

VBE.2024.566 / mg / nl

Art. 96

Urteil vom 21. August 2025

Besetzung

Oberrichterin Hausherr, Vorsitzende
Oberrichter Roth
Oberrichterin Fischer
Gerichtsschreiber Güntert

Beschwerde-
führerin

A._____
vertreten durch Dr. iur. Marcel Lanz, Rechtsanwalt,
Hintere Bahnhofstrasse 10, 5001 Aarau 1

Beschwerde-
gegnerin

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

Beigeladene

Personalvorsorgestiftung der B.____ **AG**

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend IVG Renten
(Verfügung vom 28. Oktober 2024)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Die 1989 geborene Beschwerdeführerin meldete sich aufgrund der gesundheitlichen Folgen eines Unfalls (Unfallereignis vom 12. Dezember 2022) am 30. Mai 2023 bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von Leistungen (berufliche Integration/Rente) der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Die Beschwerdegegnerin tätigte daraufhin medizinische und erwerbliche Abklärungen, holte die Akten der Unfallversicherung (Suva) ein und nahm mehrfach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 28. Oktober 2024 ab.

2.

2.1.

Gegen die Verfügung vom 28. Oktober 2024 erhob die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 28. November 2024 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

- " 1. Die Verfügung der IV-Stelle SVA Aargau vom 28. Oktober 2024 sei aufzuheben.
- 2. Es sei der Beschwerdeführerin eine volle IV-Rente zuzusprechen.
- 3. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen.
- 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen."

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 15. Januar 2025 (Postaufgabe) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

2.3.

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 17. Januar 2025 wurde die berufliche Vorsorgeeinrichtung der Beschwerdeführerin im Verfahren beigegeben und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Diese verzichtete mit Eingabe vom 28. Januar 2025 auf eine Stellungnahme.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1.

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mit der Begründung, diese sei spätestens seit dem 15. Februar 2024 in der angestammten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig und es liege keine die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränkende gesundheitliche Beeinträchtigung vor (Vernehmlassungsbeilage [VB] 76). Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, entgegen der Einschätzung des Kreisarztes der Suva, auf welcher die angefochtene Verfügung basiere, sei sie in der angestammten Tätigkeit weiterhin in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Um ihren Leistungsanspruch zuverlässig beurteilen zu können, seien weitere medizinische Abklärungen erforderlich.

1.2.

Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 28. Oktober 2024 (VB 76) zu Recht abgewiesen hat.

2.

2.1.

In der angefochtenen Verfügung vom 28. Oktober 2024 (VB 76) stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Akten der Unfallversicherung, insbesondere auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 18. Juni 2024 (VB 70.3).

Dr. med. C._____ hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 18. Juni 2024 fest, die Beschwerdeführerin habe am 12. Dezember 2022 einen Arbeitsunfall erlitten. Bei persistierenden Schulterbeschwerden habe im Verlauf eine entsprechende Abklärung im Kantonsspital C._____ (Kantonsspital C._____) stattgefunden. Man habe die Diagnose einer partiellen Läsion der langen Bizepssehne, welche Beschwerden verursache, gestellt. Die Beschwerdeführerin sei am 19. April 2023 operativ versorgt worden. Nach dem stattgehabten Eingriff, einer Schulterarthroskopie mit Durchtrennung einer Synechie und einer Tenotomie/-dese der langen Bizepssehne, seien nach empirischer Erfahrung auch körperlich schwere Arbeiten nach drei bis sechs Monaten wieder durchführbar. Wegen diffus persistierender Beschwerden sei durch die Behandler am Kantonsspital C._____ eine neurologische Abklärung veranlasst worden. Gemäss den vorliegenden Berichten habe hier keine Pathologie ausgewiesen werden können. Wegen der diffusen, langanhaltenden Beschwerden habe eine Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon stattgefunden. Die Beschwerdeführerin habe über anhaltende Schmerzen berichtet. Im Bericht des Kantonsspital C._____ vom

15. Februar 2024 sei festgehalten worden, dass nach letztmaliger Konsultation vom Juli 2023 die Beschwerdeführerin auch durch die Kollegen der Neurologie abgeklärt worden sei. Auch hier hätten sich keine objektivierbaren Befunde feststellen lassen. Zudem sei eine stationäre Abklärung in der Rehaklinik D. _____ erfolgt. Hier habe vor allem auch durch psychosomatische Herangehensweisen bezüglich der Schmerzverarbeitung doch ein deutlicher Benefit erzielt werden können. Zusammenfassend lasse sich festhalten, dass spätestens am 15. Februar 2024 kein objektivierbarer struktureller Befund mehr ausgewiesen gewesen sei, welcher die beklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin hätte erklären können.

Weiter sei anzumerken, dass der Einschätzung der Kollegen der Rehaklinik D. _____ bezüglich der Arbeitsfähigkeit (Zumutbarkeitsbeurteilung) nicht gefolgt werde. Nach einer Tenodese der langen Bizepssehne seien auch körperlich schwere Arbeiten problemlos wieder möglich nach entsprechender Heilungsphase von vier bis maximal sechs Monaten postoperativ. Es werde nicht begründet – anhand eines morphologischen Korrelats – warum in diesem spezifischen Fall noch immer eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehen solle.

In der Universitätsklinik F. _____, in welcher die weitere Behandlung erfolgt sei, sei eine neue Verdachtsdiagnose im Sinne von Labrumschmerzen, also Schmerzen, die von der Gelenkklappe ausgingen, gestellt worden. Hierzu sei anzumerken, dass es keinen objektivierbaren Befund gebe, welcher eine entsprechende Pathologie ausweisen würde. Gemäss Echtzeitdokumentation sei anhand der nach dem Unfall durchgeführten MRI vom 3. Januar 2023 explizit keine Labrumläsion dokumentiert. Auch interoperativ – diagnostischer Goldstandard – sei am 19. April 2023 keine entsprechende Pathologie ausgewiesen worden. Folglich werde dieser Diagnose/Hypothese nicht gefolgt respektive handle es sich hierbei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um keine durch den Unfall erlittene Pathologie (VB 70.3 S. 4). Zusammenfassend könne anhand der vorliegenden objektivierbaren Befunde aus orthopädischer Sicht festgehalten werden, dass spätestens am 15. Februar 2024 eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgewiesen gewesen sei (VB 70.3 S. 5).

2.2.

2.2.1.

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).

2.2.2.

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder 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.). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung 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 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

2.2.3.

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. Urteile des Bundesgerichts 8C_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1; 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

3.

3.1.

Die Beschwerdeführerin stellt die Beweistauglichkeit der kreisärztlichen Aktenbeurteilung in Frage und verweist im Wesentlichen auf die Beurteilungen der Universitätsklinik F.____ sowie die Arztberichte des behandelnden Arztes Dr. med. G.____ sowie die ärztliche Beurteilung der Rehaklinik D.____ vom 9. November 2023, welche der Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. C.____ vom 18. Juni 2024 entgegenstünden.

3.2.

Aus den medizinischen Akten ergibt sich im Wesentlichen Folgendes:

3.2.1.

Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seinem Operationsbericht vom 19. April 2023 aus, bei schmerzhaften Beschwerden nach initialem Distorsionstrauma im Dezember 2022 und positivem Ansprechen auf eine glenohumerale Infiltration von Mitte März 2023 sei letztlich die Indikation zur diagnostischen Schulterarthroskopie und LBS-Tenodese gestellt worden (VB 70.168). Am 21. April 2023 gab Dr. med. H.____ an, der Eingriff habe problemlos durchgeführt werden können. Der postoperative Verlauf

gestaltete sich komplikationslos (VB 70.164). Im ambulanten Bericht vom 9. Mai 2023 hielt Dr. med. H. _____ fest, die Beschwerdeführerin berichte über einen komplikationslosen postoperativen Verlauf. Schmerzen bestünden im Alltag keine wesentlichen mehr. Es zeige sich ein soweit erfreulicher postoperativer Verlauf (VB 70.160).

3.2.2.

Die Beschwerdeführerin befand sich vom 25. September bis 3. November 2023 in der Rehaklinik D. _____. Im Austrittsbericht vom 9. November 2023 hielt Dr. med. I. _____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, fest, es hätten beim Austritt Schmerzen der Halswirbelsäule und rechten Schulter, eine reduzierte Belastbarkeit der rechten Schulter, Schwäche des rechten Armes und ein dysfunktionales Schmerz-/Vermeidungsverhalten, welches sich im Verlauf deutlich gebessert habe, bestanden (VB 46 S. 2). Die Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Kommissionierung sei nicht zumutbar, da es sich um eine schwere Tätigkeit handle. Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit sei "aus unfallkausaler Sicht" eine leichte bis mittelschwere Arbeit zumutbar. Im Verlauf der nächsten 8–12 Wochen sei mit einer Steigerung der Belastbarkeit bis hin zu einer mittelschweren Tätigkeit zu rechnen. Eine angepasste Tätigkeit beinhalte keine längerdauernden Tätigkeiten über Kopf, keinen körperfernen maximalen Krafteinsatz und keine Schläge und Vibrationsbelastung (VB 46 S. 2).

3.2.3.

Dr. med. H. _____ beschrieb in seinem Bericht vom 15. Februar 2024 ein inspektorisch unauffälliges, seitengleiches Schulterrelief sowie reizlose Narbenverhältnisse nach rechtsseitiger Schulter-AKO und LBS-Tenodese. In Ruhe bestehe beidseits keine auffällige Skapulastellung. Die aktive ROM sei deutlich gebessert mit aktiver Flexion und Abduktion bis 140°. Bei repetitiver Bewegung des Schultergürtels zeigten sich eine skapulothorakale Dysfunktion, zudem auch eine pericoracoidale Druckdolenz. Etwa zehn Monate nach operativer Intervention an der rechten Schulter und mehr als ein Jahr nach initialem Distorsionstrauma zeige sich mittlerweile doch eine deutlich positive Entwicklung der Schulterfunktion. Aktuell zeige sich auch weiterhin noch eine deutliche neuromuskuläre Dysbalance des Schultergürtels rechts, was vermutlich im Sinne eines funktionellen Impingements zu einer subcoracoidalen Bursareizung mit entsprechender Schmerzproblematik führe. Es bestehe keine Möglichkeit, auf operativem Wege die Situation zu verbessern. Es könne einzig und allein physiotherapeutisch an einer Ausbalancierung der skapulothorakalen Muskulatur gearbeitet werden, um entsprechende Beschwerden zu lindern (VB 70.55 S. 3).

3.2.4.

Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Universitätsklinik F. _____, hielt in seinem Sprechstundenbericht vom 29. April 2024 fest, die Beschwerdeführerin sei

seit einem Unfall im Dezember 2022 persistierend schmerzgeplagt. Man interpretiere die Schmerzen derzeit am ehesten im Rahmen einer Labrumläsion. Daher organisiere man die glenohumerale Infiltration mit Verlaufskontrolle in sechs Wochen. Im externen MRI zeige sich im Sulcus noch ein rechts ausgeprägtes Residuum der langen Bizepssehne. Sollte es zu keiner Besserung kommen, könne daher im Verlauf eine Infiltration in den Sulcus in Erwägung gezogen werden (VB 70.22 S. 3).

3.2.5.

Der Kreisarzt Dr. med. K. _____, Facharzt für Neurologie, führte in seinem Bericht vom 15. Mai 2024 aus, es sei bereits am 1. September 2023 im Kantonsspital Aarau eine unauffällige Neurographie durchgeführt worden. Neurologisch-versicherungsmedizinisch bestehe kein Hinweis auf eine Plexusschädigung, weder hinsichtlich des Unfallgeschehens bei anamnestischen Angaben – Sensibilitätsstörung des gesamten Armes – noch klinisch-neurologisch – generalisierte Schwäche des rechten Armes mit sensiblem Defizit von der Brustwirbelsäule bis zur rechten Hand –, noch durch die unauffällige Diagnostik (1. Elektrodiagnostik mit unauffälliger Untersuchung des Nervus radialis, ulnaris und medianus sowie fehlender Denervation in der Elektromyografie des Musculus flexor digitorum profundus; 2. HWS-MRI vom 13. September 2023; 3. MR-Neurografie des Plexus vom 13. September 2023, ohne Nachweis einer Läsion des Plexus brachialis bzw. mit fehlenden korrespondierenden Atrophien der muskulären Strukturen). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seien die geklagten Beschwerden nicht neurogen bei fehlendem Nachweis einer Plexusschädigung (VB 70.15).

3.2.6.

Dr. med. D. _____ führte in seinem Bericht vom 7. Juni 2024 aus, es zeige sich nach wie vor eine unbefriedigende Situation. Die Beschwerdeführerin leide unter den Schmerzen, sie könne ihrem Alltag mit zwei Kindern nur begrenzt nachgehen. Ihrem Job könne sie nicht nachgehen. Er bitte die Kollegen der Neurologie im Hause um entsprechendes Aufgebot zur Beurteilung von neurologischen Ausfallerscheinungen. Betreffend den anterioren Labrumschaden vereinbare man Mitte August einen Termin mit Arthro-MRI, und bei unveränderten Beschwerden plane man für Anfang September die diagnostische Schultergelenksarthroskopie sowie ein Sampling und gegebenenfalls eine Refixation des anterioren Labrums, welches am ehesten für die Schmerzen im Schultergelenk verantwortlich sei (VB 70.9).

3.2.7.

Dr. med. D. _____ hielt in seinem Bericht vom 19. August 2024 fest, bei den Labrumschmerzen an der rechten Schulter handle es sich nach wie vor um Schmerzen nach dem Unfall im Jahr 2022. Die Labrumläsion sei bereits damals in der Bildgebung gesehen worden, jedoch nicht durch den Radiologen beschrieben. Nach gegenwärtiger Diagnostik lasse sich die Ursache

der Beschwerden nicht eindeutig zuordnen, die wahrscheinlichste Ursache bestehe nach vorliegender MRI-Diagnostik in einer Läsion des vorderen Labrums. Das exakte Ausmass der Läsion des Labrums müsste jedoch in einer erneuten Operation evaluiert werden. Nach aktuellem Stand scheine die Rückkehr in den Job nicht möglich zu sein, dies wäre jedoch das definierte Ziel nach erneuter Intervention (Beschwerdebeilage [BB] 4).

3.3.

Im vorliegenden Fall liegt kein feststehender medizinischer Sachverhalt vor. Während die behandelnden Fachärzte der Universitätsklinik F. _____ von einer Läsion des Labrums als wahrscheinlichster Ursache der fortbestehenden Schulterbeschwerden ausgehen (VB 70.9; BB 4), widerspricht der Kreisarzt Dr. med. C. _____ dieser Einschätzung und verweist auf das MRI vom 3. Januar 2023, in welchem laut radiologischem Befund explizit keine Labrumläsion dokumentiert sei (VB 70.3 S. 4). Dr. med. D. _____ hielt im Bericht vom 19. August 2024 ausdrücklich fest, eine Labrumläsion sei bereits in der damaligen Bildgebung sichtbar gewesen, sei aber vom Radiologen nicht beschrieben worden (BB 4). Dieser Bericht datiert zwischen Vorbescheid und Verfügung der Beschwerdegegnerin. Er ist in den Akten der Beschwerdegegnerin nicht enthalten und die Beschwerdegegnerin äussert sich in der Verfügung nicht dazu. Es ist daher davon auszugehen, dass er der Beschwerdegegnerin nicht vorlag. Trifft die Einschätzung von Dr. med. D. _____ zu, würde sich die medizinische Beurteilung von Dr. med. C. _____ als unzutreffend erweisen. Bereits deshalb wird die Beschwerdegegnerin klären müssen, ob im MRI vom 3. Januar 2023 eine Labrumläsion erkennbar ist. Unabhängig davon ist im IV-Verfahren nicht die Unfallkausalität massgebend, sondern die gesundheitliche Beeinträchtigung und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Allfällige später hinzugetretene, nicht unfallkausale Läsionen sind deshalb ebenfalls zu berücksichtigen, so dass die in den späteren MRI beschriebenen Befunde fachärztlich abzuklären sind.

Zudem besteht in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ein klarer Widerspruch zwischen der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. C. _____ und jener der behandelnden Ärzte. Während Dr. med. C. _____ ab einem Zeitpunkt spätestens sechs Monate nach der Operation vom 19. April 2023 eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestierte (VB 70.3 S. 4), wurde im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 9. November 2023 eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten, schweren Tätigkeit verneint und auf Einschränkungen, welche längerdauernde Tätigkeiten über Kopf, einen körperfernen maximalen Krafteinsatz sowie Arbeiten unter Vibrationsbelastung unzumutbar machten, hingewiesen (VB 46 S. 2). Im Eingliederungsprozess stellten auch der Regionale Ärztliche Dienst am 18. Januar 2024 (VB 50) und am 24. April 2024 (VB 61) auf den Bericht der Rehaklinik Bellikon ab und gingen für die angestammte Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus. Dr. med. H. _____ beschrieb nach

anfangs postoperativer Besserung in seinem Bericht vom 15. Februar 2024 eine neuromuskuläre Dysbalance, welche vermutlich im Sinne eines funktionellen Impingements zu einer Bursareizung mit entsprechenden Schmerzen führe, und hielt fest, dass beruflich nach anamnestischen Angaben wohl eine Umorientierung vorgesehen und dass mittels operativer Massnahmen keine Verbesserung mehr möglich sei, sondern allein physiotherapeutische Behandlung zur Linderung beitragen könne (VB 70.55 S. 2). Auch Dr. med. D. _____ schloss in seinem Bericht vom 19. August 2024 eine Rückkehr in den bisherigen Beruf aus (BB 4 S. 4), und auch in den ärztlichen Zeugnissen von Dr. med. G. _____ wurde eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (VB 70.12). Hingegen findet die Einschätzung von Dr. med. C. _____ keine Stütze in den medizinischen Akten. Eine ärztliche Beurteilung, welche auf einer persönlichen Untersuchung beruht und in welcher der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit attestiert würde, liegt nicht vor.

Schliesslich stützte sich Dr. med. C. _____ für seine Aussage, wonach körperlich schwere Arbeiten nach einer Tenodese nach drei bis sechs Monaten wieder zumutbar seien, auf die Studie von Chye Yew Ng et al., *Infrapectoral Biceps Tenodesis for Chronic Long Head of Biceps Rupture*, veröffentlicht 2012 in *Techniques in Shoulder & Elbow Surgery* (abrufbar unter: https://www.researchgate.net/publication/259561096_Infrapectoral_Biceps_Tenodesis_for_Chronic_Long_Head_of_Biceps_Rupture, zuletzt besucht am: 22. August 2025). Diese basiert auf einer Untersuchung von sechs Patienten. Die Autoren berichten darin über subjektive Verbesserungen bei fünf Patienten und nennen Zeiträume für die Rückkehr zu Belastung und sportlicher Aktivität. Konkrete Aussagen zur beruflichen Belastbarkeit fehlen jedoch, insbesondere im Hinblick auf schwere körperliche Tätigkeiten. Die Autoren betonen vielmehr die begrenzte Datenlage zur Tenodese bei chronischer Ruptur der langen Bizepssehne: "There is, however, a paucity of literature specifically evaluating the outcomes of tenodesis for chronic LHB rupture" (S. 15 rechte Spalte). Die von Dr. med. C. _____ aus der Studie gezogene Schlussfolgerung, wonach nach empirischer Erfahrung körperlich schwere Arbeiten ab drei bis sechs Monaten postoperativ wieder durchführbar seien, ist ohne nähere Erläuterung nicht nachvollziehbar.

In Anbetracht der strengen Anforderungen an reine Aktenbeurteilungen durch versicherungsinterne medizinische Fachpersonen als Beweisgrundlage (vgl. E. 2.2 hiervor) und der aufgrund der geschilderten Gegebenheiten bestehenden zumindest geringen Zweifeln an der Aktenbeurteilung von Dr. med. C. _____ vom 18. Juni 2024 (VB 70.3) kann darauf nicht abgestellt werden.

3.4.

Der Leistungsanspruch kann jedoch entgegen der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 10) auch nicht alleine gestützt auf die Einschätzung der sie behandelnden Ärzte beurteilt werden, da der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte nicht nur in der Funktion als Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5. S. 470; 125 V 351 E. 3a/cc S. 353), sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_164/2021 vom 3. Mai 2021 E. 3.2.1 mit Hinweisen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen und eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte daher kaum je in Frage kommt.

3.5.

Die Beschwerdeinstanz holt in der Regel ein Gerichtsgutachten nur dann ein, wenn sie im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachtlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung an die IV-Stelle ist hingegen möglich, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen (vgl. BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100; 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.). Vorliegend erweist sich der anspruchrelevante medizinische Sachverhalt im Lichte der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG; BGE 133 V 196 E. 1.4 S. 200; 132 V 93 E. 5.2.8 S. 105) als nicht rechtsgenüglich erstellt, so dass – wie eventualiter beantragt – eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur umfassenden ergänzenden fachärztlichen Abklärung als angezeigt erscheint.

4.

4.1.

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 und sind gemäss dem Verfahrensausgang der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

4.2.

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 28. Oktober 2024 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und 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, 21. August 2025

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

3. Kammer

Die Präsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Gössi

Güntert