

VBE.2025.153 / DB / GM

Art. 135

Urteil vom 10. Oktober 2025

Besetzung	Oberrichter Kathriner, Präsident Oberrichterin Gössi Oberrichter Roth Gerichtsschreiber Bächli
Beschwerde- führerin	A. _____ , vertreten durch Dr. iur. Harry Nötzli, Rechtsanwalt, Limmatquai 52, Postfach, 8024 Zürich
Beschwerde- gegnerin	SVA Aargau , IV-Stelle, Bahnhofplatz 3C, Postfach, 5001 Aarau
Beigeladene	Personalvorsorgestiftung der Delta Zofingen AG , c/o Delta Zofingen AG, Untere Brühlstrasse 10, 4800 Zofingen
Gegenstand	Beschwerdeverfahren betreffend IVG Renten (Verfügung vom 6. März 2025)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Die 1967 geborene Beschwerdeführerin meldete sich erstmalig am 26. Mai 2010 bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von Leistungen (berufliche Massnahmen) der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Da die Beschwerdeführerin ihre Arbeit wieder zu 100 % aufgenommen hatte, wies die Beschwerdegegnerin dieses Leistungsbegehren mit Verfügung vom 13. Mai 2011 ab. Am 1. Juni 2019 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug (Berufliche Integration/Rente) der IV an. Die Beschwerdegegnerin tätigte in der Folge medizinische und berufliche Abklärungen und wies gestützt auf Stellungnahmen ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 9. Juli 2020 mit einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 3 % ab. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das hiesige Versicherungsgericht mit Urteil VBE.2020.374 vom 16. November 2020 ab.

1.2.

In der Folge meldete sich die Beschwerdeführerin am 10. April 2022 erneut zum Leistungsbezug (Berufliche Integration/Rente) der IV an. Die Beschwerdegegnerin tätigte erneut berufliche und medizinische Abklärungen. Mit Vorbescheid vom 4. August 2023 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach erhobenem Einwand liess die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin bidisziplinär begutachten (Gutachten der estimed AG, Zug [estimed] vom 24. September 2024). In der Folge verfügte die Beschwerdegegnerin nach Gewährung des rechtlichen Gehörs am 6. März 2025 ihrem Vorbescheid entsprechend.

2.

2.1.

Mit Eingabe vom 9. April 2025 erhob die Beschwerdeführerin fristgerecht Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. März 2025 und stellte folgende Rechtsbegehren:

- "1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin 6. März 2025 [sic!] sei aufzuheben, und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Rente auszurichten.
2. Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen und gestützt darauf sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, den IV-Grad der Beschwerdeführerin festzusetzen und gegenüber der Beschwerdeführerin die gesetzlich geschuldeten Leistungen, insbesondere eine IV-Rente, zu erbringen.

3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich MwSt. zulasten der Beschwerdegegnerin."

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 9. Mai 2025 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

2.3.

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 21. Mai 2025 wurde die berufliche Vorsorgeeinrichtung der Beschwerdeführerin zum Verfahren beigegeben und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Diese liess sich in der Folge nicht vernehmen.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 6. März 2025 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 137) zu Recht den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente abgewiesen hat.

2.

2.1.

Die Zusprechung einer Invalidenrente aufgrund einer Neuanschuldung, 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 anspruchrelevanten 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 (vgl. auch Art. 86^{ter}-88^{bis} IVV sowie Art. 31 IVG) 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 erheblich ändert. 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). Rechtsprechungsgemäss ist die Invalidenrente nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des

Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4. Aufl. 2022, N. 118 ff. 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 (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_698/2019 vom 3. März 2020 E. 2). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit 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_336/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 4.1).

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.

Zwischen den Parteien ist zu Recht unbestritten, dass die massgeblichen Vergleichszeitpunkte zur Prüfung der anspruchserheblichen Änderung (vgl. E. 2.3 hiervoor) zum einen durch die rechtskräftige Verfügung vom 9. Juli 2020 (VB 61) und zum anderen durch die Verfügung vom 6. März 2025 (VB 137) definiert werden.

3.2.

Grundlage der einen Rentenanspruch verneinenden Verfügung vom 9. Juli 2020 (VB 61) bildeten die Aktenbeurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. B._____, Praktischer Arzt und Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, vom 15. Februar 2020 (VB 50) sowie vom 6. Juli 2020 (VB 60)

3.2.1.

In seiner Aktenbeurteilung vom 15. Februar 2020 führte Dr. med. B.____ aus, zunächst habe durch Schulterbeschwerden seit 15. Januar 2019 eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Möglicherweise als Komplikation im Rahmen der operativen Therapie der Schulter sei am 26.

Januar 2019 ein Herzinfarkt aufgetreten. Anhaltende volle Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten habe sicher bis zum 21. August 2019 bestanden. Seit 15. August 2019 hätten keine Untersuchungen mehr stattgefunden.

Kardiologisch bestehe ein stabiler, beschwerdefreier Zustand. Orthopädisch habe seit dem 15. August 2019 keine Behandlung mehr stattgefunden, so dass davon ausgegangen werden könne, dass zumindest keine Verschlechterung eingetreten sei. Medizinisch-theoretisch könne davon ausgegangen werden, dass ab September 2019 in einer körperlich leichten Tätigkeit ohne Belastung der Schulter (Heben und Tragen, Arbeiten über der Horizontalen, stereotype Bewegungen) wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (VB 50 S. 3 f.).

3.2.2.

In seiner Stellungnahme vom 6. Juli 2020 führte Dr. med. B. _____ weiter aus, dem neu vorgelegten Kardiologiebericht vom 4. Mai 2020 (vgl. VB 57 S. 2 f.) sei zu entnehmen, dass ein stabiler kardiologischer Befund mit einer reduzierten Leistungsfähigkeit bestehe. Des Weiteren sei sogar eine Verbesserung der Diabeteseinstellung ersichtlich. Gesamthaft zeichne sich in sehr sehr kleinen Schritten eine leichte Verbesserung der Beweglichkeit im Bereich der linken Schulter ab. Es könne weiterhin an der Stellungnahme vom 15. Februar 2020 (vgl. E. 3.2.1. hiervor) festgehalten werden (VB 60).

3.3.

In ihrer Verfügung vom 6. März 2025 (VB 137) stützte sich die Beschwerdegegnerin aus medizinischer Sicht im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der estimed vom 24. September 2024, welches eine orthopädische und eine psychiatrische Beurteilung vereint. Es wurden darin interdisziplinär folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (VB 128.2 S. 14):

- St. n. einer Kniegelenkendoprothese links mit Bewegungseinschränkung (ICD-10: M17.9)
- Fibröse Schultergelenksteife links (ICD-10: M25.61)
- St. n. arthroskopischer Schultergelenksoperation links mit Supraspinatussehnennaht und Schulterdach Erweiterung am 15.01.2019 (ICD-10: M75.1L)
- St. n. arthroskopischer Schultergelenksoperation rechts mit Refixation der Supraspinatussehne und Schulterdach Erweiterung am 09.03.2010 (ICD-10: M75.1R)"

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter folgende Diagnosen auf (VB 128.2 S. 15):

- St. n. Ringbandspaltung der rechten und linken Hand wegen Digitus saltans ohne verbliebene Funktionseinbussen (2012-2021) (ICD-10: M65.3)
- St. n. Krampfaderoperation beider Ober- und Unterschenkel (1998, 2012) (ICD-10: I83)
- Initiale Kniegelenkarthrose rechts ohne Funktionseinbussen (ICD-10: M17.9)
- Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.2)"

Die Gutachter führten aus, aus psychiatrischer Sicht könne durchgehend eine volle Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Aus bidisziplinärer Sicht ergäbe sich in der bisherigen Tätigkeit seit dem Beginn der Schultergelenkerkrankung im Januar 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Für eine angepasste Tätigkeit wären körperlich leichte Tätigkeiten im Wechselrhythmus zwischen Stehen, Gehen und Sitzen freigewählt mit überwiegender Sitztätigkeit zu bevorzugen und keine Tätigkeiten über Kopf und in Vorhalte auszuführen. Aus bidisziplinärer Sicht könne rückblickend seit dem Beginn der Schultergelenkerkrankung im Januar 2019 in einer solchen Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit angenommen werden (VB 128.2 S. 17 ff.)

4.

4.1.

4.1.1.

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 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).

4.1.2.

Die von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_737/2019 vom 19. Juli 2020 E. 5.1.4 mit Verweis auf BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

4.1.3.

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben jedoch Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81, 9C_418/2010 E. 4.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_113/2019 vom 29. August 2019 E. 2.2).

4.2.

Das bidisziplinäre estimed-Gutachten vom 24. September 2024 (VB 128) wird den von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. 4.1.1, hiavor) gerecht. Das Gutachten ist in Kenntnis der Vorakten erstellt (VB 128.5) gibt die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ausführlich wieder (VB 128.6 S. 8 f.; 128.7 S. 89 f.), beruht auf allseitigen Untersuchungen der beteiligten Fachdisziplinen (VB 128.6 S. 15 ff.; 128.7 S. 15 ff.) und die Gutachter setzen sich im Anschluss an die Herleitung der Diagnosen eingehend mit den subjektiven Beschwerdeangaben bzw. den medizinischen Akten in den beteiligten Fachgebieten auseinander (VB 128.6 S. 23 ff.; 128.7 S. 19 ff.). Das Gutachten ist in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation nachvollziehbar, womit es grundsätzlich geeignet ist, den Beweis für den anspruchserheblichen medizinischen Sachverhalt zu erbringen (vgl. E. 4.1.1. hiavor).

5.

5.1.

Die Beschwerdeführerin bringt im Wesentlichen vor, auf das Gutachten der estimed könne nicht abgestützt werden. Die psychiatrische Beurteilung überzeuge nicht, da die Abweichung der Einschätzung gegenüber der behandelnden Psychiaterin nicht nachvollziehbar begründet worden sei (Beschwerde S. 4 ff.) und auch eine Indikatorenprüfung fehle (Beschwerde S. 8). Zudem seien die auf orthopädischem Fachgebiet bestehenden Schmerzen und die Wirkung der einzunehmenden Medikamente bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu wenig berücksichtigt worden (Beschwerde S. 9 ff.). Ebenso sei der rechtsgenüglihe Sachverhalt zu wenig abgeklärt, da weder die koronare 3-Gefässerkrankung noch das metabolische Syndrom berücksichtigt worden sei (Beschwerde S. 11 f.).

5.2.

5.2.1.

Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht vom 13. April 2022 aus psychiatrischer Sicht die Diagnose einer rezidivierend depressiven Störung mit somatischem Syndrom ICD-10 F 33.11. Dazu führte sie aus, die ambulante Behandlung erfolge seit Februar 2021 alle zwei Wochen bei lic. phil. D._____, delegiert durch Dr. med. C._____. Die Arbeitsunfähigkeit werde durch die somatischen Ärzte attestiert. Das Denken der Beschwerdeführerin sei kohärent, es fänden sich keine Hinweise auf psychotisches Erleben, kein Misstrauen, keine Zwänge. Subjektiv läge eine stark verminderte Konzentration vor. Die Beschwerdeführerin hätte existenzielle Ängste, sei im Affekt traurig und verzweifelt und habe wenig Hoffnung auf Besserung. Es lägen Schlafstörungen mit unterschiedlicher Schlafqualität vor, wobei dies unter Trittico retard etwas verbessert sei. Die Beschwerdeführerin hätte wenig Freude, sei aber nicht suizidal. Sie könne keine schweren Gegenstände

heben und habe durch ihre Schmerzen einen deutlich eingeschränkten Bewegungsradius und eine verminderte Kraft. Es seien Schmerzen in der linken Schulter ausstrahlend in den linken Arm und die Hand bis in die Finger vorhanden. Die Beschwerdeführerin würde gerne eine niederprozentige leichte Arbeit annehmen, wobei Dr. med. C._____ ausführte, sie sei skeptisch, inwieweit dies möglich sein werde (VB 81 S. 4 ff.).

5.2.2.

In der Folge führte Dr. med. C._____ in ihrem Verlaufsbericht vom 2. Oktober 2022 aus, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin hätte sich tendenziell verschlechtert. Es gäbe keine Änderungen der Diagnosen, eher eine Erweiterung im Vergleich zum letzten Bericht. Die Frage, ob die Beschwerden eine nachweisbare, organische Ursache hätten, könne sie nicht beantworten, weil ihr keine somatischen Befunde vorliegen würden. Die Beschwerdeführerin müsse regelmässig zum Rheumatologen in E._____ in die Behandlung, zudem müsse sie sich wegen diabetesbedingten Augenproblemen alle fünf Wochen die Augen spritzen lassen, weitere Behandlungen seien nicht bekannt (VB 97 S. 1 f.). Im Weiteren führte Dr. med. C._____ aus, in Bezug auf die frühere Tätigkeit in einer Papierfabrik sei die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu 100 % vermindert. Auch bei leichter Arbeit bestehe eine stark eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei einer Einschränkung von 70-80 %. Zudem sei die Beschwerdeführerin mehrfach körperlich eingeschränkt, sodass von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen sei (VB 97 S. 6 f.).

5.2.3.

Der Gutachter Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im psychiatrischen Teilgutachten vom 7. August 2024 aus, die Beschwerdeführerin sei wach, ohne Hinweise auf eine Störung des Bewusstseins. Ein affektiver Rapport könne problemlos hergestellt werden, sie suche aktiv den Augenkontakt und könne diesen auch halten. Dem Inhalt des Gesprächs könne die Beschwerdeführerin problemlos folgen, die Auffassung sei intakt, die Aufmerksamkeit ausdauernd und gerichtet. Der Affekt sei anfangs gedämpft, leicht niedergeschlagen und traurig. Insbesondere bei Thematisierung des gegenwärtigen Zustandes müsse die Beschwerdeführerin häufig weinen. Im Verlauf des Gesprächs wirke der Affekt jedoch ausgeglichen und mitschwingend, bei normaler Variationsbreite der Emotionen. Stellenweise könne sie auch lachen. Der Antrieb wirke initial höchstens leicht gehemmt, nehme im Verlauf adäquat an Dynamik zu und präsentiere sich insgesamt als regelrecht und schwungvoll. Es fänden sich keine Ermüdungszeichen oder Nachlassen der Konzentration gegen Ende der Exploration, es sei keine Pause beansprucht worden (VB 128.7 S. 15 f.). Aus psychiatrischer Sicht würden sich keine relevanten Inkonsistenzen hinsichtlich der Beschreibung der Krankheitsentwicklung/Symptombeschreibung der Beschwerdeführerin zeigen. Die Aktenlage zeige sich diskrepant zu den erhobenen Befunden. Im Arztbericht vom 13. April 2022

(vgl. E. 5.1.1. hiervor) sei eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom festgestellt worden, welche durch körperliche Erkrankungen ausgelöst worden sei. Eine rezidivierende depressive Erkrankung sei nicht nachvollziehbar, da bei der Beschwerdeführerin im Vorfeld an die erstmalige psychiatrische Behandlung keine depressive Episode bekannt sei. Anhand des Berichts, in dem der Schweregrad der depressiven Episode als leicht eingestuft worden sei, sei eine Anpassungsstörung eher nachvollziehbar als eine depressive Episode. Im Bericht vom 2. Oktober 2022 (vgl. E. 5.2.2. hiervor) sei eine Verschlechterung des Zustandes festgestellt worden, obwohl der Schweregrad der angeblichen depressiven Episode unverändert geblieben sei, was aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar sei. Die Art und Ausmass der Beschwerden seien durch objektivierbare Diagnosen erklärt bzw. seien plausibel. Auffallend sei jedoch, dass trotz Schmerzangaben zu tiefe Blutspiegel der Analgetika gemessen würden, was eine Schmerzbeeinträchtigung in Zweifel ziehe. Zusammenfassend seien hinsichtlich Konsistenz und Plausibilität Auffälligkeiten detektierbar (VB 128.7 S. 21 f.). Die (psychiatrischen) Beschwerden der Beschwerdeführerin würden durch Zunahme von körperlichen Beschwerden ausgelöst und stellten somit eine identifizierbare psychosoziale Belastung dar. Im psychopathologischen Befund zeige sich ein initial gedämpfter, leicht niedergeschlagener und trauriger Affekt, welcher jedoch nicht andauernder Natur sei und sich im Verlauf bis zur Normgerechtigkeit verbessere. Es hätten in der Exploration keine Antriebslosigkeit oder Interessenlosigkeit festgestellt werden können. Diese Befunde würden gegen eine manifeste depressive Episode sprechen. Es bestünden diffuse Sorgen und Ängste bezogen auf die eigene Gesundheit, die Zukunft und die Gesundheit des Sohnes. Eine manifeste Angststörung nach den Kriterien des ICD-10 könne nicht objektiviert werden. Im klinischen Kontext sei von einer Anpassungsstörung mit gemischter Angst und depressiver Reaktion auszugehen. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin punktuelle Symptome einer Episode einer Depression und von Ängsten habe, welche aber in der klinischen Gesamtbetrachtung die Diagnose einer einzelnen depressiven- oder Angststörung nicht rechtfertigten. Auch sei davon auszugehen, dass die psychopathologischen Symptome bei Fehlen der psychosozialen Belastung nicht vorhanden wären, es sich somit nicht um eine eigenständige Erkrankung handle (VB 128.7 S. 23). Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich aktuell wie auch retrospektiv keine Einschränkung des zeitlichen Arbeitspensums sowie der Leistungsfähigkeit weder in der bisherigen noch einer optimal angepassten Tätigkeit (VB 128.7 S. 26 f.).

5.2.4.

Soweit die Beschwerdeführerin dem Gutachten von Dr. med. F. _____ die bereits knapp zwei Jahre vor der Begutachtung erfolgte abweichende Beurteilung ihrer behandelnden Ärzte gegenüberstellen lässt, ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter 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). Weiter lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (statt vieler: BGE 137 V 210 E. 1.2.4. S. 224 mit Hinweis auf BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_42/2022 vom 13. April 2022 E. 4 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend nicht der Fall:

Dem Gutachter Dr. med. F._____ lagen sämtliche relevanten Unterlagen und Informationen vor. Dies betrifft vor allem die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin der Beschwerdeführerin (vgl. E. 5.2.1. und 5.2.2. hier vor). Nach Erstattung des Gutachtens gingen keine neuen Berichte behandelnder Ärzte mehr bei der Beschwerdegegnerin ein. Zudem macht die Beschwerdeführerin auch nicht geltend, ihr gesundheitlicher Zustand hätte sich seit der Begutachtung verschlechtert. Dr. med. F._____ setzt sich umfassend mit der medizinischen Einschätzung von Dr. med. C._____ auseinander (vgl. VB 128.7 S. 19 ff.) und begründet seine Einschätzung, dass bei der Beschwerdeführerin lediglich eine Anpassungsstörung und keine – schon gar nicht rezidivierende – depressive Störung vorliege, schlüssig und nachvollziehbar. Im Rahmen psychiatrischer Beurteilungen besteht sodann immer ein gewisser Ermessensspielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_548/2021 vom 25. Februar 2022 E. 7.2.1 mit Hinweisen). Vorliegend sind ausweislich der Akten weder Hinweise ersichtlich noch wurden derartige Anhaltspunkte schlüssig dargetan, wonach die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. F._____ nicht lege artis erfolgt wäre, hat er doch seine Herleitung der Diagnosen gestützt auf einen von ihm im Rahmen der Begutachtung erhobenen psychopathologischen Befund nach AMDP begründet. Bei der abweichenden Einschätzung in den Berichten von Dr. med. C._____ sind keine Aspekte ersichtlich, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_246/2018 vom 16. August 2018 E. 4.1 mit Hinweisen), womit sich angesichts der umfassenden gutachterlichen Abklärungen kein Abweichen vom Teilgutachten von Dr. med. F._____ rechtfertigt. Dies gilt insbesondere, da der Gutachter, wie vorangehend ausgeführt, nachvollziehbar begründete, weshalb er die Auffassung der Behandlerin nicht teilt. Eine mangelnde gutachterliche Auseinandersetzung mit den Beurteilungen der behandelnden Ärzte ist damit nicht ersichtlich. Der Schluss des

Gutachters, dass keine Diagnose mit Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vorliegt und die Beschwerdeführerin folglich für jegliche Tätigkeiten voll arbeitsfähig ist, ist somit nachvollziehbar. Vor dem Hintergrund, dass eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit versicherungsmedizinisch schlüssig verneint wurde, ist denn auch nicht zu beanstanden, dass vom psychiatrischen Gutachter keine Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 durchgeführt wurde (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3 S. 417). Was im Übrigen die diagnostische Herleitung und die medizinische Beurteilung des Sachverhalts durch den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin anbelangt (vgl. Beschwerde S. 5 ff.), ist darauf hinzuweisen, dass diese bereits deshalb unbehelflich sind, weil er als medizinischer Laie hierfür offensichtlich nicht befähigt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_283/2017 vom 29. August 2017 E. 4.1.2).

5.3.

5.3.1.

Zum Vorbringen der Beschwerdeführerin, es liege neu die Diagnose einer Frozen Shoulder links vor, bei welcher es sich um eine erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen handelt (Beschwerde S. 9), ist darauf hinzuweisen, dass massgebend für die Beurteilung eines Rentenanspruchs 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 (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) ist. Die Einschränkungen in der linken Schulter waren bereits im Zeitpunkt der letzten Verfügung vom 9. Juli 2020 (VB 61) bekannt und vom RAD auch entsprechend in seiner medizinischen Stellungnahme vom 15. Februar 2020 und im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils berücksichtigt worden, wenn er von einer vollen Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten ohne Belastung der Schulter (Heben und Tragen, Arbeiten über der Horizontalen, stereotype Bewegungen) ausging (vgl. E. 3.2.1. hiavor). Dass sich am Zumutbarkeitsprofil etwas geändert hat, macht die Beschwerdeführerin nicht geltend und ist auch ausweislich der Akten nicht ersichtlich, führte doch Dr. med. G._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in seinem orthopädischen Teilgutachten vom 7. Juli 2024 aus, eine optimal der Behinderung angepasste Tätigkeit dürfe seit Beginn der Schultererkrankung links im Januar 2019 keine Tätigkeiten über Kopf und in Vorhalte umfassen (VB 128.6 S. 32), was im Wesentlichen auch der Beurteilung von Dr. med. B._____ vom 15. Februar 2020 entspricht. Es ist somit auch aus orthopädischer Sicht keine erhebliche Veränderung der medizinische Situation eingetreten.

5.3.2.

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, ihre Schmerzen seien im Rahmen der Begutachtung zu wenig berücksichtigt worden (Beschwerde

S. 9 ff.), geht die Rechtsprechung in Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten davon aus, dass die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) 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 (BGE 130 V 396 E. 5.3.2 S. 399), was hier nicht der Fall ist, führt Dr. med. G._____ doch aus, es fänden sich für die berichtete Schmerzstärke bei der Wirkstoffspiegelbestimmung der angegebenen Schmerzmedikamente kein Korrelat (VB 128.6 S. 25). Zudem wurden bei der im Rahmen der Begutachtung vorgenommenen Blutanalyse (vgl. VB 128.4) alle angeblich eingenommenen Schmerzmedikamente sowohl durch den orthopädischen (vgl. VB 128.6 S. 23) als auch den psychiatrischen (vgl. VB 128.7 S. 18) Gutachter als ausserhalb der Normwerte qualifiziert. Praxisgemäss lässt ein fehlender Medikamentenspiegel hinsichtlich verordneter Medikamente auf eine mangelnde Compliance und damit einen fehlenden Leidensdruck schliessen (BGE 140 V 260 E. 3.3.3.; Urteil 8C_909/2017 vom 26. Juni 2018 E. 7.3.). Zu den zudem vorgebrachten Schlafstörungen (Beschwerde S. 10 f.) lässt sich weder dem estimated-Gutachten etwas entnehmen noch hat die Beschwerdeführerin entsprechende Berichte eingereicht, welche solche Schlafstörungen belegen würden.

5.4.

Die Beschwerdeführerin bringt ebenfalls vor, es sei keine rechtsgenügende Abklärung des Sachverhaltes durch die Vorinstanz erfolgt, da weder die Einschränkung durch die Koronare 3-Gefässerkrankung noch das Metabolische Syndrom, welches unter anderem Adipositas und Diabetes mellitus Typ II umfasse, abgeklärt worden seien (Beschwerde S. 11 f.). Die Beschwerdeführerin bringt lediglich allgemein vor, dass eine Adipositas zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit führen könne (Beschwerde S. 11). Dass sie jedoch durch die Adipositas konkret eingeschränkt wäre, bringt die Beschwerdeführerin nicht vor und solches lässt sich auch den Akten nicht entnehmen. Zur Koronaren 3-Gefässerkrankung führte Dr. med. H._____, Facharzt für Kardiologie, in seinem Bericht vom 4. Mai 2022 sogar aus, es lägen keine relevanten Arrhythmien vor. Zudem läge ein normal dimensionierter linker Ventrikel, normale systolische LV-Funktion bei EF 55%, diastolische Dysfunktion des linken Ventrikels, normale RV-Funktion, keine relevanten Klappenvitien, Hypokinese inferior, kein Hinweis auf pulmonale Hypertonie und kein Perikarderguss vor und das IVC sei nicht gestaut. Eine Arbeitsunfähigkeit attestierte er nicht, sondern empfahl lediglich eine kardiologische Nachkontrolle in einem Jahr (VB 95 S. 4 f.). Dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegen würde, lässt sich dem Bericht damit gerade nicht entnehmen und eine solche macht die Beschwerdeführerin ausweislich der übrigen Akten zu Recht auch nicht geltend. Zudem läge es im Rahmen der Möglichkeiten einer Gutachtenstelle, in Rücksprache mit der

IV-Stelle allenfalls weitere Disziplinen vorzuschlagen, wenn sie die Disziplinenwahl des RAD nach pflichtgemässer Würdigung für versicherungsmedizinisch nicht vertretbar hielte (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 352 f.), was die Gutachter vorliegend offensichtlich nicht für notwendig gehalten haben. Ebenso ist darauf hinzuweisen, dass auch der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin im Einwandsverfahren explizit nur ein orthopädisch-(rheumatologisch-)psychiatrisches Gutachten gefordert hatte (vgl. VB 114 S. 3 f.), welchem Begehren die Beschwerdegegnerin in der Folge auch entsprochen hat. Dies lässt darauf schliessen, dass selbst er – gestützt auf dieselben aus kardiologischer und internistischer Sicht vorliegenden Akten – nicht von einer Einschränkung in kardiologischer oder internistischer Sicht ausgegangen ist.

5.5.

Zusammenfassend sind demnach keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche gegen die Vollständigkeit und Schlüssigkeit des estimated-Gutachtens vom 24. September 2024 sprechen. Der medizinische Sachverhalt erweist sich vor diesem Hintergrund als vollständig abgeklärt, weshalb auf weitere Abklärungen oder ein polydisziplinäres Gutachten (vgl. Rechtsbegehren Ziff. 2) in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist, da von diesen keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. BGE 144 V 136 E. 6.5 S. 368 mit Hinweisen).

5.6.

Damit ist bei der Beschwerdeführerin seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 9. Juli 2020 überwiegend wahrscheinlich keine andauernde gesundheitliche Verschlechterung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in rentenbegründendem Ausmass eingetreten. Das Vorliegen eines Revisionsgrundes nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist somit zu verneinen, womit es beim bisherigen Rechtszustand bleibt (vgl. E. 2.2. hiervor) und sich weitere Ausführungen erübrigen. Die Verfügung vom 6. März 2025 ist folglich zu bestätigen.

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. Oktober 2025

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

1. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Kathriner

Bächli