

# **AG\_VERSICHERUNGSGERICHT VBE.2024.256 vom 27. Januar 2025**

Ag Versicherungsgericht, 2025-01-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ag\\_versicherungsgericht\\_VBE.2024.256](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ag_versicherungsgericht_VBE.2024.256)

FR: AG\_VERSICHERUNGSGERICHT VBE.2024.256 du 27 janvier 2025

IT: AG\_VERSICHERUNGSGERICHT VBE.2024.256 del 27 gennaio 2025

## **Erwägungen**

### **E. 4**

Die Beschwerdeführerin bringt vor, das von der RAD-Ärztin definierte Zutunbarkeitsprofil lasse sich mit den von den behandelnden Ärzten attestierten Einschränkungen nicht vereinbaren (vgl. Beschwerde Ziff. 9 S. 11 f.).

### **E. 5**

Den Berichten der behandelnden Ärzte lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

#### **E. 5.1**

Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Praktischer Arzt und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, führte, nachdem er am 24. März 2022 eine Sonographie der beiden Achillessehnen durchgeführt hatte, in seinem Bericht vom 28. März 2022 aus, dass immer noch eine hartnäckige Tendinopathie der Achillessehne beidseits bestehe; momentan links mehr als rechts (VB 25 S. 16).

- 7 -

#### **E. 5.2**

Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Radio-Onkologie/Strahlentherapie, führte auf Zuweisung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ eine antiinflammatorische Radiotherapie an beiden Achillessehnen der Beschwerdeführerin durch (vgl. VB 25 S. 16). In ihrem "Nachkontrollbericht" vom 31. Mai 2022 führte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin habe über eine leichte Schmerzverminderung nach Abschluss der Radiotherapie berichtet. Die Schmerzen seien jedoch aktuell, drei Wochen danach, wieder zunehmend. Falls die Schmerzen nach sechs bis acht Wochen noch persistieren würden oder diese allgemein [nicht] besser werden würden, könnte man sich die Durchführung einer Re-Bestrahlung überlegen (VB 25 S. 11).

#### **E. 5.3**

Am 15. Juli 2022 wurde ein MRI des OSG links durchgeführt. Gemäss dem entsprechenden Bericht des Kantonsspitals F.\_\_\_\_\_, Radiologie, vom nämlichen Datum zeigten die bildgebenden Befunde eine ausgeprägte Insertionstendinopathie der linken Achillessehne mit Reizödem im Tuberculum calcanei und eine mässige Arthrose im Chopart-Gelenk mit Reizödem im Os cuboideum und Os naviculare (VB 25 S. 8 f.). Das am 25. Juli 2022 aufgrund eines paralumbalen Schmerzes rechts mit Ausstrahlung in den rechten Fuss ebenfalls im Kantonsspital F.\_\_\_\_\_ durchgeführte MRI der LWS ergab gemäss dem gleichentags verfassten Bericht eine Bandscheibengeneration L3-S1 mit flachen Protrusionen, mässige foraminale Stenosen L4/5 rechts mit möglicher Tangierung der L4-Wurzel und zusätzlich auch links foraminale Stenosen L4-S1 und rezessal L4/5 mit

jeweils möglicher Tangierung der entsprechenden Nervenwurzeln (VB 25 S. 6 f.).

#### **E. 5.4**

Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 12. August 2022 fest, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein therapierefraktäres Mischbild aus tendino- pathisch veränderten Achillessehnen beidseits, wozu auch der MRI-Befund der Füsse vom 15. Juli 2022 mit degenerativen Veränderungen passe. Im Weiteren gebe es degenerative Veränderungen im Bereich des Ach- senskeletts mit neuroforaminalen Engen, linksbetont. Da er sich das hart- näckige, sich ausweitende Beschwerdebild der Beschwerdeführerin aus rein rheumatologischer Sicht nicht schlüssig erklären könne, bitte er um eine neurologische Untersuchung. Die Beschwerdeführerin habe ihn ge- ten, ihr ein "100%-iges Arbeitsunfähigkeitszeugnis" auszustellen. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Attestierung einer 100%igen Arbeitsunfä- higkeit nicht gerechtfertigt. Eine sitzende Arbeit sollte möglich sein. Er wolle sich diesbezüglich nicht festlegen; es bestehe aber sicherlich eine Restar- beitsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf. Ein Zeugnis habe er nicht aus- gestellt (VB 25 S. 4).

- 8 -

#### **E. 5.5**

Aus dem Sprechstundenbericht des Kantonsspitals G.\_\_\_\_\_, Endokrinolo- gie/Diabetologie, vom 1. Juni 2023 geht hervor, dass der Blutzucker unter der Therapie mit Semaglutid und Metformin relativ gut kontrolliert sei. Als Sekundärkomplikation im Rahmen des langjährigen Diabetes mellitus Typ 2 bestehe eine Mikroalbuminurie; ein ACE-Hemmer sei etabliert. Die arterielle Hypertonie und die Dyslipidämie würden medikamentös behan- delt werden (VB 60 S. 18).

#### **E. 5.6.1**

Auf Antrag der Beschwerdeführerin holte die Beschwerdegegnerin im Rah- men des Einwandverfahrens diverse Berichte der Klinik H.\_\_\_\_\_ ein.

#### **E. 5.6.2**

Im Bericht der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2022 betreffend die am 22. November 2022 durchgeführte physiotherapeutische Standortbestim- mung wurde festgehalten, dass für die rechts dominanten LWS-Schmerzen keine klaren muskuloskelettalen Auffälligkeiten hätten gefunden werden können. Es hätten sich keine facettären Auffälligkeiten gezeigt. Am ehesten seien eine allgemeine Sensibilisierung im Bereich der gesamten LWS und des thorakolumbalen Übergangs aufgefallen sowie auch eine muskuläre Dekonditionierung im Bereich der gesamten Bein- und Rumpfmuskulatur. Bezüglich der Schmerzen im Bereich der Achillessehnen beidseits sowie der Fersen beidseits sei von einer Reizung der Achillessehne im unteren Drittel auszugehen. Linksseitig habe zudem aufgrund des positiven neuro- dynamischen Tests für den Nervus ischiadicus und der Reproduzierbarkeit sowie Beeinflussbarkeit der bekannten Beschwerden im Bereich der linken Wade und Achillessehne auch eine mögliche neurogene Kompo- nente ge- funden werden können. In der Gesamtsituation spielten aus physiothe- rapeutischer Sicht sicherlich auch die allgemeine Dekonditionierung und das schmerzbedingte Vermeiden von körperlichen Aktivitäten eine wichtige Rolle. Daher sollte aus physiotherapeutischer Sicht eine graduelle aktive Physiotherapie angegangen werden, damit die Beschwerdeführerin ihren Alltag wieder aktiver gestalten könne (VB 65 S. 14).

### **E. 5.6.3**

Im Bericht vom 6. Januar 2023 stellten der stellvertretende Chefarzt des Zentrums für Schmerzmedizin der Klinik H. \_\_\_\_\_ Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fach- arzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, und die Psy- chotherapeutin J. \_\_\_\_\_ folgende Diagnosen (VB 65 S. 10): • Achillodynie, Insertionstendinopathie der Achillessehne beidseits, links mehr als rechts; ICD-10 M76.6 • Fusschmerz bei Haglundexostose und Senk-Spreizfuss, links mehr als rechts; ICD-10 M21.07

- 9 - • Rückenschmerzen, Lumbosakralbereich, pseudoradikulär, am ehesten S1 rechts, kombiniert myofacettogen; ICD-10 M54.97 • Rückenschmerzen: Zervikalbereich, pseudoradikulär, etwa analog C7 rechts, mit teilweiser Ausstrahlung in den Hinterhauptbereich; DD: Span- nungskopfschmerz, myogene Komponenten; ICD-10 M54.82 • Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Fakto- ren; ICD-10 F45.41 • Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Epi- sode; ICD-10 F33.0 • Kontakthanlässe mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände; ICD-10 Z65 • Nebendiagnosen gemäss Zuweisungsschreiben/Eigenanamnese: [...]; ICD-10 Z87.8 • Kontakthanlässe mit Bezug auf das Berufsleben; ICD-10 Z56 • Andere Kontakthanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis; ICD-

### **E. 5.6.4**

Im Bericht vom 27. Februar 2023 betreffend die am 10. Januar 2023 durch- geführte neurologische Untersuchung diagnostizierte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ neu (zusätzlich) eine Hypästhesie der gesamten rechten Körperseite für alle Qualitäten im Sinne eines sensiblen Hemisyndroms rechts als Zeichen des chronifizierten rechtsseitigen Schmerzes (ICD-10 R20.8). Bezüglich der Zervikobrachialgie rechts hielt er fest, dass die anamnestischen Angaben auf eine mögliche Radikulopathie C7 rechts hinweisen könnten. Klinisch- neurologisch ergebe sich indes kein klarer entsprechender Hinweis, und auch bildgebend finde sich kein klares Korrelat. Elektrophysiologisch wür- den sich auch keine neuen richtungsweisenden Befunde ergeben. Bezüg- lich der Lumboischialgie rechts könnten die anamnestischen Angaben auf eine mögliche Radikulopathie L5 oder S1 hinweisen. Die bildgebenden Vor- befunde würden durchaus damit übereinstimmen, wobei die Befundlage nicht eindeutig sei. Elektrophysiologisch weise insbesondere das EMG auf eine mögliche neurogene Schädigung des Kennmuskels L4 rechts hin (dis- kret auch L5 rechts), was bezüglich L4 mit dem MRI korreliere (VB 65 S. 8).

### **E. 5.7**

Im Bericht vom 6. April 2024, den die Beschwerdeführerin der Beschwer- degegnerin nach Erlass der angefochtenen Verfügung einreichte, diagnos- tizierte der Psychotherapeut M. Sc. K. \_\_\_\_\_ eine rezidivierende

- 10 - depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Fakto- ren (ICD-10 F45.41). Er führte aus, die Beschwerdeführerin sei vom 16. November 2023 bis zum 25. Januar 2024 in seiner psychotherapeuti- schen Behandlung gewesen und habe insgesamt drei Sitzungen besucht. Die Beschwerdeführerin leide, seit sie vor eineinhalb Jahren von der Ar- beitgeberin, bei der sie seit 1996 angestellt gewesen sei, die Kündigung erhalten habe, an Rücken- und Beinschmerzen und habe Diabetes melli- tus. Die Beschwerden bringe sie mit der Kündigung in Zusammenhang; da- vor habe sie "nicht geklagt". Vor vier Jahren sei ihre Mutter verstorben. Ihr Bruder sowie ein Neffe seien verunglückt. Seither leide sie

zunehmend an Stimmungsschwankungen, Appetitlosigkeit, Interessenlosigkeit, habe ständig kreisende Gedanken, frage sich oft, ob ihr Leben überhaupt einen Sinn habe, und wünsche sich zu sterben. Suizidgedanken oder -versuche seien nicht bekannt. "Ausser Schmerzmitteln [nehme] sie keine Psychopharmaka ein". Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin könne er als Psychotherapeut nicht beurteilen (VB 71 S. 2 f.). 6. 6.1. Aufgrund der Aktenlage erweist sich das Abstellen auf eine reine Aktenbeurteilung, wie sie RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 28. Februar 2024 (VB 67 S. 2 ff.) vorgenommen hat, als Beweisgrundlage als zulässig. Insbesondere ergibt sich aus den auf persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin beruhenden sowie ein vollständiges und unumstrittenes Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status zeigenden Akten mit zahlreichen klinischen und apparativen Untersuchungsbefunden ein feststehender medizinischer Sachverhalt, womit sich weitere Untersuchungen erübrigen. Die Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ ist in sich schlüssig und plausibel begründet. Sie gelangte in Kenntnis der Vorakten, nach Auseinandersetzung mit den bereits ergangenen medizinischen Einschätzungen, in Würdigung der Ergebnisse der in den Akten dokumentierten Untersuchungen und unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden zu ihrer nachvollziehbar begründeten Einschätzung, dass der Beschwerdeführerin eine wechselbelastende vorwiegend leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei (vgl. VB 67 S. 4 und VB 26). Eine dem widersprechende begründete fachärztliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung lässt sich den Akten nicht entnehmen. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin ging der behandelnde Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_, der sich die geklagten Beschwerden aufgrund der im Rahmen seiner fundierten rheumatologischen Untersuchung erhobenen Befunde nicht schlüssig erklären konnte, nicht von einem anderen Zumutbarkeitsprofil aus (vgl. Beschwerde Ziff. 9 S. 12). Er führte in seinem Bericht vom

#### **E. 10**

Z63 Aus schmerzpsychologischer Sicht sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen (ICD-10 F45.41). Die Beschwerdeführerin schildere psychosoziale Belastungsfaktoren biographisch (ICD-10: Z65) sowie im familiären (ICD-10 Z63) und im beruflichen (ICD-10: Z56) Bereich, ein Durchhalteverhalten und Ängste in Zusammenhang mit den Schmerzen sowie eine depressive Symptomatik, welche differentialdiagnostisch im längeren Psychotherapieverlauf noch genauer einzuschätzen wäre (Verdacht auf ICD-10 F33.0; vgl. VB 65 S. 12).

#### **E. 12**

November 2019 E. 3.2 mit Hinweisen) – eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostizierten, den Verdacht auf eine rezidivierende Störung, gegenwärtig leichte Episode, äuserten und der Beschwerdeführerin empfahlen, sich einer Psychotherapie zu unterziehen (VB 65 S. 10). Dieser Empfehlung kam die Beschwerdeführerin daraufhin insofern nach, als sie sich rund zehn Monate später, und nachdem ihr die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 20. Juni 2023 die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht gestellt hatte (vgl. VB 54), am 16. November 2023 bei M. Sc. K.\_\_\_\_\_ in psychotherapeutische Behandlung begab und diesen in der Folge, bevor sie die Therapie am 25. Januar 2024 abbrach, noch zwei weitere Male konsultierte. Einer fachärztlich-psychiatrischen Behandlung unterzog sie sich ebenso wenig wie einer Psychopharmakotherapie, und M. Sc. K.\_\_\_\_\_, der diagnostisch von einer rezidivierenden

depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, sowie

- 12 - einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ausging, empfahl ihr lediglich eine Behandlung mit Johanniskraut (VB 71 S. 3). Sowohl aus dem Bericht der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 6. Januar 2023 als auch aus demjenigen von M. Sc. K.\_\_\_\_\_ vom 6. April 2024 geht sodann hervor, dass die psychischen Beschwerden vor dem Hintergrund diverser belastender psychosozialer Faktoren, namentlich der Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch die Arbeitgeberin nach über 25 Jahren, zu sehen sind (vgl. VB 10 f.; VB 71 S. 2 f.; zur fehlenden invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz einer Arbeitsunfähigkeit, die durch mit psychosozialen oder soziokulturellen Belastungsfaktoren zu erklärenden psychische Beeinträchtigungen bedingt ist, vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_544/2022 vom 3. März 2023 E. 2.4 mit Hinweis). Die Beurteilung, ob ein psychisches Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, hat zwar rechtsprechungsgemäss – wie die Beschwerdeführerin zu Recht ausführt – grundsätzlich anhand eines Prüfungsrasters mit einem Katalog von (Standard-)Indikatoren zu erfolgen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4 S. 296 ff.; BGE 143 V 418). Eine entsprechende Prüfung ist jedoch dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiskräftiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 und 143 V 418 E. 7.1 S. 428 f.). Vor dem Hintergrund der bereits geschilderten konkreten Gegebenheiten, der im Wesentlichen unauffälligen psychischen Befunde (VB 65 S. 12; VB 71 S. 3) sowie der Tatsache, dass der Beschwerdeführerin weder von einem Arzt noch vom – nur kurzzeitig – von ihr konsultierten Psychotherapeuten je eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen attestiert wurde, ist – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Plädoyernotizen S. 2 f.) – nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_, wonach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine psychische Gesundheitsstörung, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin länger einschränke, vorliegt (VB 67 S. 4), von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer den somatischen Beeinträchtigungen angepassten Tätigkeit ausging, ohne hinsichtlich der psychischen Symptomatik eine Indikatorenprüfung durchzuführen. Dem steht auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben anlässlich der Verhandlung vom 9. Januar 2025 zwischenzeitlich wieder – nun bei einer Psychotherapeutin – in psychotherapeutischer Behandlung steht (vgl. Verhandlungsprotokoll S. 2 f.), nicht entgegen. Folglich ist auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin, es sei eine interdisziplinäre Abklärung erforderlich, nicht weiter einzugehen (vgl. Plädoyernotizen S. 2 f.; Verhandlungsprotokoll S. 3 f.). Daran vermag auch der Umstand, dass die RAD-Ärztin nicht über den Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt (Beschwerde Ziff. 8 S. 10), nichts zu ändern. Das Fehlen einer einschlägigen Facharzt-

- 13 - qualifikation allein genügt nämlich grundsätzlich nicht, um einer RAD-Stellungnahme den Beweiswert abzusprechen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_582/2020 vom 8. September 2021 E. 3.3 und 9C\_635/2015 vom

## **E. 16**

Oktober 2015 E. 3.2 mit Hinweis). 6.3. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, auf die Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ könne schon deshalb nicht abgestellt werden, weil diese über keine Berufsausübungsbewilligung des Kantons Aargau verfüge

und diejenige des Kantons Basel-Stadt seit 2021 inaktiv sei (vgl. Beschwerde Ziff. 8 S. 10; Plädoyernotizen S. 1; vgl. auch <https://www.medregom.admin.ch/medreg/search>, zuletzt besucht am 22. Januar 2024), ist darauf hinzuweisen, dass es gemäss Art. 34 Abs. 1 MedBG (nur) einer Bewilligung des Kantons, auf dessen Gebiet der universitäre Medizinalberuf ausgeübt wird, bedarf, wenn dieser in eigener fachlicher Verantwortung ausgeübt wird. Für Personen, die unter fachlicher Aufsicht stehen und die Qualität deren Leistungen somit gewährleistet ist, sieht das Gesetz dagegen keine Bewilligungspflicht vor (vgl. Botschaft vom

## **E. 18**

November 2015 zum Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe, BBl 2015 8715 ff., 8727, 8747, 8763 f.). Der RAD untersteht gemäss Art. 50 IVV der fachlichen Aufsicht des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV), weshalb Dr. med. C.\_\_\_\_\_ als RAD-Ärztin keiner (aktiven) Berufsausübungsbewilligung bedarf. Zudem besteht kein Anlass, daran zu zweifeln, dass Dr. med. C.\_\_\_\_\_ über den von ihr angeführten Dokortitel verfügt. Der Fachtitel "Praktische Ärztin" ist nicht mit der Bezeichnung "med. pract" zu verwechseln. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach sich Dr. med. C.\_\_\_\_\_ den Dokortitel anmasse (vgl. Beschwerde Ziff. 8 S. 10; Verhandlungsprotokoll S. 3 f.), erweisen sich als haltlos. Ohnehin ist der Dokortitel der RAD-Ärztin kein Kriterium zur Beurteilung deren fachlichen Befähigung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_572/2012 vom 18. Oktober 2012 E. 2.2.1 mit Hinweisen). 6.4. Nach dem Gesagten bestehen keine auch nur geringen Zweifel an der Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit der Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2022 und 28. Februar 2024, weshalb darauf abgestellt werden kann und dementsprechend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist. Der anspruchrelevante medizinische Sachverhalt erweist sich vor diesem Hintergrund als vollständig abgeklärt. Auf weitere Abklärungen (vgl. Beschwerde Ziff. 9 f. S. 11 ff.; Verhandlungsprotokoll S. 4; Plädoyernotizen S. 3) ist in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten, da von diesen betreffend den massgebenden, bis zum Verfüngszeitpunkt eingetretenen Sachverhalt (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C\_341/2018 vom 13. August 2018

- 14 - E. 2.2), keine weiteren anspruchrelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368 mit Hinweisen). 7. 7.1. Die Beschwerdegegnerin nahm die Bemessung des Invaliditätsgrades nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs vor (vgl. Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG). Sie ging in der angefochtenen Verfügung von einem Valideneinkommen von Fr. 53'501.00 aus. Das Invalideneinkommen setzte sie gestützt auf die Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BfS), Total, Kompetenzniveau 1, Frauen, unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit und der Nominallohnentwicklung auf Fr. 53'840.00 fest. Ausgehend von diesem Vergleichseinkommen ermittelte sie eine Erwerbseinbusse von Fr. 0.00 und dementsprechend einen – ren-tenausschliessenden (vgl. Art. 28b IVG) – Invaliditätsgrad von 0 % (VB 68 S. 2). 7.2. Das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Valideneinkommen wird von der Beschwerdeführerin – nach Lage der Akten zu Recht – nicht beanstandet. Dass aufgrund der Medienmitteilung der SGK des Nationalrates vom 3. Mai 2024 für die Berechnung des Invalideneinkommens die realen Beschäftigungsmöglichkeiten der Versicherten zu berücksichtigen seien und deshalb nicht auf lohnstatistische Angaben

abgestellt werden dürfe (Beschwerde Ziff. 11 S. 14), ist sodann unzutreffend. In zeitlicher Hinsicht finden nämlich grundsätzlich diejenigen Rechtsgrundlagen Anwendung, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhaltes Geltung haben (BGE 138 V 475 E. 3.1 S. 478 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_820/2018 vom 17. April 2019 E. 3.3 mit Hinweisen). Würde ein allenfalls zukünftiges Recht wie geltendes Recht angewendet werden, käme dies einer unzulässigen positiven Vorwirkung gleich (vgl. HÄFE-LIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 8. Aufl. 2020, Rz. 298 f.). Somit ist für die Festsetzung des Invalideneinkommens primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine bzw. keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301 mit Hinweis unter anderem auf BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475). Dabei wird üblicherweise die Tabelle TA1, Zeile "Total", herangezogen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_458/2017 vom 6. August 2018 E. 6.2.3). Vor diesem Hintergrund setzte die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen zu Recht gestützt auf den entsprechenden Tabellenlohn der LSE fest.

- 15 - 7.3. Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, ihr sei bei der Festsetzung des Invalideneinkommens ein leidensbedingter Abzug von mindestens 15 % zu gewähren (vgl. Beschwerde Ziff. 11 S. 14). Da selbst bei Gewährung des maximal möglichen (und vorliegend offensichtlich nicht gerechtfertigten) Abzugs vom Tabellenlohn in der Höhe von 25 % (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182; Urteil des Bundesgerichts 8C\_823/2023 vom 8. Juli 2024 E. 10.6) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 % (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) resultierte, erübrigen sich weitere Ausführungen dazu. 8. 8.1. Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen. 8.2. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis 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. 1'000.00. Sie sind gemäss dem Verfahrensausgang der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 8.3. 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. 1'000.00 werden der Beschwerdeführerin auferlegt. 3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

- 16 - 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, 27. Januar 2025 Versicherungsgericht des Kantons Aargau 4. Kammer Der Präsident: Die

**Gerichtsschreiberin: Roth Biehler**

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