



Urteil vom 31. März 2026

mitgeteilt am 1. April 2026

Referenz SV1 25 47

Instanz Erste sozialversicherungsrechtliche Kammer

Besetzung Bäder Federspiel, Vorsitz
von Salis und Pedretti
Jauch, Aktuarin

Parteien **A.** _____
Beschwerdeführer
vertreten durch B. _____

gegen

**Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden
IV-Stelle, Ottostrasse 24, 7001 Chur**
Beschwerdegegnerin

Gegenstand Invalidenrente

Sachverhalt

A. A._____, geboren 1982, ist gelernter Automatiker EFZ und arbeitete zuletzt bei der C._____ AG mit einem Pensum von 90 %.

B. Im Jahr 2012 hielt sich A._____ zwecks Alkoholentzugs mehrere Monate in der Klinik D._____ in E._____ auf. Dort wurden die Diagnosen von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2), eines epileptischen Grand Mal Anfalls im Alkoholentzug (ICD-10 G40.5) sowie einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADS; ICD-10 F90.0) seit Kindheit mit hoher Persistenz der Symptomatik im Erwachsenenalter, strukturellen Einschränkungen und damit erheblich limitierenden Auswirkungen auf die Lebensbewältigung und Persönlichkeitsentwicklung gestellt. Im Februar 2019 wies sein Hausarzt A._____ aufgrund einer psychischen Dekompensation mit Panikattacken und ängstlicher Verstimmung seit Ende Januar 2019 an die Klinik F._____ der G._____ (G._____) zu. Die Fachärzte wiesen in einer vorläufigen Beurteilung als Hauptdiagnose eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10: F90.0) und als Nebendiagnosen eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (ICD-10: F41.09) und psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F12.2), aus. Sie attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die weitere ambulante psychiatrische Betreuung erfolgte durch Dr. med. H._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher in seinem Bericht vom 23. Mai 2019 eine Anpassungsstörung, eine Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23) und ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F10.25), diagnostizierte.

C. Im Juli 2019 meldete sich A._____ erstmals bei der IV-Stelle des Kantons Graubünden (nachfolgend: IV-Stelle) aufgrund einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Angstzuständen, Erschöpfung und Depressionen zum Leistungsbezug (berufliche Integration/Rente) an. Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen.

D. Zuhanden der Krankentaggeldversicherung fand am 2. August 2019 eine psychiatrische Exploration von A._____ durch med. pract. I._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, statt. In ihrem am 2. September 2019 erstatteten Gutachten wies sie folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus: eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.1), eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)

(ICD-10: F41.0) und eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10: Z73.1), differenzialdiagnostisch eine Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10: F60. 6). Die Gutachterin med. pract. I._____ ging von einer Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 100 % sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit aus.

E. Die Frühinterventionsmassnahmen wurden Ende November 2019 abgeschlossen, nachdem der behandelnde Psychiater der IV-Stelle mitgeteilt hatte, dass sich A._____ in eine Entzugsklinik begeben werde. Der Genannte befand sich vom 7. November 2019 bis zum 28. Januar 2020 zur stationären Behandlung in der J._____ AG.

F. Am 11. August 2020 startete A._____ im Rahmen von Integrationsmassnahmen ein Belastbarkeitstraining in der Gärtnerei der K._____ in L._____, welches per 30. September 2020 aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen werden musste. In der Folge begab sich A._____ in die psychiatrische Tagesklinik, um Copingstrategien zu lernen und sich psychisch zu stabilisieren.

G. Am 14. Januar 2021 nahm A._____ das Belastbarkeitstraining bei der K._____ wieder auf. Ab dem 14. April 2021 bis zum 13. Oktober 2021 absolvierte er alsdann ein Aufbautraining bei der gleichen Institution, wobei das Pensum von anfänglich 25 % auf 65 % mit einer 70-80 % Leistung gesteigert werden konnte. Da bei der K._____ keine passende Anschlusslösung gefunden werden konnte, folgte ein Wechsel zum Verein M._____ in die Informatik. Ab dem 14. Oktober 2021 befand sich A._____ dort im Aufbautraining und ab dem 18. Januar 2022 bis zum 31. Juli 2022 im Arbeitstraining. Bei Beendigung der Massnahme betrug das Pensum 50 % mit einer Leistungsfähigkeit von 70 %. Eine geeignete Stelle konnte bis zum Ende der Massnahme nicht gefunden werden. A._____ meldete sich in der Folge beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) an.

H. Mit Verfügung vom 10. Januar 2023 sprach die IV-Stelle A._____ vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Januar 2021 eine ganze Invalidenrente und ab dem 1. August 2022 eine Rente von 59 % einer ganzen Invalidenrente zu. Mit Verfügung vom 25. November 2024 wurde A._____ im Rahmen eines Revisionsverfahrens von Amtes wegen gestützt auf den neuen Pauschalabzug von 20 % bei funktioneller Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger ab dem 1. Januar 2024 neu eine Rente von 64 % einer ganzen Invalidenrente zugesprochen.

I. Am 13. Dezember 2024 stellte A._____ sinngemäss ein Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente und teilte der IV-Stelle unter Einreichung eines

Arbeitsunfähigkeitszeugnisses und eines Nachsorgeplanes der Klinik F._____ mit, dass sich sein Gesundheitszustand ab Oktober 2024 massiv verschlechtert und in einem weiteren Klinikaufenthalt zum Alkoholentzug geendet habe.

J. In der Folge trat die IV-Stelle auf das Gesuch ein und tätigte medizinische Abklärungen. Mit Verlaufsbericht vom 25. März 2025 wies der behandelnde Psychiater Dr. med. H._____ bei einem verschlechterten Gesundheitszustand neben den Diagnosen von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD 10: F10.2) und Entzugssyndrom (ICD 10: F10.3), einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD 10: F32.1) sowie einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD 10: F90.0) einen Verdacht auf eine Erkrankung aus dem Autistischen Formenkreis aus und hielt fest, die zuletzt festgelegte Arbeitsfähigkeit von 50 % sei nie erreicht worden. Es bestehe seit Abschluss der Eingliederungsmassnahmen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

K. Mit Vorbescheid vom 14. Mai 2025 stellte die IV-Stelle A._____ die Abweisung seines Erhöhungsgesuchs in Aussicht. Zum Abklärungsergebnis hielt sie fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht liege keine anhaltende wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor. Der erfolgte stationäre Aufenthalt habe insbesondere dem Alkoholentzug infolge eines Rückfalles bei langjähriger Alkoholabhängigkeit gedient. Rückfälle würden zum Krankheitsbild der Abhängigkeit gehören und keine anhaltende Verschlechterung begründen. Nach dem Klinikaustritt habe keine wesentliche depressive Symptomatik mehr vorgelegen. Dies bestätige auch der behandelnde Arzt. Dieser habe festgehalten, dass die frühere Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit sich seit Abschluss der Eingliederungsmassnahmen nicht habe umsetzen lassen. Da jedoch keine wesentliche Verschlechterung vorliege, handle es sich hierbei um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes. Dagegen liess A._____ am 22. Mai 2025 Einwand erheben. Diesen ergänzte er am 16. Juni 2025 unter Einreichung eines Kurzberichts von M. Sc. N._____, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, vom 12. Juni 2025, in welchem Letztere ein Asperger-Syndrom (ICD:10 F84.5) diagnostizierte. Mit Verfügung vom 13. August 2025 entschied die IV-Stelle wie vorbeschieden und wies das Erhöhungsgesuch mangels Vorliegens eines Revisionsgrunds ab.

L. Dagegen liess A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 9. September 2025 (Poststempel) Beschwerde an das Obergericht des Kantons Graubünden erheben und sinngemäss beantragen, ihm sei in Aufhebung der Verfügung vom 13. August 2025 ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt eine volle Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur neuen umfassenden

medizinischen Abklärung und Beurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er sinngemäss um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Zur Begründung brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, entgegen der Ansicht der IV-Stelle handle es sich bei der Autismus-Diagnose um eine neue und wesentliche medizinische Erkenntnis. Dr. med. H._____ habe in seinem Bericht vom 25. März 2025 klar und eindeutig eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowie eine ungünstige Prognose bestätigt. Die IV-Stelle habe diesen Bericht ohne Einholung einer Zweitmeinung oder Stellungnahme eines Vertrauensarztes verworfen und die beantragte Rentenerhöhung abgelehnt, womit sie gegen ihre Abklärungspflicht verstossen habe.

M. Nachdem die Vorsitzende dem Beschwerdeführer am 11. September 2025 das Formular betreffend unentgeltliche Rechtspflege zugestellt hatte, zog dieser sein Gesuch am 12. September 2025 zur Vermeidung einer Verschuldung sinngemäss zurück und ersuchte um möglichst tiefe Gerichtskosten.

N. In ihrer Vernehmlassung vom 2. Oktober 2025 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass im Vergleich zur Verfügung vom 10. Januar 2023 keine mindestens drei Monate andauernde wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliege. Somit sei keine rentenrelevante Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts eingetreten, weshalb kein Revisionsgrund vorliege. Die angefochtene Verfügung erweise sich damit als rechtmässig.

O. Mit Eingabe vom 13. Februar 2026 reichte der Beschwerdeführer dem Gericht den vollständigen Diagnosebericht von M. Sc. N._____ vom 23. September 2025 ein. Hierzu nahm die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 19. Februar 2026 insofern Stellung, als sie nach Sichtung des Berichts an ihrer bisherigen Auffassung festhielt.

Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften, die angefochtene Verfügung sowie die übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

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 13. August 2025 stellt eine solche anfechtbare Verfügung der Invalidenversicherung und folglich ein taugliches Anfechtungsobjekt

für ein Verfahren vor dem Obergericht des Kantons Graubünden dar. Die sachliche Zuständigkeit des Obergerichts bzw. gerichtsintern die Zuständigkeit der Ersten sozialversicherungsrechtlichen Kammer ergibt sich aus Art. 57 ATSG (SR 830.1) i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100) sowie Art. 6 lit. a OGV (BR 173.010). Als Adressat der strittigen Verfügung ist der Beschwerdeführer davon berührt und er 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 einzutreten.

2. Der Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens erschöpft sich in der Frage, ob die Beschwerdegegnerin eine Erhöhung der Invalidenrente mangels eines Revisionsgrunds bzw. mangels einer anhaltenden wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat. Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die rechtskräftige Rentenverfügung vom 10. Januar 2023, so dass deren Rechtmässigkeit bzw. die Frage, ob der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und seine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit darin korrekt eingeschätzt wurden, nicht zu prüfen ist (vgl. BGE 136 V 369 E. 3.1.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_327/2025 vom 4. Februar 2026 E. 4.2).

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). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. statt vieler: BGE 150 V 323 E. 4.1 f., 149 II 320 E. 3, 148 V 174 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_516/2024 vom 25. Februar 2025 E. 2.1), die angefochtene Verfügung nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert und die massgebende Änderung (vgl. Art. 88a IVV) nach dem 1. Januar 2024 liegt bzw. eine Änderung des Rentenanspruchs ab Dezember 2024 in Frage steht (vgl. Art. 88^{bis} Abs. 1 lit. a IVV), sind die ab dem 1. Januar 2022 geltenden Normen anwendbar (vgl. Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 und Übergangsbestimmungen der IVV zur Änderung vom 3. November 2021; Urteil des Bundesgerichts 8C_658/2022 vom 30. Juni 2023 E. 3.2; Rz. 9102 des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab dem 1. Januar 2022 [Stand: 1. Januar 2025;

<<https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/18452/download?version=5>>]). Die Änderung beurteilt sich somit nach Art. 17 Abs. 1 ATSG in der seit 2022 gültigen Fassung.

4.1. Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100 % erhöht (lit. b). Eine Revision der Invalidenrente hat bei jeder wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente zu erfolgen, wenn diese geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dies gilt nicht nur für wesentliche Veränderungen des Gesundheitszustandes, sondern auch für erhebliche Veränderungen der erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes (vgl. BGE 147 V 167 E. 4.1, 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3, je m.w.H.; siehe ferner Urteile des Bundesgerichts 8C_250/2024 vom 14. April 2025 E. 2.2, 8C_343/2024 vom 10. Februar 2025 E. 2.4, 8C_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1). Die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext hingegen unbeachtlich (vgl. BGE 147 V 167 E. 4.1, 144 I 103 E. 2.1 und 141 V 9 E. 2.3 m.w.H.; siehe ferner Urteile des Bundesgerichts 8C_250/2024 vom 14. April 2025 E. 2.2, 8C_343/2024 vom 10. Februar 2025 E. 2.4, 8C_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügen somit, um auf einen geänderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1; siehe ferner Urteile des Bundesgerichts 8C_250/2024 vom 14. April 2025 E. 2.2, 8C_155/2024 vom 11. März 2025 E. 6.1, 8C_343/2024 vom 10. Februar 2025 E. 2.4, 8C_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1). Es müssen neue Befunde oder krankheitsbedingte Fähigkeitsbeeinträchtigungen vorliegen, die sich dann auch funktionell einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (OSWALD, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers [Hrsg.], ATSG-Kommentar, 5. Aufl. 2024, Art. 17 N. 35). Die Frage, ob eine revisionsbegründende Veränderung stattgefunden hat, ist somit durch die Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands zu beurteilen. Gegenstand des Beweises ist demnach das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur

entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision verfassten Gutachtens hängt folglich 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, fehlt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_60/2023 vom 20. Juli 2023 E. 2.3; OSWALD, a.a.O., Art. 17 N. 36).

4.2. Die massgebliche zeitliche Vergleichsgrundlage für die Prüfung einer Änderung des Invaliditätsgrades bei einer Rentenrevision bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit einer Feststellung des massgebenden Sachverhalts, einer Beweiswürdigung und einem rechtskonformen Einkommensvergleich beruht (BGE 147 V 167 E. 4.1, 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5; siehe ferner Urteile des Bundesgerichts 8C_250/2024 vom 14. April 2025 E. 2.2 und 8C_207/2024 vom 10. März 2025 E. 5). Bei gegebenem Revisionsgrund ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("*allseitig*") neu zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3; siehe ferner Urteile des Bundesgerichts 8C_250/2024 vom 14. April 2025 E. 2.2, 8C_155/2024 vom 11. März 2025 E. 6.1, 8C_343/2024 vom 10. Februar 2025 E. 2.4 und 8C_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1).

5.1. In der angefochtenen Verfügung vom 13. August 2025 hielt die Beschwerdegegnerin fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht liege keine anhaltende wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor. Bei der abweichenden Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) handle es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes. Selbst im Falle einer bestätigten Diagnose sei davon auszugehen, dass diese bereits seit der Jugend bestanden und somit auch zum Zeitpunkt des ursprünglichen Entscheids vorgelegen habe. Das Erhöhungsgesuch werde deshalb abgelehnt (IV-act. 366).

Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. O._____ vom 7. Mai 2025 (IV-act. 367 S. 6) ab. Darin führte dieser nach Prüfung des Austrittsberichts der G._____ vom 17. Dezember 2024 (IV-act. 354) sowie des Verlaufsberichts von Dr. med. H._____ vom 25. März 2025 (IV-act. 350)

aus, dass der erfolgte stationäre Aufenthalt insbesondere dem Alkoholentzug infolge eines Rückfalles bei langjähriger Alkoholabhängigkeit gedient habe. Rückfälle gehörten zum Krankheitsbild der Abhängigkeit. Der Rückfall mit anschliessendem Entzug würde keine wesentliche anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustands begründen. Bei einer rezidivierenden depressiven Störung sei beim Klinikaustritt keine wesentliche depressive Symptomatik mehr vorgelegen (Stimmung euthym, gute affektive Schwingungsfähigkeit, Antrieb ungestört), was auch der behandelnde Psychiater im Verlaufsbericht bestätige. Dieser halte fest, dass sich die frühere Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit nicht habe umsetzen lassen und seit Abschluss der Eingliederungsmassnahmen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe. Es werde erwogen, die vorbestehenden Beschwerden einer ASS zuzuschreiben. Eine Verschlechterung liege nicht vor. Es werde ein im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand bezüglich Diagnose und Arbeitsfähigkeit anders beurteilt (IV-act. 367 S. 6).

5.2. Der Beschwerdeführer rügt, dass er an einer ADHS sowie einer inzwischen gesicherten ASS leide. Die entsprechenden Einschränkungen seien nach aussen nicht sichtbar, hätten für die Betroffenen aber gravierende und dauerhafte Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Alle bisherigen Wiedereingliederungsmassnahmen seien gescheitert. Wiederholte Versuche, sich in den Arbeitsmarkt einzugliedern, seien misslungen und wirkten zusätzlich psychisch belastend. Heute stehe fest, dass er aufgrund seiner Störung dauerhaft nicht arbeitsfähig sei. Dies sei nicht das Ergebnis mangelnden Willens, sondern eine Folge seiner Behinderung.

Der Bericht von Dr. med. H. _____ vom 25. März 2025 bestätige klar und eindeutig eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowie eine ungünstige Prognose. Die Beschwerdegegnerin habe diesen Bericht ohne Einholung einer Zweitmeinung oder Stellungnahme eines Vertrauensarztes verworfen und die beantragte Rentenerhöhung schlicht abgelehnt. Dieses Vorgehen sei sachlich nicht haltbar und verletze das Prinzip der sorgfältigen Sachverhaltsabklärung (Art. 43 und 61 lit. c ATSG).

Zudem sei die Argumentation der Beschwerdegegnerin, es liege *"nur eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts"* vor, unzutreffend. Die Autismus-Diagnose stelle eine neue und wesentliche medizinische Erkenntnis dar. Dass die Einschränkungen bereits zuvor bestanden hätten, mache sie nicht weniger relevant. Entscheidend sei, dass nun eine klare Diagnose und ein konsistenter medizinischer Befund vorliegen würden, welche die dauerhafte Arbeitsunfähigkeit eindeutig bestätigten. Ein Vergleich mit somatischen Erkrankungen zeige die Absurdität der

Argumentation der Beschwerdegegnerin: Auch bei einem Querschnittsyndrom wäre eine erst später gestellte, aber schon immer zutreffende Diagnose selbstverständlich Grundlage für eine neue rentenrechtliche Beurteilung (act. A.1).

6.1. Zeitliche Vergleichsbasis ist vorliegend die Verfügung vom 10. Januar 2023, in welcher dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente von 100 % vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Januar 2021 und von 59 % ab dem 1. August 2022 zugesprochen wurde (IV-act. 281). Die Verfügung vom 25. November 2024 (IV-act. 340) beruhte auf einer Revision von Amtes wegen gestützt auf den neuen Pauschalabzug von 20 % bei funktioneller Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger. Infolgedessen ergab sich ein neuer Invaliditätsgrad von 64 % (vgl. Case Report [IV-act. 331] S. 3). Es erfolgte dabei jedoch keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs.

6.2.1. Dem Rentenentscheid vom 10. Januar 2023 lag insbesondere die Beurteilung des RAD-Arztes vom 11. Oktober 2022 zugrunde, in welcher Dr. med. O._____ ausführte, abstellend auf das Gutachten von med. pract. I._____ vom 2. September 2019 zuhanden der Taggeldversicherung (IV-act. 47 S. 13 ff.) leide der Beschwerdeführer an einer langjährigen rezidivierend depressiven Störung, mit wiederholt schweren depressiven Episoden, einer Panikstörung und in der Folge einer langjährigen Alkoholabhängigkeit. In diesem Zusammenhang verwies RAD-Arzt Dr. med. O._____ auf den Schlussbericht der J._____ AG vom 4. Februar 2020 (IV-act. 43). Der Beschwerdeführer sei seit 2012 wiederholt in stationärer Behandlung gewesen. Durch die Eingliederungsmassnahmen habe gemäss Abschlussbericht der K._____ vom 16. November 2021 (IV-act. 199) eine stabile 50%ige Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden können (65 % Präsenz mit 80 % Leistung). Steigerungen auf bis zu 80 % im Anschlussprogramm bei M._____ hätten den Beschwerdeführer überfordert und wieder zu vermehrter Symptomatik geführt. Eine 50%ige Arbeitstätigkeit sei dem Beschwerdeführer zumutbar. Als Defizite mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden verminderte Durchhaltefähigkeit, Selbstunsicherheit und verminderter Antrieb genannt (vgl. Case Report [IV-act. 271] S. 17).

6.2.2. Med. pract. I._____ wies in ihrem Gutachten vom 2. September 2019 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 47 S. 21):

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2)
- Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1)
- Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (ICD-10 F41.0)

- Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 Z73.1) DD: Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 F60. 6)

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt med. pract. I. _____ was folgt fest (IV-act. 47 S. 21):

- Anamnestisch Störungen durch Cannabinoide, ggw. abstinent (ICD-10 F12.20)
- Anamnestisch ADS (ICD-10 F90.0); (als Fehldiagnose einzuschätzen)
- Anamnestisch Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23); (ggw. nicht mehr zu diagnostizieren)
- Anamnestisch Epileptischer Grand Mal Anfall im Alkoholentzug (G40.5)

Zu den funktionellen Einschränkungen führte sie aus, beim Beschwerdeführer bestehe eine erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung des psychosozialen Aktivitäts- und Partizipationsniveaus. Dabei würden sich die Beeinträchtigungen durch die gleichzeitig vorliegende Angststörung, die depressive Störung und die Suchterkrankung überlagern. Der Beschwerdeführer habe deutlich bis erheblich ausgeprägte Schwierigkeiten bei der Alltagsgestaltung, der Arbeitsorganisation, der Selbständigkeit, der Selbstregulation, der Selbstpflege, der Aufrechterhaltung einer funktionellen Tagesstruktur und der Ausserorientierung. Die aktuell bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren (Arbeitsunfähigkeit, finanzielle Beeinträchtigungen, unsichere soziale Situation) seien als Folge der vorliegenden psychischen Störungen zu interpretieren und nicht als an sich krankheitsfremde Einflussfaktoren. Zu bemerken sei in diesem Zusammenhang, dass es dem Beschwerdeführer trotz seiner erheblichen psychischen Störungen gelungen sei, zu seiner Familie und zu Kollegen intakte und hilfreiche Beziehungen aufzubauen, was grundsätzlich für erhaltene psychosoziale Ressourcen spreche (IV-act. 47 S. 21 f.). Die Gutachterin med. pract. I. _____ ging von einer Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 100 % sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit aus (IV-act. 47 S. 322 f.).

6.2.3. Aus den Akten geht weiter hervor, dass der Beschwerdeführer vom 14. Januar 2021 bis zum 13. Oktober 2021 ein Belastbarkeits- und Aufbautraining in der K. _____, im Bereich Garten L. _____, absolvierte, wobei das Pensum von anfänglich 25 % auf 65 % mit einer 70-80 % Leistung gesteigert werden konnte (vgl. Abschlussbericht der K. _____ vom 13. November 2021 [IV-act. 199]). Da bei der K. _____ im herkömmlichen Berufsfeld des Beschwerdeführers keine passende Anschlusslösung bestand, folgte das Anschlussprogramm (Aufbautraining ab dem 18. Oktober 2021; Arbeitstraining ab dem 18. Januar 2022) beim Verein M. _____ mit dem Ziel, ein Praktikum als Automatiker zu absolvieren. Gemäss Schlussbericht von M. _____ vom 5. September 2022 habe die Präsenzzeit im Verlauf von 50 %

auf 80 % gesteigert werden können. Nach Absagen bei Vorstellungsgesprächen habe sich der Beschwerdeführer belastet gefühlt, weshalb das Pensum wieder habe reduziert werden müssen. Die externen Vorstellungsgespräche und Schnupperpraktika hätten den Beschwerdeführer sehr gefordert, ihm Energie geraubt und ihn müde gemacht, was in seinem privaten Umfeld zu Rückzug geführt habe. Eine weitere Steigerung sei aufgrund des Schlafbedürfnisses und teils somatischen Symptomen nicht möglich gewesen. Die zuständige Fachperson von M._____ schätzte die Leistungsfähigkeit bei einer Präsenzzeit von 50 % auf 70 % ein und hielt fest, der Beschwerdeführer habe im Prozess lernen müssen, seine eigenen Grenzen zu akzeptieren. Im Verlauf der Massnahme sei klar geworden, dass der Beschwerdeführer mit einer 50 %-Anstellung ausgelastet sei. Bis zum Ende der Massnahme habe keine passende Anstellung gefunden werden können und der Beschwerdeführer nicht leidensadaptiert in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden können (IV-act. 264).

6.3. Seit der letzten materiellen Prüfung des Rentenanspruchs sind folgende Berichte aktenkundig:

6.3.1. Der Beschwerdeführer befand sich vom 1. November 2024 bis zum 10. Dezember 2024 zum Alkoholentzug in stationärer Behandlung in der Klinik F._____ der G._____, nachdem er im Herbst 2024 nach rund fünfjähriger Abstinenz wieder zu trinken begonnen hatte. Gemäss dem Austrittsbericht vom 17. Dezember 2024 konnte der Beschwerdeführer in mehreren häuslichen Belastungserprobungen zunehmend an Sicherheit gewinnen und am 10. Dezember 2024 in gebessertem Allgemeinzustand in die häusliche Wohnsituation und die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden. Die Ärzte der G._____ erhoben bei Austritt einen unauffälligen Psychostatus mit ungestörter Auffassung, leichten Konzentrationsstörungen, unauffälliger Denkgeschwindigkeit, einer euthymen Stimmung, einer guten affektiven Schwingungsfähigkeit und einem ungestörten Antrieb, Interesse und Freudempfinden. Sie konnten keine Sinnestäuschungen, keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Ich-Störungen sowie keine Suizidgedanken und -intentionen feststellen (IV-act. 354 S. 3). Gestützt darauf ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (act. A.2) von einer kurzfristigen Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auszugehen, die lediglich von Oktober 2024 (vgl. IV-act. 343 und 350 S. 2 unten) bis zum 10. Dezember 2024 dauerte und daher die von Art. 88a Abs. 2 IVV geforderte Dauer von drei Monaten nicht erreicht. Sie stellt folglich keinen Revisionsgrund dar.

6.3.2. Der behandelnde Psychiater Dr. med. H._____, bei welchem der Beschwerdeführer nach längerer Unterbrechung seit dem 15. Januar 2025 wieder

in Behandlung ist, ging in seinem Verlaufsbericht vom 25. März 2025 zuhanden der Beschwerdegegnerin (IV-act. 350) von einem verschlechterten Gesundheitszustand seit der letzten Verfügung aus. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wies er psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD 10: F10.2), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom (ICD 10: F10.3), eine mittelgradige depressive Episode (ICD 10: F32.1) sowie eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD 10: F90.0) aus. Zudem äusserte er den Verdacht auf eine Erkrankung aus dem Autistischen Formenkreis, wobei eine Abklärung zeitnah stattfinden werde. Zum Verlauf führte Dr. med. H._____ aus, der Beschwerdeführer habe im Anschluss an das Arbeitstraining bei M._____ keine 50 %-Anstellung gefunden. Nach dem dreimonatigen RAV-Arbeitsprogramm im P._____ ab Oktober 2022 sei ihm alles zu viel gewesen. Er habe sich ausgelaugt gefühlt und sich beim RAV abgemeldet. Mitte Mai 2024 habe der Beschwerdeführer alsdann die laufenden therapeutischen Kontakte beendet und die psychiatrische Spitex abgebrochen. Der Beschwerdeführer habe einen "*Schnitt machen*" wollen, um zur Ruhe zu kommen, eigenständig zu erkennen, wer er sei und wo er stehe und was er machen wolle. In dieser Zeit habe er vermehrt Kontakt mit der Familie gehabt, habe sich um die kleinen Kinder der Brüder gekümmert, habe regelmässig gegessen und sich gepflegt, habe sich völlig vom Druck, Geld verdienen zu müssen, befreit gefühlt. Ab Herbst 2024 habe er dann aber wieder vermehrt Druck verspürt, sich um seinen Lebensunterhalt kümmern zu müssen, was zu Ein- und Durchschlafstörungen geführt habe. Ein moderater Alkoholkonsum, um besser einschlafen zu können, sei schliesslich innerhalb von vier Wochen in einen massiven Alkoholmissbrauch gekippt. In der Folge habe sich der Beschwerdeführer in einen erneuten Alkoholentzug begeben (IV-act. 350 S. 2). Als objektive Befunde stellte Dr. med. H._____ ein klares Bewusstsein, keinen Wahn, keine Ich-Störungen, keine Sinnestäuschungen, keine Suizidalität (jedoch von Lebensmüdigkeit geprägt), einen guten Schlaf, ein unauffälliges Gedächtnis im Gespräch und eine gute Konzentration und Auffassung im Gespräch fest. Weiter hielt er fest, der Beschwerdeführer fühle sich anschliessend an die Therapiesprache ausgelaugt und erschöpft. Er gerate beim Berichten seiner Interessen oder Befindlichkeiten immer wieder in ein diffus und undeutlich wirkendes Beschreiben seiner Ansichten und Zukunftsvorstellungen und habe die Tendenz zum Ausschweifen und Abgleiten in Unwesentliches. Er lasse sich dann bei genauerem Nachfragen jeweils rasch unterbrechen und könne sich schliesslich im Gespräch klar und verständlich ausdrücken und seine Themen auf den Punkt bringen. Auch zeige sich, dass der Beschwerdeführer schliesslich auch das Gegenüber vollständig verstehe und ernst nehme. Der Affekt sei wechselhaft,

zurzeit weitgehend ausgeglichen. Der Beschwerdeführer führe seine emotionalen Schwankungen auf die Wahrnehmung von Überreizung zurück. Er habe jedoch gelernt, seine Frühwarnzeichen zu erkennen und Termine abzusagen, wenn es zu viel werde. Psychomotorisch stehe ein Energiemangel und eine rasche Ermüdbarkeit durch soziale und anderweitige Aktivitäten oder Einflüsse (wie Lärm, Strassenverkehr, Menschenansammlungen) im Vordergrund (IV-act. 350 S. 3). Zu den Auswirkungen der Befunde auf die Arbeitsfähigkeit und den Alltag führte Dr. med. H._____ aus, der Energiemangel, die Befürchtung, alles würde wieder aus dem Ruder laufen, die bereits nach kurzen Konzentrationsphasen überwältigende Müdigkeit sowie die Mühe bei einem längeren Umgang mit den Mitmenschen würden das Entwickeln einer Arbeitsfähigkeit verunmöglichen. Es fehle die Kapazität, Inputs zu verarbeiten (IV-act. 350 S. 3). Prognostisch bestehe noch keine Sicherheit, da zum einen der bisherige Verlauf seit dem letzten Wiedereingliederungsversuch gezeigt habe, dass es bislang keine messbaren Fortschritte hinsichtlich Arbeitsfähigkeit gegeben habe. Bereits die damalige Einschätzung einer Restarbeitsfähigkeit habe sich nicht im derzeitigen Leben des Beschwerdeführers umsetzen lassen. Dieser habe sich bereits von den Umständen einer RAV-begleiteten Arbeitssuche überfordert gefühlt. Zudem zeige er sich auch von üblichen Lebensumständen (z.B. Umgang mit Eltern, Geschwistern, Neffen und Nichten, Haushaltsführung, Steuererklärung, Arztbesuche) bereits vollends ausgelastet und in den letzten Monaten überreizt und überfordert. Aus ärztlich-psychiatrischer Sicht erscheine es nicht möglich, dass der Beschwerdeführer in den kommenden ein bis zwei Jahren eine ausreichende Stabilität erreichen werde, um sich nur schon in einen erneuten Eingliederungsprozess (oder Aufbautraining) zu begeben (IV-act. 350 S. 5). Die Frage, wann eine Änderung seit der letzten Verfügung eingetreten sei, beantwortete Dr. med. H._____ dahingehend, dass die zuletzt festgelegte Arbeitsfähigkeit von 50 % nie erreicht worden sei. Es bestehe seit Abschluss der Eingliederungsmassnahmen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-act. 350 S. 5).

Der Umstand, dass sich die anfangs 2023 eingeschätzte Restarbeitsfähigkeit nicht hat umsetzen lassen, ist nicht mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gleichzusetzen. Sofern die Restarbeitsfähigkeit im Verfügungszeitpunkt falsch eingeschätzt worden wäre, bildet die damalige Einschätzung keinen Gegenstand der aktuellen Thematik (vgl. Erwägung 2 vorstehend). Zudem deuten auch die von Dr. med. H._____ erhobenen Befunde auf keine wesentliche Verschlechterung hin. So wurden Energiemangel, Rückzugstendenzen, rasche Ermüdbarkeit bzw. ein hohes Schlafbedürfnis und psychische Instabilitäten schon in den Schlussberichten von M._____ und der

K._____ sowie den Protokollen zu den Standortgesprächen mit den entsprechenden Institutionen thematisiert (vgl. IV-act. 127 S. 2, 130 S. 2, 144 S. 2, 167 S. 2, 185 S. 2, 199, 227 S. 1, 249 S. 1, 250, 264; vgl. auch Verlaufsprotokoll Eingliederung, Eintrag vom 1. September 2021 [IV-act. 260 S. 3], Eintrag vom 21. April 2021 [IV-act. 260 S. 4], Eintrag vom 10. August 2022 [IV-act. 260 S. 5 f.]). Ebenfalls stellte bereits der RAD-Arzt Dr. med. O._____ in seiner Beurteilung vom 11. Oktober 2022 Defizite wie eine verminderte Durchhaltefähigkeit, eine Selbstunsicherheit oder einen verminderten Antrieb fest (IV-act. 271 S. 17).

6.3.3. In ihrem psychotherapeutischen Bericht vom 23. September 2025 (act. B.2) wies M. Sc. N._____ als Hauptdiagnose ein Asperger-Syndrom (ICD-10: F84.5) und als Nebendiagnosen eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, gemischtes Erscheinungsbild (ICD-10: F90.0), sowie psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinert (ICD-10: F 10.2), aus. Sie führte aus, es sei davon auszugehen, dass das Alkohol-Abhängigkeitssyndrom Folge der angeborenen, bislang unbekannt und unbehandelten (im Sinne therapeutischem Coaching) ASS sei. Der Konsum diene dabei der Bewältigung der tagtäglichen Überforderung (u.a. durch Reizüberflutung und Defizite in der sozio-emotionalen Interaktionen), die seit früher Kindheit beständen (vgl. auch Kurzbericht vom 12. Juni 2025 [IV-act. 364]).

Der Bericht enthält zwar mit dem Asperger-Syndrom eine neue bzw. zusätzliche Diagnose. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit Januar 2023 weist er aber nicht aus. So führte M. Sc. N._____ aus, eine ASS definiere sich durch Probleme in der Kommunikation und Interaktion sowie durch repetitive, unflexible Verhaltensmuster und Sinnesüberempfindlichkeiten, die allesamt zum Leidensdruck führen würden. Die Auffälligkeiten sollten schon in der Kindheit vorhanden und nicht durch intellektuelle Beeinträchtigung erklärbar sein. Bei der Prüfung der DSM-5-Kriterien bejahte sie alsdann, dass die Symptome beim Beschwerdeführer bereits in der frühen Entwicklungsphase vorlägen (act. B.2 S. 5). Daraus ergibt sich, dass die mit einer ASS im Zusammenhang stehenden Beschwerden seit der Kindheit und nicht erst seit Januar 2023 bestehen. Ausserdem gab der Beschwerdeführer selbst an, dass es ihm seit dem Alkoholentzug bzw. dem Klinikaufenthalt Ende 2024 psychisch besser gehe. So berichtete er gegenüber der Psychotherapeutin, dass er seither eine bessere Selbstfürsorge habe, besser auf seine Bedürfnisse höre und Grenzen besser wahrnehme. Auch lasse er den sozialen Rückzug im positiven Sinn zu, was ihm guttue. Sodann halte er an seinen Routinen fest und gestehe sich seine repetitiven Verhaltensweisen zu, was sich gut anfühle und sich positiv auf seinen Zustand

auswirke (act. B.2 S. 3 unten). Sodann ergab der Beck-Depressions-Inventar II Test mit einem Punktwert von sieben keinen Hinweis auf eine Depression (act. B.2 S. 2). Nach dem Ausgeführten kann der Beschwerdegegnerin gefolgt werden, dass lediglich eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leides vorliegt, zumal auch aus dem Bericht von med. pract. I. _____ vom 2. September 2019 Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten im persönlichen, beruflichen und sozialen Bereich hervorgehen, welche diese einer Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10: Z73.1), differenzialdiagnostisch einer Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10: F60.6), zuordnete (IV-act. 47 S. 20 f.; vgl. auch Evaluationsgespräch Eingliederung, anlässlich welchem der Beschwerdeführer berichtete, seit der Jugend bestehende psychische Instabilitäten und Mühe im Umgang mit Menschen zu haben [IV-act. 23 S. 2 und S. 4]).

6.4. Nach dem Gesagten ergibt sich aus dem Vergleich der im Referenzzeitpunkt vom 10. Januar 2023 gegebenen medizinischen Situation und derjenigen, wie sie sich anlässlich der angefochtenen Verfügung vom 13. August 2025 präsentierte, dass keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Soweit sich der Beschwerdeführer selbst auf den Rückfall betreffend Alkoholabhängigkeit beruft, liegt keine dauerhafte Verschlechterung vor. Sodann lag nach dem Klinikaufenthalt gemäss den Berichten von Dr. med. H. _____ und M. Sc. N. _____ keine wesentliche depressive Symptomatik mehr vor. Auch darüber hinaus ergeben sich aus den Berichten keine Hinweise auf eine veränderte Befundlage seit anfangs des Jahres 2023. Die neue bzw. zusätzliche Diagnose eines Asperger-Syndroms ist als unterschiedliche diagnostische Einordnung der seit Kindheit bestehenden und geltend gemachten Leiden zu qualifizieren. Ein Revisionsgrund ist folglich nicht ausgewiesen. Daher ist die Abweisung des Rentenerhöhungsbegehrens nicht zu beanstanden und die angefochtene Verfügung vom 13. August 2025 erweist sich als rechtmässig. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

7.1. Laut Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um 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, in welchem ein geringer Aufwand entstanden ist, rechtfertigt es sich, die Gerichtskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf

CHF 500.00 festzusetzen. Diese sind vom unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen.

7.2. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

Es wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Kosten von CHF 500.00 gehen zulasten von A._____.
3. Es wird kein Parteikostenersatz zugesprochen.
4. [Rechtsmittelbelehrung]
5. [Mitteilungen]