

GR_GERICHTE SV1 2025 24 vom 17. Februar 2026

GR Gerichte, 2026-02-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV1_2025_24

FR: GR_GERICHTE SV1 2025 24 du 17 février 2026

IT: GR_GERICHTE SV1 2025 24 del 17 febbraio 2026

Erwägungen

E. 1

Nach Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. April 2025 stellt eine solche anfechtbare Verfügung der Invalidenversicherung und folglich ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Obergericht des Kantons Graubünden dar. Die sachliche Zuständigkeit des Obergerichts bzw. gerichtsintern die Zuständigkeit der Ersten sozialversicherungsrechtlichen Kammer ergibt sich aus Art. 57 ATSG (SR 830.1) i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100) sowie Art. 6 lit. a OGV (BR 173.010). Als Adressatin der strittigen Verfügung ist die Beschwerdeführerin davon berührt und sie weist ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung auf (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2, Art. 38 f. sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit einzutreten.

E. 2

Streitgegenstand bildet vorliegend die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die beruflichen Massnahmen mit Verfügung vom 24. April 2025 gestützt auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit zu Recht per 31. Juli 2024 abgeschlossen hat bzw. ob ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen ab dem 1. August 2024 zu Recht verneint wurde. In diesem Zusammenhang ist insbesondere strittig, ob sich das VersMed-Gutachten als abschliessende medizinische Entscheidungsgrundlage betreffend Eingliederungsmassnahmen eignet. Nicht Gegenstand der vorliegenden Beschwerde ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

E. 3

In Bezug auf das anwendbare Recht ist festzuhalten, dass seit dem 1. Januar 2022 die revidierten Bestimmungen des IVG (sowie des ATSG) und der IVV

E. 6

/ 36 (SR 831.201) in Kraft sind (Weiterentwicklung der IV). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. statt vieler: BGE 148 V 174 E. 4.1, 146 V 364 E. 7.1 und 144 V 210 E. 4.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_521/2021 vom 22. März 2022 E. 2.2) und die angefochtene Verfügung nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert, sind die ab dem 1. Januar 2022 geltenden Normen anwendbar. 4.1. Im Allgemeinen setzt der Anspruch auf Leistungen der

Invalidenversicherung unter anderem voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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). Zur Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen, wobei eine Erwerbsunfähigkeit zudem nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Keine Beeinträchtigungen der Gesundheit stellen soziokulturelle Schwierigkeiten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie psychosoziale Faktoren dar. Invaliditätsfremde Gründe sind darüber hinaus auch Aggravation und Simulation (vgl. zum Ganzen MEIER, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers [Hrsg.], ATSG-Kommentar, 5. Aufl. 2024, Art. 7 N. 22 ff.). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). 4.2. Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Bei der Festlegung der Massnahme sind insbesondere das Alter, der Entwicklungsstand, die Fähigkeiten der versicherten Person sowie die zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1 bis Satz 2 lit. a-d IVG). Bei Abbruch einer Eingliederungsmassnahme wird nach Massgabe

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin stützte für ihre Einschätzung in der angefochtenen Verfügung insbesondere auf das bidisziplinäre VersMed-Gutachten vom 29. Juli 2024 (IV-act. 196) samt ergänzender Stellungnahme vom 7. Oktober 2024 (IV-act. 205) ab. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachpersonen zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin bzw. des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Dies bedeutet in erster Linie, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchungen unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind.

E. 6.2

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine

zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 und 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 133 V 450 E. 11.1.3 und 125 V 351 E. 3a; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2, 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E. 4.1, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2).

E. 6.3

Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens (nach Art. 44 ATSG) eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund

E. 6.4

Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz, wobei die Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht der Leistungen beanspruchenden Person zu berücksichtigen ist. Die Behörde hat, wo notwendig, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein (vgl. Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG; WIEDERKEHR, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers [Hrsg.], ATSG-Kommentar, 5. Aufl. 2024, Art. 43 N. 14 ff.). Die Untersuchungspflicht gilt sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch grundsätzlich im kantonalen Gerichtsverfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Wenn der Versicherungsträger oder das kantonale Sozialversicherungsgericht im Rahmen einer umfassenden, sorgfältigen, objektiven und inhaltsbezogenen Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt überwiegend wahrscheinlich sei, steht dies einer

E. 6.5

Die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung erfolgt bei somatoformen Schmerzstörungen (BGE 141 V 281) wie auch bei sämtlichen psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens anhand der sogenannten Standardindikatoren. Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen (vgl. Rz. 1105 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022 [Stand: 1. Januar 2025; <<https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/18452> >]). Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" umfasst den Komplex "Gesundheitsschädigung" (mit den Indikatoren "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", "Behandlungserfolg oder -resistenz",

"Eingliederungserfolg oder -resistenz" und "Komorbiditäten"), den Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und den Komplex "Sozialer Kontext". Die Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) umfasst die Komplexe "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" und "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3; Rz. 1105 KSIR bzw. Anhang I [des KSIR]).

E. 6.6

Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das VersMed-Gutachten vom 29. Juli 2024 samt ergänzender Stellungnahme vom 7. Oktober 2024 abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen bzw. diese von der übrigen medizinischen Aktenlage in Zweifel gezogen werden. Während die Beschwerdegegnerin das Gutachten im Ergebnis für schlüssig und nachvollziehbar erachtet (vgl. IV-act. 249 und act. A.2),

E. 7

/ 36 von Art. 8 Abs. 1 und Abs. 1bis eine wiederholte Zusprache derselben oder einer anderen Eingliederungsmassnahme geprüft (Art. 8 Abs. 1ter IVG). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Art. 8 Abs. 3 IVG in medizinischen Massnahmen (lit. a), Beratung und Begleitung (lit. abis), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. ater), Massnahmen beruflicher Art (lit. b) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit. d). 4.3. Eingliederungsmassnahmen unterliegen den allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen des Art. 8 Abs. 1 IVG. Eine Eingliederungsmassnahme hat somit neben den dort ausdrücklich genannten Erfordernissen der Geeignetheit und Notwendigkeit auch demjenigen der Angemessenheit (Verhältnismässigkeit im engeren Sinne) als drittem Teilgehalt des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes zu genügen. Sie muss demnach unter Berücksichtigung der gesamten tatsächlichen und rechtlichen Umstände des Einzelfalles in einem angemessenen Verhältnis zum angestrebten Eingliederungsziel stehen. Dabei lassen sich vier Teilaspekte unterscheiden, nämlich die sachliche, die zeitliche, die finanzielle und die persönliche Angemessenheit. Danach muss die Massnahme prognostisch ein bestimmtes Mass an Eingliederungswirksamkeit aufweisen. Sodann muss gewährleistet sein, dass der angestrebte Eingliederungserfolg voraussichtlich von einer gewissen Dauer ist. Des Weiteren muss der zu erwartende Erfolg in einem vernünftigen Verhältnis zu den Kosten der konkreten Eingliederungsmassnahme stehen. Schliesslich muss die konkrete Massnahme der betroffenen Person auch zumutbar sein (vgl. BGE 143 V 190 E. 2.2 und 142 V 523 E. 2.3, je m.w.H.; Urteile des Bundesgerichts 9C_71/2023 vom 5. September 2023 E. 3.3.1 und 8C_266/2022 vom 8. März 2023 E. 2.2). Eingliederungswirksamkeit setzt eine subjektive und objektive Eingliederungsfähigkeit der betroffenen Person voraus (vgl. BGE 145 V 2 E. 4.3.3.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_503/2022 vom

E. 7.1

Mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (vgl. Erwägungen 6.2 ff. vorstehend) ist festzustellen, dass das VersMed-Gutachten vom 29. Juli 2024 samt Stellungnahme vom 7. Oktober 2024 in Kenntnis der Vorakten bis Ende März 2024, einschliesslich der Beurteilungen der behandelnden Ärzte (vgl. IV-act. 196 S. 9 ff., S. 42 ff. und S. 94), sowie der von der Beschwerdeführerin früher und zum Zeitpunkt der Begutachtung geklagten

sowie der aktenkundigen Beschwerden und dem Krankheitsverlauf (vgl. IV-act. 196 S. 6 ff., S. 73 ff., S. 94 ff., S. 103 ff., S. 123 ff., S. 141 ff. und S. 148 ff.) ergangen ist. Es basiert sodann auf den eigenen klinischen Untersuchungen sowie den erhobenen bildgebenden, testpsychologischen und laborchemischen Untersuchungen (vgl. IV-act. 196 S. 2, S. 72, S. 91 ff., S. 122, S. 137 ff. und S. 160 ff.) und setzt sich mit vorbefundlichen Diagnosen auseinander (vgl. IV-act. 196 S. 9 ff, S. 96 ff., S. 103 ff., S. 144 ff. und S. 150 ff.). Auch nahmen die Gutachter zu den streitigen Belangen Stellung (vgl. IV-act. 196 S. 33 ff., S. 112 ff. und S. 154 ff.). Dabei wiesen sie in der Konsensbeurteilung als Diagnosen eine leichtgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.01) sowie einen möglichen Spannungskopfschmerz (differenzialdiagnostisch Migräne) aus und schätzten die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf 100 % (vgl. IV-act. 196 S. 33 f.). Dazu führten die Gutachter aus, initial sei kein Hirntrauma attestiert, doch werde in den nachfolgenden Berichten teils dennoch von einer stattgehabten Commotio cerebri (Synonym leichtes Schädelhirntrauma, MTBI) ausgegangen. Die aktenkundigen neuropsychologischen Vorbewertungen würden einerseits keine erhebliche Einschränkung und andererseits eine deutliche kognitive Störung, die am ehesten im Rahmen eines depressiven Syndroms zu verstehen sei, attestieren. Die Beschwerdeführerin sehe sich als nicht arbeitsfähig an. Die Arbeitsfähigkeit sei vorrangig aus psychiatrischen Gründen als gemindert eingeschätzt worden. Die hiesigen Befunde würden dies nicht stützen, da sich nur eine leichte affektive Störung mit Somatisierung habe erheben lassen, wobei auch die berichteten Kopfschmerzen in diesem Kontext zu verstehen seien. Die vorangehenden anderslautenden aktenkundigen Bewertungen liessen sich nicht mehr fortschreiben, da keine gravierende Depressivität mehr zu erheben sei, die objektiven klinischen Befunde keine erhebliche Limitation von Selbständigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit und sozialer Integration sowie Aktivität ausweisen würden und auch die neuropsychologische Testung keine erhebliche Störung mehr zeige (IV-act. 196 S. 32 ff.).

E. 7.2

Zunächst ist auf die formellen Rügen der Beschwerdeführerin einzugehen:

E. 7.2.1

Die Beschwerdeführerin rügt, dass ihr die Tonbandaufnahmen bis heute nicht zur Verfügung gestellt worden seien, weshalb auch nicht geprüft werden könne, wie lange die Gespräche bei den beiden Gutachtern gedauert hätten (act. A.1 Ziff. B.4). Gemäss Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 14. August 2024 (IV-act. 199) sowie IncaMail-Quittung (IV-act. 202) wurde dem Vertreter der Beschwerdeführerin das VersMed-Gutachten inkl. Tonbandaufnahmen per IncaMail zugestellt. Im Anschluss hat dieser nie moniert, keine Tonbandaufnahmen erhalten zu haben. Dass ihm eine Nachfrage nicht möglich gewesen oder ihm eine nachträgliche Zustellung zu Unrecht verwehrt worden wäre, macht die

E. 7.2.2

Gleichermassen zielt die Rüge der Beschwerdeführerin betreffend die Dauer der Gespräche mit den Gutachtern ins Leere. Diesbezüglich bringt sie vor, es müsse angezweifelt werden, dass in einem so kurzen Gespräch festgestellt werden könne, ob jemand ernsthaft psychisch krank sei oder nicht. In der Regel ergebe sich erst ein umfassendes psychisches Krankheitsbild durch eine Umgebungsabklärung bei Familienangehörigen, Drittpersonen, etc. (act. A.1 Ziff. B.4). Vorliegend dauerte sowohl die psychiatrische als auch die

neurologische Untersuchung je 90 Minuten (IV-act. 196 S. 1, S. 68 und S. 118). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung. Für den zeitlichen Aufwand gibt es keine festen bzw. allgemeingültigen Vorgaben. Wie viel Aufwand im Einzelfall zu betreiben ist, hängt vielmehr von der Fragestellung und dem zu beurteilenden Beschwerdebild ab. Aus einer verhältnismässig kurzen Dauer der Exploration kann nicht von vornherein auf mangelnde Sorgfalt geschlossen werden. Vorauszusetzen ist eine – je nach Fragestellung und Psychopathologie – angemessene Dauer, die es der untersuchten Person insbesondere erlaubt, ihre Situation, Beschwerden und Sicht der Dinge darzulegen. Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise

E. 7.2.3

Im Weiteren rügt die Beschwerdeführerin die fehlende Unabhängigkeit der Gutachter und bringt vor, an der Eingangstüre der begutachtenden Ärzte in Zürich sei noch PMEDA gestanden. Dort seien Gutachterärzte und -ärztinnen am Werk gewesen oder seien es auch heute noch (einfach unter dem neuen Namen VersMed Zürich), die dafür bekannt geworden seien, dass sie offensichtlich "versicherungsfreundliche Gutachten" erstellt und selbst schwer kranke und verunfallte Personen als voll arbeitsfähig geschrieben hätten (vgl. act. A.1 Ziff. B.6). Diese allgemeinen und pauschalen Einwände erweisen sich als unbehelflich, zumal die Beschwerdeführerin nicht geltend macht, dass die konkreten Gutachter nicht frei oder unabhängig gehandelt hätten. Ausserdem können bidisziplinäre Gutachten bei einer Gutachterstelle oder bei einem Sachverständigen-Zweierteam in Auftrag gegeben werden, welche mit der Beschwerdegegnerin (vertreten durch das Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV]) eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen haben, was vorliegend der Fall ist. Gutachterin Dr. med. M._____, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie zertifizierte medizinische Gutachterin (SIM), und Gutachter Prof. Dr. med. N._____, Facharzt für Neurologie FMH und zertifizierter medizinischer Gutachter (SIM), sind auf der Liste der Sachverständigen-Zweierteams, welche eine Vereinbarung mit dem BSV abgeschlossen haben, aufgeführt (vgl. die Liste auf <<https://www.bsv.admin.ch/de/abklaerungsstellen-und-sachverstaendige>> sowie zu den Anforderungen an die Gutachter Art. 7m ATSV).

E. 7.2.4

In Bezug auf die testpsychologische Zusatzuntersuchung bemängelt die Beschwerdeführerin, dass diese nicht in der J._____ durchgeführt worden sei (vgl. act. A.1 Ziff. B.7). Nachdem der Auftrag für die bidisziplinäre Begutachtung an Dr. med. M._____ und Prof. Dr. med. N._____, VersMed Zürich, erteilt wurde, ist nicht zu beanstanden, dass auch die testpsychologische Zusatzuntersuchung von Fachpersonen der VersMed Zürich durchgeführt wurde. Die neuropsychologische Abklärung stellt sodann lediglich eine (nicht-medizinische) "Hilfsdisziplin" dar. Nach der Rechtsprechung handelt es sich um eine Zusatzuntersuchung und es bleibt grundsätzlich Aufgabe des Facharztes oder der Fachärztin der Psychiatrie oder der Neurologie, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_299/2019 vom 27. Juni 2019 E. 4 und 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3). Vorliegend flossen die Ergebnisse der testpsychologischen Zusatzuntersuchung in die versicherungsmedizinische Gesamtbeurteilung ein. So würdigte Gutachterin Dr. med. M._____ die diesbezüglichen Ergebnisse in ihrem Teilgutachten (IV-act. 196 S. 93 und S. 105), ebenso wie auch die Ergebnisse der Untersuchung der J._____ (IV-act. 196 S. 29 f., S.

100 f., S. 109 f., S. 145 f. und S. 152). Die Delegation der Zusatzuntersuchungen durch die Gutachter erweist sich sodann als zulässig (vgl. Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin, II. Fachspezifischer Neurologischer Teil, 2020, S. 2 f., <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/storage/app/media/Downloads/Dokumente/Fachwissen/Gutachten/Begutachtungsleitlinien-Versicherungsmedizin_Neurologischer-Teil.pdf>). Soweit die Beschwerdeführerin die Qualifikation der neuropsychologischen Sachverständigen in Frage stellt, ist diesbezüglich festzuhalten, dass für solche ein Dokortitel nicht zwingend erforderlich ist. Vielmehr müssen die Sachverständigen über einen anerkannten Abschluss in Psychologie sowie einen eidgenössischen oder als gleichwertig anerkannten Weiterbildungstitel in Neuropsychologie verfügen. Alternativ ist auch der anerkannte Abschluss in Psychologie und ein Fachtitel der Neuropsychologie der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen möglich (<<https://www.bsv.admin.ch/de/abklaerungsstellen-und-sachverstaendige>> sowie Art. 7m Abs. 3 ATSV i.V.m. Art. 50b KVV [SR 832.102]). Sodann wurden im Aufgebot zur neuropsychologischen Zusatzdiagnostik vom

E. 7.2.5

vorstehend) – ohnehin keine Rolle spielt. Auch der MRI-Befund vom 26. März 2024 (Tag der Begutachtung) war im Übrigen unauffällig (IV-act. 196 S. 143). Daher ist der Schluss der psychiatrischen Gutachterin, wonach der Einschätzung einer hirnorganischen Störung nicht gefolgt werden könne, da kein bildmorphologischer Beleg einer Hirnläsion vorliege und das Indexereignis kein ausreichend belegtes Schädelhirntrauma einschliesse, und der jetzige Befund aber mit einer nicht organisch bedingten leichten affektiven Störung vereinbar sei (IV-act. 196 S. 102), nachvollziehbar. Gleichermassen überzeugen die Ausführungen des neurologischen Gutachters, wonach die Bildgebung vom 6. August 2021 ein normales MRI des Neurokraniums ohne Nachweis von Traumafolgen ergeben habe, vergleichbar mit der aktuellen Bildgebung, was gegen ein radiologisches Korrelat für die vorgetragene Beschwerden spreche. Zudem würden keine Traumafolgen an der HWS beschrieben (IV-act. 196 S. 143 f. und S. 149 f.). 7.3.3. Soweit die Beschwerdeführerin ferner vorbringt, auf S. 3 des VersMed- Gutachtens werde die Dauer des Aufbautrainings in der K._____ vom 2. August 2023 bis 31. Januar 2024 angegeben, obwohl dieses bis am 31. Juli 2024 gedauert habe (act. A.1 Ziff. B.9), kann sie hieraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. So vermag dies keine Zweifel am VersMed-Gutachten zu erwecken, da diese Feststellung der Wiedergabe der Auftragserteilung vom 15. Februar 2024 (IV- act. 141 f.) entspricht. Gleichermassen führt der Umstand, dass von den Gutachtern nicht im Detail abgeklärt wurde, wie oft die Beschwerdeführerin Ski fährt bzw. wie oft dies vor dem Ereignis vom 4. Juli 2021 der Fall war (vgl. act. A.1 Ziff. B.9), nicht zur Unverwertbarkeit des VersMed-Gutachtens, zumal lediglich die Angaben der Beschwerdeführerin selbst wiedergegeben werden (IV-act. 196 S. 78, S. 89 f. und S. 129; vgl. auch IV-act. 180 S. 3). Soweit die Beschwerdeführerin überdies geltend macht, die starken Einschränkungen in der Haushaltsführung würden verharmlost (act. A.1 Ziff. B.10), ist festzuhalten, dass Einschränkungen in der Haushaltsführung im Hinblick auf berufliche Massnahmen nicht relevant sind, aber im Hinblick auf eine allfällige Invalidenrente abzuklären wären.

E. 8

/ 36 Rente" sollen rentenanspruchsrelevante Sachverhalte günstig beeinflusst werden; dies meist, indem der versicherten Person Zugang zu einer "leidensangepassten" Tätigkeit

ermöglicht wird, deren Anforderungsprofil bestmöglich mit dem Belastbarkeitsprofil der versicherten Person übereinstimmt. In diesem Sinn stellt Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG sicher, dass der Anspruch auf eine Invalidenrente erst entstehen kann, wenn keine geeigneten Integrations- und beruflichen Massnahmen mehr infrage kommen. Ist die versicherte Person grundsätzlich eingliederungsfähig, kann der Rentenanspruch somit unabhängig vom Eingliederungserfolg erst nach Beendigung dieser Massnahmen entstehen. Im Umkehrschluss kann eine versicherte Person auch rückwirkend Anspruch auf eine Invalidenrente haben, wenn Abklärungsmassnahmen zeigen, dass sie nicht eingliederungsfähig ist. Nunmehr hält auch Art. 28 Abs. 1bis IVG (in Kraft seit 1. Januar 2022) den von der Rechtsprechung und den vorangegangenen IVG-Revisionen verfolgten Grundsatz, dass eine Invalidenrente nicht zugesprochen wird, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung nicht ausgeschöpft sind, ausdrücklich fest (BGE 151 V 194 E. 5.1.2, 148 V 397 E. 6.2.4; Urteile des Bundesgerichts 9C_539/2024 vom 12. Juni 2025 E. 4.5.1 f., 8C_24/2024 vom 23. Dezember 2024 E. 5.2.1, je m.w.H.). Der rentenausschliessende Eingliederungsvorbehalt nach Art. 28 Abs. 1 lit. 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 (Art. 7 Abs. 2 lit. d und Art. 7a IVG), und die den gesetzlichen Eingliederungsmassnahmen vorgehen (im Einzelnen BGE 151 V 194 E. 5.1.2. m.w.H.). Eine wirksame Förderung der Eingliederungsfähigkeit setzt gewöhnlich voraus, dass die medizinischen Massnahmen im Sinn von Art. 25 KVG mit parallel oder nachgelagert durchgeführten sozial- und berufspraktischen Massnahmen abgestimmt werden. Letztere unterstützen die für die künftige Eingliederung notwendigen therapeutischen Vorkehrungen und setzen deren Effekte für erwerbliche Belange um. Es handelt sich um Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung nach Art. 14a IVG. Diese sind insbesondere auf Versicherte mit psychischen Problemen ausgerichtet, deren Gesundheitszustand für eine Stelle im ersten Arbeitsmarkt oder anspruchsvollere Massnahmen nicht stabil genug ist (Urteile des Bundesgerichts 9C_42/2025 vom 4. August 2025 E. 4.5.2 und 9C_539/2024 vom 12. Juni 2025 E. 4.5.2 und 4.5.3). Unter Gesichtspunkten der Schadenminderung wird daher erst die nach eigenverantwortlicher Selbsteingliederung resp. Durchführung von beruflichen Massnahmen bestimmte Arbeitsfähigkeit als Grundlage der Invaliditätsbemessung

E. 8.1

Zusammengefasst ist das VersMed-Gutachten vom 29. Juli 2024 samt ergänzender Stellungnahme vom 7. Oktober 2024 als in medizinischer Hinsicht wesentliche Entscheidungsgrundlage der angefochtenen Verfügung vom 24. April 2025 insofern mangelhaft, als es keine Stellungnahme dazu enthält, inwiefern die auf 100 % eingeschätzte Arbeitsfähigkeit mit dem bisher vollständig ausgebliebenen Eingliederungserfolg vereinbar sein sollte (Erwägung 7.3.4.2 ff. vorstehend). Die dadurch entstandene Sachverhaltslücke bedingt jedenfalls zusätzliche

E. 8.2

Somit stellt das VersMed-Gutachten vom 29. Juli 2024 samt Stellungnahme vom 7. Oktober 2024 insgesamt betrachtet keine beweiswertige Beurteilung dar, mit welcher das Vorliegen einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit und damit auch die daraus abgeleitete fehlende Grundlage für berufliche Massnahmen nachvollziehbar

begründet worden wäre. Darauf kann somit nicht abgestellt werden. Erachtet das zuständige Sozialversicherungsgericht – wie hier – eine Sache in medizinischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt und somit auch die seitens der Verwaltung vorgenommene Beweiswürdigung als unvollständig, verbleibt ihm auch nach der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Möglichkeit, die Sache an den zuständigen Versicherungsträger zurückzuweisen, anstatt ein gerichtliches Gutachten zur Klärung einer offenen Frage in Auftrag zu geben (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4, in: Pra 2014 Nr. 32, und 137 V 210 E. 4.4.1.4 f.). Dabei wird die Beschwerdegegnerin eine neue fachärztliche Beurteilung zu veranlassen haben, in der nicht nur sämtlichen Berichten der beruflichen Eingliederung, sondern auch den nach Erlass der angefochtenen Verfügung datierenden neuen Berichten (vgl. Bericht von Dr. med. Q._____ vom 2. Mai 2025 [act. B.7]; Bericht der Tagesklinik R._____ vom 13. August 2025 [act. B.8]; Bericht von dipl. med. G._____ vom 28. August 2025 [act. B.9]) Rechnung zu tragen sein wird. Das Gutachten hat sich zum Verlauf des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin, insbesondere auch ab Frühjahr 2024, sowie zu ihrer Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit zu äussern, namentlich zum Einfluss der Krankheitssymptomatik auf die Eingliederungsperspektiven sowie zur Durchführbarkeit von einschlägigen medizinischen und sozialtherapeutischen Vorkehrungen. Auf dieser Grundlage ist gegebenenfalls – in Absprache mit den therapierenden Fachleuten – ein Eingliederungsplan zu erstellen (vgl. Art. 57 Abs. 1 lit. f IVG). Die Frage nach der Arbeits(un)fähigkeit wird sich neu stellen, nachdem

E. 8.3

Erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als unvollständig abgeklärt, ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 24. April 2025 aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne vorstehender Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 9. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf CHF 700.00 fest. Die Rückweisung zu weiteren Abklärungen gilt praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei bezüglich der Verteilung der Gerichtskosten und der Zusprache einer Parteientschädigung (vgl. BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1 und 132 V 215 E. 6.2). Infolge des Ausgangs des Beschwerdeverfahrens sind die Gerichtskosten von CHF 700.00 demnach der Beschwerdegegnerin zu überbinden (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG). Der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin steht praxisgemäss keine Parteientschädigung zu.

E. 9

/ 36 (Art. 16 ATSG) herangezogen. Behindern die Auswirkungen der Gesundheitsschädigung die Realisierung der (potentiellen) funktionalen Leistungsfähigkeit zusätzlich, so besteht Eingliederungsunfähigkeit. Soweit es an den Voraussetzungen zur beruflichen Integration fehlt, ist eine (durch Vergleich des Belastbarkeitsprofils der versicherten Person mit dem Anforderungsprofil von Verweisungstätigkeiten ermittelte) Restarbeitsfähigkeit nur medizinisch-theoretisch bedeutsam und nicht als Grundlage zur Bestimmung des Invalideneinkommens (Art. 16 ATSG) verwertbar. Das Gesetz lässt es

nicht zu, die rentenrelevante Invalidität anhand einer objektiv (noch) nicht realisierbaren Arbeitsfähigkeit zu bemessen, indem diese auf eine "theoretisch-ab-strakte Grösse" beschränkt wird, wie es beim (konjunkturrell) ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 und Art. 16 ATSG) der Fall ist. Vielmehr ist es übergeordnetes Ziel des – durch die letzten Revisionen des IVG laufend ausgebauten – Rechts der beruflichen Eingliederung (Art. 8, 14a und 15 ff. IVG), die Invalidenversicherung von einer Rentenversicherung zu einer (vorrangigen) Eingliederungsversicherung zu entwickeln, deren Hauptaufgabe es ist, die nachteiligen Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu beseitigen oder bestmöglich zu vermindern. Soweit die Eingliederungsfähigkeit durch aufeinander abgestimmte therapeutische Vorkehrungen (Art. 25 KVG) und Massnahmen zur sozial- beruflichen Rehabilitation (Art. 14a IVG) verbessert werden kann, führt die nun unter pflichtgemässer Mitwirkung der versicherten Person realisierbare (Selbst-) Eingliederung zum massgebenden Leistungsvermögen. Die resultierende Arbeits(un)fähigkeit bildet Grundlage der Invaliditätsbemessung (im Einzelnen: Urteil des Bundesgerichts 9C_42/2025 vom 4. August 2025 E. 4.2 m.w.H., u.a auf BGE 151 V 194, 148 V 174 E. 9.1 und 145 V 2 E. 4.3.2). 4.5. Das Gesetz sieht vor, dass nicht nur invalide, sondern auch von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen haben (Art. 8 Abs. 1 IVG; vgl. Art. 1a lit. a IVG). Anders als nach der bis Ende 2007 geltenden Fassung von Art. 8 Abs. 1 IVG setzt diese Bestimmung nicht eine unmittelbar drohende Invalidität voraus (Urteil des Bundesgerichts 9C_547/2009 vom 30. Oktober 2009 E. 2): Der Zeitpunkt des Eintritts einer Erwerbsunfähigkeit ist unerheblich. Drohende Invalidität liegt vor, wenn deren Eintritt überwiegend wahrscheinlich ist (Art. 1 novies IVV). In sinngemässer Anwendung von Art. 8 Abs. 1 IVG muss eine drohende Invalidität auch dann angenommen werden, wenn die spätere Umsetzung einer vorerst nur medizinisch-theoretischen (mithin vorläufig invalidisierenden und allenfalls rentenbegründenden) Arbeitsfähigkeit gefährdet ist, sofern Eingliederungsmassnahmen nicht rechtzeitig unternommen werden. Dem Gedanken der Schadenminderung folgend ist das gesetzliche Instrumentarium der

E. 10

/ 36 beruflichen Eingliederung so einzusetzen, dass es – die medizinischen Vorkehrungen unterstützend und diese für erwerbliche Belange umsetzend – dazu beiträgt, chronifizierende und sich ausweitende Gesundheitsschädigungen zu stabilisieren und somit einer überwiegend wahrscheinlichen (zusätzlichen) Invalidisierung vorzubeugen (Urteile des Bundesgerichts 9C_539/2024 vom

E. 12

/ 36 Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet, bzw. sie nimmt dazu Stellung, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Insoweit sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 f., 140 V 193 E. 3.1 f. und 132 V 93 E. 4; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_569/2021 vom 2. Februar 2022 E. 3.2.2, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2 und 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4).

E. 13

Oktober 2022 E. 4.1.1, 8C_213/2022 vom 4. August 2022 E. 2.3). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4) andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen oder Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin die Fälle, in denen sich eine vom (amtlichen) Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_153/2025 vom 7. Oktober 2025 E. 3, 8C_502/2022 vom 17. April 2023 E. 5.1, 8C_80/2022 vom 4. Mai 2022 E. 4).

E. 14

/ 36 antizipierten Beweiswürdigung nicht entgegen. Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind. Dies ist etwa der Fall, wenn der festgestellte Sachverhalt unauflösbare Widersprüche enthält oder eine entscheidungswesentliche Tatfrage bislang auf einer unvollständigen Beweisgrundlage beantwortet wurde (BGE 151 V 258 E. 4.4, 146 V 240 E. 8.1 f., 144 V 361 E. 6.5; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_138/2024 vom 3. Juli 2024 E. 4.4, 9C_484/2022 vom 11. Januar 2023 E. 4.2, 8C_288/2021 vom 26. Oktober 2021 E. 3.2.1). Kommt die Verwaltung ihrer Abklärungspflicht nicht oder nicht genügend nach, kann die Sache aus diesem Grund an sie zurückgewiesen werden (vgl. BGE 132 V 368 E. 5).

E. 15

/ 36 ist die Beschwerdeführerin der Ansicht, das VersMed-Gutachten sei aus formellen und materiellen Gründen nicht verwertbar (vgl. act. A.1 Ziff. B).

E. 16

/ 36 Weiter hielten die Gutachter fest, angesichts der jetzigen objektiven Befunde lasse sich auch rückblickend keine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit bestätigen. Allenfalls könnten passagere Minderungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund eines berichteten mittelgradigen depressiven Syndroms bestanden haben, wobei die berichtete mittelgradige Ausprägung die Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht stütze, da zumindest eine Teilbelastbarkeit bei einer mittelgradigen Depression angenommen werden dürfe. Die anderslautenden aktenkundigen Berichte, die höhergradige Arbeitsunfähigkeiten attestieren würden, stellten zudem deutlich auf den subjektiven Vortrag ab. Die aktenkundige Diagnose einer hirnorganischen Störung erscheine nicht hinreichend plausibel, da weder eine entsprechende zerebrale Läsion noch ein stattgehabtes Schädelhirntrauma schlüssig belegt worden seien. Die beschriebenen somatischen Beschwerden und aktenkundigen

Befunde würden auch in einer nicht traumatischen/nicht organischen depressiven Störung aufgehen und eine Somatisierung sei unter der affektiven Störungsdiagnose zu subsumieren. Auch sprächen die aufscheinenden Alltagsaktivitäten aus jetziger psychiatrischer Sicht gegen eine erhebliche Beeinträchtigung (IV-act. 196 S. 35). Die Gutachter hielten in ihrer Konsensbeurteilung fest, dass die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden könne. Unter einer compliance-kontrollierten psychiatrischen Behandlung sei eine Vollremission der depressiven Störung als erreichbar anzusehen. Medizinische Gründe (Risiken, reduzierte individuelle Ressourcen), die gegen die vorgeschlagene Therapie sprächen, gebe es nicht. Die Mitarbeit der Beschwerdeführerin erscheine medizinisch gut zumutbar, stehe in ihrem Gesundheitsinteresse und dürfe auch als Mass des Leidensdrucks verstanden werden. Die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit erscheine dabei auch therapeutisch wünschenswert (zur Stabilisierung von Selbstwerterleben, Tagesstruktur und sozialer Teilhabe) (IV-act. 196 S. 37 f.).

E. 17

/ 36 Beschwerdeführerin bzw. deren Vertreter nicht geltend. Zwischenzeitlich wurde der Erhalt der Tonbandaufnahme seitens der Beschwerdeführerin in ihrer Replik vom 3. Juli 2025 auch bestätigt (act. A.3). Nicht zu beanstanden ist – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. act. A.3 S. 2, act. A.5 S. 1) – das Vorgehen der Gutachter, nicht die gesamte Exploration aufzuzeichnen. Gemäss Art. 44 Abs. 6 ATSG werden die Interviews in Form von Tonaufnahmen zwischen der versicherten Person und dem Sachverständigen erstellt und in die Akten des Versicherungsträgers aufgenommen, sofern die versicherte Person es nicht anders bestimmt. Das Interview nach Art. 44 Abs. 6 ATSG umfasst gemäss Art. 7k Abs. 1 ATSV (SR 830.11) das gesamte Untersuchungsgespräch. Dieses besteht aus der Anamneseerhebung und der Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person. In Übereinstimmung damit wurde die Beschwerdeführerin im Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 19. Februar 2024 darauf hingewiesen, dass das mittels Tonaufnahmen aufgezeichnete Interview grundsätzlich nur das Untersuchungsgespräch, insbesondere die Anamneseerhebung und die Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person, umfasse. Würden im Rahmen von psychiatrischen bzw. neuropsychologischen Begutachtungen testpsychologische Untersuchungen durchgeführt, dürften aus urheberrechtlichen Gründen (Schutz der Urheberrechte der Testeigentümer/Testeigentümerinnen) nur die Anamneseerhebung und die Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person, nicht aber die eigentliche Testung, aufgenommen werden (IV-act. 152).

E. 18

/ 36 inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_738/2024 vom 2. Juni 2025 E. 6, 9C_16/2025 vom 24. April 2025 E. 4.7.3, 9C_234/2023 vom 4. September 2023 E. 3.2.3 und 9C_747/2011 vom 10. Februar 2012 E. 2.2.2). Besondere Problemstellungen, die eine Explorationsdauer von 90 Minuten als unangemessen kurz erscheinen lassen könnten, sind vorliegend nicht ersichtlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_234/2023 vom 4. September 2023 E. 3.2.3). Ebenso wenig kann von einer unvollständigen Befunderhebung und Befragung gesprochen werden: So erfolgte u.a. eine Erhebung des Lebenslaufs von der Geburt bis heute, der Beschwerden, der bisherigen Behandlungen und des Tagesablaufs (IV-act. 196 S. 73 ff. und S. 124 ff.). Zudem wurde der Psychostatus erfasst (IV-act. 196 S. 91 ff.) bzw. die neurologischen

Untersuchungsbefunde erhoben (IV-act. 196 S. 138 ff.) und Zusatzdiagnostiken durchgeführt (IV-act. 196 S. 93 und S. 141). Was die Dauer der testpsychologischen Zusatzuntersuchung vom 11. Juli 2024 angeht, ist diesbezüglich nichts bekannt. Allerdings ist hier die Dauer nicht von Relevanz. Entscheidend ist vielmehr, dass die kognitiven Tests anlässlich der Untersuchung vollständig durchgeführt werden konnten (vgl. IV- act. 197).

E. 19

/ 36

E. 23

/ 36 Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden wurden von den Gutachtern erfasst, was sich aus den jeweiligen Teilgutachten ergibt. So führte die psychiatrische Gutachterin aus, die Beschwerdeführerin berichte, vorrangig unter Müdigkeit, Schmerzen, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen zu leiden. Bei den Schmerzen handle es sich hauptsächlich um Kopf-, aber auch Nackenschmerzen. Diese seien permanent vorhanden, sie sei nie schmerzfrei. Die aktuelle Schmerzstärke werde mit VAS 4-5 angegeben, die Schmerzstärke liege selten unter 4, könne bis 6-7 ansteigen, in kurzen Spitzen auch einmal einen Wert von 10 erreichen. Sie könne schlecht denken, sich schlecht konzentrieren, vergesse sehr viel. Die Stimmung sei nicht immer gleich, abhängig davon, wie ausgeprägt ihre Erschöpfung und wie stark ihre Belastung sei. Morgens gehe es ihr besser. Antrieb und Motivation seien wechselhaft. Weiter seien einmal monatliche Panikattacken, Zukunftsängste und finanzielle Sorgen angegeben worden (IV-act. 196 S. 94 f.). Auch der neurologische Gutachter führte in seinem Teilgutachten aus, die Beschwerdeführerin leide vorrangig unter ausgeprägter Müdigkeit, reduzierter Leistungsfähigkeit, rascher Erschöpfung sowie Kopf- und Nackenschmerzen. Insgesamt seien die Beschwerden in den letzten Monaten eher rückläufig. Während sie im Jahr 2022 nach körperlicher Belastung bereits nach zehn Minuten erschöpft gewesen sei, erschöpfe sie nun eher nach einer Stunde. Permanent bestünden Nacken- und Hinterhauptschmerzen mit einer Intensität von 4/10 (0/10 = keine Schmerzen, 10/10 maximal wahrnehmbare Schmerzintensität). Durch Kopfdrehung sowie vermehrten Lärm oder Vibration des Körpers seien die Kopf- und Nackenschmerzen steigerbar auf eine Intensität von 6/10, zeitweise seien auch maximale Schmerzen (10/10) für Minuten wahrnehmbar. Zusätzlich bestünden Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, eine Vergesslichkeit, vorübergehende Schwindelgefühle ohne Fallneigung und Ohrgeräusche pfeifenden Charakters mit einer Dauer von bis zu 30 Minuten. Sehstörungen mit vorrangig Verschwommensehen träten bei anstrengendem Lesen auf (IV-act. 196 S. 141 f.). Im Weiteren haben sich die Gutachter auch mit den beklagten Beschwerden auseinandergesetzt, konnten jedoch keine diesen subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin entsprechenden Beeinträchtigungen feststellen. So erhob die psychiatrische Gutachterin einen AMDP-konformen Befund, gemäss welchem die Beschwerdeführerin nicht namhaft beeinträchtigt oder schmerzgeplagt wirke (IV- act. 196 S. 95 und S. 91 ff.). Sie sei durchgehend wach und nicht ermüdend gewesen, weshalb kein Chronic Fatigue-Syndrom zu erheben sei (IV-act. 196 S. 102). Die Stimmung wirke euthym, themenbezogen leichtgradig depressiv, die Sprachmelodie sei etwas leise, monoton, Mimik und Gestik wirkten leicht reduziert. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei leichtgradig zum negativen Pol hin

E. 24

/ 36 eingengt, wobei die Beschwerdeführerin themenbezogen Tränen in den Augen habe. Die Auslenkung zum positiven Pol gelinge. Der Antrieb imponiere ungestört. Es würden intermittierend auftretende Suizidgedanken angegeben, sie würde sich aber wegen ihres Sohnes nie etwas antun. Gestützt darauf kam die psychiatrische Gutachterin zum nachvollziehbaren Schluss, ICD-10-konform sei somit eine leichtgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom vorliegend, wofür auch die geringe Therapieintensität spreche (IV-act. 196 S. 94 f.). Für das Vorliegen einer anderweitigen psychiatrischen Erkrankung konnte die psychiatrische Gutachterin keine Anhaltspunkte finden, was sie ebenfalls nachvollziehbar begründete, indem sie ausführte, eine Angst- oder Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, Traumafolgestörung oder anderweitige psychiatrische Erkrankung sei nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren, da die entsprechenden Kriterien fehlten. Auch eine eigenständige somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor, da ein den angegebenen Schmerzen zugrundeliegender erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt anamnestisch nicht herauszuarbeiten sei. Zudem sprächen sich die ICD-10 Empfehlungen gegen eine parallele Diagnosestellung mit affektiven Störungsdiagnosen (hier F32.01) aus. Im MRI des Gehirns zeige sich kein Hinweis auf eine organisch begründete psychische Störung und im Ergebnis der testpsychologischen Zusatzuntersuchung sei der Grad der kognitiven Beeinträchtigung als minimal zu klassifizieren (IV-act. 196 S. 95 f.). Auch der neurologische Gutachter konnte in seiner neurologischen Untersuchung kein namhaft objektivierbares nervales Defizit feststellen. Die Beschwerdeführerin sei weder vorzeitig erschöpft oder ermüdet, noch habe sie namhaft schmerzgeplagt gewirkt. Die neurologische Untersuchung habe kein objektivierbares Schmerzsyndrom für die vorgetragene Beschwerden ergeben. Ein neurologisches Schwindelsyndrom habe nicht bestanden und habe nicht provoziert werden können. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) sei aus neurologischer Sicht gut und es bestehe kein Anhalt für ein spinales oder radikuläres Syndrom in der Untersuchung. Die in der Untersuchung geprüften neuropsychologischen Funktionen seien unauffällig gewesen. Der fehlende laborchemische Nachweis von Duloxetin sei vereinbar mit der Angabe der Beschwerdeführerin, Duloxetin nicht mehr einzunehmen. Der TSH-Wert im Labor sei leicht erniedrigt gewesen und könne auf eine mögliche Hyperthyreose hindeuten. Eine Kontrolle unter hausärztlicher Supervision sei zu empfehlen. Das übrige Labor sei aus neurologischer Sicht ohne auffälliges Ergebnis. Passend zum hiesigen neurologischen Untersuchungsbefund stelle der aktuelle MRI-Befund das Gehirn regelrecht dar. Das Hirnparenchym stelle sich ohne posttraumatische Veränderungen, insbesondere auch ohne blutungsverdächtige

E. 25

/ 36 Suszeptibilitätsartefakte dar (IV-act. 196 S. 143 und S. 149 f.). Der neurologische Gutachter kam zum nachvollziehbaren Schluss, dass aus neurologischer Sicht kein hinreichender Anhalt für eine namhaft objektivierbare nervale Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder einer vergleichbaren Tätigkeit unter Berücksichtigung der Anamnese, Aktendokumente, hiesigen neurologischen Untersuchung sowie der Zusatzdiagnostik bestehe. Folglich bestehe aus neurologischer Sicht keine Notwendigkeit für eine angepasste Tätigkeit. Die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden seien aus neurologischer Sicht nicht durch namhaft objektivierbare Befunde zu belegen. Anderslautende neurologische Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit, die auf objektivierbaren Befunden beruhten, seien den Aktendokumenten nicht zu entnehmen. Für die beklagten Schmerzen bestehe aus neurologischer Sicht kein korrespondierendes

objektivierbares nervales Korrelat (IV-act. 196 S. 146 f., S. 153). Ein möglicher Spannungskopfschmerz oder eine mögliche Migräne würden aus Leitliniensicht als behandelbar gelten, wobei eine entsprechende Behandlung derzeit nicht hinreichend erkennbar sei (IV-act. 196 S. 147). Weshalb Prof. Dr. med. N. _____ als Facharzt für Neurologie FMH und zertifizierter medizinischer Gutachter (SIM) nicht zum Thema Kopfschmerzen bzw. deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sollte Stellung nehmen können und dürfen – wie die Beschwerdeführerin geltend macht (vgl. act. A.1 Ziff. B.5) – ist sodann nicht ersichtlich. Ebenso wenig legt die Beschwerdeführerin dar, inwiefern unter dem Aspekt von möglichen Eingliederungsmassnahmen ein polydisziplinäres Gutachten angezeigt gewesen bzw. in welcher Disziplin sie zusätzlich zu begutachten gewesen wäre. Von einer internistischen Abklärung wurde von der Beschwerdegegnerin mit der nachvollziehbaren Begründung abgesehen, dass die Beschwerdeführerin nicht an allgemein internistischen Symptomen leide und ein neurologischer Facharzt auch einen allgemeininternistischen Status zu machen vermöge. Die Abklärung der Fatigue-Symptomatik sollte mit den Disziplinen Neuropsychologie und Neurologie sowie Psychiatrie möglich sein (vgl. Case Report S. 10 [act. C.1]). 7.3.2. Die Beschwerdeführerin rügt überdies widersprüchliche MRI-Befunde betreffend HWS und Neurokranium. Es beständen klare Indizien für ein Unfalltrauma (act. A.1 Ziff. B.9 S. 27). Dem MRI-Bericht vom 6. August 2021 (IV- act. 16 S. 1 f.) lassen sich zwar die von der Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdeschrift aufgelisteten Befunde entnehmen. In seiner Beurteilung hielt der Radiologe jedoch Folgendes fest: "Normales MRI des Neurokraniums ohne Nachweis von Traumafolgen. Diskrete Diskusbulging bis leicht links paramedianer

E. 26

/ 36 Protrusion auf Höhe von HWK5/6, jedoch keine Hinweise auf eine Neurokompression. Kein pathologisches Knochenmark- oder Weichteilödem als Hinweis auf eine Traumafolge. Nebenfundlich leichte Schleimhautschwellung in den Sinus maxiliares bds." Daraus ergeben sich somit eine leichte altersentsprechende degenerative Veränderung im Bereich der HWS, aber keine Hinweise auf eine Neurokompression oder Traumafolge, wobei die Ursache der gesundheitlichen Beschwerden vorliegend – wie bereits ausgeführt (vgl. Erwägung

E. 27

/ 36 7.3.4. Die Beschwerdeführerin beanstandet überdies, dass die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung der gesundheitlichen Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf das VersMed-Gutachten und nicht auf die Berichte der K. _____ zum durchgeführten Aufbaustraining sowie die Berichte der behandelnden Psychiaterin dipl. med. G. _____ abgestellt habe. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei auch von diesen Stellen bzw. Personen abgeklärt und deutlich tiefer eingeschätzt worden (act. A.1 Ziff. B.3; vgl. auch act. A.1 Ziff. B.11). 7.3.4.1. Zutreffend ist, dass die behandelnde Ärztin dipl. med. G. _____ zuletzt am 7. Februar 2024 in einem Verlaufsbericht zu Händen der Beschwerdegegnerin von einer mittelgradigen depressiven Symptomatik sowie von einer leichten bis mittelschweren kognitiven Funktionsstörung ausging und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auswies (IV-act. 158, vgl. auch IV- act. 75). Fachmedizinische Einschätzungen der zumutbaren Arbeitsfähigkeit weisen naturgemäss Ermessenszüge auf (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_458/2024 vom 2. Mai 2025 E. 4.4). Eine andere Beurteilung vermag den Beweiswert eines Gutachtens nicht in Frage zu

stellen, solange keine vom Gutachter unberücksichtigten oder ungewürdigten Aspekte genannt werden (vgl. Erwägung 6.3 vorstehend; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C_153/2025 vom 7. Oktober 2025 E. 3 und 8C_28/2025 vom 7. Juli 2025 E. 5.2.1). Vorliegend beruht die Begutachtung auf umfassenden Untersuchungen und die Ausführungen der Gutachter sowie die Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sind grundsätzlich nachvollziehbar und schlüssig begründet (vgl. Erwägung 7.3.1 vorstehend). Dies gilt jedenfalls, soweit sie auf den Zustand der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchungen am 14. und 26. März 2024 abstellen. Zu diesem Zeitpunkt ging es der Beschwerdeführerin offenbar besser als in anderen Phasen. Insbesondere überzeugt die von der psychiatrischen Gutachterin gestellte Diagnose einer leichtgradig depressiven Episode mit somatischem Syndrom bei dem von ihr erhobenen Psychostatus mit euthymer Stimmung, unauffälliger Konzentration, Aufmerksamkeit und Antrieb (vgl. Erwägung 7.3.1 vorstehend; IV-act. 196 S. 91 ff.). Sodann gab die Beschwerdeführerin gegenüber dem neurologischen Gutachter selbst an, dass die Beschwerden in den letzten Monaten rückläufig gewesen seien (vgl. Erwägung 7.3.1 vorstehend; IV-act. 196 S. 123). Die neuropsychologische Zusatztestung ergab ebenfalls lediglich minimale kognitive Beeinträchtigungen (IV-act. 197). Dies korrespondiert mit den Berichten der K._____, die im Februar 2024 eine Leistungssteigerung ausweist (IV-act. 156). Allein die Berichte der behandelnden Psychiaterin vermögen das VersMed-Gutachten somit nicht in Frage

E. 28

/ 36 zu stellen. Nicht berücksichtigt wurde indes – wie nachfolgend aufgezeigt wird – der Verlauf der Eingliederungsbemühungen und der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ab Frühjahr 2024. 7.3.4.2. Als zutreffend erweisen sich die Einwände der Beschwerdeführerin hinsichtlich der Berichte der K._____. 7.3.4.2.1. Neben einer beruflichen Massnahme in Form einer Berufsberatung (IV-act. 101) erhielt die Beschwerdeführerin eine Integrationsmassnahme in Form eines Aufbautrainings (Massnahme zur sozialberuflichen Rehabilitation) im zweiten Arbeitsmarkt in der K._____ in L._____ zugesprochen (IV-act. 105, 122, 153 und 181). Das Aufbautraining dauerte vom 2. August 2023 bis 31. Juli 2024. Zu Beginn der Massnahme war eine Präsenz von zwei Stunden an vier Wochentagen vorgesehen. Die Präsenzzeit konnte im Verlauf der ersten drei Monate von zwei auf dreieinviertel Stunden an vier Tagen und in den weiteren drei Monaten auf 23 Wochenstunden, verteilt auf zwei ganze Tage sowie zwei Halbtage gesteigert werden, wobei die Steigerung lediglich langsam möglich gewesen sei. Im Vordergrund seien die schnelle Erschöpfbarkeit, die rasch nachlassende Konzentration sowie erhebliche Pendenzen und Belastungsfaktoren gestanden (vgl. Bericht Aufbautraining der K._____ vom 7. Dezember 2023 [IV-act. 130] und vom 22. Februar 2024 [IV-act. 156]). Von März 2024 bis April 2024 erfolgte lediglich eine Erhöhung der Präsenzzeit auf 27 Wochenstunden jede zweite Woche, verteilt auf fünf Tage. Der geplante Steigerungsrhythmus konnte nicht mehr eingehalten werden und es folgte eine Stagnation der gesundheitlichen Entwicklung. Die Produktion sei sogar rückläufig gewesen und es habe keine weitere Belastbarkeitssteigerung erzielt werden können. Die Beschwerdeführerin habe sich dazu nicht in der Lage gefühlt. Es habe eine Zunahme der unproduktiven Phasen, eine geringere Belastbarkeit, stärkere tagesform- und tageszeitabhängige Leistungsschwankungen, eine vermehrte Vermeidungstendenz, zurückgezogenes Verhalten sowie ein ungepflegtes Äusseres beobachtet werden können (vgl. Bericht Aufbautraining der K._____ vom 8. Juli 2024 [IV-act. 192] und vom 10.

Januar 2025 [IV-act. 223]). 7.3.4.2.2. Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach den Bestimmungen der Invalidenversicherung ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (siehe BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 418 E. 6 und 8.1, 143 V 409 E. 4.5.2 sowie 141 V 281 E. 2.1). Die Diagnose muss lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützt sein (siehe BGE 140 IV 49 E. 2.4.1

E. 29

/ 36 mit Hinweis auf ICD [Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; von der Weltgesundheitsorganisation {WHO} herausgegeben und weltweit anerkannt] oder DSM [Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen; Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung]; ferner BGE 136 V 279 E. 3.2.1, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 6.6.2 und E. 6.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_813/2018 vom 13. Februar 2019 E. 4.3.1, 8C_909/2017 vom 26. Juni 2018 E. 8 und 9C_393/2017 vom 20. September 2017 E. 5.3.1). Die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit obliegt in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin. In erster Linie haben sie die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung zu beurteilen, und nicht die Fachleute der Berufsberatung oder der beruflichen Eingliederung auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung (Urteile des Bundesgerichts 8C_329/2021 vom 27. Oktober 2021 E. 6.2.1, 9C_798/2018 vom 26. Juli 2019 E. 4.2.1; 8C_801/2018 vom 13. Februar 2019 E. 4.3). Nötigenfalls sind jedoch, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzubeziehen (BGE 140 V 193 E. 3.2 m.w.H., u.a. auf BGE 107 V 17 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts 8C_545/2012 vom 25. Januar 2013 E. 3.2.1, nicht publiziert in: BGE 139 V 28). Namentlich mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzuspochen. Unterscheidet sich eine ärztliche Einschätzung der Leistungsfähigkeit offensichtlich und erheblich von der effektiv realisierten und nach Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbaren Leistung in der eingehenden beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person, kann dies zu ernsthaften Zweifeln an der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führen und ist eine klärende medizinische Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar. Vorausgesetzt ist freilich ein einwandfreies Arbeitsverhalten (vgl. Urteile des Bundesgericht 8C_64/2024 vom 1. Mai 2025 E. 3.4 und 8C_594/2024 vom 20. Juni 2025 E. 4.2.2). 7.3.4.2.3 Vorliegend ist dem Bericht zum Aufbaustraining der K._____ vom 10. Januar 2025 u.a. zu entnehmen, dass die Fachleute der beruflichen

E. 30

/ 36 Rehabilitation davon ausgingen, die Beschwerdeführerin erfülle aufgrund der gezeigten Leistungen und der Verschlechterung während der Massnahme die Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes aktuell – auszugehen ist wohl vom Zeitpunkt des Endes der Massnahme Ende Juli 2024 – nicht. Es stünden weiterhin die fehlende Belastbarkeit, die rasche Ermüdung sowie ein erhöhter Erholungsbedarf im Vordergrund. Es habe nach wie

vor keine Belastbarkeitssteigerung stattfinden können und die Leistungsfähigkeit sei rückläufig. Die Beschwerdeführerin erscheine bereits mit der Bewältigung des Haushalts und des Alltags überfordert und könne sich derzeit kaum auf berufliche Themen einlassen. Dies führe zu Vermeidungsverhalten und Aufschieben von Aufgaben. Es würden private Projekte oder Aufgaben für den Ehemann anstelle der aufgetragenen Arbeiten priorisiert. Zwar hätten die Bewerbungsunterlagen aktualisiert und auf den letzten Drücker auch eine mögliche Anschlusslösung gefunden werden können. Dennoch gingen die Fachpersonen derzeit, aufgrund der aktuellen Situation, von einem geringen Eingliederungspotenzial aus (IV-act. 223 S. 6 f.). Weiter ist dem Bericht zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin zurzeit als nicht arbeitsfähig erachte. Aus Sicht der Fachpersonen bringe die Beschwerdeführerin aufgrund der gezeigten Leistungen die Voraussetzungen für eine berufliche Eingliederung aktuell tatsächlich nicht mit. Es werde daher eine medizinische Tagesstruktur an vier Halbtagen pro Woche sowie der Abschluss der Eingliederungsbemühungen empfohlen (IV-act. 223 S. 7). Das ab August 2024 angedachte Aufbautraining im ersten Arbeitsmarkt (vgl. IV-act. 184 S. 16 f. und S. 20) konnte in der Folge nicht durchgeführt werden. Die bisherigen Eingliederungsbemühungen blieben somit trotz Begleitung und Unterstützung durch die Durchführungsstellen und die Beschwerdegegnerin sowie regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung erfolglos. Damit besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen der bisher fehlgeschlagenen beruflichen Integration und dem gutachtlichen Attest einer (gestützt auf eine lediglich leichtgradige depressive und eine minimale kognitive Störung) vollständigen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Allein aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin teilweise private Projekte priorisierte, kann dabei noch nicht von einem unkooperativen und damit nicht einwandfreien Arbeitsverhalten ausgegangen werden. So wurde im letzten Bericht zum Aufbautraining u.a. festgehalten, dass meist eine echte Leistungsbereitschaft vorhanden gewesen sei (IV-act. 223 S. 4), und auch die behandelnde Psychiaterin ging anlässlich des Standortgespräches in der K. _____ vom 25. Juli 2024 davon aus, dass die durch die Fachleute der beruflichen Eingliederung beobachtete Vermeidungstendenz und Prokrastination im Rahmen der Antriebsminderung zu

E. 31

/ 36 interpretieren und nicht willkürlich seien (IV-act. 194 S. 4). Dies gibt Anlass zu ernsthaften Zweifeln an der ärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter. 7.3.4.2.4. Das VersMed-Gutachten erweist sich sodann im Hinblick auf die Frage der Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin als unvollständig. Die Gutachter scheinen diese nicht als Thema ihrer Begutachtung betrachtet zu haben, obwohl die Begutachtung gerade deshalb angeordnet wurde, weil die Eingliederungsmassnahmen zwischenzeitlich nicht den gewünschten Erfolg erzielt hatten und zuerst die medizinische Seite hätte geklärt werden sollen, um dann zu beurteilen, ob und wie die Eingliederung weiter vollzogen werden soll (IV-act. 180 S. 6; Case Report [act. C.1] S. 9). Die erfolglosen Eingliederungsbemühungen der Beschwerdeführerin wurden im VersMed-Gutachten in keiner Weise aufgegriffen. Trotz Rückfragen der Beschwerdegegnerin "zum protrahierten Verlauf aus berufspraktischer Sicht" (IV-act. 198; dies nachdem die Gutachter gemäss RAD- Ärztin die Frage nach der Erklärung für den protrahierten Verlauf nicht beantwortet hatten: vgl. Case Report [act. C.1] S. 11) folgte dazu auch keine Äusserung in der ergänzenden Stellungnahme vom 7. Oktober 2024 (IV-act. 205). Die fehlenden Ausführungen zur Frage der Eingliederungsfähigkeit dürften zu einem Teil wohl darauf zurückzuführen sein, dass den Gutachtern die medizinischen Akten lediglich bis im März

2024 vorlagen – mit letztem Bericht der Fachpersonen für die berufliche Eingliederung vom 7. Dezember 2023 (vgl. IV-act. 196 S. 42 ff.). Eine laufende Unterbreitung der Berichte des Aufbautrainings der K._____ an die Gutachter unterblieb. Die weiteren Berichte vom 22. Februar 2024 (IV-act. 156), vom 8. Juli 2024 (IV-act. 192) und vom 10. Januar 2025 (IV-act. 223) wurden den Gutachtern seitens der Beschwerdegegnerin nicht zugestellt und datieren teilweise nach den gutachterlichen Untersuchungen im März 2024 bzw. der Gutachtenserstellung am 29. Juli 2024. Insofern waren der vollständige Verlauf und die Ergebnisse des Aufbautrainings den Gutachtern gar nicht bekannt und sie konnten sich damit gar nicht auseinandersetzen. Das VersMed-Gutachten bildete damit keine im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 24. April 2025 vollständige und aktuelle Entscheidungsgrundlage. Namentlich fehlen Ausführungen zum Verlauf der Eingliederungsbemühungen und die Auseinandersetzung mit den entsprechenden Widersprüchen zu den eigenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen. Auch dieser Umstand bietet Anlass für weitere Abklärungen, weshalb die Beschwerdegegnerin nicht ohne Weiteres auf die gutachtliche Arbeitsfähigkeitsschätzung abstellen durfte.

E. 32

/ 36 7.3.4.2.5. Schliesslich gilt es zu beachten, dass Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen haben, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Art. 8 Abs. 1 lit. a IVG), wobei die betroffene Person subjektiv und objektiv eingliederungsfähig sein muss (vgl. Erwägungen 4.2 f. vorstehend). Die Gründe einer Eingliederungsunfähigkeit sind gerichtsnotorisch häufig darin zu suchen, dass es zunächst vor allem auf psychischer Ebene an den Voraussetzungen für eine erfolgreiche berufliche Integration fehlt. In solchen Fällen müssen diese Bedingungen durch eine eingliederungswirksame Therapie im Sinn von Art. 25 KVG erst einmal geschaffen werden. Die beruflichen Massnahmen der Invalidenversicherung stehen dann nicht für sich allein, sondern kommen in Abstimmung mit therapeutischen Vorkehrungen zum Tragen (Urteil des Bundesgerichts 9C_539/2024 vom 12. Juni 2025 E. 4.5.2). Vorliegend deuten die Berichte der K._____ auf ein Problem der (objektiven) Eingliederungsfähigkeit hin, zumal die Beschwerdeführerin gemäss letzter Einschätzung der K._____ die Voraussetzungen für eine berufliche Eingliederung nicht erfüllte und ihr daher empfohlen wurde, eine medizinische Tagesstruktur an vier Halbtagen pro Woche in Anspruch zu nehmen (IV-act. 223 S. 7). Mit anderen Worten ist gestützt auf den Verlauf der beruflichen Eingliederung fraglich, ob das gutachterlich eingeschätzte Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin vorerst mehr darstellen kann als ein bedingtes, medizinisch-theoretisches Leistungspotential. Sollte das Scheitern der Arbeitsversuche tatsächlich auf (noch) fehlende Eingliederungsfähigkeit zurückzuführen sein, gehört deren ressourcenorientierte Abklärung zu den Aufgaben der Beschwerdegegnerin (Art. 57 Abs. 1 lit. e IVG). Mit Blick auf den Grundsatz "Eingliederung vor/statt Rente" gilt es somit grundsätzlich auch hier zu klären, wie allenfalls die Voraussetzungen zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen geschaffen werden können und in diesem Sinn die berufliche Integration weiterzuverfolgen, zumal nach Art. 8 Abs. 1ter IVG bei Abbruch einer Eingliederungsmassnahme eine wiederholte Zusprache derselben oder einer anderen Eingliederungsmassnahme geprüft wird. Die Erfolgsaussichten einer beruflichen Integration der Beschwerdeführerin hängen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von der Durchführung medizinischer und therapeutischer Massnahmen ab. So hielten die Gutachter in der Konsensbeurteilung fest,

dass die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden könne. Unter einer compliance- kontrollierten psychiatrischen Behandlung sei eine Vollremission der depressiven

E. 33

/ 36 Störung als erreichbar anzusehen. Medizinische Gründe (Risiken, reduzierte individuelle Ressourcen), die gegen die vorgeschlagene Therapie sprächen, gebe es nicht. Die Mitarbeit der Beschwerdeführerin erscheine medizinisch gut zumutbar und stehe in ihrem Gesundheitsinteresse (IV-act. 196 S. 37 f.). Von der psychiatrischen Gutachterin wurde zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und zum Erreichen der Vollremission eine Intensivierung der bisherigen ambulanten Behandlung (synthetisch antidepressive Medikation, Steigerung der Gesprächsfrequenz) empfohlen (IV-act. 196 S. 115). Der neurologische Gutachter hielt fest, ein möglicher Spannungskopfschmerz oder eine mögliche Migräne gälten aus Leitliniensicht als behandelbar, wobei eine entsprechende Behandlung derzeit nicht hinreichend erkennbar sei (IV-act. 196 S. 147). Auch die behandelnde Ärztin dipl. med. G. _____ sprach sich wiederholt für eine Intensivierung der Therapiemassnahmen mittels einer teilstationären oder stationären psychiatrischen Behandlung aus (vgl. IV-act. 75 S. 4, 158 und 194). Somit ergeben sich Hinweise auf Therapiemöglichkeiten, doch scheinen die zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten bis anhin nicht optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden zu sein. In diesem Sinn gilt es daher zunächst ressourcenorientiert abzuklären (Art. 57 Abs. 1 lit. e IVG), ob die Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch geeignete therapeutische und sozial-berufliche Massnahmen herstellbar ist. Anschliessend kann gegebenenfalls die berufliche Eingliederung (im engeren Sinn) unter pflichtgemässer Mitwirkung der Beschwerdeführerin – die versicherte Person ist bei der Abklärung und Durchführung der auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands abzielenden Therapie mitwirkungspflichtig (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG; BGE 151 V 194 E. 5.1.4) – durchgeführt und schliesslich gestützt auf die gewonnenen Erkenntnisse die Arbeitsfähigkeit definitiv beurteilt werden. Selbst wenn die gutachtliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit – direkt oder unter Vorbehalt der Durchführung von medizinischen Massnahmen – übernommen werden sollte, verletzt die angefochtene Verfügung somit den erwähnten bundesrechtlichen Grundsatz "Eingliederung vor resp. statt Rente".

E. 34

/ 36 Erhebungen. Zudem stellen die aus dem Verlauf der Eingliederungsmassnahmen gewonnenen Erkenntnisse die Beweiskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzung in Frage. Selbst wenn darauf abgestellt wird, müssen nach dem Grundsatz "Eingliederung vor/statt Rente" weitere Schritte im Hinblick auf die berufliche Integration geprüft werden. Namentlich gilt es abzuklären, inwiefern – gemeinsam mit eingliederungswirksamen therapeutischen Vorkehrungen – vorweg Eingliederungsfähigkeit hergestellt werden muss, damit eine allenfalls nur medizinisch-theoretisch gegebene Arbeitsfähigkeit umsetzbar wird. Auch unter präventiven Gesichtspunkten verlangt der Vorrang der Eingliederung in der vorliegenden Situation, dass allfällige weitere Massnahmen der beruflichen Integration geprüft werden. In diesem Sinn ist die Sache zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 35

/ 36 realistische Möglichkeiten der beruflichen Integration ausgeschöpft sein werden. Nach den durch die Beschwerdegegnerin noch vorzunehmenden Abklärungen zur Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit wird sie über die Ansprüche der Beschwerdeführerin neu zu entscheiden haben.

E. 36

/ 36 Es wird erkannt: 1. Die Beschwerde wird gutgeheissen und die angefochtene Verfügung vom 24. April 2025 wird aufgehoben. Die Angelegenheit wird zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die IV- Stelle des Kantons Graubünden zurückgewiesen. 2. Die Kosten von CHF 700.00 gehen zulasten der IV-Stelle des Kantons Graubünden. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. 4. [Rechtsmittelbelehrung] 5. [Mitteilungen]

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