

BVGer C-4756/2023 vom 30. März 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4756_2023

FR: TAF C-4756/2023 du 30 mars 2026

IT: TAF C-4756/2023 del 30 marzo 2026

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen und mit freier Kognition, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (Art. 7 Abs. 1 VwVG; BVGE 2016/15 E. 1; 2014/4 E. 1.2).

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG (SR 831.20) ist das Bundesverwaltungsgericht zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.3

Als direkter Adressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung berührt und er kann sich auf ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung berufen (Art. 48 Abs. 1 VwVG; Art. 59 ATSG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, einzutreten.

E. 2.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängerinnen und Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet sie eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgängerinnen und Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgängerin bzw. Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt des Eintritts des Gesundheitsschadens als Grenzgänger in der Schweiz (Kanton C._____) erwerbstätig und hat auch heute noch

seinen Wohnsitz in der benachbarten Grenzzone. Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte somit zu Recht bei der IV-Stelle C._____ und der Verfügungserlass durch die IVSTA.

E. 3

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 6. Juli 2023, mit welcher die Vorinstanz weitere berufliche Massnahmen sowie den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente abgewiesen hat.

E. 3.1

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 6. Juli 2023 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind. Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der im September 2020 erfolgten Anmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor dem 1. Januar 2022 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) sind hier primär die Bestimmungen des IVG, der IVV und des ATSG in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar. Sie werden - soweit nicht anders vermerkt - im Folgenden jeweils in dieser Version zitiert.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 6. Juli 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des BGer 8C_506/2022 vom 21. Juni 2023 E. 4 m.H.; BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.3

Der Beschwerdeführer ist französischer Staatsangehöriger, wohnt in Frankreich und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 81 E. 8.3). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen

in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

E. 4

Der Beschwerdeführer hat unstrittig während mehr als drei Jahren Beiträge im Sinn von Art. 36 Abs. 1 IVG geleistet (IV-act. 7), sodass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist.

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 5.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung]). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50%, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

E. 5.4

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch

frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt.

E. 5.5

Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Mündlich erteilte Auskünfte sind schriftlich festzuhalten (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Versicherungsträger bestimmt die Art und den Umfang der notwendigen Abklärungen (Art. 43 Abs. 1bis ATSG).

E. 5.6

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 5.7

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweismwürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 5.8

Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu

würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 5.9

Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

E. 5.10

Bei der Würdigung von durch die Gutachterstelle PMEDA AG erstellten Gutachten ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Invalidenversicherung gestützt auf die am 4. Oktober 2023 veröffentlichte Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB) die Vergabe von bi- und polydisziplinären Expertisen an diese Gutachterstelle beendet hat. In der Übergangssituation, in der bereits eingeholte Gutachten der PMEDA AG zu würdigen sind, rechtfertigt es sich, an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen und die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen zu vergleichen (dazu BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4). In solchen Fällen genügen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine neue Begutachtung anzuordnen (BGE 150 V 363 E. 5.4.3 mit Hinweisen auf Urteil des BGer 8C_122/2023 vom 26. Februar 2024 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 5.11

Geht es um psychische Erkrankungen, sind grundsätzlich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.).

Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 5.12

Nach vormaliger höchstrichterlicher Rechtsprechung führten Suchterkrankungen als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Sie wurden im Rahmen der Invalidenversicherung erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hatten, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender, Gesundheitsschaden eingetreten war, oder wenn sie selbst Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens waren, dem Krankheitswert zukam. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden fehlte demgegenüber, wo in der Begutachtung im Wesentlichen nur Befunde erhoben wurden, welche in der Sucht ihre hinreichende Erklärung fanden (Hinweise zur bisherigen Rechtsprechung in BGE 145 V 215 E. 4.1). Diese Rechtsprechung änderte das Bundesgericht mit BGE 145 V 215 dahingehend, dass Abhängigkeitssyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht zum vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann (E. 5.3.3), sondern diese vielmehr als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen (E. 6). Das Bundesgericht hat entschieden, dass fortan - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen - nach dem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu ermitteln ist, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt (E. 6.3). Anders verhält es sich, wenn die versicherte Person aus Eigeninitiative auf den Alkoholkonsum verzichten kann (BGE 148 V 397 E. 7.2.3). Die willentliche Natur des fortgesetzten Substanzkonsums kann bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms gerade nicht in jedem Fall vorbehaltlos bejaht werden. Diagnosekriterium ist nämlich sowohl nach ICD-10 wie nach DSM-5 insbesondere der anhaltende Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu beenden, zu verringern oder zu kontrollieren (BGE 145 V 215).

E. 5.13

Die Bemessung der Invalidität erfolgt bei erwerbstätigen Versicherten in der Regel nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG), bei nichterwerbstätigen Versicherten durch einen Betätigungsvergleich nach der spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 27 IVV) und bei teilerwerbstätigen Versicherten mit einem Aufgabenbereich nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27bis IVV i.V.m. Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG; Art. 16 ATSG und Art. 27 IVV).

E. 5.14

Bevor die versicherte Person Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn sie selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. dazu Urteile des BGer 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.2.1; 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 mit Hinweisen; SVR 2010 IV Nr. 11 [9C_236/2009] E. 4.1 und 4.3). Ein Rentenanspruch kann entstehen, wenn die versicherte Person nach Ablauf der einjährigen Wartezeit (Art. 28 Abs. 1 Bst. c IVG) nicht oder noch nicht eingliederungsfähig ist. Die grundsätzliche Behandelbarkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung schliesst auch angesichts der in Art. 28 Abs. 1 Bst. a IVG aufgestellten (negativen) Anspruchsvoraussetzung der fehlenden Eingliederungsfähigkeit einen Rentenanspruch nicht per se aus (SVR 2020 IV Nr. 11 S. 41, 9C_309/2019 E.4.3.1 mit Hinweisen). Bei einem Abhängigkeitssyndrom kommt aber selbstredend auch die Schadenminderungspflicht (Art. 7 IVG) zur Anwendung, so dass von der versicherten Person etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden kann (Art. 7 Abs. 2 Bst. d IVG). Kommt sie den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern erhält willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, ist gemäss Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG - mithin nach entsprechender Mahnung und Einräumung einer Bedenkzeit - eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich (BGE 145 V 215 E. 5.3.1).

E. 5.15

In BGE 151 V 194 E. 5.1.2 ff. hat das Bundesgericht die Rechtsprechung zum Thema Therapierbarkeit der Gesundheitsschädigung und Rentenanspruch wie folgt präzisiert: Ist die versicherte Person grundsätzlich eingliederungsfähig, kann der Rentenanspruch unabhängig vom Eingliederungserfolg erst nach Beendigung dieser Massnahmen entstehen (BGE 148 V 397 E. 6.2.4; Urteil 9C_380/2021 vom 31. Januar 2022 E. 5.1; vgl. BGE 121 V 190 E. 4). Der rentenausschliessende Eingliederungsvorbehalt nach Art. 28 Abs. 1 Bst. a IVG bezieht sich auf die in Art. 8 Abs. 3 IVG abschliessend aufgezählten gesetzlichen Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 ff. IVG. Er erfasst nicht die medizinischen Behandlungen im Sinn von Art. 25 KVG mit Eingliederungswirkung, zu deren schadenmindernder Inanspruchnahme die versicherte Person verpflichtet ist, und die den gesetzlichen Eingliederungsmassnahmen vorgehen (E. 5.1.2 mit Hinweisen). Die Erwerbsunfähigkeit, die der rentenbegründenden Invalidität zugrundeliegt, ist als gesundheitsbedingter Verlust von Erwerbsmöglichkeiten definiert, die «nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung» verbleiben (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Das heisst indessen nicht, dass Durchführung und Abschluss einer als zumutbar erkannten Therapie ein begriffsnotwendiges Element bereits der Erwerbsunfähigkeit als solcher wären. Die frühere bundesgerichtliche Rechtsprechung fasste die Behandelbarkeit im Zusammenhang mit bestimmten gesundheitlichen Störungen (Suchterkrankungen, Adipositas) zwar noch als Frage des (fehlenden) Krankheitswerts auf. Diese Praxis ist indessen aufgegeben worden

(BGE 145 V 215 [Abhängigkeitssyndrome]; BGE 151 V 66 [Adipositas]). Ferner ist die Rechtsprechung hinsichtlich der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit früher davon ausgegangen, leicht- und mittelgradige depressive Störungen seien - weil definitionsgemäss bloss minderschwere Beeinträchtigungen - regelmässig gut behandelbar; sie wirkten sich daher nur bei erwiesener Therapieresistenz invalidisierend aus. Auch diese Betrachtungsweise ist mittlerweile überholt (Änderung der Rechtsprechung durch BGE 143 V 409; Andreas Traub, Behandelbarkeit der Adipositas und rentenbegründende Invalidität, SZS 2025 S. 56 f.). Die grundsätzliche Behandelbarkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung schliesst eine Erwerbsunfähigkeit und damit eine rentenbegründende Invalidität begrifflich also nicht von vornherein aus (BGE 151 V 194 E. 5.1.3, BGE 151 V 66 E. 5.9 und 5.11; BGE 145 V 215 E. 8.2; BGE 143 V 409 E. 4.4; BGE 127 V 294 E. 4c; Urteil 9C_327/2022 vom 10. Oktober 2023 E. 4.2).

E. 6

Strittig und zu prüfen ist nachfolgend, ob die Vorinstanz den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat (vgl. zum Eingliederungsanspruch E. 7 nachfolgend).

E. 6.1

Der Beschwerdeführer führte aus, das eingeholte Gutachten attestiere ihm für sämtliche Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit. Es bestehe zwar eine günstige Prognose, dies jedoch für eine Tätigkeit, die erst nach Durchführung einer entsprechenden Behandlung und nach Eintritt eines Behandlungserfolgs aufgenommen werden könnte. Der Rentenanspruch könne indes nicht aufgrund einer Prognose beurteilt werden. Demzufolge sei zuerst die Behandlung durchzuführen und erst dann wieder über die Arbeitsfähigkeit zu entscheiden. Bis dahin sei davon auszugehen, dass er arbeitsunfähig sei, was einen entsprechenden Rentenanspruch zur Folge habe. Die RAD-Ärztin Dr. med. F._____, Fachärztin für Chirurgie/praktische Ärztin, vertrete eine gegenüber dem Gutachten abweichende Einschätzung. Auf diese Einschätzung könne nicht abgestellt werden, zumal diese Einschätzung dem Gutachten klar widerspreche und ihre Beurteilung aus fachlicher Sicht nicht an die Stelle der gutachterlichen Facharzt-Einschätzung treten könne. Falls aus Sicht der Vorinstanz geringe Zweifel am MEDAS-Gutachten bestanden hätten, wäre sie gehalten gewesen, bei den Gutachtern Rückfragen zu stellen, um die Zweifel auszuräumen.

E. 6.2

Die Vorinstanz machte geltend, beim Beschwerdeführer sei zwar die Diagnose eines schädlichen Alkoholkonsums gestellt worden, aber nicht diejenige eines Abhängigkeitssyndroms. Die im Gutachten empfohlene Entgiftung und Entwöhnung sowie die anschliessende stabile Abstinenz von sechs Monaten würden somit nicht zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit führen. Der Beschwerdeführer habe es selbst in der Hand, per sofort eine 100%ige Arbeitsfähigkeit herzustellen. Ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren erweise sich vor diesem Hintergrund als entbehrlich. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter sei das Gutachten nicht schlüssig, da dieses davon ausgehe, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei, obschon die Tätigkeit gemäss Arbeitgeberfragebogen nicht als körperlich schwere Arbeit zu qualifizieren sei (Heben und Tragen leicht [0-10kg]: manchmal, Heben und Tragen mittelschwer [10-25kg]: selten). An der Nachvollziehbarkeit der medizinischen Einschätzung ändere sich dadurch indes nichts, zumal die gutachterliche

Aussage einerseits auf einer fachkundigen medizinischen Beurteilung beruhe und andererseits auch eine Vorstellung über die Art der bisherigen Tätigkeit umfasse. Letztere sei jedoch eine nichtmedizinische Frage, die das Gericht selbst beurteilen könne.

E. 6.3

Die Vorinstanz stützte sich bei der Beurteilung des Leistungsgesuchs auf die folgenden medizinischen Unterlagen:

E. 6.3.1

Den Berichten der Klinik G. _____ vom 25. Mai 2020 und vom 17. Juni 2020 (IV-act. 6 S. 12 f.) ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer eine Rotatorenmanschettenläsion mit Entzündungszeichen sowie degenerativen Veränderungen vorliegen. Am 10. Juli 2020 erfolgten deshalb eine arthroskopische Bizepsstenotomie und Refixation sowie Acromioplastik (IV-act. 12 S. 3).

E. 6.3.2

Dem Bericht von Dr. med. H. _____, Neurologe, vom 21. Oktober 2020 (IV-act. 12) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit August 2020 ein diffuses Kribbeln verspüre, das jeweils ein paar Minuten andauere. Dieses Symptom führte der Neurologe auf die festgestellte moderate Nervenkompression des rechten medianen Nervs sowie auf die leichte Kompression des rechten Ulnarnervs beim Übergang in den Ellbogen zurück.

E. 6.3.3

Am 30. November 2020 erfolgte eine bildgebende Untersuchung der Halswirbelsäule ohne Kontrastmittel durch Dr. med. I. _____. Die Ärztin diagnostizierte eine Radikulopathie C6 rechts und ein Osteophyt mit Lumeneinengung des Neuroforamens C6 rechts (IV-act. 15 S. 3).

E. 6.3.4

Am 28. Dezember 2020 erfolgte erneut eine bildgebende Untersuchung der Halswirbelsäule. Diagnostiziert wurde dabei eine Uncodiscarthrose mit disco-osteophytischer Protrusion, die das rechte Radikulärforamen in C5/C6 und das linke Radikulärforamen in C6/C7 verschliesse und möglicherweise eine Radikulärkonfliktursache darstelle (IV-act. 17 S. 4).

E. 6.3.5

Am 7. Januar 2021 erfolgte eine Arthrodesse C5/C6 wegen einer zerviko-brachialen Neuralgie rechts (IV-act. 23 S. 21).

E. 6.3.6

Mit MRT der linken Schulter vom 23. Februar 2021 wurden eine moderate Enthesiopathie der Supraspinatus-Sehne sowie mögliche Risse von einigen tiefen Fasern der Supra- und Infraspinatus-Sehne diagnostiziert. Ferner wurden moderate degenerative Veränderungen des Akromioklavikulärtraums festgestellt (IV-act. 23 S. 19). Gestützt auf das MRT der rechten Schulter am 24. Februar 2021 diagnostizierte die Ärztin einen tiefen Riss des oberen Teils der Subscapularis-Sehne mit einem möglichen kleinen intra-tendinösen Riss sowie eine Enthesiopathie der Supra- und Infraspinatus-Sehne ohne dazugehörige Zeichen von Rissen (IV-act. 23 S. 20).

E. 6.3.7

Im Bericht vom 11. Juni 2021 kam Dr. med. H. _____, Neurologe, zum Schluss, es bestünden Hinweise auf eine chronische neurogene Atrophie der Muskulatur im Versorgungsgebiet der Myotome S1 rechts und L5 links. Zudem bestehe eine beidseitige Aufhebung des S1-Reflexbogens. Der Beschwerdeführer weise Sensibilitätsstörungen an den unteren Extremitäten auf. Diese Symptomatik sei auf Folgen einer radikulären Schädigung S1 rechts und L5 links zurückzuführen. Derzeit lasse sich keine spezifische Therapie empfehlen (IV-act. 37 S. 16).

E. 6.3.8

Dr. med. J. _____ attestierte dem Beschwerdeführer mit seinen hausärztlichen Attesten vom 3. und 14. Januar 2022 (IV-act. 41 S. 2 f.) im Wesentlichen die aus den bildgebenden Untersuchungen bekannten Diagnosen sowie Arteriosklerose, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD [franz.: BPCO]) und Bluthochdruck. Er schloss daraus, dass der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig sei.

E. 6.3.9

Am 21. März 2022 wurden anlässlich einer bildgebenden Untersuchung der Lendenwirbelsäule Diskopathien mit Einengungen der Wurzelkanalöffnungen bei L3/L4, L4/L5 und L5/S1 und einer Diskusprotrusion von 4mm festgestellt (IV-act. 54 S. 2).

E. 6.3.10

Dr. med. K. _____, Facharzt für Pneumologie, attestierte dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 10. August 2022 (IV-act. 54 S. 3) eine Verschlechterung der Verbesserung der Atemfunktionswerte nach Absetzen der Behandlung bei einem Patienten mit COPD, verursacht durch Umweltverschmutzung, Vorbelastung durch Rauchen in Verbindung mit Asthma und allergischer Rhinitis gegenüber Pollen und Milben.

E. 6.3.11

Der von der Vorinstanz bei Dr. med. F. _____, Fachärztin für Chirurgie/Praktische Ärztin beim RAD, eingeholten Stellungnahme vom 3. Dezember 2021 (IV-act. 39) sind - gestützt auf die vorliegenden Berichte der behandelnden Ärzte und Kliniken - folgende Diagnosen zu entnehmen: Rotatorenmanschettenläsion rechts mit arthroskopischer Bizepsentomie und Refixation sowie Acromioplastik rechts am 10.07.2020, Radikulopathie C6 rechts und Osteophyt mit Lumeneinengung des Neuroforamens C6 rechts, Arthrodesse C5/C6 rechts am 07.01.2021, Rotatorenmanschette links mit degenerativen Veränderungen und partieller Ruptur in Supra- und Infraspinatussehne, ACG-Arthrose links, kleiner Diskusprolaps L4/L5 links und Myokardinfarkt (anamnestisch 05/2021). Die Ärztin erachtete den Beschwerdeführer insbesondere aufgrund der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit Auswirkung auf nervale Strukturen sowie der Schulterproblematik in schweren Tätigkeiten als nicht mehr arbeitsfähig. Vom 15. Mai 2020 bis zum 31. Mai 2021 attestierte sie ihm gar eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (vgl. IV-act. 39 S. 2). Das Leistungsprofil schränkte sie insofern ein, als dass sie ein Heben und Tragen mittelschwerer und schwerer Gewichte, Tätigkeiten über Brusthöhe, Vibrationen, Rumpfdrehungen, Vornüberneigung und Arbeiten auf Leitern und Gerüsten als nicht mehr zumutbar erachtete. Leichte, wechselbelastende Arbeiten erachtete sie als zumutbar.

E. 6.3.12

Dem von der Vorinstanz bei der PMEDA AG eingeholten polydisziplinären Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin (Dr. med. L. _____), Kardiologie (Dr.

med. M. _____), Neurologie (Dr. med. N. _____), Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Dr. med. O. _____), Dermatologie (Dr. med. P. _____) und Psychiatrie (Dr. med. Q. _____) sind die nachfolgenden Diagnosen zu entnehmen. - Status nach COVID-Infektion - Asthma bronchiale - Adipositas Grad II - Hypertrophe Kardiomyopathie, a.e. im Rahmen einer arteriellen Hypertonie, ED 05/2021 - TTE 28.10.2022: konzentrisch hypertrophierter linker Ventrikel (EF 62%), - normale diastolische Funktion. Normal grosser linker Vorhof (LAVI 31 ml/m²) - Myokardszintigraphie 09/2021 (Akten) bei inferolateralen Repolarisationsstörungen, im Ruhe-EKG: normaler Befund - cvRF: arterielle Hypertonie, Adipositas, pos. Familienanamnese - Arterielle Hypertonie, Grad 111, EO 2007 - a.e. essentiell - aktuell: hypertensive Entgleisung bei Absetzen der Medikation vor geplanter Gastroskopie am 20.10.2022 - Polyneuropathie, am ehesten äthyltoxisch - Klinische Zeichen eines vegetativen Alkoholentzugssyndroms bei Laborhinweisen auf einen schädlichen Alkoholkonsum - Radikuläre Schädigung der Nervenwurzel C6 rechts - Rezidivierende Abszesse in den Achselhöhlen, DD: Akne inversa, ICD-10: L73.2 - Couperose und Teleangiektasien, ICD-10: L71.9 - Prurigo simplex subakuta, ICD-10: L28.2 - Purpura jaune d'ocre, ICD-10: 187.2 - Coxarthrose beidseits mit geringer Funktionseinschränkung - Spondylodese HWK5/6 sowie multisegmentale Diskusprotrusionen cervical, ohne assoziierten namhaften orthopädisch-neurologischen Störungsbefund - Bildmorphologisch nachgewiesene Partialruptur des Musculus supraspinatus rechts sowie Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehne links, mit deutlicher Bewegungseinschränkung der rechten Schulter - Offene tamponierte Wundhöhle rechte Axilla bei Morbus Verneuil - Anpassungsstörung, remittiert, ICD-10: F43.2Z - Schädlicher Alkoholkonsum, ICD-10: F10.1 - Fehlgebrauch von Benzodiazepin-Analoga und Opioiden Gemäss der interdisziplinären Gesamtbeurteilung erachteten die Gutachten den Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als zu 100% arbeitsunfähig seit mindestens 01/2021 (spinale Operation; vgl. orthopädisches Teilgutachten [IV-act. 67 S. 222]). Wobei der Dermatologe in seinem Teilgutachten (IV-act. 67 S. 174 f.) davon ausging, dass die bisherige, körperlich schwere Tätigkeit aus dermatologischen Gründen bereits seit 20 Jahren nicht mehr geeignet gewesen wäre. In angepassten, körperlich leichten Tätigkeiten ohne Arbeiten in gefährdenden Höhen sei eine volle Arbeitsfähigkeit als erreichbar anzusehen. Angesichts des schädlichen Alkoholkonsums mit im Rahmen der neurologischen Untersuchung zu erhebenden Zeichen eines vegetativen Entzugssyndroms sei jedoch zunächst eine Alkohol-Entgiftung und Entwöhnung mit anschliessender stabiler (lege artis kontrollierter) Abstinenz notwendig. Hierfür sei ein Zeitraum von sechs Monaten anzusetzen, im Anschluss daran sei eine volle Arbeitsfähigkeit in somatisch angepassten Arbeiten zu erwarten. Das Rendement sei derzeit aufgrund des instabilen vegetativen Status (alkoholisches Entzugssyndrom) auf 0% reduziert. Nach Etablierung einer Alkoholabstinenz sei eine - wie oben definierte - angepasste Tätigkeit als leistbar anzusehen. Das Einholen regelmässiger Verlaufsberichte mit Angaben zur Compliancekontrolle sei anzuraten. Aus den Teilgutachten sind ergänzend insbesondere folgende Feststellungen der Gutachter zu erwähnen: Der Internist stellte in der Labordiagnostik erhöhte Werte der unspezifischen Entzündungsparameter (Leukozyten, neutrophile Granulozyten, Monozyten und CRP) fest. Ferner deuteten die erhöhten Laborwerte (MCV, GGT, GOT, GPT und CDT) auf einen schädlichen Alkoholkonsum hin. Aus dem erhöhten HbA1c-Wert leitete der Internist eine verbesserungsfähige Blutzuckereinstellung ab. Internistisch empfehle sich eine Gewichtsreduktion (Gewicht von

119kg bei Körpergrösse von 173cm) sowie eine Beendigung des schädlichen Alkoholkonsums; eine hausärztliche Verlaufskontrolle der auffälligen Laborparameter sei empfehlenswert. Internistisch sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig (IV-act. 67 S. 26 ff.). Der Kardiologe empfahl aufgrund des echokardiographischen Befundes einer hypertrophen Kardiomyopathie aus fachärztlicher Sicht die Vermeidung von Schichtarbeit, das Heben von schweren Lasten über 15kg sowie das Arbeiten in feuchter, warmer Umgebung. Diese Einschränkungen erachtete er als dauerhaft (vgl. IV-act. 67 S. 92). Die Neurologin berichtete, dass die im MRT festgestellten degenerativen Veränderungen, mehretägigen Protrusionen, mit Kontakt zur rechten L3 Wurzel bzw. zur linken L5 Wurzel, kein entsprechendes Korrelat in der klinischen Untersuchung fänden (vgl. auch E. 6.3.13 hiernach). Sowohl die subjektiv berichteten Beschwerden der Beine als auch der klinische Befund passten zu einer (äthyltoxischen) Polyneuropathie. Entgegen der Einschätzung von Dr. H. _____ (vgl. E. 6.3.7 hiervor) würden die aktuell erhobenen klinischen Befunde eine radikuläre Schädigung L5 links oder S1 rechts nicht bestätigen. Die erhobenen klinischen Zeichen eines vegetativen Entzugssyndroms machten eine kontrollierte Alkohol-Entgiftung und Entwöhnung mit anschliessender Abstinenzkontrolle notwendig. Für die kontrollierte Entgiftung und Entwöhnung sei ein Zeitraum von sechs Monaten anzusetzen. Das Einholen regelmässiger Verlaufsberichte mit Angaben zur Compliancekontrolle sei anzuraten. Das vegetative Entzugssyndrom weise auf eine erhebliche Instabilität hin, sodass vorerst in keiner Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. IV-act. 67 S. 132 ff.). Der Dermatologe führte aus, dass der Beschwerdeführer seit zwanzig Jahren an rezidivierenden schmerzhaften, entzündlichen Abszessen in beiden Achselhöhlen leidet. Diese akut auftretenden Abszesse führten gemäss Einschätzung des Gutachters nachvollziehbar zu Schmerzen und schmerzbedingten Bewegungs- und Belastungseinschränkungen der Arme, insbesondere bei schweren körperlichen Arbeiten. Der Dermatologe erachtete den Beschwerdeführer deshalb für die bisherige, körperlich anspruchsvolle Tätigkeit als nicht arbeitsfähig. Werde eine solche Tätigkeit dennoch ausgeübt, gehe dies zulasten der Gesundheit. In leichten Tätigkeiten sei die Arbeitsfähigkeit indes nicht eingeschränkt (vgl. IV-act. 67 S. 174 f.). Der Orthopäde stellte anlässlich seiner Untersuchung fest, dass aufgrund der erhobenen klinischen und bildmorphologischen Befunde und des postoperativen spinalen Status körperlich überwiegend schwere oder mittelschwere Tätigkeiten, so wie die bisherige Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter, sowie Arbeiten in häufigen spinalen Zwangshaltungen oder mit häufigen Überkopftätigkeiten als dauerhaft ungeeignet anzusehen seien. Die dargebotene deutliche Einschränkung der aktiven Beweglichkeit der rechten Schulter konnte der Gutachter anhand der bildmorphologischen Befunde aus orthopädischer Sicht nicht ausreichend plausibilisieren. Er vermutete, dass die tamponierte Wundhöhle in der Axilla die Ursache für die Bewegungseinschränkung sein könnte (vgl. IV-act. 67 S. 213 ff.). Im psychiatrischen Teilgutachten bestätigte der Gutachter eine remittierte Anpassungsstörung, einen schädlichen Alkoholkonsum sowie auch einen Fehlgebrauch von Benzodiazepin-Analoga und Opioiden. Aufgrund des schädlichen Alkoholkonsums erachtete er eine Entgiftung und Entwöhnung mit nachfolgender Abstinenz als notwendig. Er veranschlagte dafür einen Zeitraum von sechs Monaten, während dessen die Arbeitsfähigkeit aufgehoben sei, danach sei keine psychiatrisch begründete Minderung der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten. Namentlich stellte der Gutachter keine depressiven Beschwerden fest, zumal er keines der Kardinalsymptome einer Depression feststellen konnte. Der Gutachter hielt indes fest, dass der Beschwerdeführer Anfang 2020 offenbar

während fünf bis sechs Monaten in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung gewesen und diese mittlerweile beendet sei (vgl. IV-act. 67 S. 247 ff.).

E. 6.3.13

Dem Bericht des Spital R._____, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, vom 11. November 2022 (IV-act. 73 S. 4 f.) ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer im Rahmen eines MRI (nativ) der HWS am 11. November 2022 Folgendes festgestellt worden ist: - Bekannter Status nach ventraler Spondylodese HWK 5/6 mit entsprechenden postoperativen Veränderungen mit geringen perifokalen Metallartefakten. - Multisegmentale, mässige Spondylose der HWS. - Diskusprotrusion HWK 3/4 mit leichtgradiger bilateraler neuroforaminaler Einengung mit Pelottierung der C4 Wurzel rechts. - Diskusprotrusion HWK 5/6 mit mässiger neuroforaminaler Einengung rechts mit Kontakt mit der rechten C.6 Wurzel intraforaminal. - Diskusprotrusion HWK 6/7 mit mässiger neuroforaminaler Einengung beidseits mit Verdacht auf Pelottierung der C7 Wurzel beidseits, leichtgradige Spinalkanalstenose ohne Myelopathiesignal. Einem weiteren MRI (nativ) der LWS, ebenfalls vom 11. November 2022, sind die nachfolgenden Befunde zu entnehmen: - Inhomogene Knochenstruktur (Raucheranamnese?). - Mässige Spondylose der LWS mit Osteochondrosen LWK 3/4 und LWK 5/SWK 1 (Modic 2). - Breitbasige Diskusprotrusion LWK 2/3 ohne neurale Kompression. - Breitbasige Diskusprotrusion LWK 3/4 mit einem zentralen Riss des Anulus fibrosus sowie mit Kontakt mit der rechten L3 Wurzel intraforaminal. Keine Spinalkanalstenose. - Breitbasige Diskusprotrusion LWK 4/5 mit bilateraler leichtgradiger neuroforaminaler Einengung beidseits sowie mit rezessaler Enge links mit Kontakt mit der rezessalen Wurzel L5 links. - Breitbasige Diskusprotrusion LWK 5/SWK 1 mit bilateraler mässiger neuroforaminaler Einengung mit Kontakt mit der L5 Wurzel beidseits. - Tieflumbal betonte bilaterale mässige Facettengelenkarthrose. Diesen MRI-Berichten, die im Rahmen der Begutachtung durch die PMEDA AG erstellt und darin bereits berücksichtigt worden sind (vgl. IV-act. 67 S. 15), sind keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu entnehmen.

E. 6.3.14

Die RAD-Ärztin, Dr. med. F._____, Fachärztin für Chirurgie/Praktische Ärztin, nahm am 4. April 2023 (IV-act. 70) zur Aktenlage Stellung und führte aus, somatisch weise der Beschwerdeführer verschiedene degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule, den Schultern und Hüftgelenken auf, welche die Ausführung schwerer und mittelschwerer Arbeiten für ihn verunmöglichten. Beim Beschwerdeführer sei zwar ein schädlicher Gebrauch, aber keine Abhängigkeitserkrankung von Alkohol diagnostiziert worden, weshalb der Beschwerdeführer diesen schädlichen Gebrauch sofort einstellen könne, um dauerhaft schädliche Folgen zu vermeiden. Zur Unterstützung der Einhaltung der dauerhaften Abstinenz könne er sich medizinische Hilfe holen, da aber keine Abhängigkeit diagnostiziert worden sei, könne er den Konsum eigenverantwortlich sofort einstellen. In angepassten Tätigkeiten liege eine volle Arbeitsfähigkeit vor.

E. 6.3.15

Der Beschwerdeführer reichte mit dem Einwand ein Arzzeugnis der behandelnden Ärztin Dr. med. S._____, Fachärztin für Psychiatrie, vom 5. Juni 2023 (IV-act. 73 S. 3) ein, nach welchem der Beschwerdeführer unter einer schweren depressiven Episode leide. Die Ärztin führte aus, der Beschwerdeführer habe eine depressive Stimmungslage mit suizidalen Gedanken mit manchmal konkretem Szenario. Darüber hinaus bestünden

wichtige ängstliche Grübeleien über die Vergangenheit, Anhedonie, psychomotorische Verlangsamung, Zukunftsängste, Schlafstörungen mit nächtlichem Erwachen sowie funktionelle Beschwerden und verschiedene Schmerzen im ganzen Körper. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mache regelmässige Konsultationen notwendig und lasse die Wiederaufnahme einer Arbeit nicht zu. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%.

E. 6.4.1

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Teilgutachten Orthopädie, Kardiologie und Dermatologie in Kenntnis der Vorakten erfolgt sind sowie nachvollziehbar und schlüssig begründet sind, weshalb darauf abzustellen ist. Diese Einschätzungen führen - entgegen der Vorinstanz (vgl. E. 6.2 hiervor) - dazu, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter im Drei-Schicht-Betrieb nicht mehr zumutbar ist: Die beurteilenden Ärzte stimmen in nachvollziehbarer Weise überein, dass der Beschwerdeführer aus körperlicher Sicht nicht mehr in der Lage ist, mittelschwere bis schwere Arbeiten sowie Schichtarbeit auszuführen. Einerseits bestehen in dieser Hinsicht die Schulter- und Wirbelsäulenprobleme und die kardiologische Problematik, die ihn einschränken, andererseits ist auch aus dermatologischer Sicht keine schwere Arbeit mehr angezeigt, um die bestehende Symptomatik nicht zu verschlimmern. Entgegen der Vorinstanz umfasste die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers auch körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeit (vgl. insb. IV-act. 36 S. 56, IV-act. 8).

E. 6.4.2

Nicht hinreichend nachvollziehbar ist dagegen die im PMEDA-Gutachten auch in Bezug auf leichte Tätigkeiten attestierte Arbeitsunfähigkeit infolge des schädlichen Alkoholkonsums des Beschwerdeführers:

E. 6.4.2.1

Was die erhobenen Befunde und die Diagnosestellung betrifft, wird im PMEDA-Gutachten ein «schädlicher Gebrauch» (ICD-10 F10.1) bei Laborhinweisen auf einen schädlichen Alkoholkonsum festgehalten. Die im neurologischen Teilgutachten erhobenen klinischen Zeichen eines vegetativen Alkoholentzugssyndroms (Unruhe, leichte Atemnot und schweissiges Gesicht) untermauerten nach Ansicht der Gutachter diese These. Ein Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2) wurde indes nicht diagnostiziert. Im psychiatrischen Teilgutachten wird denn auch festgehalten, der Beschwerdeführer beschreibe auf Nachfrage «keine typischen Kriterien einer Alkoholabhängigkeit» (IV-act. S. 249). Auch im internistischen Teilgutachten werden keine klinischen Befunde einer Alkoholabhängigkeit erwähnt. Damit konnten nur im neurologischen Teilgutachten klinische Zeichen einer Alkoholabhängigkeit festgestellt werden.

E. 6.4.2.2

Was die Arbeitsfähigkeit betrifft, wird im psychiatrischen und neurologischen Teilgutachten eine Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der Begutachtung vollumfänglich verneint. Dabei wird die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Diagnose «schädlicher Alkoholkonsum» respektive aufgrund einer «vegetativen Instabilität» ohne Zuhilfenahme der Standardindikatoren verneint (neurologisch: IV-act. 67 S. 139 ff.; psychiatrisch: IV-act. 67 S. 251 ff.). Im internistischen Teilgutachten wird dem Beschwerdeführer trotz der Diagnose eines schädlichen Alkoholkonsums eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert und keine kontrollierte Entgiftung und Entwöhnung, hingegen eine Beendigung

des schädlichen Alkoholkonsums und eine «hausärztliche Verlaufskontrolle» empfohlen (IV-act. 67 S. 57 ff.).

E. 6.4.2.3

Daraus ergibt sich, dass einerseits Befunderhebung und Diagnosestellung zwischen den Teilgutachten variieren (E. 6.4.2.1 hiervor) und andererseits - und vor allem - fraglich ist, was aus einer entsprechenden Diagnose einer Sucht- bzw. Alkoholerkrankung in Bezug auf die funktionellen Einschränkungen und die Arbeitsfähigkeit zu schliessen ist. Jedenfalls wäre die invalidisierende Wirkung einer solchen Suchterkrankung unter Zuhilfenahme der Standardindikatoren zu überprüfen gewesen (BGE 145 V 215), woran es vorliegend fehlt. Auf die gutachterliche Einschätzung einer zumindest vorübergehend vollen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten aufgrund der Alkoholerkrankung des Beschwerdeführers kann daher nicht abgestellt werden. Offenbleiben kann, ob die willentliche Natur des fortgesetzten Substanzkonsums bei «schädlichem Gebrauch» im Unterschied zum Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms zu bejahen ist und dieses Leiden daher zum vornherein nicht geeignet ist, eine invalidisierende Wirkung zu haben (vgl. E. 5.12 hiervor; BGE 145 V 215 E. 5.3.2, wonach massgebend auf die diagnostischen Kriterien eines Abhängigkeitssyndroms abgestellt wird). Entgegen der Vorinstanz kann aber gestützt auf die vorliegenden Akten auch nicht festgehalten werden, der Beschwerdeführer habe es selbst in der Hand, mit einer Abstinenz per sofort eine volle Arbeitsfähigkeit herzustellen. In Bezug auf die Diagnose ist der Vorinstanz zuzustimmen, dass die Diagnose «Schädlicher Alkoholkonsum» (ICD-10 F10.1) und nicht etwa ein Abhängigkeits- oder Entzugssyndrom (ICD-10 F10.2 oder F10.3) gestellt wurde. Allerdings haben die Gutachter zusätzlich klinische Zeichen - namentlich Polyneuropathie (am ehesten äthyltoxisch) und Zeichen eines vegetativen Alkoholentzugssyndroms - genannt, die Zweifel an der von der Vorinstanz erwähnten Möglichkeit einer selbst durchgeführten Abstinenz ohne ärztliche Unterstützung zu wecken vermögen. Die Vorinstanz hat sich mit den klinischen Befunden nicht auseinandergesetzt, sondern hat sich im Ergebnis auf die Diagnose «schädlicher Alkoholkonsum» gestützt und daraus geschlossen, der Beschwerdeführer sei ohne weitere ärztliche Unterstützung arbeitsfähig. Hinzu kommt, dass die RAD-Ärztin Dr. med. F. _____ aufgrund ihrer fachlichen Ausrichtung (Fachärztin für Chirurgie und Praktische Ärztin) ohnehin nicht kompetent ist, eine fachärztliche Einschätzung im Fachgebiet Psychiatrie zu widerlegen. Gegen die Möglichkeit einer selbst durchgeführten Abstinenz ohne ärztliche Unterstützung spricht schliesslich, dass beim Beschwerdeführer zusätzlich ein Fehlgebrauch von Benzodiazepin-Analoga und Opioiden diagnostiziert wurde, wobei die Medikamente nach gutachterlicher Empfehlung ärztlicherseits schrittweise abgesetzt werden sollten (vgl. IV-act. 67 S. 249).

E. 6.4.3

Zu beachten ist weiter, dass die behandelnde Psychiaterin ungefähr sechs Monate nach der Untersuchung durch den psychiatrischen PMEDA-Gutachter, aber noch vor Verfügungserlass, festhielt, der Beschwerdeführer leide an einer schweren depressiven Episode und habe suizidale Gedanken; er sei vollumfänglich arbeitsunfähig (vgl. E. 6.3.15 hiervor). Die Vorinstanz erliess nach Eingang des eingereichten Zeugnisses der behandelnden Psychiaterin eine Verfügung mit demselben Wortlaut wie im Vorbescheid. Sie äusserte sich nicht zur neuen Diagnose. Hierzu ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer sich offenbar psychiatrisch behandeln liess und die behandelnde Ärztin

der Ansicht ist, er sei nicht arbeitsfähig. Auch wenn der Bericht kurz ausfällt, muss daraus immerhin der Schluss gezogen werden, dass aus psychischer Sicht eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliegen könnte, die bereits im Zeitpunkt des Verfügungserlasses bestanden hat, die aber (noch) keinen Eingang in die Beurteilung der MEDAS-Gutachter gefunden hat. Auch diesbezüglich ist der Sachverhalt weiter abklärungsbedürftig.

E. 6.4.4

Die vorgenannten Ausführungen (E. 6.4.2 und E. 6.4.3 hiervor) geben Anlass zu weiteren Fragen, die sich gestützt auf die vorliegenden Akten nicht beantworten lassen, zumal sich zwischen den verschiedenen Problematiken auch Wechselwirkungen ergeben können. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (vgl. E. 5.5. hiervor) ist der Sachverhalt so weit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Ein solcher Entscheid ist in Bezug auf die Alkoholproblematik und die psychische Gesundheit des Beschwerdeführers zurzeit nicht möglich. Hinzu kommt, dass im PMEDA-Gutachten eine Adipositas Grad II diagnostiziert wurde (IV-act. 67 S. 6, 58, 215). Nach jüngster Rechtsprechung des Bundesgerichts kann eine Adipositas eine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität bewirken, auch wenn sie grundsätzlich behandelbar ist und keine körperlichen oder geistigen Schäden verursacht und auch nicht die Folge von solchen Schäden ist (vgl. Urteil des BGer 8C_513/2024 vom 15. April 2025 E. 6.2 mit Verweis auf BGE 151 V 66 E. 5.9 und 5.11). Diesbezüglich bleibt zu klären, ob aus der Adipositas invalidisierende Einschränkungen resultieren und eine allfällige Arbeitsfähigkeit durch auf Gewichtsreduktion abzielende, zumutbare Massnahmen gesteigert werden könnte (vgl. hierzu auch Urteil des BVer C-7391/2024 vom 12. September 2025 E. 6.2.4).

E. 7.1

Die angefochtene Verfügung ist gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen (vgl. E. 6.4.4 hiervor), weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist. Im vorliegenden Fall erweist sich der medizinische Sachverhalt als nicht rechtsgenügend abgeklärt. Insbesondere liegt keine verlässliche Einschätzung der Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in Verweistätigkeiten vor. Bei dieser Sachlage kann nicht auf die Abnahme weiterer Beweise verzichtet werden. Eine Rückweisung ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG und entsprechend dem Eventualantrag des Beschwerdeführers gerechtfertigt (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4).

E. 7.2

Die Vorinstanz ist in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen zumindest Expertisen in den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Neurologie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung

[BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281]) erforderlich, da diese hier für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten massgebend sind. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind (allenfalls Dermatologie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kardiologie, Endokrinologie/Diabetologie [Adipositas], Pneumologie [Hinweise auf COPD]), ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu Art. 44 Abs. 5 ATSG; BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

E. 7.3

Die interdisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m ATSV [SR 830.11]; vgl. auch Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.). Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72bis Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.2.1) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

E. 8

Die Vorinstanz hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf Eingliederungsmassnahmen verneint. Aufgrund des abklärungsbedürftigen Gesundheitszustands ist die Sache ohnehin zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen, weshalb die Vorinstanz in diesem Rahmen erneut einen allfälligen Anspruch des Beschwerdeführers auf Eingliederungsmassnahmen zu prüfen haben wird. Entgegen der Vorinstanz lässt sich die Eingliederungsbereitschaft des Beschwerdeführers nicht ohne Weiters verneinen. Zwar wird im Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 2. März 2021 festgehalten, der Beschwerdeführer könne sich eine vom damaligen Arbeitgeber angebotene Verweistätigkeit (Wareneingangskontrolle) nicht vorstellen (IV-act. 22). Aus demselben Bericht ergibt sich aber auch, dass eine «zielorientierte Eingliederung» aufgrund der erneuten Operation des Beschwerdeführers (= Operation vom 7. Januar 2021) «nicht möglich» sei (IV-act. 22). Dies deckt sich mit den aktenkundigen Berichten des Case Management von Anfang 2021, wonach eine berufliche Eingliederung «derzeit nicht möglich» sei (IV-act. 36 S. 51 ff.). Damit kann nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dem Beschwerdeführer fehle der Eingliederungswille (vgl. allgemein Urteil des BGer 9C_593/2023 vom 11. Juli 2024 E. 6.2, publ. in: SVR 2025 IV Nr. 8).

E. 9

Die Beschwerde ist demnach dahingehend gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 6. Juli 2023 aufzuheben und die Sache zur Durchführung der notwendigen medizinischen Abklärungen, zur erneuten Prüfung des Leistungsanspruchs und zur Verfügung über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist.

E. 10.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei grundsätzlich die unterliegende Partei die Verfahrenskosten tragen muss. Da eine

Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer im vorliegenden Fall keine Kosten aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die Parteientschädigung für Beschwerdeverfahren vor Bundesverwaltungsgericht umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere Auslagen der Partei, wobei unnötiger Aufwand nicht entschädigt wird (Art. 8 Abs. 1 und 2 VGKE). Gemäss Art. 9 VGKE umfassen die Kosten der Vertretung insbesondere das Anwaltshonorar, die Auslagen sowie die Mehrwertsteuer für diese Entschädigungen, soweit eine Steuerpflicht besteht. Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens 200 und höchstens 400 Franken beträgt (Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE). Zu entschädigen ist lediglich der notwendige, nicht der geltend gemachte Aufwand (Urteil des BGer 9C_47/2021 vom 18. März 2021 E. 5.2.3 m.H.).

E. 10.3

Der Beschwerdeführer war im vorliegenden Verfahren anwaltlich vertreten, weshalb ihm zu Lasten der unterliegenden Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen ist. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Parteientschädigung unter Berücksichtigung des aktenkundigen und gebotenen Aufwands auf Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer; Art. 9 Abs. 1 VGKE) festzusetzen.

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