

GR_GERICHTE SV1 2024 76 vom 14. Januar 2025

GR Gerichte, 2025-01-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV1_2024_76

FR: GR_GERICHTE SV1 2024 76 du 14 janvier 2025

IT: GR_GERICHTE SV1 2024 76 del 14 gennaio 2025

Regeste

Versicherungsleistungen nach IVG | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Nach Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. August 2024 stellt eine solche anfechtbare Verfügung der Invalidenversicherung und folglich ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem heutigen Obergericht des Kantons Graubünden dar, auf das bei Inkrafttreten des GOG (BR 173.000) per 1. Januar 2025 hängige Verfahren des Verwaltungsgerichts übertragen worden sind (Art. 122 Abs. 5 GOG). Die sachliche Zuständigkeit des Obergerichts ergibt sich aus Art. 57 ATSG (SR 830.1) i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100). Als Adressatin der strittigen Verfügung ist die Beschwerdeführerin davon berührt und sie weist ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung auf (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 38 f. sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit – unter Vorbehalt der nachfolgenden Erwägung – einzutreten.

E. 6

/ 26 2. Der Streitgegenstand erschöpft sich in der Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht mangels glaubhaft gemachter Verschlechterung des Gesundheitszustands durch die Beschwerdeführerin nicht auf deren Leistungsbegehren eingetreten ist. Soweit Letztere einen darüber hinausgehenden Antrag stellt bzw. darüber hinausgehende Ausführungen macht, ist darauf nicht einzutreten resp. sind diese von vornherein nicht zu hören. 3. In Bezug auf das anwendbare Recht ist festzuhalten, dass seit dem 1. Januar 2022 die revidierten Bestimmungen des IVG (sowie des ATSG) und der IVV (SR 831.201) in Kraft sind (Weiterentwicklung der IV). Die angefochtene Verfügung erging nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020. Da die massgebenden Bestimmungen betreffend Voraussetzung des Glaubhaftmachens einer Änderung des Gesundheitszustands (vgl. Art. 87 Abs. 2 f. IVV) unverändert geblieben sind, stellen sich diesbezüglich keine intertemporalrechtlichen Fragen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_677/2023 vom 22. August 2024 E. 2.2, 8C_555/2023 vom 4. Januar 2024 E. 3.5, 8C_531/2022 vom 23. August 2023 E. 3.1 und 8C_465/2022 vom 18. April 2023 E. 3.1). 4.1. Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn damit glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV; vgl. BGE 149 V 177 E. 3.6.2; Urteile des Bundesgerichts 9C_725/2023 vom 2. Mai 2024 E. 3.3, 8C_531/2022 vom 23. August 2023 E. 3.2.1, 9C_556/2021 vom 3. Januar

2022 E. 2.1 und 8C_481/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 2.2). Eine solche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse kann namentlich in einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verminderter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Beeinträchtigung der Gesundheit liegen. Dagegen stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts keine relevante Änderung dar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_46/2023 vom 23. April 2024 E. 3.3, 8C_477/2020 vom 25. November 2020 E. 4.2, 8C_207/2020 vom 5. August 2020 E. 4.1, 8C_514/2019 vom 23. Dezember 2019 E. 3.1 und 8C_606/2019 vom 5. Dezember 2019 E. 3.2 m.w.H.). Es obliegt der versicherten Person, die Voraussetzung des veränderten Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_238/2023 vom 24. Mai 2023 E. 3.1, 9C_552/2022 vom 20. März 2023 E. 3.1 und 8C_455/2020 vom 20. Oktober 2020 E. 3.1 m.w.H.). Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss also nicht nach dem im

E. 6.1

In der angefochtenen Verfügung vom 15. August 2024 trat die Beschwerdegegnerin mangels glaubhaft gemachter Veränderung der Verhältnisse nicht auf das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin ein (vgl. IV-act. 244). Dabei stützte sie sich auf die Beurteilung von RAD-Ärztin Dr. med. S._____ vom 23. Juli 2024 ab. Darin führte diese insbesondere aus, in den Akten sei keine ADHS- Diagnose gestellt worden. Zudem seien die vom behandelnden Psychiater ausgewiesenen Defizite (eingeschränkte neuropsychologische Leistungen in den Bereichen Exekutivfunktionen und Lernen) bereits im Gutachten von lic. phil. K._____ erwähnt und im Rahmen der Abschlussbeurteilung gewürdigt worden. Es lägen keine neuen Erkenntnisse vor. Die Beschwerdeführerin sei umfassend fachärztlich abgeklärt worden (vgl. IV-act. 245 S. 8 ff.).

E. 6.2

Demgegenüber ist die Beschwerdeführerin der Auffassung, dass sie mit den im Recht liegenden Berichten der behandelnden Fachpersonen eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands seit der letzten Begutachtung glaubhaft gemacht hat.

E. 6.2.1

Zunächst wiesen der Co-Leitende Arzt Q._____ und Oberpsychologin R._____ der Psychiatrischen Dienste Graubünden (Klinik D._____) in ihrem Bericht vom 26. Februar 2024 über die ambulanten ADHS-Sprechstunden vom 22. November 2023 und 6. Dezember 2023 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), sowie einen hochgradigen Verdacht auf eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.9) aus (vgl. act. B.3 = IV-act. 236 S. 7). Im Rahmen ihrer Beurteilung führten sie insbesondere aus, gestützt auf den CAARS-Fremdbeurteilungsfragebogen ergebe sich ein auffälliger ADHS-

E. 6.2.2

Sodann erfolgte eine weitere Untersuchung am 16. Dezember 2023. Im entsprechenden Bericht vom selben Tag wies Dr. phil. N._____, Klinik C._____, eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0; DSM: 5:314.01), Dysfunktionen der Emotionsregulation (Unsicherheit, dauernde innere Unruhe, begleitet durch Gedankenrasen) und eine erhöhte Sensitivität aus (vgl. act. B.2 = IV-act. 235 S. 3). In seiner

Beurteilung hielt er namentlich fest, die Auswertung des ADHS-Fragebogens zeige, dass die Beschwerdeführerin den Cut-Off-Wert für Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität erfülle. Die Symptome träten in mindestens

E. 6.2.3

Im Weiteren erfolgte am 17. Januar 2024 erneut eine neuropsychologische Untersuchung. Im entsprechenden Bericht vom 1. März 2024 stellten Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Chefarzt Alterspsychiatrie, sowie Oberpsychologin P._____ der Klinik D._____ eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung fest (vgl. act. B.4 = IV-act. 234 S. 1). Im Rahmen ihrer Beurteilung führten sie insbesondere aus, im Vordergrund

E. 6.2.4

Schliesslich berichtete der behandelnde Psychiater Dr. med. M._____ am 26. Juni 2024 insbesondere, zwei unterschiedliche Fachstellen hätten neue Ergebnisse hinsichtlich der ADHS-Diagnose und der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin geliefert. Nach seiner medizinischen Einschätzung liege betreffend die aktuelle Tätigkeit eine mindestens 60%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Hinsichtlich einer leichten angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu max. 45 bis 50 % arbeitsfähig. Zu betonen sei, dass Letztere seit Jahren an einer chronischen mittelschweren Depression leide. Die chronische Erschöpfung, Antriebslosigkeit und phasenweise gedrückte Stimmung der Beschwerdeführerin begleiteten die ADHS-Symptomatik. Es sei vor ca. zweieinhalb Monaten mit der Behandlung mit Ritalin-Tabletten begonnen worden. Die Einstellung der medikamentösen Behandlung laufe noch. Es könne festgestellt werden, dass die Beschwerdeführerin besser in der Lage sei, ihren Alltag zu planen und zu organisieren. Auch sei ihre Aufmerksamkeit bzw. Konzentration bemerkbar besser geworden. Allerdings komme es nachmittags häufig zu einer Verschlechterung der erwähnten Funktionen. Die Beschwerdeführerin könne ihre Arbeit infolge der Wirkung der neuen medikamentösen Therapie schon jetzt teilweise zuverlässiger und wirksamer erledigen. Die mittelschwere chronifizierte depressive Symptomatik sowie die neu diagnostizierte ADHS beeinträchtigten generell und bedeutend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. act. B.8 = IV-act. 242).

E. 6.3

Zwar ist der Beschwerdegegnerin darin beizupflichten, dass die neuropsychologische Abklärung durch lic. phil. K._____ vom 13. September 2022 und die psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. L._____ vom 6. Dezember

E. 6.4

In neuropsychologischer Hinsicht wiesen Dr. med. O._____ und Oberpsychologin P._____ der Klinik D._____ in ihrem Bericht vom 1. März 2024 eine funktionelle Auswirkungen zeitigende leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung aus (vgl. act. B.4 = IV-act. 234 S. 1 und S. 3). Dabei stellten sie insbesondere schwere kognitive Funktionsminderungen betreffend die Exekutivfunktionen Umstell- und Planungsfähigkeit fest (vgl. act. B.4 = IV-act. 234 S. 3 und dazugehöriges Befundblatt mit ausgewiesener schwerer Beeinträchtigung der mentalen Flexibilität [TMT-B] und der Planungsfähigkeit [TL-D]). Demgegenüber ging lic. phil. K._____ in seinem Bericht vom 19. September 2022 von einer leichten neuropsychologischen Funktionsschwäche mit funktionellen Auswirkungen aus, wobei er ebenfalls Minderleistungen in der Handlungsplanung sowie beim Entscheiden feststellte (vgl. IV-act. 151 S. 20 ff.; siehe auch IV-act. 151 S. 28; vgl.

ferner act. B.2 = IV-act. 235 S. 2, wonach Dr. phil. N._____ in seinem Bericht vom

E. 6.5

In psychiatrischer Hinsicht ist festzuhalten, dass der Co-Leitende Arzt Q._____ und Oberpsychologin R._____ der Klinik D._____ in ihrem Bericht vom 26. Februar 2024 über die ADHS-Abklärungen vom 22. November 2023 und 6. Dezember 2023 namentlich einen hochgradigen Verdacht auf eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.9) diagnostizierten (vgl. act. B.3 = IV-act. 236 S. 7). Diesbezüglich erachteten sie in befundlicher Hinsicht bei einem WURS- k-Summenwert von 38 Punkten die Kriterien für ein ADHS in der Kindheit als erfüllt. Auch waren gemäss ADHS-Selbstbeurteilungsfragebogen betreffend Aufmerksamkeitsstörungen neun von neun, bezüglich Hyperaktivität fünf von fünf sowie betreffend Impulsivität vier von vier Items und damit die Kriterien für ein adultes ADHS nach ICD-10 erfüllt. Zudem ergab der CAARS- Fremdbeurteilungsfragebogen eine leicht überdurchschnittliche Ausprägung der ADHS-Symptome (ADHS-Index). Im Weiteren wurde zur Erfassung der ADHS-

E. 6.6

Soweit der behandelnde Psychiater Dr. med. M._____ in seinem Bericht vom

E. 6.7

Ferner liegt bei der Beschwerdeführerin seit längerer Zeit eine depressive Symptomatik vor, wobei diese auch gutachterlich abgeklärt wurde. So wurde bereits im Rahmen des stationären Aufenthalts der Beschwerdeführerin in der Klinik E._____ vom 13. Juli 2019 bis zum 14. September 2019 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) diagnostiziert (vgl. IV-act. 14 S. 5 und 25 S. 7; siehe auch IV-act. 25 S. 3, wonach die damalige Hausärztin Dr. med. T._____ in ihrem Bericht vom 31. Oktober 2019 ebenfalls die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auswies). Daraufhin stellte der früher behandelnde Psychiater Dr. med. D._____ in seinem Bericht vom 16. Januar 2020 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) mit funktionellen Auswirkungen fest (vgl. IV-act. 30 S. 4). Med. pract. E._____ wies in ihrem zuhanden der Krankenversicherung erstatteten psychiatrischen Gutachten vom 4. Oktober 2020 dieselbe Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus und hielt insbesondere fest, im Gesamtbefund zeige sich eine Symptomatik, welche mit einer depressiven Störung vereinbar und auf der Affektebene leicht bis mittelgradig bzw. auf der psychovegetativen sowie somatischen Ebene stark ausgeprägt sei (vgl. IV-act. 47 S. 10). In der Folge hielt sich die Beschwerdeführerin vom 11. November 2020 bis zum 23. Dezember 2020 in der Klinik A._____ zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung auf, wobei im Austrittsbericht vom 19. Januar 2021 die Hauptdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), gestellt wurde (vgl. IV-act. 52 S. 1). Im Rahmen der Beurteilung wurde insbesondere ausgeführt, es handle sich um eine anhaltende depressive Entwicklung mit erneuter Verschlechterung im Sinne einer schweren depressiven Episode geprägt von Antriebslosigkeit, extrem schneller Ermüdbarkeit und affektiver Labilität mit schnellaufkommender Inkontinenz sowie Schlafstörungen. Die intensive Psychotherapie und Psychoedukation sowie die sehr motivierte Beschwerdeführerin mit starker Compliance hätten zu einer deutlichen Reduktion der Beschwerden geführt. Insgesamt habe sich eine erfreuliche Entwicklung gezeigt, wobei jedoch weiterhin eine intensive psychiatrisch-psychotherapeutische

Unterstützung erforderlich sei (vgl. IV-act. 52

23 / 26 S. 1 f.). Nachdem die Leitende Ärztin Zur der Klinik A._____ daraufhin in ihrem Bericht vom 15. April 2021 bei gleichgebliebener Diagnose einen verbesserten Gesundheitszustand ausgewiesen hatte (vgl. IV-act. 56 S. 1), hielt sich die Beschwerdeführerin vom 17. November 2021 bis zum 8. Dezember 2021 erneut zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der besagten Klinik auf. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 21. Dezember 2021 wurde als Hauptdiagnose auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), geschlossen und insbesondere ausgeführt, es sei darum gegangen, mit stärkenden Therapien einen drohenden Abbruch der IV- Beschäftigungsmassnahmen zu verhindern. Die Weiterführung der intensiven Psychotherapie und Psychoedukation sowie die täglich physisch stärkenden Elemente hätten die zwischenzeitlich labialisierte psychophysische Verfassung der Beschwerdeführerin wieder auffangen können. Insgesamt habe sich eine erfreuliche Entwicklung bei weiterhin notwendiger intensiver psychiatrisch-psychotherapeutischer Unterstützung gezeigt (vgl. IV-act. 100 S. 1 f.). Sodann stellte Dr. med. L._____ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 28. Januar 2023 eine rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), fest und schrieb dieser Diagnose Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (vgl. IV-act. 170 S. 75; siehe auch IV-act. 136 S. 3, wonach Dr. med. U._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, in ihrem Bericht vom 21. Juni 2022 ebenfalls eine rezidivierende depressive Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte). Dazu führte er namentlich aus, zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung am 6. Dezember 2022 sei die Grundstimmung der Beschwerdeführerin euthym, bis diskret zum depressiven Pol hin verschoben, gewesen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei leicht eingeschränkt und die Beschwerdeführerin noch ein wenig ambivalent gewesen. Sie fühle sich noch wertlos, aber weniger, und sei oft innerlich unruhig sowie rasch gereizt. Die Beschwerdeführerin habe über Stimmungsschwankungen berichtet und sehe sich nur eingeschränkt leistungsfähig. Damit bestehe nur eine diskrete depressive Symptomatik, wobei dennoch davon auszugehen sei, dass die Kriterien einer depressiven Episode noch erfüllt seien. Jedoch liege höchstens eine leichte depressive Episode vor (vgl. IV-act. 170 S. 73 f.; siehe auch IV-act. 170 S. 62 ff.; vgl. ferner IV-act. 170 S. 46 und S. 73, wonach die Beschwerdeführerin selbst von einer Verbesserung der depressiven Symptomatik berichtete). Während Dr. med. L._____ die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Kindergartenlehrperson für aufgehoben erachtete, wies er für ganztägige adaptierte, d.h. sequentiell zu erledigende Tätigkeiten im ablenkungsarmen Setting ohne Multitasking-Aufgaben und mit etwas erhöhtem Pausenbedarf, eine solche von 70 % aus (vgl. IV-act. 170 S. 78 f.). Ferner wiesen der Co-Leitende Arzt Q._____ und Oberpsychologin

24 / 26 R._____ der Klinik D._____ in ihrem Bericht vom 26. Februar 2024 bei einem weitgehend unauffälligen Psychostatus und gestützt auf den Beck Depressionsinventar (BDI) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), aus (vgl. act. B.3 = IV-act. 236 S. 4 f. und S. 7; siehe auch act. B.4 = IV-act. 234 S. 2 f., wonach sich aus dem Bericht der Klinik D._____ vom 1. März 2024 bei ebenfalls weitgehend unauffälligem Psychostatus zwar Hinweise auf das Vorliegen einer erschöpfungsbedingten Depressionssymptomatik ergeben, hierzu aber nichts Konkretes, z.B. betreffend die Kriterien für eine depressive Episode eines bestimmten Schweregrades, ausgeführt wurde; vgl. ferner act. B.2 = IV-act. 235 S. 4, wonach im Bericht von Dr. phil. N._____ vom 16.

Dezember 2023 ohne überprüfbar Psychostatus von einer derzeitigen erheblichen depressiven Episode die Rede ist). Vor diesem Hintergrund kann nicht von einer glaubhaft gemachten Verschlechterung der bereits bekannten depressiven Symptomatik seit den Verfügungen vom 12. Mai 2023 ausgegangen werden. Daran vermag auch der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. M._____ vom 26. Juli 2024, in welchem dieser von einer chronischen mittelschweren depressiven Symptomatik ausgeht, nichts zu ändern, zumal eine genauere Herleitung dieser Diagnose anhand der entsprechenden diagnostischen Leitlinien fehlt (vgl. act. B.8 = IV-act. 242; siehe hierzu:

DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl., S. 179). Insgesamt fällt dieser Aspekt jedoch nicht weiter ins Gewicht, da bereits Dr. med. L._____ in seinem Gutachten vom 28. Januar 2023 diagnostisch lediglich höchstens noch von einer leichten depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung ausging und in funktioneller Hinsicht die neuropsychologischen Einschränkungen im Vordergrund sah, welche sich doch deutlich auf die berufliche Situation der Beschwerdeführerin auswirken würden (vgl. IV-act. 170 S. 74 ff.).

E. 6.8

Zusammenfassend ist selbst in Anbetracht des vorliegend relativ kurzen Zeitablaufs seit der letzten materiellen Prüfung festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der glaubhaft gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin (vgl. E. 6.4, E. 6.5 und E. 6.6 hiervor) zu Unrecht nicht auf deren Leistungsbegehren eingetreten ist. Insofern erübrigen sich Weiterungen zur geltend gemachten erwerblichen Einkommensverschlechterung. Der (Renten-)Anspruch der Beschwerdeführerin ist rechtsprechungsgemäss in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_571/2023 vom 29. Februar 2024 E. 4.1, 9C_556/2021 vom 3. Januar 2022 E. 2.1, 8C_280/2020 vom 21. Dezember 2020 E. 3.1 und 8C_379/2019 vom 21. August 2019 E. 2.2). Die

25 / 26 Beschwerdegegnerin hat demnach eine umfassende, neuropsychologische und psychiatrische Abklärung durch spezialisierte Fachpersonen zu veranlassen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_207/2019 vom 3. Juli 2019 E. 5.3). Gestützt auf die dannzumal vollständigen medizinischen Unterlagen wird die Beschwerdegegnerin die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin erneut zu prüfen haben. 7. Die Beschwerde erweist sich somit als begründet und ist gutzuheissen, soweit darauf einzutreten ist. Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen sowie zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 7

/ 26 Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_34/2024 vom

E. 8

/ 26 4.3. Die zeitliche Vergleichsbasis für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, bildet der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen

Prüfung (mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs). Der Vergleichszeitraum erstreckt sich grundsätzlich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs, d.h. bis zum Erlass der Verfügung betreffend die Neuanmeldung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_572/2022 vom 21. Juni 2023 E. 3.2.4.1, 8C_735/2019 vom 25. Februar 2020 E. 3.2 und 8C_256/2019 vom 23. August 2019 E. 6.1). 5.1. Im hier zu beurteilenden Fall ist somit als Vergleichsbasis auf die Verfügungen vom 12. Mai 2023 abzustellen, mit welchen der Beschwerdeführerin nach einlässlichen medizinischen Abklärungen befristete Invalidenrenten zugesprochen wurden und ihr Leistungsbegehren in Bezug auf den Zeitraum ab dem 1. Januar 2023 mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrads abgewiesen wurde (vgl. IV-act. 226, 227 und 228 i.V.m. IV-act. 196). Diesem Entscheid lag neben der Abschlussbeurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. S._____ vom 6. Februar 2023, worin diese die medizinischen Schlussfolgerungen im eingeholten Gutachten für versicherungsmedizinisch plausibel und nachvollziehbar befand (vgl. IV-act. 197 S. 20 ff.), insbesondere ebendieses monodisziplinäre psychiatrische Gutachten von Dr. med. L._____ vom 28. Januar 2023 zugrunde (vgl. IV-act. 170). Soweit die Beschwerdeführerin in ihren Rechtsschriften auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ab Januar 2023 sowie entsprechende Arbeitsunfähigkeitszeugnisse hinweist (vgl. act. B.5 und IV-act. 172, 173, 174, 176 und 177), ist festzuhalten, dass dieser nicht in die Verfügungen vom 12. Mai 2023 eingeflossene Sachverhalt (vgl. IV-act. 197 S. 10) nicht in den Bestand derjenigen Tatsachen einbezogen werden darf, anhand derer zu ermitteln ist, ob eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts eingetreten ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_262/2019 vom 23. März 2020 E. 3.2 und E. 4.3 f. sowie 9C_468/2009 vom 9. September 2009 E. 2.3.2). 5.2. Aus dem monodisziplinären psychiatrischen Gutachten vom 28. Januar 2023 geht im Wesentlichen was folgt hervor (vgl. IV-act. 170 S. 75): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: ■ Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD- 10: F33.0) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: ■ Keine

E. 8.1

Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden rechtfertigt es sich, die Gerichtskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf CHF 700.00 festzusetzen. Gemäss ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung einer Sache zu weiteren Abklärungen und zu neuem Entscheid für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1 und 132 V 215 E. 6.1). Infolge des Ausgangs des Beschwerdeverfahrens sind die Gerichtskosten somit der Beschwerdegegnerin zu überbinden (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG).

E. 8.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Beschwerdeführerin vorliegend nicht anwaltlich vertreten ist, steht ihr praxismässig keine Parteientschädigung zu.

E. 9

/ 26 Dazu führte Dr. med. L._____ insbesondere aus, mit Blick auf die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) lasse sich festhalten, dass sich im Rahmen der Untersuchung keine Hinweise für das Vorliegen einer organischen, einschliesslich einer symptomatischen psychischen Störung, einer Störung durch psychotrope Substanzen, einer Schizophrenie und einer schizotypen oder wahnhaften Störung ergeben hätten. Zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung am 6. Dezember 2022 sei die Grundstimmung der Beschwerdeführerin euthym bis diskret zum depressiven Pol hin verschoben gewesen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei leicht eingeschränkt gewesen. Die Beschwerdeführerin sei noch ein wenig ambivalent. Auch fühle sie sich wertlos, aber weniger. Sie sei oft innerlich unruhig und rasch gereizt. Die Beschwerdeführerin berichte über Stimmungsschwankungen und sehe sich nur eingeschränkt leistungsfähig. Damit bestehe nur eine diskrete depressive Symptomatik, wobei dennoch davon auszugehen sei, dass die Kriterien einer depressiven Episode noch erfüllt seien. Jedoch sei höchstens von einer leichten depressiven Episode auszugehen. Auffällig seien die in der neuropsychologischen Abklärung beschriebenen Minderleistungen, die sich in der Tätigkeit als Klassenlehrperson im Kindergarten doch deutlich auswirkten. Dabei handle es sich um Schwierigkeiten, welche die Beschwerdeführerin auch im Alltag beschreibe; es gehe vor allem um Multitasking- Anforderungen, um Schwierigkeiten beim Planen und Organisieren von komplexeren Abläufen sowie um Situationen, in denen die Beschwerdeführerin schnell Entscheide fällen müsse. Diese neuropsychologischen Einschränkungen würden auch von der Beschwerdeführerin selber wahrgenommen und äusserten sich für sie in einer verminderten Belastbarkeit. Diese verminderte Belastbarkeit bzw. neuropsychologischen Einschränkungen stünden überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit einer noch bestehenden (höchstens leichten) depressiven Episode. Es bestehe hier aber auch eine gewisse Diskrepanz zwischen der klinischen Ausprägung der depressiven Symptomatik und den neuropsychologischen Einschränkungen, die sich in der beruflichen Situation der Beschwerdeführerin doch sehr deutlich auswirkten. Möglicherweise hätten hier auch die häufigen Migräneanfälle einen gewissen Einfluss, was mit einer neurologischen Abklärung noch abzuklären wäre. Sodann fänden sich keine Hinweise für das Vorliegen einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung. Auch sei nicht von akzentuierten Persönlichkeitszügen oder gar von einer Persönlichkeitsstörung auszugehen. Vielmehr spreche die berufliche und soziale Anamnese für gute Ressourcen, gerade auch im Bereich der Persönlichkeit (vgl. IV- act. 170 S. 73 f.).

E. 10

/ 26 Zu den funktionellen Auswirkungen der ausgewiesenen Diagnose hielt Dr. med. L._____ fest, seit Beginn der Krankschreibung (23. April 2019) bestehe bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Kindergartenlehrperson, wenn die Tätigkeit nicht ideal adaptiert sei. Optimal angepasst seien Tätigkeiten, welche die Beschwerdeführerin sequentiell erledigen könne. Wenn sie dabei mit Routineanforderungen, welche sie gut kenne, konfrontiert sei, sei die Leistungsfähigkeit am grössten. Ideal sei ein ablenkungsarmes Setting, keine Multitasking-Aufgaben. Die aktuelle Tätigkeit als Heilpädagogin in der individuellen Betreuung behinderter Kinder komme diesen Anforderungen sehr nahe. Eine solche Tätigkeit wäre ganztags zumutbar, wobei aufgrund der etwas erhöhten Erschöpfbarkeit bzw. Ermüdbarkeit ein etwas erhöhter Pausenbedarf bestehe; die Belastbarkeit sei insgesamt etwas vermindert. Dr. med. L._____ ging ab September 2022 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer ideal angepassten Tätigkeit aus (vgl. IV-act. 170 S. 78 ff.). 5.3. Überdies ist vorliegend der neuropsychologische

Bericht von lic. phil. K. _____ vom 19. September 2022 über die entsprechende Abklärung vom

E. 13

/ 26 Gesamtindex, insbesondere hinsichtlich Selbstwertprobleme und Hyperaktivität bzw. Impulsivität, nicht aber bezüglich Unaufmerksamkeit. Gemäss dem Selbstbeurteilungsfragebogen für ADHS seien die Kriterien für eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung erfüllt, wobei die Schwierigkeiten gemäss Selbstangaben bereits im Schulalter begonnen hätten, in verschiedenen Lebenssituationen (Arbeit, Freizeit, Partnerschaft) bestünden und ein deutliches subjektives Leiden verursachten. Ausserdem betrage der WURS-k Summenwert 38 Punkte (Cut-off bei 30 Punkten), womit die Kriterien für eine ADHS in der Kindheit erfüllt seien. Die Ergebnisse des Wender-Reimherr-Interviews mit einem WRI- Totalwert von 36 Punkten sprächen für das Vorliegen einer adulten ADHS vom kombinierten Typ. Im Rahmen des klinischen Eindrucks seien aber lediglich ein teilweise sehr ausführliches Berichten von Inhalten sowie ein leicht beschleunigtes Denken beobachtbar, wobei die Beschwerdeführerin subjektiv von einer hohen Ablenkbarkeit und Organisationsschwierigkeit berichte. Eine deutliche motorische Unruhe sei äusserlich nicht erkennbar. Allerdings erlebe die Beschwerdeführerin eine innere Unruhe. Bei der Befragung berichte sie aber spontan von vielen Strategien im Umgang mit diesen Problemen (drei Agenda und To Do-Listen führen, sehr ordentlich sein und alles perfekt machen wollen), welche sie sich im Verlauf ihres Lebens angeeignet habe. Die Beschwerdeführerin scheine durch ihre vermutlich gut ausgeprägten intellektuellen Fähigkeiten sowie Ressourcen (hohe Leistungsbereitschaft, Kreativität, Reflexionsfähigkeit) gute Kompensationsstrategien aufgebaut zu haben, mit denen sie die vielseitigen Aufgaben und Belastungen (Haushalt, Kinder, Arbeit) bisher bewältigen und gewisse Funktionseinschränkungen "maskieren" habe können. Insgesamt bestehe ein hochgradiger Verdacht auf das Vorliegen einer ADHS im Erwachsenenalter aufgrund der Selbst- und Fremdanamnese bei generell hoher Ablenkbarkeit, Einschränkung der Planungs- und Umstellfähigkeit sowie leichter Überaktivität und Impulsivität bei jedoch insgesamt guten, allerdings teilweise überhöhten Kompensationsstrategien, welche vermutlich zur Überbelastung und Erschöpfung geführt hätten (vgl. act. B.3 = IV-act. 236 S. 7).

E. 14

/ 26 zwei Lebensbereichen auf und beeinflussten die Qualität des sozialen, beruflichen und/oder schulischen Funktionsniveaus negativ. Die Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-k) sei betreffend ADHS im Kindesalter auffällig. Der Fragebogen zu Alltagsstrategien und Hirnarealen zeige eine leicht erhöhte Belastung hinsichtlich der Funktionen und Netzwerke des tiefen limbischen Systems (Emotionsregulation), was sich am stärksten in Unsicherheit und wiederkehrenden zwanghaften Denkprozessen äussere. Auch belasteten Stimmungsschwankungen (Hypomanie) den Alltag. Der Sensitivitätsfragebogen für Erwachsene ergebe ausserdem eine erhöhte Sensitivität. Die anlässlich der neuropsychologischen Abklärung (Candit) untersuchten Funktionen seien von der Beschwerdeführerin meist im Rahmen der Norm bearbeitet worden. Schwierigkeiten hätten sich in Bezug auf die geteilte Aufmerksamkeit sowie hinsichtlich des Kurzzeitgedächtnisses (visuell) gezeigt. Der visuelle Konzentrationsverlaufstest (VCPT) zeige, dass die Werte der Beschwerdeführerin betreffend Aufmerksamkeit, Impulsivität, Reaktionszeit und Arbeitskonstanz innerhalb der Norm lägen. Zudem zeige die auf Evidenz ausgerichtete

Untersuchung mittels Messung neurophysiologischer Hirnfunktionen, dass die kortikale Reorganisation von einer erhöhten zentralen schnellrhythmigen Aktivität geprägt sei, was zu erhöhter innerer Erregung und Unruhe führe. Loslassen und entspannen scheine schwierig zu sein. Die Vigilanz-Analyse zeige erhöhte Schwierigkeiten (eigene Ressourcen zu ergreifen und Blockierungseffekte). Es gelinge der Beschwerdeführerin nicht, über längere Zeit konstant an einer Aufgabe dran zu bleiben. Auch seien in der Abfolge der verschiedenen Segmente des Denkens und Problemlösens Schwierigkeiten in der Reorganisation des Kortexes während des Verarbeitungsprozesses zu beobachten. Dies führe mit der Zeit zu Erschöpfungszuständen. Die evozierten Potenziale zeigten zudem eine erhöhte sensorische Aktivierung (erhöhte Sensitivität). Zusammenfassend ergäben die Hirnfunktionen Hinweise auf eine Störung der Aufmerksamkeit (erhöhter ADHS- Index von 80 %) sowie einen etwas weniger ausgeprägten Emotionsregulationsindex (73 %). Dies bedeute, dass die Hirnfunktionen eine erhöhte Übereinstimmung mit jenen einer grossen Gruppe von Patienten mit diagnostizierter Störung der Aufmerksamkeit bzw. Emotionsregulation hätten (vgl. act. B.2 = IV-act. 235 S. 2 f.).

E. 15

/ 26 stunden schwere kognitive Funktionsminderungen in Exekutivfunktionsleistungen (Umstell- und Planungsfähigkeit) sowie in qualitativen Aspekten beim Lernen einer Wortliste (erhöhte Perseverationsneigung). Weitere leichte kognitive Auffälligkeiten zeigten sich in attentiven Teilleistungen (Alertness, intern gesteuerte selektive Aufmerksamkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit und im auditiv-verbale Abruf). Ferner zeigten sich weitere leichte Auffälligkeiten in weiteren Exekutivfunktionen (erhöhte Interferenzneigung im auditiv-verbale Gedächtnis). Bei einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung sei gemäss FREI et. al. (2016) die Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen leicht eingeschränkt. In Berufen oder bei Aufgaben mit hohen Anforderungen, wie dies bei der Beschwerdeführerin der Fall sein dürfte, sei die Funktionsfähigkeit aber mittelgradig eingeschränkt. Dr. med. O._____ und Oberpsychologin P._____ wiesen aufgrund der hohen beruflichen Anforderungen eine Arbeitsunfähigkeit von tendenziell 50 % aus (vgl. act. B.4 = IV-act. 234 S. 3).

E. 16

Dezember 2023 betreffend Problemlösen Schwierigkeiten in der Reorganisation des Kortexes erwähnte, und IV-act. 47 S. 9, wonach med. pract. E._____ in ihrem Gutachten vom 4. Oktober 2020 eine mässige Beeinträchtigung hinsichtlich der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben feststellte). Insgemein stellten Dr. med. O._____ und Oberpsychologin P._____ in ihrem Bericht vom 1. März 2024 in verschiedenen Bereichen neue oder stärker ausgeprägte neuropsychologische Einschränkungen fest, als noch von lic. phil. K._____ in seinem Bericht vom 19. September 2022 befundet worden waren. So wies lic. phil. K._____ im Gegensatz zu Dr. med. O._____ und Oberpsychologin P._____ eine gut durchschnittliche, altersentsprechende kognitive Flexibilität bzw. Umstellfähigkeit aus (vgl. IV-act. 151 S. 15 und S. 21; siehe auch IV-act. 151 S. 28; vgl. ferner IV-act. 47 S. 9, wonach med. pract. E._____ in ihrem Gutachten vom 4. Oktober 2020 eine erhebliche Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellfähigkeit feststellte). Sodann wurden im neuropsychologischen Bericht von Dr. med. O._____ und Oberpsychologin P._____ vom 1. März 2024 schwere

E. 17

/ 26 kognitive Funktionsminderungen in qualitativen Aspekten beim Lernen einer Wortliste (erhöhte Perseverationsneigung), leichte kognitive Auffälligkeiten im auditiv-verbale Abruf sowie eine erhöhte Interferenzneigung im auditiv-verbale Gedächtnis festgestellt (vgl. act. B.4 = IV-act. 234 S. 3 und dazugehöriges Befundblatt mit ausgewiesenen leichten bzw. mittelschweren Beeinträchtigungen im auditiv-verbale Lernen/Gedächtnis; siehe auch act. B.2 = IV-act. 235 S. 2 und S. 4, wonach Dr. phil. N._____ in seinem Bericht vom 16. Dezember 2023 Schwierigkeiten in Bezug auf das visuelle Kurzzeitgedächtnis anführte; vgl. ferner IV-act. 170 S. 62, wonach die Beschwerdeführerin insbesondere ein vermindertes Kurzzeitgedächtnis beklagte). Demgegenüber wies lic. phil. K._____ in seinem neuropsychologischen Bericht vom 19. September 2022 in Bezug auf das verbale Kurzzeit- sowie Langzeitgedächtnis durchschnittliche bzw. weit überdurchschnittliche Leistungen aus (vgl. IV-act. 151 S. 10, S. 14 und S. 21, siehe auch IV-act. 151 S. 27 f.). Dabei hielt er bezüglich des verbalen Langzeitgedächtnisses namentlich Folgendes fest: "Im späteren freien Abruf zuvor aufgenommener kontextreicher verbaler Informationen vollständig, genau und exakt" (vgl. IV-act. 151 S. 14; siehe auch IV-act. 170 S. 62, wonach Dr. med. L._____ ebenfalls ein klinisch unauffälliges Langzeitgedächtnis feststellte). Während ferner in Bezug auf die verbale Erfassungsspanne im Bericht von Dr. med. O._____ und Oberpsychologin P._____ vom 1. März 2024 eine schwankende Leistungsgüte festgestellt wurde (vgl. act. B.4 = IV-act. 234, Befundblatt; siehe auch IV-act. 170 S. 42, wonach die Beschwerdeführerin eine eingeschränkte Aufnahmefähigkeit beklagte), ging lic. phil. K._____ in seinem neuropsychologischen Bericht vom

E. 19

/ 26 Symptomatik bei Erwachsenen das Wender-Reimherr-Interview durchgeführt. Dabei handelt es sich um ein strukturiertes psychopathologisches Interview. Dieses ergab hinsichtlich des Bereichs Aufmerksamkeitsstörungen eine schwere (acht von zehn Punkten), betreffend die Bereiche Überaktivität bzw. Rastlosigkeit (fünf von sechs Punkten), Desorganisation (sechs von zehn Punkten) und Impulsivität (sieben von zehn Punkten) eine mittlere und hinsichtlich des Bereichs Affektlabilität eine leichte (fünf von acht Punkten) Ausprägung. Dazu hielten der Co-Leitende Arzt Q._____ und Oberpsychologin R._____ fest, bei einem WRI-Total-Score von insgesamt 36 Punkten seien die Kriterien für ein adultes ADHS vom kombinierten Typ erfüllt (vgl. act. B.3 = IV-act. 236 S. 4 ff.). Im Rahmen ihrer Beurteilung führten sie zusammenfassend aus, insgesamt bestehe ein hochgradiger Verdacht auf das Vorliegen einer ADHS im Erwachsenenalter aufgrund der Selbst- und Fremdanamnese bei generell hoher Ablenkbarkeit, Einschränkung der Planungs- und Umstellungsfähigkeit sowie leichter Überaktivität und Impulsivität bei jedoch insgesamt guten, aber teilweise überhöhten Kompensationsstrategien (vgl. act. B.3 = IV-act. 236 S. 7; siehe auch E. 6.2.1 hiervor). Sodann stellte Dr. phil. N._____, Klinik C._____, in seinem Bericht vom 16. Dezember 2023 über die gleichentags erfolgte Untersuchung insbesondere eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0 / DSM: 5:341.01) fest (vgl. act. B.2 = IV-act. 235 S. 3). Dazu führte er in befundlicher Hinsicht namentlich aus, die Auswertung des ADHS-Fragebogens zeige, dass die Beschwerdeführerin den Cut- Off-Wert betreffend Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität erfülle. Die Symptome träten in mindestens zwei Lebensbereichen auf und beeinflussten die Qualität des sozialen, beruflichen und/oder schulischen Funktionsniveaus negativ. Ausserdem sei die WURS-k hinsichtlich einer ADHS im Kindesalter auffällig. Auch zeige der ADHS-Index (80 %) eine erhöhte Übereinstimmung der Hirnfunktionen mit jenen einer grösseren Gruppe von Patienten mit

diagnostizierter Störung der Aufmerksamkeit. Insgesamt seien die Kriterien gemäss DSM vollumfänglich erfüllt (vgl. act. B.2 = IV-act. 235 S. 2 ff.). Demgegenüber ergaben sich im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung durch lic. phil. K._____ vom September 2022 keine Hinweise auf eine ADHS (vgl. IV-act. 151 S. 20). Dazu hielt er in befundlicher Hinsicht insbesondere fest, im Rahmen des WURS-k-Fragebogens sei ein Gesamt-Score von 22 Punkten erhoben worden, womit der Cut-Off-Wert von 30 Punkten für eine wahrscheinliche ADHS- Symptomatik in der Kindheit nicht erreicht worden sei. Zudem habe der ADHS- Selbstbeurteilungsfragebogen im Bereich Unaufmerksamkeit fünf positive Merkmale (mindestens sechs erforderlich), im Bereich Hyperaktivität vier positive Merkmale (mindestens drei erforderlich) und im Bereich Impulsivität ein positives

E. 20

/ 26 Merkmal (mindestens eines erforderlich) ergeben, womit gemäss ICD-10 keine ADHS-Verdachtsdiagnose gestellt werden könne. Auch habe der WRI-Gesamt- Score 28 Punkte betragen (Aufmerksamkeitsstörung: acht Punkte, erfüllt; Überaktivität: zwei Punkte, nicht erfüllt; Temperament: zwei Punkte, nicht erfüllt; Affektive Labilität: vier Punkte, erfüllt; Emotionale Überreagibilität: fünf Punkte, erfüllt; Desorganisation: sechs Punkte, erfüllt; Impulsivität: ein Punkt, nicht erfüllt), womit das Vorliegen einer adulten ADHS zu verneinen sei (vgl. IV-act. 151 S. 16 f.). Zusammenfassend führte lic. phil. K._____ aus, im Rahmen der retrospektiven Einschätzung einer ADHS-Symptomatik in der Kindheit gemäss WURS-k- Fragebogen hätten sich keine entsprechenden Hinweise ergeben. Auch gemäss ADHS-Selbstbeurteilungs- und WRI-Fragebogen zur Erfassung einer ADHS im Erwachsenenalter würden die Kriterien nach ICD-10 nicht erfüllt. Auf Befundebene hätten sich ausserdem in den auf eine ADHS sensiblen Testverfahren keine entsprechenden Hinweise ergeben. Somit könne eine ADHS gemäss ICD-10 fragebogen- sowie befundbasiert ausgeschlossen werden (vgl. IV-act. 151 S. 18). Angesichts der mit Blick auf eine hyperkinetische Störung in den Berichten des Co- Leitenden Arztes Q._____ und Oberpsychologin R._____ sowie von Dr. phil. N._____ ausgewiesenen Befunde, welche im Vergleich zur Untersuchung durch lic. phil. K._____ auf eingehenderen, mitunter gestützt auf fremdanamnestische Auskünfte und evidenzbasierte Messungen neurophysiologischer Hirnfunktionen durchgeführte Abklärungen erhoben worden sind, bestehen gewisse Hinweise auf eine verschlechterte Gesundheitssituation. Denn so ergaben diese Untersuchungen insgesamt eine stärkere Ausprägung der ADHS-typischen Symptomatik. Dazu hielt Dr. phil. N._____ in seinem Bericht vom 16. Dezember 2023 insbesondere fest, die Untersuchung bei der Klinik C._____ zeige klare Hinweise auf eine Störung der Aufmerksamkeit. Besonders die innere Unruhe und das Nicht-loslassen-können belaste die Beschwerdeführerin wesentlich. In den Fragebogen und Interviews zeigten sich zudem Dysfunktionen des limbischen Systems (Emotionsregulation), was sich in Unsicherheit und wiederkehrenden zwanghaften Denkprozessen am stärksten zeige. Auch belasteten Stimmungsschwankungen (Hypomanie) den Alltag. Ausgewiesen sei ausserdem eine erhöhte Sensitivität. Die angegebenen Dysfunktionen würden in der testpsychologischen Untersuchung und vor allem auch in der auf Evidenz abzielenden Untersuchung der Hirnfunktionen bestätigt: Es gelinge der Beschwerdeführerin nicht, über längere Zeit konstant an einer Aufgabe dran zu bleiben; der allgemeine ADHS-Index sei erhöht und es zeige sich als Grundmechanismus eine erhöhte Stressbelastung durch einen erhöhten Arousal (erhöhte innere Erregung). Mehrere Untersuchungen zeigten, dass eine erhöhte

E. 21

/ 26 Stressbelastung durch erhöhte innere Unruhe zu Erschöpfungszuständen führe. Dies belege auch der erhöhte Vigilanz-Index (vgl. act. B.2 = IV-act. 235 S. 6). Soweit die Beschwerdegegnerin geltend macht, dass die Beschwerdeführerin mit ihrer Kritik an den bereits zum Zeitpunkt der Verfügungen vom 12. Mai 2023 vorliegenden medizinischen Berichten implizit bestätige (vgl. act. A.1 S. 3), eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands sei nicht glaubhaft gemacht, ist festzuhalten, dass hierfür nicht die diagnostische Einordnung eines geltend gemachten Leidens, sondern die – wie aufgezeigt – veränderte Befundlage massgeblich ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_531/2022 vom 23. August 2023 E. 3.2.2, 9C_57/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.2 und 8C_367/2020 vom 4. August 2020 E. 5.2.2). Überdies bleibt festzustellen, dass die von der Beschwerdeführerin gegenüber lic. phil. K._____ geäußerte Vermutung des Vorliegens einer ADHS-Symptomatik vom psychiatrischen Gutachter Dr. med. L._____ weder sorgfältig untersucht noch vertieft geprüft noch mit Blick auf mögliche funktionelle Auswirkungen gewürdigt worden ist (vgl. IV-act. 170 S. 61 ff.). Der Beschwerdegegnerin kann daher nicht gefolgt werden, wenn sie vorbringt, die aktuell beschriebenen gesundheitlichen Defizite hätten bereits im Vergleichszeitpunkt am 12. Mai 2023 bestanden, zumal die ADHS-Symptomatik mangels Berücksichtigung im Gutachten von Dr. med. L._____ nicht als damals – auch mit Blick auf die sich daraus ergebenden funktionellen Auswirkungen – eingehend gewürdigt und abschliessend beurteilt betrachtet werden kann. Vielmehr ist eine gutachterliche Beurteilung der glaubhaft gemachten verstärkt ausgeprägten neuropsychologischen Einschränkungen im Lichte der ADHS-Symptomatik samt Folgenabschätzung bislang unterblieben.

E. 26

/ 26 Es wird erkannt:

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