

200 19 703 IV
KOJ/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 12. Juni 2020

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 6. August 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1973 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im April 2017 unter Hinweis auf eine seit 2013 bestehende und ab Herbst 2016 akzentuierte Depression bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 3). Im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen holte die IVB Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 43, 80, 102) ein und gewährte parallel dazu Frühinterventionsmassnahmen (Laufbahnberatung; AB 75, 94). Mit Vorbescheid vom 1. Februar 2019 stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht (AB 104). Auf Einwand des Versicherten, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, hin (AB 106, 109) und nach Konsultation des RAD (AB 113) verfügte die IVB am 6. August 2019 wie in Aussicht gestellt (AB 114).

B.

Hiergegen liess der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 13. September 2019 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung und nach Initiierung einer externen psychiatrischen Begutachtung seien ihm einerseits berufliche Massnahmen zu gewähren und andererseits eine Invalidenrente nach Massgabe eines noch zu beziffernden Invaliditätsgrades auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Nach Einholung einer RAD-ärztlichen Stellungnahme vom 4. Oktober 2019 (in den Verfahrensakten) schloss die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2019 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 25. November 2019 bzw. Duplik vom 9. Januar 2020 (unter Beilage einer Stellungnahme des RAD vom selben Datum; in den Verfahrensakten) sowie mit Stellungnahmen vom 16. Januar 2020, 4. Februar

2020, 13. Mai 2020 und 20. Mai 2019 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechts-pflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 6. August 2019 (AB 114). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung (IV) und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine

objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.2).

2.3 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3.1 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschil-

dernten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.3.2 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien "funktioneller Schweregrad" (E. 4.3 S. 298) und "Konsistenz" einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwie-

gender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

2.5 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.5.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.5.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (RKUV 2001 KV 189 S. 492 E. 5b).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

2.5.3 Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juli 2011, 8C_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.

Abgesehen von somatischen Beschwerden (insbesondere der diagnostizierten hypertensiven Herzkrankheit [AB 33/16 f. = 84/2 f., 85/2; vgl. auch AB 90] und einem leichten obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom mit Dominanz in Rückenlage [AB 33/6 f., 98/4] bzw. einer Anstrengungsdyspnoe [AB 89]), die sich allesamt nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (AB 33/1 Ziff. 1.1, 60/2 Ziff. 1.1, 102/4) – anderes macht der Beschwerdeführer auch nicht geltend – ist den Akten in medizinisch-psychiatrischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte den Beschwerdeführer am 16. Januar 2017 aus versicherungspsychiatrischer Sicht. Gemäss dieser Untersuchung sei der Beschwerdeführer aufgrund einer Erkrankung seit Dezember 2016 (Beginn der psychiatrischen Behandlung) sowohl in der bisherigen als auch in vergleichbaren Tätigkeiten zu 50 % als arbeitsunfähig zu beurteilen; ein höhe-

rer Grad der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne rein aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden (Arztzeugnis vom 13. Februar 2017; AB 7/3).

3.2 Der Beschwerdeführer war vom 1. März bis 28. April 2017 in stationärer Behandlung in der Klinik D._____. Im Austrittsbericht vom 3. Mai 2017 wurde insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), diagnostiziert (AB 22/1 ≈ 33/8 ≈ 41/5). Der Beschwerdeführer sei mit einer depressiven Symptomatik mit agitiert-ängstlicher Komponente vor dem Hintergrund einer mehrfachen psychosozialen Belastungssituation im privaten sowie im beruflichen Kontext zur stationären Aufnahme gekommen. Klinisch habe ein depressiver Symptomenkomplex vorgelegen bei labilem Affekt mit Stimmungstiefs, ausgeprägter Verunsicherung, niedrigem Selbstwert, innerer Anspannung, Interessenverlust, Konzentrationsminderleistung, sozialem Rückzug, Antriebsminderung, Appetenz- und Libidominderung, Schlafstörungen sowie ausgeprägten Existenz- und Zukunftsängsten (AB 22/5 ≈ 33/12 ≈ 41/9). Der Beschwerdeführer sei in einem deutlich gebesserten, stimmungsstabileren und zuversichtlicheren Zustand nach Hause entlassen worden. Anfänglich hätten akzentuierte paranoide Persönlichkeitszüge imponiert, die aber gegebenenfalls auch aus der schwierigen und belastenden Situation am Arbeitsplatz resultierten. Ambulant sollte diesbezüglich eine weitere klinische Verlaufsbeobachtung erfolgen (AB 22/6 ≈ 33/13 ≈ 41/10). Es wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 1. März bis 14. Mai 2017 attestiert mit anschliessender Neuevaluation durch den Nachbehandler (AB 22/7 ≈ 33/14 ≈ 41/11).

3.3 Der den Beschwerdeführer (ambulant) psychiatrisch behandelnde Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in den Berichten vom 25. August 2017 (AB 41; vgl. auch AB 53/5 f.) und 4. Dezember 2017 (AB 57) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell längerdauernde mindestens mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; AB 41/2 Ziff. 3, 57/2 Ziff. 3) und sensible-sensitive Persönlichkeitsanteile (AB 57/2 Ziff. 3). Als Symptome nannte er eine wechselhafte Befindlichkeit mit teilweise erheblichen Stimmungstiefs bzw. depressiver Stimmungslage, eingengtem (dre-

hendem) Denken, Konzentrationsstörungen, Mühe mit Entscheidungen, Existenz- und Zukunftssorgen, Versagensängsten, Selbstzweifeln, Verunsicherung, Blockierung, Rückzug und (gelegentlichen) Schlafstörungen (AB 41/2 Ziff. 4, 57/2 Ziff. 4). Es bestünden psychische Einschränkungen im Sinne von Leistungsinsuffizienz, rascher Überforderung, Selbstunsicherheit/Verunsicherung, Ambivalenz/Entscheidungsunfähigkeit und Mühe unter Menschen (AB 41/3 Ziff. 3, 57/3 Ziff. 12). Bei (vorerst) stagnierendem Verlauf attestierte Dr. med. E._____ eine volle Arbeitsunfähigkeit seit 22. Dezember 2016 bis (vorerst) auf weiteres (AB 41/3 Ziff. 9 und 11, 57/3 Ziff. 11).

3.4 Die RAD-Ärztin med. pract. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ging im Bericht vom 11. September 2017 (AB 43/4) aufgrund der vorliegenden Arztberichte davon aus, dass der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an einer rezidivierenden depressiven Störung (Erstdiagnose 2013) leide, wobei deren Ausprägungsgrad seit etwa Dezember 2016 als mittelgradig anzusehen sei (ICD-10 F33.1). Als Auslöser würden die Trennungproblematik von der Ehefrau sowie Probleme am Arbeitsplatz und daraus resultierende Schwierigkeiten genannt. Aufgrund der Schilderungen der Lebensumstände fänden sich Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge (ängstlich-vermeidend, abhängig, narzisstisch), welche sich negativ auf die vorhandene depressive Symptomatik auswirkten. Der geschilderte Symptomenkomplex (vgl. E. 3.2 hiervoor) mindere die Leistungsfähigkeit nachvollziehbar. Es sei denkbar, dass eine Arbeit im sozialen Bereich mit durchaus auch schwierigen Klienten und zusätzlich auch noch Verantwortungsübernahme im Rahmen einer Führungsposition bei vorbestehender psychischer Vulnerabilität als Auslöser einer Krise gelten könne.

3.5 In den Berichten des Spitals G._____ vom 9. und 30. November (AB 53, 64/4 f.) sowie vom 6. bzw. 14. Dezember 2017 (AB 60, 62) wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode aufgrund multipler psychosozialer Belastungen und bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 F33.10, Z56.0, Z63.0, Z73.1), diagnostiziert (AB 53/2 Ziff. 4, 60/2 Ziff. 1.1 ≈ 62/1 Ziff. 1.1, 64/4 oben). In der beruflichen Laufbahn des Beschwerdeführers zeigten sich Wiederholungen dahinge-

hend, dass er bei Mitarbeitern und Vorgesetzten angeeckt sei. Auffällig seien die Wiederholungen. Er scheine immer wieder in zwischenmenschliche Konflikte zu geraten, was ihn zunehmend verunsichere und auf Dauer zu einem veränderten Beziehungsverhalten geführt habe, verbunden mit wiederkehrenden negativen Erfahrungen. Folge davon seien depressive Phasen (AB 53/2 Ziff. 1, 60/3 Ziff. 1.4 ≈ 62/2 Ziff. 1.4). Entsprechend habe sich die depressive Episode seit Juli 2016 nach der Kündigung beim letzten Arbeitgeber akzentuiert (AB 60/2 Ziff. 1.1 ≈ 62/1 Ziff. 1.1).

3.6 Die RAD-Ärztin Dr. med. H._____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Stellungnahme vom 20. Juli 2018 (AB 80/7 f.) aus, die Kontextfaktoren (Kündigung durch Arbeitgeber mit Freistellung, Konflikte am Arbeitsplatz, Trennung von der Ehefrau) der Krankschreibung ab 23. Dezember 2016 bzw. die gezielte Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsstrukturen und insbesondere der normale Psychostatus bei Eintritt in die Klinik D._____. (AB 22/3 ≈ 33/10 ≈ 41/7; vgl. E. 3.2 hiervor) sprächen gegen das Vorliegen einer primär psychiatrischen Erkrankung bzw. einer leistungsrelevanten affektiven Störung, sondern für eine Reaktion (Selbstunsicherheit, Misstrauen, Einschlafstörungen, Druckgefühl) auf eine interpersonelle und intrapsychische Konfliktsituation. Eine Krankschreibung über den Zeitpunkt der Hospitalisation hinaus sei deshalb aus psychiatrischer Sicht nicht medizinisch begründet (gewesen). Das vorliegende Überwiegen psychosozialer Faktoren habe keine IV-Relevanz.

3.7 Der Beschwerdeführer war vom 15. Oktober bis 22. November 2018 in stationärer Behandlung in der Klinik I._____. Im Austrittsbericht vom 19. November 2018 (AB 98) wurden aus psychiatrischer Sicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), sowie eine nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0) diagnostiziert (AB 98/2 unten). Phänomenologisch zeige der Beschwerdeführer Niedergestimmtheit, Antriebslosigkeit, starke Verunsicherung, Entscheidungsschwierigkeiten, eine hohe Anspannung und berichte über Gedankendrehen, soziales Rückzugsverhalten, eine stark ausgeprägte Müdigkeit und Erschöpfung sowie Existenz- und Zukunftsängste und eine Selbstwertproblematik. Diagnostisch handle es sich aufgrund des klinischen Befundes

und der psychiatrischen Anamnese (bekannte depressive Episoden, Vulnerabilität durch Depressionen innerhalb der Familie, Hospitalisation 2017) und der sozialen Begleitumstände (Verlust der Arbeitsstelle mit rechtlichem Procedere, Trennung von Ehefrau und anstehende Scheidung, Krankheit der Mutter) am ehesten um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode, sowie eine nicht-organische Insomnie (und nicht-psychiatrisch ein Restless-Legs-Syndrom und eine Schlafapnoe). Seit Dezember 2016 habe bereits eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der stationäre integriert-psychiatrische Behandlungsansatz habe eine Remission der aktuellen depressiven Episode im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung gebracht; eine allmähliche Wiederaufnahme der Arbeit sei besprochen worden (AB 98/4 unten). Die volle Arbeitsunfähigkeit sei bis 9. Dezember 2018 attestiert worden und die weiterführende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit obliege dem Nachbehandler (AB 98/5 Mitte).

3.8 In Wiederholung und Ergänzung des bereits in der Stellungnahme vom 20. Juli 2018 (AB 80/7 f.; vgl. E. 3.6 hiervor) Ausgeführten verneinte die RAD-Ärztin Dr. med. H._____ mit Stellungnahme vom 10. Januar 2019 (AB 102/4 f.) infolge Fehlens inhaltlicher Denkstörungen/von Zwängen/von suizidalen oder fremdaggressiven Verhaltens anlässlich der Hospitalisation in der Klinik I._____ (AB 98/3 unten; vgl. E. 3.7 hiervor) als auch des Fehlens von Zeichen einer akuten/chronischen Stress-Reaktion (normales Blutdruckverhalten, normales Pulsverhalten, normale Atmung; AB 98/4 oben) das Vorliegen einer leistungsrelevanten psychiatrischen Erkrankung. Bereits zum Zeitpunkt des Eingangs der IV-Anmeldung (AB 3) am 19. April 2017 habe eine Vermittelbarkeit des Beschwerdeführers auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für Arbeiten unterschiedlicher körperlicher Schwere (einschliesslich gelegentlich körperlich schwerer Arbeiten) entsprechend seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten in Früh- und Spätschicht (ohne regelmässige Nachtschicht) mit betriebsüblichen Pausen bis zu einem vollen Pensum bestanden, so auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit.

3.9 Dr. med. E._____ stellte im Bericht vom 24. März 2019 (AB 109/12 f.) nach dem Austritt aus der Klinik I._____ (vgl. E. 3.7 hier-

vor) eine vorerst gebesserte psychische Befindlichkeit, die sich in der Folge dann aber wieder deutlich verschlechtert habe, fest. Er diagnostizierte weiterhin eine rezidivierende depressive Störung, aktuell längerdauernde mittel- bis schwergradige Episode (ICD-10 F33.1). Die RAD-ärztliche Beurteilung vom 10. Januar 2019 (AB 102/4 f.; vgl. E. 3.8 hiervor) sei insofern fachmedizinisch nachvollziehbar, als sie auf die Befindlichkeit zum Zeitpunkt des Austritts aus der Klinik I._____ abstütze, wobei psychosoziale Faktoren sehr hervorgehoben würden. Bei aktuell wiederum feststellbarer Verschlechterung des psychischen Befindens, bei nun bereits längerdauernder Krankheitsanamnese sowie bei schwer beurteilbarer Arbeitsfähigkeit könnten eine Begutachtung oder Integrationsbemühungen bzw. eine Arbeitsabklärung sinnvoll sein.

3.10 Mit Stellungnahme vom 31. Juli 2019 (AB 113/2 f.) verneinte die RAD-Ärztin Dr. med. H._____ neue medizinische Gesichtspunkte und stellte weiterhin auf ihre Leistungsbeurteilung im Bericht vom 10. Januar 2019 (AB 102/4 f.; vgl. E. 3.8 hiervor) ab.

3.11 Gemäss einem Bericht des Spitals G._____ vom 6. August 2019 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4) wurde der Beschwerdeführer gleichentags vom Sozialdienst ... wegen psychischer Auffälligkeit mit Verfolgungsideen und Überforderung notfallmässig zugewiesen. Der Beschwerdeführer habe berichtet, gegen ihn liefen seit Jahren besonders bei der Arbeit Machenschaften mit Intrigen und Mobbing. Auch habe er Kontakt zum Jenseits und sehe Zeichen bzw. habe Vorahnungen. Während der Hospitalisation in der Klinik I._____ (vgl. E. 3.7 hiervor) sei er sogar fremdgesteuert gewesen und man habe ihn mittels GPS-Signal überwacht und sein Handy gehackt. Die untersuchenden Ärzte des Spitals G._____ erwogen eine wahnhafte Symptomatik mit Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung und Beziehungsideen, wobei keine Sinnestäuschungen wie Stimmenhören vorhanden seien. Sie äusserten den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0), wobei das Alter für eine Erstmanifestation atypisch sei. Die beschriebene Symptomatik bedürfe dringend einer stationären Abklärung.

In einem weiteren Bericht vom 4. September 2019 (BB 3) wurde auf Fragen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers ausgeführt, beim Beschwer-

deführer habe in der Notfallkonsultation eine wahnhafte Symptomatik im Vordergrund gestanden. Eine depressive Symptomatik sei wegen dem Wahn nur schwer explorierbar gewesen, doch habe der Beschwerdeführer eine gedrückte Stimmung und Ein- und Durchschlafstörungen gezeigt. Zusammen mit der Aktenanamnese sei von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), auszugehen. Differentialdiagnostisch müsse eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) in Betracht gezogen werden, wobei das Alter für eine Erstmanifestation atypisch sei. Für die Genese beider Erkrankungen seien sowohl genetische Faktoren als auch Umwelteinflüsse verantwortlich. Psychosoziale Faktoren seien ein möglicher Umwelteinfluss. Im vorliegenden Fall gebe es jedoch keine Hinweise, dass die psychosozialen Faktoren in überwiegendem Ausmass für die Entstehung der Erkrankung verantwortlich seien. Es gebe keine Hinweise für eine Aggravation oder einen sekundären Krankheitsgewinn.

3.12 Anlässlich einer stationären Behandlung in der Klinik D. _____ vom 6. bis 21. August 2019 wurde beim Eintritt der Verdacht auf eine wahnhafte Störung und differentialdiagnostisch eine paranoide Schizophrenie bzw. eine depressive Störung mit psychotischen Symptomen diagnostiziert (Eintrittsbericht vom 6. August 2019 [BB 5]). Während des Aufenthalts habe der Beschwerdeführer über viele Ereignisse aus seinem Leben berichtet, die zunächst leicht wahnhaft angemutet hätten. Ausserdem habe er insbesondere formalgedankliche Auffälligkeiten gezeigt. Ein hirnororganisches Geschehen habe aufgrund eines zerebralen MRI ausgeschlossen werden können. Der Beschwerdeführer habe sich auch zu jeder Zeit wieder davon distanzieren können und es habe keine floride psychotische Symptomatik bestanden, sodass die Symptome am ehesten im Rahmen einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen bei bekannter rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.3) zu deuten seien. Diagnostiziert wurde zudem eine wahnhafte Störung (ICD-10 F22.0; Austrittsbericht vom 3. September 2019 [BB 6]).

3.13 Mit Stellungnahme vom 4. Oktober 2019 (in den Verfahrensakten) bemängelte die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ zunächst die Erhebung von blossen Verdachtsdiagnosen (Arbeitshypothesen). Bereits die in den

medizinischen Berichten (vgl. E. 3.11 f. hervor) dokumentierten klinischen Normalbefunde (wach, bewusstseinsklar, in allen Qualitäten orientiert, freundlich-kooperativ im Kontakt, schwingungsfähiger Affekt, Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis unauffällig, keine Ich-Störungen, keine Halluzinationen, keine Zwänge oder Phobien, keine motorische Hemmung, keine Eigen- und Fremdgefährdung) schlossen sowohl das Vorliegen einer mittelgradigen bzw. einer schweren depressiven Störung als auch das Vorliegen einer wahnhaften Störung oder einer paranoiden Schizophrenie nach ICD-10 zweifelsfrei aus. Hierfür sprächen vor allem die erhaltene Steuerungsfähigkeit, die Einsichtfähigkeit, die rational gesteuerte Anpassungsfähigkeit und die zielgerichtete Inanspruchnahme sozialer/medizinischer/professioneller Unterstützung. Das am 6. August 2019 dokumentierte ziel- und zweckgerichtete Verhalten, der Erhalt seiner Autonomie, Mobilität, Entscheidungsfähigkeit, Absprachefähigkeit, Mitwirkungs- und Kooperationsfähigkeit sprächen zweifelsfrei gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens im psychiatrischen Fachgebiet und für Zweckverhalten/Tendenzverhalten (Manipulation/Simulation).

Mit weiterer Stellungnahme vom 9. Januar 2020 (in den Verfahrensakten) wies die RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ zudem darauf hin, dass bereits im Austrittsbericht der Klinik D. _____ vom 3. Mai 2017 (AB 22/3 ≈ 33/10 ≈ 41/7; vgl. E. 3.2 hiervor) eine Diskrepanz zwischen der attestierten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig mittelgradig einerseits und den hierzu inkonsistenten objektivierbaren psychischen und somatischen Normalbefunden andererseits bestanden habe. Auch die im Austrittsbericht derselben Institution vom 3. September 2019 (BB 6/2 f.; vgl. E. 3.12 hiervor) erhobenen psychischen und somatischen Normalbefunde sprächen gegen die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit psychotischen Symptomen, und einer wahnhaften Störung; diese beiden Diagnosen schlossen sich zudem formal nach ICD-10 gegenseitig aus.

3.14 Anlässlich einer stationären Behandlung in der Psychiatrie des Spitals G. _____ vom 9. bis 24. April 2020 wurden eine wahnhafte Störung (ICD-10 F22.0) und fremdanamnestisch eine rezidivierende depressive

Störung, schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), wobei während des Klinikaufenthalts keine Symptome einer affektiven Störung vorgelegen hätten, diagnostiziert (Erstbeurteilungsbericht vom 9. April 2020 [BB 9] und Kurzaustrittsbericht vom 24. April 2020 [BB 8]; vgl. auch Überweisungsschreiben des Spitals G._____ vom 7. März 2020 [BB 10]).

4.

4.1 In psychischer Hinsicht hat die Beschwerdegegnerin ausschliesslich auf die Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. H._____ in deren Berichten vom 20. Juli 2018 (AB 80/7 f.; vgl. E. 3.6 hiervor), 10. Januar 2019 (AB 102/4 f.; vgl. E. 3.8 hiervor), 31. Juli 2019 (AB 113/2 f.; vgl. E. 3.10 hiervor) abgestellt. Deren Meinung nach divergierten die von den behandelnden Ärzten erhobenen Diagnosen insbesondere einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; vgl. E. 3.2 f., 3.5, 3.7, 3.9, 3.12 hiervor), mit den objektivierbaren psychischen und somatischen Normalbefunden anlässlich der Hospitalisationen in der Klinik D._____ in den Jahren 2017 (vgl. E. 3.2 hiervor) und 2019 (vgl. E. 3.11 hiervor). Nach Einschätzung von Dr. med. H._____ und der Beschwerdegegnerin liegt demnach kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor (AB 102/4).

4.2 Hierzu ist festzuhalten, dass die behandelnden Ärzte und Kliniken ihrerseits aufgrund eben dieser Befunde übereinstimmend eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis sogar schwergradige Episode (ICD-10 F33.1; vgl. E. 3.2 f., 3.5, 3.7, 3.9, 3.12 hiervor), diagnostiziert haben. Selbst die RAD-Ärztin med. pract. F._____ bezeichnete im Bericht vom 11. September 2017 (AB 43/4; vgl. E. 3.4 hiervor) aufgrund der damals vorgelegenen Arztberichte (insbesondere auch des Austrittsberichts der Klinik D._____ vom 3. Mai 2017; vgl. E. 3.2 hiervor) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung als überwiegend wahrscheinlich und gestützt darauf eine Minderung der Leistungsfähigkeit als nachvollziehbar. Zudem attestierte schon der Psychiater Dr. med. C._____ im Bericht vom 13. Februar 2017 (AB 7/3; vgl. E. 3.1 hiervor)

im Nachgang zu einer ca. zweistündigen Untersuchung gestützt auf eine nicht näher bezeichnete (psychische) Erkrankung aus versicherungspsychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %.

4.3 Diese Berichte (vgl. E. 4.2 hiervor) begründen an der (allein gestützt auf die Akten erfolgten) Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. H. _____ hinreichende Zweifel (vgl. E. 2.5.2 hiervor): Soweit Dr. med. H. _____ in der Stellungnahme vom 4. Oktober 2019 (S. 5) die Auffassung vertritt, gemäss den Berichten vom 6. August 2019 (vgl. E. 3.11 f. hiervor) lägen einzig Verdachtsdiagnosen vor, ist festzuhalten, dass die Klinik D. _____, der behandelnde Dr. med. E. _____, die RAD-Ärztin med. pract. F. _____, die Klinik I. _____ und das Spitals G. _____ allesamt eine klare psychiatrische Diagnose gestellt haben, nämlich eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) mit jeweils mittel- bis schwergradigen Episoden (vgl. E. 4.2 hiervor). Auch wenn im Psychostatus jeweils von einem wachen, bewusstseinsklaren, in allen Qualitäten voll orientierten, formal-geordneten Patienten ohne Phobien, Zwangsgedanken, inhaltlichen Denkstörungen, Störungen des Ich-Erlebens, Halluzinationen und Suizidalität (vgl. RAD-Stellungnahme vom 9. Januar 2020, S. 7 [in den Verfahrensakten]) ausgegangen worden ist, wurden dennoch eine Erschöpfungssymptomatik und depressive Symptomatik (AB 22/2 \approx 33/9 \approx 41/6, 64/4), Konzentrationsminderleistungen, Vorausahnungen dergestalt, dass sich Träume real erfüllen würden, Stimmenhören, ein Ohnmachtsgefühl, Bedrücktheit, Freudverlust, Interessenverlust, Antriebsminderung, sozialer Rückzug, geminderter Appetit, geminderte Libido, Einschlafstörungen (AB 22/3 \approx 33/10 \approx 41/6), wechselhafte Befindlichkeit mit teilweise erheblichen Stimmungstiefs, eingeengtes (drehendes) Denken, Mühe mit Entscheidungen, Existenz- und Zukunftssorgen, Versagensängste, Selbstzweifel, Verunsicherung, Blockierung (AB 41/2 Ziff. 4, 57/2 Ziff. 4), Gefühllosigkeit, Störung der Vitalgefühle, Hoffnungslosigkeit, Affektlabilität, starke Verunsicherung, Perspektivenlosigkeit (AB 98/3 unten), Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung und Beziehungsideen (BB 3 ff.) festgestellt; zuletzt konnten denn auch Ich-Störungen nicht (mehr) ausgeschlossen werden (der Beschwerdeführer spüre die Gedanken und Gefühle anderer Menschen [BB 5/2 unten]; vgl. aber auch BB 6/4).

4.4 Nach dem Dargelegten ist der Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht im Lichte des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ungenügend abgeklärt. Folglich ist eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers durchzuführen; dabei ist auch den des Spitals G._____ und der Klinik D._____ gestellten Verdachtsdiagnosen (vgl. E. 3.11 f. hiervor) nachzugehen, zumal die Klinik D._____ schon im Mai 2017 von paranoiden Persönlichkeitszügen berichtet hat (AB 22/6 ≈ 33/13 ≈ 41/10; vgl. E. 3.2 hiervor).

Zu diesem Zweck ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, welche anschliessend unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Vorgaben zum strukturierten Beweisverfahren über die streitigen Leistungen neu zu befinden hat. Dieses Vorgehen entspricht dem Antrag des Beschwerdeführers, welcher vorab die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin und nur eventualiter die Erstellung eines Gerichtsgutachtens verlangt (vgl. Beschwerde, S. 14 letzter Absatz).

4.5 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 6. August 2019 (AB 114) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der angesichts des doppelten Schriftenwechsels und der zusätzlichen Stellungnahme angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B. _____ vom 19. Februar 2020 wird die Parteientschädigung festgesetzt auf Fr. 5'433.05 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 6. August 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'433.05 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwalt B._____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Stellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 20. Mai 2020)
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.