

**VBE.2025.370 / sb / hf**

Art. 23

**Urteil vom 13. Februar 2026**

Besetzung

Oberrichter Roth, Präsident  
Oberrichterin Fischer  
Oberrichterin Hausherr  
Gerichtsschreiber Berner

Beschwerde-  
führerin

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Erich Züblin, Advokat, Rain 63, 5000 Aarau

Beschwerde-  
gegnerin

**SVA Aargau**, IV-Stelle, Bahnhofplatz 3C, Postfach, 5001 Aarau

Beigeladene

**AXA Stiftung Berufliche Vorsorge**, c/o AXA Leben AG, General Guisan-  
Strasse 40, 8400 Winterthur

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend IVG Renten  
(Verfügung vom 31. Juli 2025)

---

## **Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:**

### **1.**

Die 1986 geborene Beschwerdeführerin meldete sich am 28. September 2021 der gesundheitlichen Folgen eines am 11. Mai 2021 erlittenen Unfalls wegen bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von Leistungen (Rente, berufliche Massnahmen) der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Die Beschwerdegegnerin klärte daraufhin die gesundheitliche sowie erwerbliche Situation der Beschwerdeführerin ab. Mit Vorbescheid vom 6. Februar 2025 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Abweisung des Leistungsbegehrens betreffend Invalidenrente in Aussicht. Nachdem die Beschwerdeführerin dagegen am 13. März respektive 11. April 2025 Einwände erhoben hatte, wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren betreffend Invalidenrente schliesslich nach Rücksprache mit ihrem internen Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) mit Verfügung vom 31. Juli 2025 ab.

### **2.**

#### **2.1.**

Gegen diese Verfügung erhob die Beschwerdeführerin am 9. September 2025 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Anträge:

#### **"1.**

Es sei die Verfügung vom 31. Juli 2025 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auszurichten.

#### **2.**

Unter o/e-Kostenfolge."

#### **2.2.**

Mit Vernehmlassung vom 2. Oktober 2025 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

#### **2.3.**

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 8. Oktober 2025 wurde die berufliche Vorsorgeeinrichtung der Beschwerdeführerin zum Verfahren beigegeben und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt, worauf diese mit Eingabe vom 6. November 2025 verzichtete.

---

## **Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:**

### **1.**

Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Invalidenrentenanspruch der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 31. Juli 2025 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 62) zu Recht verneint hat.

### **1.1.**

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

### **1.2.**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

### **1.3.**

#### **1.3.1.**

Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht 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 Rechtsanspruches 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). 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 und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352). 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 S. 352 und 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in

Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352).

### **1.3.2.**

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 125 V 351 E.3a S. 352 ff. und BGE 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Zwar lässt das Anstellungsverhältnis der versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 ff.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und BGE 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

## **2.**

### **2.1.**

#### **2.1.1.**

Aus den von der Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Abklärungen beigezogenen Akten der Unfallversicherung ergibt sich zusammengefasst folgender Sacherhalt: Am 11. Mai 2021 stürzte die rechtshändige Beschwerdeführerin mit einem Elektro-Trottinett (vgl. die Unfallmeldung vom 12. Mai 2021 gegenüber der Unfallversicherung in VB 50.219). Dabei zog sie sich insbesondere eine dislozierte 4-Part-Fraktur des proximalen Humeruskopfs links zu, welche am 12. Mai 2021 durch die erstbehandelnden Ärzte des Spitals O.\_\_\_\_\_ operativ versorgt wurde (vgl. den entsprechenden Austrittsbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ und med. pract. C.\_\_\_\_\_, Fachärzte für Chirurgie, und Assistenzärztin Pitaku, Spital O.\_\_\_\_\_, vom 14. Mai 2021 in VB 50.185, S. 2 ff., sowie den Operationsbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 12. Mai 2021 in VB 50.188, S. 2 f.).

#### **2.1.2.**

Aufgrund persistierender Beschwerden (vgl. den Sprechstundenbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 17. August 2021 in VB 50.184, S. 2 f.) wurde die Beschwerdeführerin in der Folge im Januar 2022 zur weiteren ambulanten Behandlung ins Kantonsspital T.\_\_\_\_\_ überwiesen. Dem Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kantonsspital T.\_\_\_\_\_, vom 27. Januar 2022 ist zu entnehmen, dass bei intaktem Osteosynthesematerial bildgebend eine Impression und ein Defekt am inferioren proximalen Humerus zur inferioren Gelenkfläche bestünden. Ebenso habe sich ein angewachsenes Fragment, differenzialdiagnostisch ein Osteophyt, am proximalen ventralen Humeruskopf gezeigt, welches

das ventrale Glenoid berühre. Die Gelenkfläche des Humeruskopfes sei leicht nach cranial gedreht und der Humeruskopf selbst gering nach dorsal gekippt. Frakturspalten seien nicht mehr erkennbar. Bei ausgeprägter Bewegungseinschränkung und unvollständiger Heilung werde eine Osteosynthesematerialentfernung vorgeschlagen (VB 50.169, S. 2 f.). Diese fand am 21. Februar 2022 statt (vgl. dazu den Austrittsbericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Assistenzarzt E. \_\_\_\_\_, Kantonsspital T. \_\_\_\_\_, vom 28. Februar 2022 in VB 50.160, S. 2 f., und den Operationsbericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 23. Februar 2022 in VB 50.161, S. 2 f.). Gemäss Verlaufsbericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 18. August 2022 bestanden in der Folge persistierende Bewegungseinschränkungen beziehungsweise differentialdiagnostisch ein persistierender Low-Grade-Infekt. Allenfalls sei eine prothetische Versorgung in Betracht zu ziehen, was er indes noch mit Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik Q. \_\_\_\_\_, besprechen möchte (vgl. VB 50.138, S. 2 f.; siehe ferner die Verlaufsberichte von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 6. April [VB 50.154, S. 2 f.] und vom 28. Mai 2022 [VB 50.141, S. 2 f.]). Dieser gab am 3. Oktober 2022 an, es bestehe eine beträchtliche Funktionseinschränkung der linken Schulter. Eine anatomische Schulterprothese mit Korrekturosteotomie sei bei fehlerheilten Tubercula nicht sinnvoll, da die Resultate erfahrungsgemäss und auch nach der medizinischen Literatur schlecht ausfielen. Es bleibe damit einzig die Option einer inversen Schulterprothese. Hierzu würden indes Langzeiterfahrungen fehlen (VB 50.132). Dieser Einschätzung schlossen sich Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kantonsspital T. \_\_\_\_\_, in ihrem Bericht vom 21. Dezember 2022 im Wesentlichen an und hielten fest, es sei aufgrund der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen und nach bereits erfolgter arthroskopischer offener Arthrolyse und Materialentfernung unter Berücksichtigung des aktuellen CT-Befundes nicht von einer Funktionsverbesserung der linken Schulter durch ein erneutes arthroskopisches Débridement und eine Arthrolyse auszugehen. Bei Implantation einer anatomischen Schulterprothese sei wegen der posttraumatischen Deformation mit fehlerheilten Tubercula und Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur nicht mit einem langfristigen Erfolg zu rechnen. Es verbleibe damit als Option lediglich die Implantation einer inversen Schulterprothese, wobei zuvor eine Arthroskopie mit Evaluation des Schultergelenks zum Ausschluss einer Infektion erforderlich sei (VB 50.122, S. 2 f.).

### **2.1.3.**

Dem Bericht von Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 2. Mai 2023 über eine Erstkonsultation gleichen Datums ist zu entnehmen, dass eine inverse Schulterprothese aufgrund des Alters der Beschwerdeführerin und des

Zustands der linken Schulter wegen nicht indiziert sei. Zu empfehlen sei vielmehr eine Arthrodeese, könnte doch damit eine Schmerzfreiheit erreicht werden. Das damit verbundene Funktionsdefizit würde die Beschwerdeführerin "gerne hinnehmen" (VB 50.94, S. 2 f.). Die Beschwerdeführerin wurde zudem am 17. Mai 2023 im Hinblick auf eine Zweitmeinung bei den Ärzten der Klinik R.\_\_\_\_\_ vorstellig. Dem entsprechenden Bericht von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Assistenzarzt Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 23. Mai 2023 ist zu entnehmen, dass bei posttraumatischem Zustand mit Omarthrose links und klinischem Verdacht auf einen Low-Grade-Infekt zuerst eine Punktion der Schulter zum Ausschluss oder Nachweis einer Infektion notwendig sei. Bei negativem Ergebnis sei eine arthroskopische Probeentnahme zum definitiven Ausschluss einer Infektion angezeigt. Bei nachgewiesener Infektion seien zunächst ein Débridement, eine Probenentnahme und eine Implantation eines Zementspacers und schliesslich in einem zweiten Schritt eine inverse Schulterprothese angezeigt. Bei ausgeschlossenenem Infekt "wäre ein Versuch zur anatomischen Hemiprothese möglich" (VB 50.90, S. 2 f.). In der Folge überwies Dr. med. H.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin zur Einholung einer weiteren Beurteilung an PD Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital S.\_\_\_\_\_. Dieser berichtete am 22. August 2023, eine radiologische Untersuchung habe nunmehr eine avaskuläre Nekrose des Oberarmkopfs bestätigt. Es bestünden damit lediglich noch zwei Handlungsoptionen. Entweder werde der aktuelle Zustand akzeptiert und abgewartet, oder es werde eine inverse Schultertotalprothese implantiert. Dies würde indes zahlreiche Biopsien und eine Antibiotikatherapie bedingen. Der Zustand der Beschwerdeführerin sei "so miserabel, dass es kein Risiko gibt, die Implantation einer Prothese zu versuchen" (VB 50.77, S. 2). Dem schloss sich Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 19. September 2023 im Wesentlichen an und empfahl erneut eine inverse Schulterprothese (VB 50.32, S. 13).

#### **2.1.4.**

Der Versicherungsmediziner der Unfallversicherung Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seiner Beurteilung vom 2. Juli 2024 gestützt (unter anderem) auf die vorerwähnten medizinischen Berichte fest, ob durch die Implantation einer Prothese eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin erreicht werden könne, lasse sich in diesem komplizierten und in seiner Art wohl einzigartigen Fall kaum prognostizieren. Er schliesse sich hier der Meinung von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in dessen Bericht vom 19. September 2023 an. Für eine mögliche Verbesserung spreche die mit einer inversen Schulterprothese verbundene Beseitigung der aktuellen Situation mit einer hochgradigen posttraumatischen Omarthrose und störenden Knochenvorsprüngen. Gegen eine inverse Schulterprothese

spreche, dass die schulterführende Muskulatur nur noch fraglich intakt und die Rotatorenmanchettenmuskulatur bereits deutlich verfettet sei. Im Allgemeinen sei aber zumindest zu erwarten, dass die Schmerzsituation durch eine Implantation einer inversen Prothese gelindert oder gar beseitigt wird (VB 50.28, S. 4). Aktuell sei der linke Arm der rechtsdominanten Beschwerdeführerin jedenfalls lediglich für leichte körpernahe Tätigkeiten bis Schulterhöhe einsetzbar (VB 50.28, S. 5). Zur genauen Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit sei eine Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) zu empfehlen (VB 50.28, S. 6).

### **2.1.5.**

Dem EFL-Bericht des Facharztes für Physikalische Medizin und Rehabilitation M. \_\_\_\_\_ und der Physiotherapeutin N. \_\_\_\_\_ vom 5. November 2024 ist im Wesentlichen zu entnehmen, es sei aufgrund der klinischen und radiologischen Befunde nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin funktionelle Einschränkungen zur gewärtigen habe und über belastungsabhängige Beschwerden klage. Das Ausmass der geklagten Beschwerden sei aus somatischer Sicht indes objektiv nur teilweise durch die pathologischen Befunde zu erklären. Im Rahmen der durchgeführten Testung habe die Beschwerdeführerin vielmehr eine schlechte Leistungsbereitschaft gezeigt. Es sei von einer erheblichen Symptomausweitung auszugehen. Vor diesem Hintergrund sei denn auch die Implantation einer inversen Schulterprothese mit der erheblichen Gefahr verbunden, dass die Resultate "weit hinter den Erwartungen" zurückbleiben würden. Aus unfallkausalen Sicht sei der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Elektroplanerin mit angepasstem Arbeitsplatz ganztags zumutbar. Ebenfalls sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten sehr leichten Tätigkeit ohne Arbeiten über Bauchhöhe, ohne Schläge auf und Vibrationen für den linken Arm und ohne Zwangshaltungen der linken Schulter auszugehen (VB 52, S. 5 f.).

### **2.2.**

Aus den Akten der Beschwerdegegnerin ergibt sich im Weiteren, dass am 19. Juni 2024 eine Untersuchung durch RAD-Arzt Prof. Dr. med. O. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stattfand. Dieser hielt in seinem diesbezüglichen Bericht vom 20. Juni 2024 im Wesentlichen fest, ohne weiteren operativen Eingriff sei aktuell von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % für eine angepasste Tätigkeit "auf Tischniveau" auszugehen, welche im weiteren Verlauf auf 75 % gesteigert werden könnte (VB 42, S. 5). Mit Blick auf die Ergebnisse der EFL hielt Prof. Dr. med. O. \_\_\_\_\_ sodann in einer weiteren Stellungnahme vom 28. Januar 2025 fest, bis zur RAD-Untersuchung vom 19. Juni 2024 habe keine Arbeitsfähigkeit bestanden. Ab dem Untersuchungszeitpunkt sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen gewesen. Nunmehr sei – unter Berücksichtigung der schmerzhaften Funktionseinschränkung, welche sich auch in einer angepassten Tätigkeit nachteilig auswirke – von einer

Arbeitsfähigkeit von 75 % auszugehen, was insbesondere auch für die aktuell ausgeübte angestammte Tätigkeit gelte (VB 54). An dieser Beurteilung hielt Prof. Dr. med. O. \_\_\_\_\_ in einer weiteren Stellungnahme vom 26. Juni 2025 unter Angabe einer Arbeitsfähigkeit von 75 % ab der EFL im Wesentlichen fest (VB 61, S. 3 f.).

### **3.**

#### **3.1.**

Vorab ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin am 28. September 2021 der Folge eines am 11. Mai 2021 erlittenen Unfalls wegen zum Leistungsbezug angemeldet hat, womit ein allfälliger Rentenanspruch unter Berücksichtigung des Wartejahres (vgl. dazu vorne E. 1.1.) frühestens im Mai 2022 entstehen konnte (Art. 29 Abs. 1 IVG). Damit ist vorliegend der Gesundheitszustand ab Mai 2021 bis zum Verfügungszeitpunkt massgebend. Prof. Dr. med. O. \_\_\_\_\_ untersuchte die Beschwerdeführerin erstmals am 19. Juni 2024 und nahm in seinem diesbezüglichen Bericht vom 20. Juni 2024 keine retrospektive Beurteilung vor. Erst in einer weiteren Stellungnahme vom 28. Januar 2025 hielt er ohne Begründung fest, vor der RAD-ärztlichen Untersuchung habe keine Arbeitsfähigkeit bestanden. Seine Beurteilung ist damit schon in zeitlicher Hinsicht unzureichend beziehungsweise mangels Begründung nicht nachvollziehbar, dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin damals nach Lage der Akten seit Mai 2022 in einem Pensum von 50 % ihre angestammte Tätigkeit ausübte (vgl. hierzu den "Abschlussbericht Integration" vom 15. September 2022 in VB 19 und den Bericht betreffend die EFL vom 5. November 2024 in VB 52 S. 7). Ähnliches gilt für die Einschätzung von Prof. Dr. med. O. \_\_\_\_\_, wonach ab dem Zeitpunkt der EFL eine Arbeitsfähigkeit von 75 % bestanden habe. So setzt er sich nicht mit der im Rahmen der EFL beobachteten erheblichen Symptomausweitung der Beschwerdeführerin auseinander. Auch enthält seine Beurteilung keine Begründung, weshalb von der durch den Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation M. \_\_\_\_\_ und der Physiotherapeutin N. \_\_\_\_\_ in deren EFL-Bericht vom 5. November 2024 attestierten vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit abzuweichen sei. Den weiteren medizinischen Unterlagen, im Speziellen auch denjenigen in den von der Beschwerdegegnerin beigezogenen Akten der Unfallversicherung (vgl. dazu E. 2.1.), ist keine fachmedizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen, welche den ganzen hier relevanten Zeitraum umfassen würde.

#### **3.2.**

Insgesamt erscheint damit die Beurteilung von RAD-Arzt Prof. Dr. med. O. \_\_\_\_\_ nicht hinreichend nachvollziehbar. Damit erweist sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin – unabhängig von den von dieser nunmehr beschwerdeweise zusätzlich geltend gemachten psychischen Beschwerden – ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen An-

spruchsbeginns als ungenügend erstellt, weshalb die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen haben wird. Diese Umstände entziehen denn auch der in deren Verfügung vom 31. Juli 2025 gestützt auf Art. 28 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG angeführten Begründung die Basis, wonach ein Invalidenrentenanspruch der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Mai 2022 bis 31. August 2024 bereits deshalb zu verneinen sei, weil "das Eingliederungspotential [...] noch nicht ausgeschöpft" gewesen sei (VB 62, S. 1). Zu beachten ist diesbezüglich insbesondere, dass die zuständige Eingliederungsberaterin der Beschwerdegegnerin im "Abschlussbericht Integration" vom 15. September 2022 festhielt, es müsse davon ausgegangen werden, dass die zu diesem Zeitpunkt in einem Pensum von 50 % in ihrer angestammten Tätigkeit arbeitende Beschwerdeführerin "in einer anderen Tätigkeit keine höhere" Arbeitsfähigkeit aufweise. Die Arbeitsfähigkeit sei daher durch berufliche Massnahmen nicht mehr steigerbar (VB 19). Diese Einschätzung war indes nie Gegenstand einer fachmedizinischen Würdigung.

#### **4.**

##### **4.1.**

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 31. Juli 2025 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

##### **4.2.**

Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.00 bis Fr. 1'000.00 festgesetzt. Für das vorliegende Verfahren betragen diese Fr. 800.00 und sind gemäss dem Verfahrensausgang der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

##### **4.3.**

Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der richterlich festzusetzenden Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG), denn die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks Vornahme ergänzender Abklärungen gilt als anspruchsbegründendes Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235 mit Hinweisen).

---

### **Das Versicherungsgericht erkennt:**

#### **1.**

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 31. Juli 2025 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen sowie zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.00 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

**3.**

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin die Parteikosten in richterlich festgesetzter Höhe von Fr. 2'500.00 zu bezahlen.

---

**Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten**

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

---

Aarau, 13. Februar 2026

**Versicherungsgericht des Kantons Aargau**

2. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Roth

Berner