

VBE.2025.485 / DB / GM

Art. 94

Urteil vom 10. Juni 2026

Besetzung

Oberrichter Kathriner, Präsident
Oberrichterin Gössi
Oberrichter Zürcher
Gerichtsschreiber Bächli

Beschwerde-
führerin

A._____
vertreten durch lic. iur. Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Postfach,
4143 Dornach

Beschwerde-
gegnerin

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

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend IVG Renten
(Verfügung vom 23. September 2025)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Die ab März 1998 als Schwesternhilfe im Spital G._____ tätig gewesene Beschwerdeführerin wurde von der Beschwerdegegnerin wegen der Folgen eines Unfalls vom 6. März 2000 für die Periode vom 1. März 2001 bis 31. Dezember 2003 wegen Schulterbeschwerden eine ganze Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zugesprochen. Eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht mit Urteil VBE.2012.153 vom 18. Dezember 2013 ab. Am 18. November 2014 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von Leistungen (Rente / berufliche Massnahmen) der IV an. Die Beschwerdegegnerin liess die Beschwerdeführerin erst durch die medaffairs AG, Basel (Gutachten vom 23. Mai 2017) sowie in der Folge durch die ZVMB GmbH, Bern (ZVMB, Gutachten vom 19. September 2019) jeweils polydisziplinär begutachten. In der Folge wies die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 4. April 2022 ab. Die dagegen gerichtete Beschwerde wies das hiesige Versicherungsgericht mit Urteil VBE.2022.185 vom 11. November 2022 ab. Die gegen diesen Entscheid gerichtete Beschwerde wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_12/2023 vom 22. August 2023 abgewiesen.

1.2.

Am 2. April 2024 beantragte die Beschwerdeführerin mit Verweis auf eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes und Zunahme der Omarthrose im rechten Schultergelenk mit nahezu Funktionslosigkeit des rechten Armes eine neue Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente. Nach medizinischen und persönlichen Abklärungen und gestützt auf eine Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 24. Februar 2025 die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Nach erhobenem Einwand durch die Beschwerdeführerin und erneuter Rücksprache mit dem RAD verfügte die Beschwerdegegnerin am 23. September 2025 ihrem Vorbescheid entsprechend.

2.

2.1.

Mit Eingabe vom 27. Oktober 2025 erhob die Beschwerdeführerin gegen die Verfügung vom 23. September 2025 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

"1. Es sei die Verfügung vom 23.09.2025 aufzuheben und es sei die Sache zur Anordnung eines polydisziplinären medizinischen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge."

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 16. Dezember 2025 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

2.3.

Mit Replik vom 16. März 2026 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Rechtsbegehren fest.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 23. September 2025 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 421) zu Recht abgewiesen hat.

2.

2.1.

Die Zusprechung einer Invalidenrente aufgrund einer Neuansmeldung, nachdem eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert wurde (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV), bedarf, analog zur Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG), einer anspruchsrelevanten Änderung des Invaliditätsgrades (vgl. BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.; 130 V 71; 117 V 198 E. 3 S. 198 f.; 109 V 108 E. 2 S. 114 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_29/2020 vom 19. Februar 2020 E. 3.1 f. mit Hinweisen).

2.2.

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (Art. 17 Abs. 1 lit. a ATSG). Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205; MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, IVG, 4. Aufl. 2022, N. 49 zu Art. 30 IVG mit Hinweisen). Insbesondere stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_770/2019 vom 3. Februar

2020 E. 3.1 mit Hinweisen). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1) erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135, 8C_441/2012 E. 3.1.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_519/2015 vom 16. November 2015 E. 3.2).

2.3.

Zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.2 S. 110 ff.; 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.).

3.

3.1.

Der vorliegend massgebliche retrospektive Vergleichszeitpunkt (vgl. E. 2.3. hiervor) bildet die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 4. April 2022, mit welcher das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen worden war (VB 346). Darin stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre ZVMB-Gutachten vom 19. September 2019, welches eine internistische, rheumatologische, orthopädische, neurologische, psychiatrische sowie neuropsychologische Beurteilung vereint. Es wurde darin – neben diversen Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (VB 303.1 S. 12) – eine "ausgeprägte Schulterdysfunktion in allen Ebenen rechts mit chronischem Schmerzsyndrom" als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (VB 303.1 S. 11). Zwar zeige die Beschwerdeführerin eine funktionelle Einarmigkeit und Schmerzen. Jedoch könnten die hohe Ausprägung der Schmerzen und so erhebliche Funktionseinschränkungen nicht belegt werden. Die subjektive Angabe, sich keinerlei Arbeiten zuzutrauen, sei somit nicht nachvollziehbar. Im Kern bestehe jedoch unzweifelhaft mit immerhin sechsmaliger Operation ein objektiver Schulterbefund, auch wenn bei deutlicher Inkonsistenz und wiederholt fehlendem Nachweis von jeglicher Einnahme von Analgetika die Beschwerdesymptomatik zu relativieren sei (VB 303.1 S. 10). Insgesamt sei eine anhaltende volle Arbeitsunfähigkeit in der schulterbelastenden angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin nachvollziehbar. In einer angepassten Tätigkeit ohne Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 3 kg rechts, ohne Arbeiten in Abduktion von mehr als 60 Grad rechts, ohne überdurchschnittlichen Zeitdruck oder Arbeitsstress, ohne verstärkte Wärme- oder Kälteexposition, ohne übermässige Exposition gegenüber Dämpfen, Gasen oder Gerüchen und ohne Tätigkeiten mit erhöhtem Infektionsrisiko bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, wobei der rechte Arm mit Abstützen des Ellenbogens auf einer festen Unterlage eingesetzt werden könne. Es liege heute eine Arbeitsfähigkeit von 80 % vor (VB 303.1 S. 11 und S. 13 f.).

3.2.

In der Verfügung vom 23. September 2025 (VB 421) stützte sich die Beschwerdegegnerin aus medizinischer Sicht auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. B._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 17. Januar 2025 (VB 415) sowie vom 1. Juli 2025 (VB 420).

3.2.1.

In seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2025 führte Dr. med. B._____ aus, in der MRI des rechten Schultergelenks vom 12. April 2024 sei im Vergleich zu der vom 19. September 2019 die bekannte schwere, allerdings seitdem stationäre Omarthrose beschrieben worden. Bei seit 2019 "weiterhin normotrophem M. supra- und infraspinatus" liessen sich weder Schonungsmerkmale noch Vermeidungsstrategien erkennen, wie sie sich nach wenigstens sechs Jahren "Gebrauchsunfähigkeit" bzw. einer "kompletten Immobilisation der rechten Schulter" zwangsläufig einstellen würden. Nach einem Sturz am 4. Juli 2024 auf das rechte Knie habe die Beschwerdeführerin bei hinkfreiem Gangbild Druckschmerzen über dem medialen Gelenkspalt bei freier Kniegelenksbeweglichkeit und stabilem Bandapparat beklagt. Bei Verdacht auf aktivierte mediale Gonarthrose DD mediale Meniskusläsion Knie rechts habe auf eine MRI-Untersuchung verzichtet werden können und es sei keine Nachkontrolle geplant gewesen. Gemäss Sprechstundenbericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital C._____ vom 27. September 2024 sei der Verdacht auf migräneartige Kopfschmerzen, EM 2019, geäussert worden, wobei trotz der im Neurostatus berichteten vorbekannten rechtsseitigen Hemiparese Tonus und Trophik der Arme normal gewesen seien und sogar der Finger-Nasen-Versuch normal bei Eudiadochokinese beider Hände habe durchgeführt werden können. Es sei seit der Verfügung vom 4. April 2022 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten, nach wie vor gelte das Belastungsprofil aus dem Gutachten der MEDAS Bern (ZVMB) vom 19. September 2019 "bis heute". Eine körperlich leichte wechselbelastende Arbeit (z.B. in einem Call Center, Überwachungsfunktion an Bildschirmen etc.) sei mit verlängerten Pausen zu sicherlich 90 % möglich (VB 415 S. 3 f.).

3.2.2.

Nachdem die Beschwerdeführerin im Einwandverfahren einen weiteren orthopädischen Bericht von Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 6. März 2025 (VB 417 S. 3 f.) eingereicht hatte, führte Dr. med. B._____ in der Stellungnahme vom 1. Juli 2025 aus, weder die Einwände noch die vorliegenden Berichte/Unterlagen vermöchten die RAD-Beurteilung vom 17. Januar 2025 zu beeinflussen. Dem neu eingereichten Bericht seien keine medizinischen Befunde zu entnehmen, welche bisher nicht vorbestanden hätten. Im Arthro-MRI der Schulter links vom 15. August 2022 hätte sich keine

operationsbedürftige Rotatorenmanschettenläsion, sondern insgesamt ein subacromiales Impingement-Syndrom gezeigt. Im neu eingereichten Arthro-MRI der Schulter links vom 27. Februar 2025 werde nur der Verdacht auf einen kleinen transmuralen Riss der Supraspinatussehne am Übergang zum subscapularis bei KM-Übertritt in die Bursa geäussert. Dies entspreche jedoch keinem gesicherten Befund. Durch das statische bildgebende Verfahren könnten keine funktionellen Defizite oder dynamische Prozesse objektiviert werden, wodurch klinische Symptome und Beschwerdeangaben nicht unmittelbar bildmorphologisch korrelierbar seien. Bei den von der Beschwerdeführerin berichteten Bewegungseinschränkungen handle es sich um klinische Befunde mit ausgeprägten subjektiven Komponenten, da willentlich oder unwillentlich die Bewegung durch Schmerzangabe limitiert werden könne und die Interpretation von Kraftaufwand und Endpunktbestimmung zwischen Untersuchern ebenso variere wie die Tagesform und Kooperation der Untersuchten. Letztendlich seien Abbildungen von Körperstrukturen durch technische Verfahren grundsätzlich einer kompetenten Beurteilung zuzuführen (VB 420 S. 2 f.).

4.

4.1.

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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2.

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxisgemäss 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.; 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.; 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

4.3.

Beweistauglich kann auch eine reine Aktenbeurteilung sein, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn genügend Unterlagen aufgrund anderer persönlicher Untersuchungen vorliegen, die ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben. Der medizinische Sachverständige muss sich insgesamt aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild machen können (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

5.

5.1.

Die Beschwerdeführerin bringt vor, der medizinische Sachverhalt sei unvollständig und aktenwidrig festgestellt und die Folgerung einer 90%igen Verwertbarkeit in einer angepassten Tätigkeit entbehre jeder tragfähigen Grundlage (Beschwerde S. 3). Sie verweist auf die Berichte von Dr. med. D. _____ vom 7. Februar 2024 und 17. Januar 2025 und macht geltend, es liege eine neue, bildgebend gesicherte Sehnenläsion an der (linken) Kompensationsschulter vor (Beschwerde S. 4). Die Folgerung einer 90%igen Leistungsfähigkeit sei zudem nicht plausibel, da die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 4. April 2022 noch von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei. Es sei nicht nachvollziehbar, wieso die zumutbare Arbeitsfähigkeit ohne ausgewiesene gesundheitliche Verbesserung von 80 % auf 90 % ansteigen konnte (Replik S. 1 f.).

5.2.

5.2.1.

Dr. med. D. _____ führte in seiner Stellungnahme vom 7. Februar 2024 aus, die Beschwerdeführerin habe ein MRI des Schädels durchgeführt und dabei die rechte Schulter längere Zeit in einer Position halten müssen. Dies habe zur Schmerzexazerbation der rechten Schulter und Scapulabereich geführt (VB 403 S. 17). Am 7. Februar 2024 sei eine Röntgenuntersuchung der rechten Schulter mit folgendem Befund durchgeführt worden: Mehrere Anker und Schrauben des Knochenspanns des Latarjet sowie eine caudal subluxierte Stellung mit fortgeschrittener Omarthrose. Das Röntgen zeige eine ausgedehnte Schulterpathologie rechts. Die nach caudal gerichtete Subluxationsstellung sei wahrscheinlich langjährig vorbestehend aufgrund der kompletten Immobilisation der rechten Schulter. Die aktuellen Schmerzen sehe er am ehesten durch das Liegen mit ausgeprägten Myogelosen im cranialen Trapeziusbereich und periscapulär. Ein erneutes Arthro-MRI der rechten Schulter sei in der aktuellen Situation ungünstig, es bestehe jedoch ein MRI von 2019 (vgl. VB 331 S. 6), welches noch angefordert werde (VB 403 S. 18).

5.2.2.

In der Folge führte der von Dr. med. D. _____ zur Zweitmeinung angefragte Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kantonsspital C. _____, in seinem Bericht vom 15. Februar 2024 aus, die aktuell durchgeführten Röntgenbilder würden prinzipiell bereits – bis auf deutliche Progredienz der degenerativen Veränderungen vor allem humeralseitig – denen von 2013 ähneln. Erstaunlicherweise habe sich auch im MRI von 2019 trotz bereits jahrzehntelanger Inaktivität keine wesentliche muskuläre Atrophie des Deltas oder der postero-superioren Rotatorenmanschette gezeigt. Vermutlich sei es im Rahmen der Lagerung (während des Schädel-MRI) zu einer Sub-/Luxation und entsprechender Schmerzexazerbation gekommen, was sich gegebenenfalls innerhalb der nächsten Wochen wieder auf das Vorniveau zurückbewege (VB 403 S. 4). Bei der Beschwerdeführerin liege eine verminderte Sensibilität im Bereich des gesamten rechten Schultergürtels vergleichend zu links vor. Die Abduktion und Retroversionen seien nicht möglich, die tiefe Rotation gelinge bei angelegtem Arm aus dem Unterarm heraus. Die Flexion sei aktiv bis 50° möglich unter hörbaren Krepitationen sowie deutlichen Koordinationsstörungen der schulter- wie auch schulterblattstabilisierenden Muskulatur (VB 403 S. 3 f.).

5.2.3.

In seinem Bericht vom 6. März 2025 führte Dr. med. D. _____ – gestützt auf ein Arthro-MRI der linken Schulter vom 27. Februar 2025 – aus, die Situation habe sich seit dem MRI von 2022 verschlechtert und es liege nun ein Impingement-Syndrom der Schulter links mit bursitis subacromialis und kleiner transmuraler Ruptur der Supraspinatussehne vor. In der linken Schulter sei eine passive Abduktion bis 90° mit starker Schmerzäusserung sowie eine Innenrotation von 50° und Aussenrotation von 30° möglich. Im Arthro-MRI der linken Schulter vom 27. Februar 2025 habe sich der Verdacht auf einen kleinen transmuralen Riss der Supraspinatussehne am Übergang zum subscapularis bei KM Übertritt in die Bursa ergeben (VB 417 S. 3 f.).

5.3.

In Bezug auf die rechte Schulter stützt sich Dr. med. B. _____ in seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2025 (vgl. E. 3.2.1. hiavor) nachvollziehbar auf die Beurteilung von Dr. med. E. _____ vom 15. Februar 2024 (vgl. E. 5.2.2. hiavor). Dr. med. E. _____ beschreibt zwar eine Schmerzexazerbation, hat jedoch aus objektiver Sicht lediglich eine deutliche Progredienz der degenerativen Veränderungen vor allem humeralseitig festgestellt und insbesondere ausgeführt, dass sich erstaunlicherweise auch in der Bildgebung von 2019 keine wesentliche muskuläre Atrophie des Deltas oder der postero-superioren Rotatorenmanschette zeige. Dr. med. B. _____ führte diesbezüglich nachvollziehbar aus, es werde im MRI des rechten Schultergelenkes vom 12. April 2024 im Vergleich zu der MRI vom 19. September

2019 die bekannte schwere, allerdings seither stationäre Omarthrose beschrieben. Bei seit 2019 "weiterhin normotrophem M. supra- und infraspinatus" liessen sich weder Schonungsmerkmale noch Vermeidungsstrategien erkennen, wie sie sich nach wenigstens sechs Jahren "Gebrauchsunfähigkeit" bzw. einer "kompletten Immobilisation der rechten Schulter" zwangsläufig einstellen würden (VB 415 S. 4). Dr. med. D._____ führte in seiner Stellungnahme vom 28. Februar 2024 aus, es zeige sich in den aktuellen Röntgenbildern eine deutliche Verschlechterung und Zunahme der Omarthrose sowie die caudal subluxierte Stellung, welche die multidirektionale Instabilität klar zeige. Es bestehe eine schwere Schulterpatologie mit nahezu Funktionslosigkeit des rechten Armes (VB 396 S. 5). Dies widerspricht den Ausführungen von Dr. med. E._____, welcher gestützt auf die am 7. Februar 2024 durchgeführten Röntgenaufnahmen keine wesentliche muskuläre Atrophie des Deltas oder der postero-superioren Rotatorenmanschette erkennen konnte (VB 403 S. 4). Darüber hinaus bringt Dr. med. D._____ auch nicht vor und lässt sich den Akten nicht entnehmen, dass sich das Belastungsprofil in Bezug auf die rechte Schulter verändert habe, denn bereits in Rahmen der orthopädischen – und als beweiswertig angesehenen (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_12/2023 vom 22. August 2023 E. 5.2) – ZVMB-Begutachtung vom 7. April 2019 wurde davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführerin der Gebrauch des rechten Armes lediglich noch mit Abstützen des Ellenbogens auf einer festen Unterlage möglich sei (VB 303.4 S. 48). Zudem ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen). Dr. med. B._____ ist in seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2025 somit zu Recht davon ausgegangen, dass sich in Bezug auf die rechte Schulter keine Veränderung ergeben hat, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen.

5.4.

In Bezug auf die linke Schulter bringt die Beschwerdeführerin vor, es werde durch das Arthro-MRI vom 27. Februar 2025 neu eine Bursitis subacromialis/subdeltoidea sowie eine kleine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne mit Tendinose dokumentiert, währenddem die linksseitigen Probleme bis 2023 im Wesentlichen als Impingement geführt worden seien (Replik S. 2). Dr. med. B._____ führte in seiner Stellungnahme vom 1. Juli 2025 dazu aus, es liege kein gesicherter Befund eines Risses, sondern lediglich ein Verdacht auf einen solchen Riss vor (vgl. E. 3.2.2. hier vor). Dies stimmt mit dem Bericht von Dr. med. D._____ überein, welcher auf das durchgeführte Arthro-MRI vom 27. Februar 2025 verwies, aus dem sich ein Verdacht auf einen kleinen transmuralen Riss der Supraspinatussehne am Übergang zum subscapularis bei KM Übertritt der Bursa ergeben habe (vgl. VB 417 S. 4). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass eine Verdachtsdiagnose rechtsprechungsgemäss nicht zur Anerkennung

eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ausreicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_787/2021 vom 23. März 2022 E. 11.2.3; 9C_795/2017 vom 19. März 2018 E. 3.1.2). Dass der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit, welche leichte wechselseitige Arbeit wie zum Beispiel in einem Callcenter oder mit Überwachungsfunktionen an Bildschirmen mit verlängerten Pausen umfasst (vgl. E. 3.2.1. hiervor), mit der neu diagnostizierten Bursitis subacrominalis/subdeltoideo, nicht mehr möglich sein sollte, lässt sich dem Bericht von Dr. med. D. _____ vom 6. März 2025 (VB 417 S. 3 f.) nicht entnehmen, da sich dieser nicht zur Arbeitsfähigkeit äusserte. Für die Beurteilung eines Rentenanspruchs ist aber rechtsprechungsgemäss nicht die (genaue) Diagnose, sondern in erster Linie die aus einer gesundheitlichen Beeinträchtigung resultierende funktionelle Einschränkung, also die Auswirkung der Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit massgebend (Urteil des Bundesgerichts 9C_216/2018 vom 7. September 2018 E. 3.6; BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 194 f. mit Hinweisen). Soweit Dr. med. D. _____ (einzig) auf die ausgeprägten Schmerzen bei jeglichen Elevationsbewegungen und starken nächtlichen Schmerz sowie Schmerzen an der rechten Schulter der Beschwerdeführerin verwies, ist festzuhalten, dass die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer Arbeitsunfähigkeit allein nicht genügen. Vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Dabei müssen die Schmerzangaben zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_152/2024 vom 15. Januar 2025, E. 5.2.3 mit Hinweis auf BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Dies ist gemäss schlüssiger Begründung von Dr. med. B. _____ jedoch nicht der Fall. Dieser führte in seiner Stellungnahme vom 1. Juli 2025 (vgl. E. 3.2.2. hiervor) nachvollziehbar aus, dass aus den berichteten Bewegungseinschränkungen als klinische Befunde mit ausgeprägt subjektiven Komponenten keine objektiven Einschränkungen ersichtlich seien. Die Beschwerdeführerin ist somit auch in Bezug auf die linke Schulter zu Recht davon ausgegangen, dass sich durch die neu vorgebrachten Einschränkungen keine Verschlechterung der funktionellen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin begründen lässt.

5.5.

Hinsichtlich der medizinischen Beurteilung des Sachverhalts durch den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 5) ist darauf hinzuweisen, dass diese bereits deshalb unbehelflich ist, weil er als medizinischer Laie hierfür nicht befähigt ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_283/2017 vom 29. August 2017 E. 4.1.2; 9C_614/2015 vom 21. Juni 2016 E. 5.1).

5.6.

5.6.1.

Zusammenfassend ergeben sich weder aus den Ausführungen der Beschwerdeführerin noch den medizinischen Akten Hinweise, welche auch nur geringe Zweifel an der Schlüssigkeit und Vollständigkeit der Beurteilungen von Dr. med. B._____ vom 17. Januar 2025 (VB 415) sowie vom 1. Juli 2025 (VB 420) erwecken könnten. Diese sind umfassend, berücksichtigen die beklagten Beschwerden, wurden in Kenntnis der vorliegenden Unterlagen erstellt und sind schlüssig und nachvollziehbar begründet. Dr. med. B._____ konnte sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein umfassendes Bild der medizinischen Situation machen. Die besagten Beurteilungen erfüllen demnach die Anforderungen der Rechtsprechung an beweiskräftige medizinische Stellungnahmen (vgl. E. 4.3. hiervor). Der anspruchsrelevante medizinische Sachverhalt erweist sich vor diesem Hintergrund als vollständig abgeklärt. Auf eine Rückweisung zu weiteren Abklärungen (vgl. Rechtsbegehren Ziff. 1) kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden, da von solchen keine entscheiderelevanten weiteren Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. BGE 148 V 356 S. 366; 137 V 64 E. 5.2 S. 69).

5.6.2.

Dr. med. B._____ führte aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der rechtskräftigen Verfügung vom 4. April 2022 nicht wesentlich verändert habe, und ging von einer 90%igen Restarbeitsfähigkeit aus (VB 415 S 4). Mit Verfügung vom 4. April 2022 war demgegenüber von einer 80%igen Restarbeitsfähigkeit ausgegangen worden (vgl. VB 346). Damit ist bei der von Dr. med. B._____ attestierten 90%igen Arbeitsfähigkeit von einer unterschiedlichen Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes auszugehen und damit von keiner wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen (vgl. E. 2.2. hiervor). Es ist somit bei unveränderter medizinischer Situation aus juristischer Sicht – wie bereits in der durch das Urteil des Versicherungsgerichts VBE.2022.185 vom 11. November 2022 sowie durch das Bundesgericht in seinem Urteil 8C_12/2023 vom 22. August 2023 bestätigten Verfügung vom 4. April 2022 (VB 346) – von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % für angepasste Tätigkeiten auszugehen.

6.

6.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

6.2.

Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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. Sie sind gemäss dem Verfahrensausgang der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

6.3.

Der Beschwerdeführerin steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.00 werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

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, 10. Juni 2026

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

1. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Kathriner

Bächli