodann wie folgt: Es hätten sich gering bis mässige, nach kaudal zunehmende Spondylarthrosen und eine Spondylosis im gesamten LWS-Bereich und im thorakolumbalen Übergang dargestellt, die belastungsabhängige pseudoradikuläre Schmerzen beidseits erklärten. Weiter gab die orthopädische Gutachterin an, in den aktuellen Röntgenaufnahmen des Beckens und der rechten Hüfte axial vom 30. Mai 2022 stellten sich eine beginnende Coxarthrose rechts mit minimalen Osteophyten und gering verschmälertem Gelenkspalt dar, wobei die aktuellen Untersuchungsbefunde die vom Beschwerdeführer angegebenen belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Hüftgelenk erklären würden (IV-Nr. 256.3 S. 12). Es sind somit keine, den Beweiswert des orthopädischen Teilgutachtens schmälernde medizinische Vorberichte ersichtlich. 7.2 Anlässlich des neurologischen Teilgutachtens vom 26. Mai 2022 (IV-Nr. 256.4) erhob die Gutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, einen unauffälligen neurologischen Befund (S. 6), weshalb sie keine neurologische Diagnose stellte (S. 9). Die vom Beschwerdeführer beschriebenen morgendlichen Schwierigkeiten beim Aufstehen (S. 4) wurden von der Gutachterin als «nicht nachvollziehbar» beurteilt. Diese Einschätzung erweist sich aufgrund der nachfolgenden gutachterlichen Begründung als plausibel. So wies die neurologische Expertin diesbezüglich auf eine Diskrepanz zum sehr aktiven Tagesablauf des Beschwerdeführers hin und auf die Tatsache, dass er noch selbst Auto fahre (S. 7). Da der Beschwerdeführer zum Tagesablauf angegeben habe, im Gemeinderat aktiv zu sein, Sitzungen vorzubereiten, mit dem Hund rauszugehen (am Morgen meist bereits eine Stunde), Gartenarbeit zu machen, im Haushalt zu helfen, und seinem Hobby Automodellbau inkl. Autoliteratur nachzugehen (S. 5) und in Bezug auf die Kopfdrehungen dargelegt habe, es reiche gerade noch zum Autofahren (S. 3), kann der gutachterlichen Einschätzung gefolgt werden. Die neurologische Gutachterin ging sodann auf den durch den Neurologen Dr. med. M.\_\_\_\_ im Bericht vom 3. März 2020 (IV-Nr. 170) diagnostizierten episodischen Schwankschwindel seit Jahren ein, der als ätiologisch wahrscheinlich zerviko bedingt qualifiziert wurde. Dabei legte die Gutachterin in überzeugender Weise dar, es sei aufgrund dieser Diagnose nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerden als durch die HWS verursacht dargestellt würden. So lägen keinerlei Hinweise für eine Radikulopathie oder eine Myelopathie vor. Diese Einschätzungen sind korrekt. So sind dem Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ weder Hinweise auf eine Myelopathie

noch auf eine Radikulopathie zu entnehmen. In diesem Zusammenhang erweist sich auch die weitere gutachterliche Einschätzung, wonach der Schwankschwindel eher auf eine nicht organische Ursache hindeute (S. 8), als plausibel. Für diese Einschätzung spricht auch der Umstand, dass bei der am 20. Februar 2020 durchgeführten MRT des Kopfes (IV-Nr. 164 S. 22) eine zentrale Ursache der Schwindelanfälle und Gangunsicherheiten sicher habe ausgeschlossen werden können (IV-Nr. 256.1 S. 5). In Bezug auf den im Zusammenhang mit dem neurologischen Teilgutachten vom Beschwerdeführer ins Feld geführte Bericht von Dr. med. J. \_\_\_ vom 28. August 2020 (IV-Nr. 148, S. 81 f., vgl. E. I. 3 Ziff. 6.2 hiervor) ist zum einen darauf hinzuweisen, dass es sich bei ihm um den Hausarzt des Beschwerdeführers handelt und daher der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_317/2019 vom 30. September 2019 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Zum anderen handelt es sich bei Dr. med. J. \_\_\_ um ein auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierten Facharzt, der somit nicht in gleichem Masse kompetent ist, eine neurologische Einschätzung abzugeben, wie dies bei einem auf das hier im Zentrum stehende medizinische Fachgebiet der Neurologie spezialisierten Facharzt der Fall ist. Es kommt hinzu, dass es sich bei den durch den Beschwerdeführer vorgebrachten Angaben (zunehmende Gleichgewichtsproblematik und Einschlafen des Armes beidseits linksbetont, s. oben) lediglich um im Bericht vom 28. August 2020 aufgeführte, subjektive Einschätzungen des Beschwerdeführers handelt und somit – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nicht nachvollziehbar ist, inwiefern sich die Gutachterin Dr. med. I. \_\_\_ mit diesen zwingend hätte befassen müssen. Insgesamt wird der Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens durch die medizinischen Vorakten nicht geschmälert. 7.3 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. Mai 2022 (IV-Nr. 256.5) hielt der Psychiater und Psychotherapeut F. \_\_\_ u.a. fest, zum Untersuchungszeitpunkt seien gemäss ICD-10 die Kriterien für eine affektive Störung nicht erfüllt gewesen (S. 9). Diese Einschätzung ist aufgrund der nachfolgenden gutachterlichen Ausführungen nachvollziehbar, wonach der Beschwerdeführer weder unter einer Antriebsminderung, Freudlosigkeit noch unter einer im Übermasse gedrückten Stimmung leide und sich vielmehr ein Verlust des Selbstvertrauens vor dem Hintergrund einer mehrjährig progredienten, körperlichen Einschränkung und schnellen Erschöpfbarkeit präsentiere (S. 9). In diesem Zusammenhang leuchtet auch die weitere gutachterliche Feststellung ein, dass mit klar identifizierbarer psychosozialer Belastung (körperliche Beschwerden) und depressiven Teilsymptomen gemäss ICD-10 die Kriterien für eine Anpassungsstörung erfüllt seien. Der psychiatrische Gutachter befasste sich sodann auch mit der zeitlichen Komponente dieser Diagnosestellung, indem er darlegte, dass eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) grundsätzlich nur für zwei Jahre vergeben werden könne, bei Persistenz der psychosozialen Belastung und gemäss klinischer Erfahrung das Zeitkriterium aber zu vernachlässigen sei (S. 9). Diese Einschätzung erweist sich als korrekt. So sind gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung akute psychische Störungen nach einem Trauma als akute Belastungsreaktion zu erfassen, sofern ein unmittelbarer und klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen der traumatischen Situation und dem Beginn der Symptome besteht. Die meist wechselnde Symptomatik (Angst, Depression, Ärger, Verzweiflung u.a.) klingt in der Regel rasch ab. Ist dies ausnahmsweise nicht der Fall, liegt eine Anpassungsstörung vor, bei der die individuelle Disposition eine wesentliche Rolle spielt.

Klingen die Symptome längerfristig (ein bis zwei Jahre) nicht ab oder treten gar neue psychogene Symptome auf, kommt es zu einer psychogenen Fixierung bzw. seelischen Entwicklung, bei der zunehmend Persönlichkeitsfaktoren ausschlaggebend sind und nicht mehr das traumatische Ereignis (BGE 124 V 29 E. 5.a S. 40). Folglich erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit den durch den Beschwerdeführer diesbezüglich vorgebrachten Rügen (A.S. 43 f.). Diese erweisen sich aufgrund der vorangehenden Ausführungen als nicht weiterführend. So hat sich der psychiatrische Gutachter mit der Diagnosestellung einer «Anpassungsstörung» ausführlich befasst und anschaulich dargelegt, weshalb eine solche vorliege. Der Ansicht des Beschwerdeführers, wonach in diesem Zusammenhang ein Diagnosefehler vorliege, kann nicht gefolgt werden (A.S. 44). In Bezug auf die medizinischen Vorakten ist insbesondere auf die Berichte der den Beschwerdeführer seit 13. August 2020 behandelnden Psychiaterin Dr. med. N. \_\_\_ einzugehen. Sie wies im «fachpsychiatrischen Bericht» vom 25. August 2020 (IV-Nr. 148 S. 77 f.) die Diagnosen einer «mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.2)» und einer «nicht näher bezeichneten organischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörung mit chronischen Kopf- und Nackenschmerzen nach Chemieunfall vom 27. Oktober 2008 (Schwefeldioxidexposition) am ehemaligen Arbeitsplatz der Firma [...]» aus und bezifferte die Arbeitsunfähigkeit auf 80 %. Im Arztbericht vom 23. März 2021 (IV-Nr. 191 S. 5 ff.) bestätigte sie sodann lediglich noch eine «Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer somatischen Schädigung (Dioxinvergiftung)» als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden «sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns» gemäss ICD-10 F07.8 ausgewiesen. Da diese Diagnosestellungen durch Dr. med. N. \_\_\_ nicht in nachvollziehbarer Weise hergeleitet werden, überzeugen sie nicht. Es kommt hinzu, dass der psychiatrische Gutachter F. \_\_\_ diesbezüglich ausführte, während eine der somatischen Verschlechterung reaktiv folgende depressive Symptomatik noch nachvollziehbar erscheine, müsse aber festgehalten werden, dass eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer somatischen Schädigung nicht als gängige ICD-10 Diagnose bekannt sei. Eine im höheren Alter reaktive Persönlichkeitsstörung gebe es – bei aller Kreativität der Auslegung der ICD-10 – nicht (IV-Nr. 256.5 S. 9). Es erschliesse sich dem Gutachter daher nicht, wie Dr. med. N. \_\_\_ zu einer derartigen Diagnose komme. Logisch wäre gemäss dem Psychiater F. \_\_\_ eine Anpassungsstörung, die schon mehrjährig bestehen dürfte und sich im Verlauf der vom Beschwerdeführer empfundenen «Odyssee körperlicher Erkrankungen» entwickelt habe. Im Übrigen leuchtet auch die gestützt auf die – im Vergleich zum Bericht vom 25. August 2020 – zwar anderslautende und reduziertere Diagnosestellung dennoch weiterhin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 80 % nicht ein. In Bezug auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. N. \_\_\_ ist insgesamt auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte wie auch Therapiepersonen mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470). Daran vermag auch das Arztzeugnis von Dr. med. N. \_\_\_ vom 27. Juli 2021 (IV-Nr. 206 S. 2) nichts zu ändern. So ist diesem weder eine Diagnosestellung noch eine Befunderhebung oder Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu entnehmen. Die im Zeugnis enthaltene Beurteilung der behandelnden Psychiaterin, wonach dem Beschwerdeführer die Reise nach [...] mit über drei Stunden Fahrzeit nicht zumutbar sei, erweist sich somit als nicht nachvollziehbar. Somit vermögen die Berichte von Dr. med. N. \_\_\_ den Beweiswert des

psychiatrischen Teilgutachtens des Psychiaters F.\_\_\_\_ nicht zu verringern. 7.4 Im Rahmen des internistischen Teilgutachtens vom 14. Juni 2022 (IV-Nr. 256.6) diagnostizierte Prof. Dr. med. univ. K.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Facharzt für Endokrinologie-Diabetologie, Facharzt für Kardiologie, eine Adipositas, eine arterielle Hypertonie, ein Zustand nach Beinvenenthrombose und Varizen der unteren Extremitäten, die ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien (S. 8). Diese Diagnosestellungen überzeugen, da anlässlich der gutachterlichen Exploration ein BMI von 33.1 kg/m<sup>2</sup> errechnet, ein Blutdruck von 145 / 95 mmHg und geringe Varikosität der unteren Extremitäten festgestellt wurden (S. 6). In Bezug auf die diagnostizierte Adipositas leuchtet auch die durch den Gutachter empfohlene Ernährungsberatung ein. In Bezug auf den Blutdruck führte der Gutachter aus, dieser sei aktuell nicht adäquat eingestellt. Diese Einschätzung ist plausibel, da die Werte zu Hause in Ruhe auch zwischen 130 und 140 mmHg systolisch sowie zwischen 85 und 90 mmHg diastolisch und daher eher auf der höheren Seite seien. Auf die Angaben des Beschwerdeführers, wonach er schlecht durchschlafe, unter Tagesmüdigkeit und Schnarchen leide, ging der internistische Gutachter in nachvollziehbarer Weise ein. So führte er aus, es bestehe durchaus die Möglichkeit eines Schlafapnoesyndroms, was abgeklärt werden sollte. Daraus ergäben sich indes keine Konsequenzen betreffend die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 256.6 S. 8). Folglich kann die in diesem Zusammenhang stehende Ergänzungsfrage (vgl. E. I. 3 Ziff. 7.1 hiervor) wie folgt beurteilt werden: Eine Abklärung des Schlafapnoesyndroms ist zwar anzustreben, das entsprechende Ergebnis wird sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken. Aufgrund der vorangehenden Ausführungen überzeugen auch die beiden gutachterlichen Einschätzungen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab dem 29. Juli 2015 nie längerfristig eingeschränkt gewesen und die letzte Tätigkeit als angepasst zu betrachten sei (S. 9). Eingehend auf die Berichte des Hausarztes Dr. med. J.\_\_\_\_ sind keine dem internistischen Gutachten widersprechenden Einschätzungen bzw. Diagnosestellungen ersichtlich. In diesem Sinn stellte auch der internistische Gutachter fest, die vorliegenden internistischen Akten seien in sich konsistent und bedürften keiner kritischen Erörterung (IV-Nr. 256.6 S. 7). Dieser Beurteilung kann gefolgt werden. So werden die vom Hausarzt im Bericht vom 28. August 2020 (IV-Nr. 148) ausgewiesenen Diagnosen u.a. eines Status nach tiefer Beinvenenthrombose rechts, eines chronischen Asthma bronchiale sowie einer arteriellen Hypertonie im Rahmen des internistischen Teilgutachtens bestätigt. Der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens wird durch die vorangehenden medizinischen Akten somit nicht verkleinert. 7.5 Im pneumologischen Teilgutachten vom 5. Mai 2022 (IV-Nr. 256.7) stellte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Pneumologie, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, die Diagnose: «Eosinophiles, nicht-allergisches Asthma bronchiale, kontrolliert, leichtgradig, Erstdiagnose 2008». Beim 63jährigen Beschwerdeführer habe sich als Folge einer SO<sub>2</sub>-Exposition 2008 ein Asthma bronchiale manifestiert. Insgesamt müsse von einer kontrollierten und eher leichten asthmatischen Erkrankung gesprochen werden. Diese gutachterlichen Einschätzungen stimmen mit den Angaben in den medizinischen Vorakten überein. So wurde bspw. bereits im Bericht des den Beschwerdeführer behandelnden Lungenspezialisten Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 4. April 2017 (IV-Nr. 48) festgehalten, dass das chronische Asthma bronchiale unter Asthmabasistherapie teilkontrolliert sei. Dies bestätigte Dr. med. O.\_\_\_\_ sodann auch im zeitlich nach dem Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 erstellten Bericht vom 4. November 2022 (Beschwerdebeilage Nr. 5, IV-Nr. 270 S. 65 f.). So ist diesem u.a. zu entnehmen, dass das chronische Asthma

bronchiale aktuell unter der Inhalationstherapie praktisch kontrolliert sei. Der pneumologische Gutachter nannte als zusätzliche und wesentliche Dyspnoe-Faktoren die Adipositas und wohl eine Dekonditionierung. Diese Einschätzung vermag aufgrund des festgestellten BMI von 33.1 kg/m<sup>2</sup> einzuleuchten. Auch die weitere gutachterliche Beurteilung, dass der Verlauf des 2008 diagnostizierten Asthmas sowohl klinisch als auch lungenfunktionell stabil verlaufen sei (IV-Nr. 256.7 S. 12), überzeugt aufgrund der nachfolgenden Ausführungen. So legte der Gutachter dar, die aktuelle Spirometrie falle zwar etwas schlechter aus als die früheren Messungen, ein Abwärtstrend sei aber nicht wahrscheinlich. So könnte die Verschlechterung auch gewichtsbedingt sein, da der Beschwerdeführer in den letzten Jahren doch erheblich zugenommen habe. Diese Einschätzung erscheint plausibel, da der Beschwerdeführer bei der gutachterlichen Exploration angegeben habe, in den letzten Jahren etwa 15 kg zugenommen zu haben (S. 3). Insgesamt wird der Beweiswert des pneumologischen Teilgutachtens durch die medizinischen Vorakten nicht in Frage gestellt. In diesem Sinn hielt der pneumologische Gutachter auch fest, es gebe in den vorliegenden Akten diagnostisch keine Widersprüche (IV-Nr. 256.7 S. 9).

7.6 Zusammenfassend erweist sich das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 als beweiswertig. Dies hielt auch die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, in ihrer Stellungnahme vom 11. August 2022 (IV-Nr. 259 S. 2 f.) fest. So legte sie dar, das vorliegende Gutachten sei in Kenntnisnahme der Vorakten erstellt worden, die Gutachter seien auf die Beschwerden des Beschwerdeführers eingegangen, die fachärztlichen Untersuchungen seien umfangreich und ausführlich dokumentiert und die medizinische Beurteilung sei nachvollziehbar. Die Gutachter hätten sich auch mit abweichenden Meinungen auseinandergesetzt, so mit der versicherten Person selbst und mit den Beurteilungen behandelnder Ärzte.

7.7 Nachfolgend ist auf die durch den Beschwerdeführer gegen das Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 vorgebrachten Einwände einzugehen: 7.7.1 Der Beschwerdeführer beanstandet zunächst die fehlende Unterschrift von Dr. med. G.\_\_\_\_ im Rahmen der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung» (IV-Nr. 256.1 S. 5 ff.). Der Gesamtbeurteilung ist in Bezug auf die Entstehung des Konsenses Folgendes zu entnehmen: «Datum Besprechung: 6. Juli 2022. Teilnehmer: Frau Dr. med. H.\_\_\_\_, Dr. med. G.\_\_\_\_, Frau Dr. med. I.\_\_\_\_, Herr F.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. univ. K.\_\_\_\_. Die Besprechung erfolgte: per E-Mail (HIN-geschützt)». Es ist somit davon auszugehen, dass Dr. med. G.\_\_\_\_ an der Konsensbesprechung beteiligt war. Wie der Beschwerdeführer jedoch zu Recht vorbringt (A.S. 32 f.), hat Dr. med. G.\_\_\_\_ das Gesamtgutachten als einziger Gutachter nicht unterzeichnet (vgl. IV-Nr. 256.1 S. 12). Sein pneumologisches Teilgutachten liegt jedoch unterzeichnet bei den Akten (IV-Nr. 256.7) und im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wird unter dem Titel «Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität» auch eine Stellungnahme aus pneumologischer Sicht wiedergegeben (IV-Nr. 256.1 S. 6 oben). Da durch den Beschwerdeführer nicht vorgebracht wird, dass das Hauptgutachten und dessen Ergebnis mit dem Teilgutachten nicht übereinstimmen, stellt die fehlende Unterschrift des Pneumologen im Hauptgutachten im vorliegenden Fall keinen erheblichen Mangel dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_114/2017 vom 21. August 2017 E. 7.2.1, 8C\_904/2012 vom 28. März 2013 E. 4.4, 8C\_499/2007 vom 4. November 2008 E. 3.2.2). Es erübrigt sich somit das in diesem Zusammenhang durch den Beschwerdeführer beantragte Weiterleiten der durch den Beschwerdeführer beantragten Ergänzungsfrage an Dr. med. G.\_\_\_\_ (vgl. E. I. 3 Ziff. 4.2 hiervor). Diese erweist sich unter den gegebenen Umständen als nicht weiterführend.

7.7.2 Der Beschwerdeführer stellt sich

weiter auf den Standpunkt, es fehlten im Gutachten diverse wichtige Unterlagen. So der Bericht der Abteilung Arbeitsmedizin der Suva von Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt HNO und Arbeitsmedizin, vom 2. Februar 2012, das Schreiben der Firma Q.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2020, und der Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 28. August 2020 (A.S. 33 ff.). Dem Beschwerdeführer ist beizupflichten, dass diese Berichte im Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ nicht explizit aufgeführt werden. Daraus lässt sich indes nicht per se auf einen fehlenden Beweiswert des Gutachtens schliessen. So hat sich der Gutachter im Rahmen seiner eigenen Beurteilung mit den wesentlichen Vorakten zu befassen, soweit die betreffenden Stellungnahmen – abhängig von ihrem Entstehungskontext – hinreichend substantiiert und nicht unter einem anderen Aspekt offenkundig vernachlässigbar sind (vgl. BGE 137 V 210 E. 6.2.4 S. 270). In Bezug auf den Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2012 ist – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 34) – festzuhalten, dass dieser im Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 25. November 2014 durchaus berücksichtigt worden ist. So wurde der Bericht einerseits unter dem Titel «Akten» aufgelistet (IV-Nr. 72.1 S. 6) und andererseits setzte sich der Pneumologe Dr. med. R.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten mit diesem auseinander (IV-Nr. 72.1 S. 18). Folglich floss der Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2012 im hier massgebenden Vergleichszeitpunkt in die medizinische Beurteilung durchaus mit ein. Inwiefern im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung eine nochmalige gutachterliche Auseinandersetzung mit diesem Bericht hätte erfolgen müssen, vermag der Beschwerdeführer nicht aufzuzeigen. Aus seiner Argumentation, wonach der Beschwerdegegnerin bei Vorliegen dieses Berichts nicht entgangen wäre, dass Dr. med. P.\_\_\_\_ eine rhinologische Untersuchung empfohlen habe (A.S. 34), vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Es ist davon auszugehen, dass die Gutachter der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ eine entsprechende gutachterliche Untersuchung beantragt bzw. empfohlen hätten, wenn eine solche aus ihrer Sicht notwendig gewesen wäre. Dies gilt auch in Bezug auf die vom Beschwerdeführer beanstandete, fehlende ophthalmologische Begutachtung (A.S. 37). Das Schreiben der Firma Q.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2020 (IV-Nr. 148) hat der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin im Rahmen des ausgefüllten Fragebogens vom 11. April 2022 (IV-Nr. 256 S. 11) zukommen lassen. Somit lag dieses der Beschwerdegegnerin vor. Es ist indes nicht ersichtlich, inwiefern dieses Schriftstück für die gutachterliche Beurteilung notwendig gewesen wäre. Auf das diesbezüglich geltend gemachte Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach aus dem Dokument hervorgehe, dass dem Beschwerdeführer die Anstellung aus gesundheitlichen und nicht aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt worden sei (A.S. 35), wird im Gutachten der E.\_\_\_\_ eingegangen (IV-Nr. 256.7 S. 5). Dem weiteren Argument des Beschwerdeführers, wonach die Gutachter bei Vorliegen dieses Schreibens nicht zum Schluss gekommen wären, dass er seine Tätigkeit als Hauswart uneingeschränkt (8.5 Stunden / Tag) hätte erbringen können, kann nicht gefolgt werden. So wurde im Gutachten ausdrücklich festgehalten, dass der Beschwerdeführer von 2017 bis 2020 bei der Firma Q.\_\_\_\_ in einem 50%-Pensum tätig gewesen und die Stelle per Ende Oktober 2020 wegen Krankheit gekündigt worden sei. Dem Beschwerdeführer sei mitgeteilt worden, dass die Hauswartstätigkeit ein zu grosses Risiko sei (IV-Nr. 256.7 S. 5). Es ist im Weiteren auf den vom Beschwerdeführer ebenfalls gerügten Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 28. August 2020 (IV-Nr. 148 S. 81 f.) einzugehen. In diesem werde auf eine seit März 2018 zunehmende Gleichgewichtsproblematik sowie auf ein Einschlafen des Armes beidseits linksbetont hingewiesen (A.S. 35). Diesbezüglich ist zum einen darauf hinzuweisen, dass

die Schwindelanfälle im Gutachten unter dem Titel «kurze Zusammenfassung der Krankheitsentwicklung» aufgeführt werden (vgl. IV-Nr. 256.1 S. 5) und von neurologischer Seite ein episodischer Schwankschwindel diagnostiziert wurde. In Bezug auf die Arme gab der Beschwerdeführer anlässlich der gutachterlichen Exploration an, es bestünden weder eine Taubheit noch eine Lähmung in den Armen (IV-Nr. 256.3 S. 3). Ausserdem befasste sich die RAD-Ärztin Dr. med. D.\_\_\_\_ in ihrer Aktennotiz vom 17. September 2020 (IV-Nr. 149) u.a. mit eben diesem Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_. Dabei legte sie dar, dass dem Beschwerdeführer wegen Beschwerdeexacerbation seit Juni 2020 mit Schmerzen, Gleichgewichtsproblemen und Einschlafen beider oberer Extremitäten linksbetont (vgl. Bericht Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 28. August 2020) vom 8. bis 26. Juni 2020 sowie ab 22. Juli 2020 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Angesichts dieser Ausführungen ist nicht ersichtlich und wird durch den Beschwerdeführer auch nicht dargetan, inwiefern der besagte Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ zwingend in die gutachterliche Beurteilung hätte miteinbezogen werden müssen. 7.7.3 Dem weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach die durch sämtliche Gutachter erwähnte Schwindelproblematik nicht weiter abgeklärt worden sei (A.S. 37), kann nicht gefolgt werden. So gab der Beschwerdeführer anlässlich der gutachterlichen Explorationen zum einen an, nach der 2. Operation weniger Schwindelanfälle zu haben (vgl. IV-Nrn. 256.3 S. 3, 256.34 S. 3, 256.6 S. 3). Zum anderen wurde im Rahmen des pneumologischen Teilgutachtens eine Spirometrie durchgeführt, in dessen Verlauf eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung festgestellt wurde (IV-Nr. 256.7 S. 8). Auf den durch den Neurologen Dr. med. M.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 3. März 2020 (IV-Nr. 164) festgestellten «episodischen Schwankschwindel» ging die neurologische Gutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_ in überzeugender und schlüssiger Weise ein (vgl. E. II. 7.2 hiervor). Damit gilt als erstellt, dass sich die Gutachter mit der Schwindelproblematik des Beschwerdeführers durchaus befasst haben. Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf die vom Beschwerdeführer ebenfalls beanstandete, fehlende Abklärung der diagnostizierten Coxarthrose rechts (A.S. 38). So wurde im Rahmen des orthopädisch- / traumatologischen Teilgutachtens eine Röntgenaufnahme durchgeführt und u.a. eine beginnende mässiggradige Coxarthrose rechts mit minimalen Osteophyten und gering verschmälertem Gelenkspalt festgestellt (IV-Nr. 256.3 S. 9; vgl. E. II. 7.1 hiervor). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der orthopädisch- / traumatologischen Begutachtung keine Einschränkungen des Aktivitätenniveaus des Beschwerdeführers in den Lebensbereichen Freizeit und Haushalt festgestellt werden konnten. So sei der Beschwerdeführer körperlich in der Lage, im Haushalt mitzuhelfen, einzukaufen und ein- bis zweimal täglich bis zu 1.5 Stunden spazieren zu gehen, seinen Hobbys nachzugehen, Verkehrsmittel zu benutzen, Auto zu fahren, auch in den Urlaub bis ins [...] (IV-Nr. 256.1 S. 5). In diesem Zusammenhang ist nicht einzusehen, inwiefern zur Weg- / Gehfähigkeit des Beschwerdeführers weitere Abklärungen hätten vorgenommen werden müssen (A.S. 38, vgl. E. I. 3 Ziff. 5.1 hiervor). Dem entsprechenden Vorbringen des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden. So ergeben sich diesbezüglich gestützt auf die Angaben zum Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers im Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ ausreichend Anhaltspunkte. Eine weitere Abklärung erscheint deshalb nicht notwendig. Der Beschwerdeführer vermag denn auch nicht aufzuzeigen, inwiefern eine solche erforderlich wäre. 7.7.4 Der Beschwerdeführer bringt bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens vor, es bestehe eine Widersprüchlichkeit, da der psychiatrische Gutachter F.\_\_\_\_ den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit derjenigen Situation zur Zeit der Rentenablehnung vom

29. Juli 2015 als wesentlich verändert bezeichne, aber zugleich ausführe, es sei alles gleichgeblieben (A.S. 39). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist – wie nachfolgend dargelegt wird – diesbezüglich kein Widerspruch vorhanden: So ist dem psychiatrischen Teilgutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2022 zu entnehmen, dass eine «Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2)» als Diagnose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit des Beschwerdeführers vorliege (IV-Nr. 256.5 S. 9). Dies im Vergleich zum Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 29. Juli 2015, in dessen Rahmen keine Einschränkung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers dokumentiert ist und daher auch keine entsprechende psychiatrische Begutachtung durchgeführt wurde. Somit ist in Bezug auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers von einer wesentlichen Veränderung auszugehen. Da die neue Diagnose indes nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt, ist im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem Vergleichszeitpunkt vom 29. Juli 2015 trotz veränderter Diagnosestellung keine Veränderung festzustellen. Bezüglich der vom Vertreter des Beschwerdeführers ins Feld geführten, anstelle der diagnostizierten «Anpassungsstörung gemäss ICD-10 F43.2», heranzuziehenden Diagnose gemäss ICD-10 F43.21 (A.S. 43) ist festzuhalten, dass diese diagnostische Unterscheidung jedenfalls nicht geeignet ist, ernsthafte Zweifel am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens erwecken zu können. Folglich ist nicht weiter auf diese diagnostische Differenzierung einzugehen. Es kann an dieser Stelle ergänzend darauf hingewiesen werden, dass – wie vorliegend der Fall – bei in überzeugender Weise verneinter psychiatrisch bedingter Arbeitsunfähigkeit auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429). Die vom Beschwerdeführer in Bezug auf die Anpassungsstörung formulierte Ergänzungsfrage (vgl. E. I. 3 Ziff. 3.5 hiervor) erweist sich als nicht weiterführend, weshalb darauf verzichtet werden kann. Der Beschwerdeführer stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt, im psychiatrischen Teilgutachten sei widersprüchlich (A.S. 39), dass eine sozialmedizinisch relevante Beeinträchtigung im Bereich der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit im Kontext als Hauswart bejaht, dem Beschwerdeführer aber gleichzeitig eine volle Leistungsfähigkeit in der Tätigkeit als Hauswart attestiert werde (vgl. auch E. I. 3 Ziff. 3.2 hiervor). Diesbezüglich stellte der Psychiater F.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten fest, es liege in Anlehnung an das Mini-ICF-APP beim Beschwerdeführer im Kontext als Hauswart nur im Bereich der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit eine sozialmedizinisch relevante Beeinträchtigung vor. Diesbezüglich kann darauf hingewiesen werden, dass eine klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend ist und dem angesprochenen Verfahren (MINI-ICF-APP) höchstens eine ergänzende Funktion zukommt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_465/2019 vom 12. November 2019 E. 5; 9C\_728/2018 vom 21. März 2019 E. 3.3). In diesem Kontext ist zwar das fehlende Aufführen der Mini-ICF-APP im Rahmen des Gutachtens zu bemängeln, jedoch könnten allein gestützt auf die entsprechende Testung ohnehin keine relevanten Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bzw. dessen Arbeitsfähigkeit gezogen werden. Folglich erübrigen sich sowohl die entsprechenden Ergänzungsfragen (vgl. E. I. 3 Ziff. 3.2, 3.3 hiervor), als auch weitere Ausführungen diesbezüglich. 7.7.5 In Bezug auf die Rüge (A.S. 42), wonach der Beschwerdeführer bei heftigen Schulterschmerzen mit Ausstrahlung Optifen 600 mg und nicht Dafalgan einnehme, ist den Angaben Beschwerdeführers im Rahmen der gutachterlichen Explorationen zu entnehmen, dass er bei Bedarf bis zu dreimal täglich Optifen 600 mg als

Ersatz für Dafalgan einnehme. Dafalgan nehme er unter «optimalen Bedingungen» einmal täglich ein (circa an 10 Tagen pro Monat, IV-Nrn. 256.3 S. 6, 256.4 S. 5, 256.6 S. 5, 256.7 S. 7, 256.8 S. 7). Dies wird u.a. auch von der neurologischen Gutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_ entsprechend festgehalten. Ein inhaltlicher Fehler ist – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – somit nicht ersichtlich. 7.7.6 Aus dem Vorbringen, der Beschwerdeführer habe die Lehre als Automechaniker 1979 und nicht 1879 abgeschlossen (A.S. 42) vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. So erschliesst sich aus dem Kontext der vorliegenden Akten von selbst, dass es sich hierbei um einen reinen Schreibfehler handelt. 7.7.7 Der vom Beschwerdeführer vorgebrachte vorzeitige Abbruch des Arbeitsversuches bei der Firma Garage S.\_\_\_\_ in [...] am 26. August 2016 ist gestützt auf die vorliegenden Akten korrekt (A.S. 42). So ist diesen zu entnehmen, dass der Arbeitsversuch vom 14. Juni 2016 bis 13. Dezember 2016 dauern sollte (IV-Nr. 120), die Massnahme jedoch per 26. August 2016 abgebrochen wurde (IV-Nr. 122). Dies wurde im Rahmen der Begutachtung der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ somit nicht richtig festgehalten (vgl. IV-Nr. 256.2 S. 7). Daraus vermag der Beschwerdeführer indes nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. 7.7.8 Die Funktion des Beschwerdeführers innerhalb des Militärs ist für die hier zu beantwortenden Fragen nicht von Relevanz. Daher ist auf seine Rüge, wonach er im Militär Gefreiter gewesen sei und nicht wie von Dr. med. G.\_\_\_\_ beschrieben, Oberleutnant (A.S. 42 f.), nicht einzugehen. Es kann jedoch erwähnt werden, dass der Beschwerdeführer in der Feuerwehr Oberleutnant war (vgl. Protokoll der öffentlichen Verhandlung). Ähnlich verhält es sich in Bezug auf das Vorbringen, wonach der Beschwerdeführer – im Gegensatz zur Feststellung von Dr. med. G.\_\_\_\_ auf S. 88 seines Teilgutachtens (unbegleitet) – durch seine Frau begleitet zur Exploration vom 2. Mai 2022 erschienen sei (A.S. 43). 7.8 Zusammenfassend vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers den Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 nicht zu schmälern. Dieses genießt somit vollen Beweiswert. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 23. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) auf das besagte Gutachten abgestellt hat. Es kann somit auch auf das im polydisziplinären Gutachten formulierte Profil betreffend die Arbeitsfähigkeit abgestützt werden: Demnach sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiter Technischer Unterhalt und Logistik seit der Rentenablehnung vom 29. Juli 2015 nicht mehr arbeitsfähig. So übersteige das Belastungsprofil der körperlich schweren Tätigkeit das verbliebene Restleistungsvermögen des Beschwerdeführers dauerhaft. Eine angepasste Tätigkeit, welche den im Gutachten formulierten Anforderungen entspreche (körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten unter lufthygienisch unproblematischen Bedingungen ohne Zwangshaltungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, am ehesten konzeptuelle / kognitive Aufgabe, IV-Nr. 256.1 S. 8), sei dem Beschwerdeführer indes seit dem 29. Juli 2015 zu 8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungseinschränkung zumutbar (100 % arbeitsfähig). 7.9 Eingehend auf die durch den Vertreter des Beschwerdeführers an der öffentlichen Verhandlung vom 2. November 2023 eingereichten kantonalen Gerichtsurteile (Urkunden Nrn. 12 – 14) kann festgehalten werden, dass diese für den vorliegenden Einzelfall nicht massgebend sind. So liegt – wie oben ausgeführt – in Bezug auf das Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 keine Häufung von gravierenden Fehlern vor. Das Gutachten beinhaltet lediglich ein paar Ungenauigkeiten, die geklärt werden können und keinen Einfluss auf die gutachterlichen Ergebnisse haben. 8. Es ist im Nachfolgenden – wie bereits in E. II. 6 ausgeführt – zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung

vom 23. Dezember 2022 (A.S. 1 ff.) im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 29. Juli 2015 (IV-Nr. 55) wesentlich verändert hat. Da sich die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Verfügung vom 29. Juli 2015 im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 25. November 2014 (IV-Nrn. 72.1 – 72.2) gestützt hat, sind für den nachfolgenden Vergleich sowohl das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. T.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, und das pneumologische Teilgutachten von Dr. med. R.\_\_\_\_, FMH Pneumologie, heranzuziehen. Es ist zunächst auf den somatischen Gesundheitszustand (vgl. E. II. 8.1 ff. hiernach) und dann auf die psychische gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 8.5 hiernach) einzugehen:

8.1 Im Rahmen des orthopädisch- / traumatologischen Teilgutachtens vom 30. Mai 2022 (IV-Nr. 256.3) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_ betreffend das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 25. November 2014 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) fest, von orthopädisch-traumatologischer Sicht bestehe aufgrund der vorhandenen degenerativen und postoperativen Veränderungen inzwischen eine stärkere Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit vorwiegendem Stehen oder Gehen und Zwangshaltungen der Hals- und Lendenwirbelsäule. Diesen Einschätzungen kann gefolgt werden. So präsentierte sich im Zeitpunkt des Gutachtens der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 25. November 2014 aus orthopädischer Sicht insbesondere die Diagnose eines «chronischen, v.a. belastungsabhängigen zervikalen Schmerzsyndroms mit intermittierender Ausstrahlung in die Arme (ICD-10 M53.1)». Diese Diagnose wurde sodann im Rahmen des Gutachtens der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. August 2022 dahingehend bestätigt, als ein «pseudoradikulares Zervikalsyndrom beidseits» diagnostiziert wurde. Weiter wurden jedoch noch eine «beginnende Gonarthrose rechts» und ein «pseudoradikulares Lumbalsyndrom rechts» festgestellt. Somit hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus orthopädischer diagnostischer Sicht leichtgradig verschlechtert. Dennoch lauten die Einschätzungen der orthopädischen Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_ und Dr. med. T.\_\_\_\_ übereinstimmend wie folgt: Volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter Technischer Unterhalt und Logistik. In einer angepassten Tätigkeit, bestehe gemäss übereinstimmender Einschätzung der orthopädischen Gutachter eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-Nrn. 72.1 S. 15, 256.3 S. 14 f.). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich beim Beschwerdeführer seit der zuletzt ergangenen Verfügung vom 29. Juli 2015 aus orthopädischer Sicht eine leichtgradig veränderte gesundheitliche Situation präsentiert. Dabei handelt es sich indes im Rahmen einer Gesamtbetrachtung nicht um eine wesentliche Veränderung. Eine anspruchsbegründende, revisions-rechtlich relevante Veränderung liegt somit nicht vor.

8.2 Im pneumologischen Teilgutachten vom 5. Mai 2022 (IV-Nr. 256.7) hielt Dr. med. G.\_\_\_\_ in Bezug auf die Akten fest, es bestünden diagnostisch keine Widersprüche. Diese Einschätzung und auch seine weitere Ausführung, wonach die Arbeitsfähigkeit im Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf 100 % gesetzt werde (IV-Nr. 256.7 S. 9), erweisen sich als korrekt. So diagnostizierte Dr. med. R.\_\_\_\_ in seinem pneumologischen Teilgutachten vom 10. November 2014 ein «Asthma bronchiale». Zudem führte er aus, es bestehe beim Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit für vorwiegend schwere körperliche Arbeiten. Für vorwiegend leichte körperliche Arbeiten unter Voraussetzung von fehlender Exposition mit Staub-, Aerosol-, Rauch-, Dampf- und starkem Geruch bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 72.1 S. 19 f.). Im Rahmen des pneumologischen Teilgutachtens vom 5. Mai 2022 bestätigte Dr. med. G.\_\_\_\_ sowohl die durch Dr. med. R.\_\_\_\_ ausgewiesene Diagnose, indem er eine «Eosinophiles, nicht allergisches Asthma

bronchiale, kontrolliert, leichtgradig» auswies (IV-Nr. 256.7 S. 9), als auch die Einschätzung, dass dem Beschwerdeführer alle Tätigkeiten zumutbar seien, die körperlich leicht bis mittelschwer seien und unter lufthygienisch unproblematischen Bedingungen möglich seien (IV-Nr. 256.7 S. 10). Folglich stimmen die gutachterlichen Einschätzungen der pneumologischen Gutachter im Wesentlichen überein. In diesem Sinn führte Dr. med. G.\_\_\_\_ auch aus, es habe seit 2015 keine signifikante Veränderung gegeben (IV-Nr. 256.7 S. 12). Demzufolge ist nicht von einer revisionsrechtlich relevanten gesundheitlichen Veränderung seit dem Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 25. November 2014 auszugehen.

8.3 Da auf dem medizinischen Fachgebiet der Neurologie und der Allgemeinmedizin weder in der Vergangenheit noch aktuell entsprechende Diagnosen oder Gesundheitsstörungen ausgewiesen werden, ist sowohl aus neurologischer als auch internistischer Sicht nicht von einem veränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auszugehen. So stellten die Neurologin Dr. med. I.\_\_\_\_ in ihrem Teilgutachten vom 26. Mai 2022 (IV-Nr. 256.4 S. 10) und der Internist Prof. Dr. med. univ. K.\_\_\_\_ im Rahmen seines internistischen Teilgutachtens (IV-Nr. 256.6 S. 9) fest, das Belastungsprofil sei nicht eingeschränkt. Es ergeben sich in Bezug auf diese beiden medizinischen Fachgebiete keine veränderten und somit keine revisionsrechtlich bedeutsamen Sachverhalte.

8.4 Der psychiatrische Gutachter F.\_\_\_\_ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 26. Mai 2022 fest, der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich seit dem Zeitpunkt der Rentenablehnung vom 29. Juli 2015 verändert (IV-Nr. 256.5 S. 12). So liege aus psychiatrischer Sicht nun eine Anpassungsstörung vor, welche aber keine unmittelbaren Auswirkungen auf die die Arbeitsfähigkeit habe. Diesen Einschätzungen kann gefolgt werden. So wurde im Rahmen des C.\_\_\_\_-Gutachtens vom 25. November 2014 keine psychiatrische Teilbegutachtung vorgenommen und es präsentieren sich zum damaligen Zeitpunkt auch keine medizinischen Berichte einer auf das Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierten Fachpersonen. Somit ist aufgrund der im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 23. Dezember 2022 ausgewiesenen Diagnose einer «Anpassungsstörung» durchaus eine diagnostische Veränderung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers dokumentiert, welcher indes gemäss gutachterlicher Einschätzung keine unmittelbare Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukommt (IV-Nr. 256.5 S. 12). Diese leichtgradig veränderte Gesundheitssituation erweist sich unter dem Blickwinkel der revisionsrechtlichen Überprüfung nicht als wesentliche Veränderung.

8.5 Zusammenfassend ist seit dem Referenzzeitpunkt vom 29. Juli 2015 keine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen. Daran vermag auch der anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 2. November 2023 durch den Beschwerdeführer eingereichte Bericht des Röntgeninstituts U.\_\_\_\_ vom 19. September 2023 (Urkunde Nr. 11) nichts zu ändern. So lassen sich aus diesem keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im hier massgebenden Zeitpunkt der Verfügung vom 23. Dezember 2022 ziehen (vgl. E. II. 6 hiervor). Es ist deshalb im vorliegenden Fall kein Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Auf die diesbezüglichen Rügen des Beschwerdeführers (A.S. 45 ff) ist ebenfalls nicht einzugehen.

9. Der Vollständigkeit halber ist nachfolgend zu prüfen, ob die Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt überhaupt noch verwertbar ist.

9.1 Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu

stellen sind. Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischlicherweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 S. 16, 138 V 457 E. 3.1 S. 459 f. mit Hinweisen).

9.2 Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Der Beschwerdeführer wurde im Oktober 1959 geboren. Für die Frage, ob die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter noch verwertbar sei, ist derjenige Zeitpunkt massgebend, zu dem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbsfähigkeit feststeht. Dies ist der Fall, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben. Muss wegen bestehender Unklarheiten ein medizinisches Gutachten eingeholt werden, ist in aller Regel massgebend, wann das Gutachten erstattet wird (BGE 138 V 457 E. 3.3 und 3.4 S. 461 f.). Als die durch die Beschwerdegegnerin beauftragte Begutachtungsstelle E. \_\_\_ im August 2022 ihr Gutachten vorlegte, war der Beschwerdeführer 62 Jahre und 10 Monate alt und wies somit eine verbleibende Aktivitätsdauer von zwei Jahren und zwei Monaten auf. Dem Beschwerdeführer kann nicht vorgeworfen werden, er habe sich bewusst mit Verzögerung angemeldet, so dass kein Grund besteht, von der Massgeblichkeit dieses Zeitpunktes abzuweichen.

9.3 In einer neueren Publikation wurde die jüngere Praxis zur Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit in fortgeschrittenem Alter analysiert (Thomas Gächter / Philipp Egli / Michael Meier / Martina Filippo: Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, Rechtsgutachten zuhanden der Coop Rechtsschutz AG, Zürich / Winterthur 2021 [abrufbar unter [www.wesym.ch](http://www.wesym.ch); nachfolgend: Gächter e.a.], S. 60 f. N 154). Eine mögliche Relevanz wird dem Kriterium «fortgeschrittenes Alter» bei Männern ab dem 61. Altersjahr zuerkannt. Als allein ausschlaggebendes Kriterium wird das Alter aber erst ab dem Alter 64 anerkannt. Wenn die verbleibende Erwerbsdauer nur noch einige Monate beträgt, wird die Verwertbarkeit einzig aufgrund des Alters definitiv verneint. Bei Männern über 60 Jahre geht die Rechtsprechung dann von einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aus, wenn sie nur noch zwei bis drei Jahre Aktivitätszeit vor sich haben, ihre Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich stark eingeschränkt ist, ein grosser Umschulungs- oder Einarbeitungsaufwand anfallen würde und kaum mit einer gewissen Anpassungsfähigkeit gerechnet werden darf. Im Altersspektrum von 60 – 64 Jahren bedarf es somit (mehrerer) zusätzlich qualifizierender Elemente, damit eine Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit

verneint wird. 9.4 Vor diesem Hintergrund ist die Verwertbarkeit der gutachterlich ermittelten Arbeitsfähigkeit wie folgt zu beurteilen: Die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter Technischer Unterhalt und Logistik kann der Beschwerdeführer aufgrund der somatischen gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr ausüben. Eine angepasste berufliche Tätigkeit ist ihm jedoch zu 100 % möglich. Somit ist eine berufliche Umstellung unumgänglich. Dabei ist als günstig zu bezeichnen, dass der Beschwerdeführer als gelernter Automechaniker während seiner bisherigen beruflichen Laufbahn diverse Tätigkeiten ausübte. So war er u.a. als CNC-Operateur, Hilfsschreiner, Betriebsmechaniker / Magaziner und Lagerist, Anlagenführer, Aussendienstmitarbeiter, Landmaschinenmechaniker, Mitarbeiter im Abschlepp- und Pannendienst und als Hauswart tätig (vgl. IV-Nrn. 221, 256.3 S. 4 f.). Es ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit beruflichen Umstellungen vertraut ist. Diese Umstände begründen im Quervergleich mit anderen Fällen eine gewisse Erleichterung. Weiter enthält das durch die Gutachter formulierte Zumutbarkeitsprofil auch nicht eine Vielzahl an Einschränkungen des Tätigkeitsfeldes (körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten unter lufthygienisch unproblematischen Bedingungen ohne Zwangshaltungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, am ehesten konzeptuelle / kognitive Aufgabe). Insgesamt ist somit mit Blick auf die Berufsbiographie des Beschwerdeführers und die Möglichkeit, eine leidensangepasste Tätigkeit mit einem vergleichsweise relativ offenen Feld zumutbarer Beschäftigungen zu einem Vollpensum auszuüben, davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers trotz der lediglich relativ kurzen, verbleibenden Aktivitätsdauer von zwei Jahren und zwei Monaten auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt weiterhin verwerten lässt. Dieses Ergebnis lässt sich auch mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Zusammenfassung in Gächter e.a. S. 42 ff., N 91 ff.) vereinbaren. So bejahte das Bundesgericht bspw. die Verwertbarkeit bei einem 63.5 Jahre alten Versicherten, der in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig war, über ein sehr gering eingeschränktes Belastungsprofil verfügte (lediglich Vermeiden von Heben von Lasten über 10 kg und eher Verrichten von sitzenden Arbeiten), feinmotorisch nicht beeinträchtigt war, im angestammten Beruf als Servicetechniker für Büromaschinen im Aussendienst gearbeitet hatte, wobei er nebst technischen Kenntnissen auch den Umgang mit Kunden erlernt hatte, und daneben zu 20 % als Hauswart tätig und somit nie vom Arbeitsmarkt abwesend war (Urteil des Bundesgerichts 9C\_847/2015 vom 30. Dezember 2015 E. 4.2 f.). Es kann an dieser Stelle ergänzend darauf hingewiesen werden, dass der Beschwerdeführer seit November 2013 bis andauernd die Einzelfirma «V.\_\_\_\_» betreibt (vgl. Lebenslauf, IV-Nr. 221 S. 9). In dieser werden Autoreparaturen und Ersatzteile angeboten. Zudem ist den vorliegenden Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bis 30. Juni 2021 als ordentlicher Gemeinderat und vom 1. Juli 2021 bis Mitte 2025 als gewählter Ersatzgemeinderat der Gemeinde [...] tätig ist (vgl. IV-Nr. 221 S. 5). Der durch die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens am 31. März 2023 (A.S. 64) eingereichten umfassenden Dokumentation von Protokollen des Gemeinderates kann zudem entnommen werden, dass der Beschwerdeführer durchaus in der Lage ist, sich in Diskussionen und Themen einzubringen, was eine vorgängige Befassung mit einer Thematik bzw. mit den Traktanden bedingt. Es kann somit zusammenfassend davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer auch aktuell noch auf dem Arbeitsmarkt tätig ist und über eine gewisse Ressourcenlage verfügt. Somit liegt diesbezüglich keine längerdauernde Abwesenheit vor, was ebenfalls für die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit spricht. 10. Was den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen

anbelangt, fehlt es bei einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und einem Invaliditätsgrad von 14 % an den invalidenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen. An diesem Ergebnis würde sich selbst bei Berücksichtigung eines leidensbedingten Pauschalabzugs von 10 % gemäss der ab 1. Januar 2024 geltenden Änderung der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) nichts ändern. Berufliche Massnahmen, insbesondere eine Umschulung würden im Übrigen auch am Grundsatz der Verhältnismässigkeit scheitern. So befand sich der Beschwerdeführer im hier massgebenden Zeitpunkt mit 62 Jahren und 10 Monaten bereits in einem fortgeschrittenen Alter, weshalb ihm keine längerdauernde Erwerbskarriere mehr bevorstand. Unter diesen Umständen erscheint die Durchführung von beruflichen Massnahmen bezüglich des Eingliederungserfolges nicht in einem vernünftigen Verhältnis zu stehen. 11. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 23. Dezember 2022 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen (vgl. E. II. 5 hiervor). Da von den durch den Beschwerdeführer beantragten Ergänzungsfragen an die Gutachterpersonen (vgl. E. I. 3 Ziff. 3 bis 8.3 hiervor) für den hier zu beurteilenden Zeitraum keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist darauf zu verzichten. 12. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 13. Aufgrund von 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 CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.