

200 17 1063 IV
FUE/TOZ/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. August 2018

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. November 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1974 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer), zuletzt von 7. Februar 2005 bis 28. Februar 2011 beim J._____ vollschichtig als ... angestellt gewesen (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 9 S. 1 Ziff. 1), meldete sich am 6. Dezember 2010 unter Hinweis auf psychische Probleme bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (AB 2). Die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor, insbesondere holte sie die Akten der Krankentaggeldversicherung ein (AB 13) und liess den Versicherten durch Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 15. November 2011; AB 23). Im Nachgang zum Gutachten forderte die IVB den Versicherten mit Schreiben vom 2. Februar 2012 (AB 30) und 19. Februar 2013 (AB 47) auf, sich einer stationären Therapie zu unterziehen. Nachdem sich der behandelnde Psychiater Dr. med. D._____ (AB 31) bzw. der Chefarzt der psychiatrischen Dienste E._____ (AB 52) gegen eine stationäre Behandlung ausgesprochen hatten, führte der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) eine interne psychiatrische Abklärung durch (Untersuchungsbericht von dipl. med. F._____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. August 2013 [AB 66] mit Ergänzung vom 30. Oktober 2013 [AB 71]). Nach Einholung aktueller Verlaufsberichte (AB 83 f., 89) und Rücksprache mit dem RAD (AB 95) ordnete die IVB mit Verfügung vom 24. August 2016 (AB 109) die Durchführung einer erneuten psychiatrischen Begutachtung an. Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 5. Dezember 2016 ab, soweit es darauf eintrat (VGE IV/2016/869; AB 113). Daraufhin liess die IVB den Versicherten durch Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 25. April 2017; AB 127.1). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 128 und 134) und Stellungnahme des RAD vom 6. September 2017 (AB 138) sprach die IVB mit Verfügung vom 14. November 2017 (AB 140) dem Versicherten eine Viertelrente ab dem 1. Juni 2011 zu.

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____, am 7. Dezember 2017 Beschwerde erheben und die Zusprennung einer ganzen Invalidenrente von 1. Juni 2011 bis 30. April 2017 sowie einer halben Invalidenrente ab dem 1. Mai 2017 bis auf Weiteres beantragen. Gleichzeitig liess er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege stellen, unter Beiordnung von Rechtsanwalt Dr. iur. B. _____ als amtlicher Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Februar 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 21. August 2018 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

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 GSOG 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 14. November 2017 (AB 140). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine (höhere) Invalidenrente.

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).

2.2

2.2.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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 141 V 281 E. 2.1 S. 285). 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) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.2.2 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). Die Anerkennung eines rentenbegründenden IV-Grades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.2.3 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 (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6). 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 Prüfungsras-
ter ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.5 Um den IV-Grad 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).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. C. _____ diagnostizierte im Gutachten vom 15. November 2011 (AB 23) eine angstbetonte mittelgradige bis schwere depres-

sive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11 bzw. F32.21; AB 23 S. 18). Die psychiatrische Anamnese des Beschwerdeführers sei bis Dezember 2009 als bland anzusehen. Am 3. Dezember 2009 sei sein jüngerer Bruder im ... ermordet bzw. erschossen worden, worauf sich der Beschwerdeführer depressiv verändert habe. Im Sommer 2010 seien auch noch ein Cousin und ein Freund ermordet worden. Seit Anfang 2010 stehe der Beschwerdeführer in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. D. _____ (AB 23 S. 17). Dessen Befunde würden nicht wesentlich von den Befunden in diesem Gutachten abweichen. Der Beschwerdeführer habe sich in der Untersuchung wortkarg, verschlossen, verängstigt, in der Mimik starr, dem Mutismus nahe gezeigt und habe praktisch alle Zeichen des depressiven Formenkreises aufgewiesen. Weiter sei von einem fast totalen sozialen Rückzug auszugehen. Angesichts der Dauer der Erkrankung sei es nach ICD-10 nicht mehr zulässig, (weiter) von einer Anpassungsstörung auszugehen, auch wenn diese reaktiv bzw. im Sinne einer Anpassungsproblematik auf den Tod seines ihm nahe gestandenen Bruders verstanden werden könne bzw. müsse. Weiter präsentiere der Beschwerdeführer ein stark regressives Bild; er habe sich von seiner Verantwortung (gegenüber sich, der Familie usw.) zurückgezogen. Viele der Funktionen, die er früher selbst wahrgenommen habe, müsse nun die Frau übernehmen (AB 23 S. 18). Es sei von einem Rückzug auf ein infantiles Niveau mit Vernachlässigung seiner sozialen Kontakte, der Lebensverantwortung usw. auszugehen. Hinweise für ein Aggravationsverhalten ergäben sich keine, allenfalls andeutungsweise: Das Hinken des Beschwerdeführers habe etwas demonstrativ gewirkt. Sodann habe er über Stimmen berichtet, die seinen Namen gerufen hätten, was aufgesetzt dahergekommen sei. Dem behandelnden Psychiater gegenüber habe er nie Stimmen erwähnt, was dieser bestätigt habe. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 3. Dezember 2009. Die psychiatrische Behandlung sei als nicht genügend einzustufen. Es liege gemäss Dr. med. D. _____ eine schlechte Medikamentencompliance vor, wovon auch deshalb auszugehen sei, weil der Beschwerdeführer die vereinbarte Laboruntersuchung nicht wahrgenommen habe (AB 23 S. 19). Durch eine Intensivierung der Behandlung, d.h. Settingveränderung (Hospitalisation oder zumindest ein teilstationärer Rahmen) und Anpassung der Medikamente, seien sicherlich Verbesserungen der Befunde zu erwarten (AB 23 S. 20).

3.1.2 Im Untersuchungsbericht vom 8. August 2013 (AB 66) hielt die RAD-Ärztin dipl. med. F. _____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.1) fest (AB 66 S. 6). Hinweise für eine Persönlichkeitsveränderung, welche die diagnostischen Leitlinien erfüllten (feindlich misstrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug, Gefühl der Leere und Hoffnungslosigkeit, chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdung), lägen nicht vor. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, ausreichend Selbstpflege zu üben, er sei verkehrsfähig, er sei in der Lage, mindestens vier Mal jährlich in den ... mit dem Auto (abwechselnd mit seiner Ehefrau) zu fahren, er sei in der Lage, selbstständig auch hier Autos zu lenken und zu fahren. Die familiären Beziehungen seien nicht durch einen sozialen Rückzug geprägt, so halte er zu seinem Bruder aus ... Kontakt und habe noch lockeren Kontakt zu anderen Freunden. Aus ärztlicher Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode bei allerdings unzureichender medikamentös antidepressiver Behandlung derzeit in der Belastbarkeit eingeschränkt und zeige eine eingeschränkte Gruppenfähigkeit. Die zwischenzeitlich postulierten schweren depressiven Zustände könnten nicht bestätigt werden. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ohne Leistungsminderung in einer Hilfsarbeitertätigkeit. Bei einer Verbesserung des ambulanten Settings und regelmässiger Überprüfung der Medikamenteneinnahme sei von einer weitergehenden Verbesserung der gesundheitlichen Störung auszugehen (AB 66 S. 7). Nach den aktuellen Laborkontrollen sei von keiner verbesserten Compliance auszugehen. Die Malcompliance sei aber nicht krankheitsbedingt (AB 66 S. 8; vgl. auch AB 71 S. 3).

3.1.3 Dr. med. D. _____ ging im Verlaufsbericht vom 9. Dezember 2015 (AB 83) von einem stationären Gesundheitszustand bei andauernder Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) und schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) aus (AB 83 S. 2 Ziff. 1 und 3). Der Beschwerdeführer leide weiterhin an einer stark schwankenden schweren depressiven Verstimmung mit psychotischen Symptomen. Dies wirke sich in einer weitgehenden Antriebslosigkeit, Interesselosigkeit und insbesondere in extremem sozialem Rückzug aus, auch im familiären Bereich. Hinzu kämen phasenweise auftreten-

de schwere Schlafstörungen mit Alpträumen und völligem Zerfall des Tag-Nacht-Rhythmus (AB 83 S. 2 Ziff. 4). Es bestehe seit dem 3. August (recte: Dezember; vgl. AB 23 S. 17) 2009 (Ermordung des Bruders) bis dato und auch weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit (AB 83 S. 3 Ziff. 11).

3.1.4 Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 19. Dezember 2015 (AB 84) einen stationären Gesundheitszustand bei diagnostizierter (anamnestisch) andauernder Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) und schwerer depressiver Episode mit phasenweise psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) fest (AB 84 S. 2 Ziff. 1 und 3). Die hier vorliegende ausgeprägte, regelmässig und unabhängig vom affektiven Zustandsbild auftretende produktiv-psychotische Symptomatik in Kombination mit ängstlich geprägten Beobachtungs- und Verfolgungsideen mit fraglich wahnhaftem Charakter sei nicht vollumfänglich mit den beiden vorerwähnten Störungsbildern erklärbar, so dass differentialdiagnostisch auch eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (eine paranoide Schizophrenie mit kontinuierlichem Verlauf [ICD-10 F20.0] mit Übergang in ein schizophrenes Residuum [ICD-10 F20.5]; AB 84 S. 2 Ziff. 3) in Erwägung gezogen werden sollte (AB 84 S. 3 Ziff. 6). Der Beschwerdeführer leide unter Suizidgedanken, wogegen er täglich ankämpfen müsse (AB 84 S. 2 Ziff. 4). Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei er aus psychiatrischer Sicht vollständig arbeitsunfähig (AB 84 S. 3 Ziff. 11).

3.1.5 Dr. med. G. _____ nannte im Gutachten vom 25. April 2017 (AB 127.1) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; AB 127.1 S. 15 Ziff. 7.1). Der Beschwerdeführer leide unter depressiven Verstimmungen, einer leichten Antriebsverminderung, einem sozialen Rückzug sowie Schuld- und Versagensgefühlen. Die psychische Belastbarkeit sei herabgesetzt (AB 127.1 S. 15 Ziff. 8.2). Invaliditätsfremde Faktoren spielten hierbei keine Rolle (AB 127.1 S. 16 Ziff. 8.3). Auch lägen keine Hinweise für eine Aggravation vor (AB 127.1 S. 16 Ziff. 8.4). Die psychosoziale Entwicklung sei unauffällig verlaufen, der Beschwerdeführer habe bis 2009 ohne nennenswerte Schwierigkeiten gearbeitet; die Arbeitsfähigkeit sei von der Persönlichkeit her nicht eingeschränkt (AB 127.1 S. 16

Ziff. 8.7). Der Beschwerdeführer sei im Alltag und in der Umsetzung seiner Ressourcen durch die depressiven Verstimmungen beeinträchtigt (AB 127.1 S. 16 Ziff. 8.8). Die vorliegenden sozialen Belastungen, namentlich die schwierige finanzielle Situation und die lebensbedrohliche Erkrankung der Ehefrau, zeitigten keine direkt negativen funktionellen Folgen (AB 127.1 S. 17 Ziff. 9.4). Es bestünden insofern mobilisierbare Ressourcen, als der Beschwerdeführer auf ein unterstützendes soziales Netzwerk, insbesondere seine Familie (Ehefrau, Kinder, Bruder) und einen langjährigen Kollegen, zurückgreifen könne. Allerdings bestehe aufgrund der Depression eine Einschränkung auf der Ebene der sozialen Kommunikationsfähigkeit. Auch sehe sich der Beschwerdeführer nicht in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (AB 127.1 S. 17 Ziff. 9.5). Die Kooperation bei den bisher erfolgten Therapien sei nur teilweise gegeben; der Beschwerdeführer nehme weder regelmässig an Therapiesitzungen teil noch nehme er regelmässig die Medikamente ein (AB 127.1 S. 17 Ziff. 10.2). Eine stationäre psychiatrische Behandlung sei indiziert, welche dem Beschwerdeführer vor dem Hintergrund der Schadenminderungspflicht auch zumutbar sei. Im Rahmen einer solchen Behandlung könnte dem Beschwerdeführer eine aktivere Tagesgestaltung zugeführt und die medikamentöse Therapie ausgebaut werden. Zudem könnten die sozialen Kontakte ihn aus der Isolierung herausführen (AB 127.1 S. 17 Ziff. 10.3). Aus psychiatrischer Sicht seien Eingliederungsmassnahmen derzeit halbtags zumutbar. Der Beschwerdeführer sei jedoch davon überzeugt, keiner Arbeit mehr nachgehen zu können. Diese ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung habe nur bedingt Krankheitswert, werde aber dazu führen, dass der Beschwerdeführer an beruflichen Massnahmen nicht teilnehmen werde (AB 127.1 S. 18 Ziff. 10.7). Zum Aspekt der Konsistenz führte der Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe über Stimmen berichtet, welche ihm jegliche Aktivität (bspw. Mithilfe im Haushalt) verunmöglichen würden. Gleichzeitig habe dieser aber ausgeführt, er könne trotz der Stimmen Spaziergänge unternehmen, sich mit einem Kollegen treffen sowie längere Autofahrten machen (AB 127.1 S. 18 Ziff. 11.1). Mit Blick darauf sei aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar, dass sich der Beschwerdeführer subjektiv überhaupt nicht mehr arbeitsfähig fühle (AB 127.1 S. 18 Ziff. 11.2). Was die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen angehe, so würden diese teilweise wahrgenommen. Zur Frage, ob eine krankheitsbedingte Unfähig-

keit zur Therapieadhärenz vorliege, hielt der Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer nicht an einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis leide (AB 127.1 S. 19 Ziff. 11.4 f.); es fehlten hierfür die typischen Voraussetzungen wie Wahngedanken oder Halluzinationen (AB 127.1 S. 13 Ziff. 4 und S. 14). Eine regelmässige Therapieteilnahme, Medikamenteneinnahme sowie allenfalls eine stationäre psychiatrische Behandlung seien dem Beschwerdeführer durchaus zumutbar (AB 127.1 S. 19 Ziff. 11.5). Zu früheren ärztlichen Einschätzungen führte der Gutachter aus, dass die Diagnose einer depressiven Störung bestätigt werden könne. Es handle sich aber nicht um eine schwere depressive Episode. Der Beschwerdeführer sei durchaus zu einigen Alltagsaktivitäten in der Lage. Bei einer schweren depressiven Episode sei es unmöglich, dass die betreffende Person Auto fahre, Spaziergänge unternehme und gute Kontakte mit den Familienangehörigen pflege. In der Regel sei auch eine ausgeprägte Suizidalität vorhanden. Sodann könne die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nicht gestellt werden. Beim Beschwerdeführer habe keine Extrembelastung vorgelegen. Zwar sei die Ermordung des Bruders ein sehr belastendes Ereignis gewesen, jedoch sei der Beschwerdeführer nicht Zeuge dieser Ermordung gewesen. Der Beschwerdeführer sei vor allem auf seine Schuldgefühle fixiert, fühle sich als Versager und sei bis anhin nicht bereit gewesen, sich intensiv - im Rahmen einer stationären Therapie - mit seinen psychischen Schwierigkeiten auseinanderzusetzen (AB 127.1 S. 19 Ziff. 13). Der Gutachter attestierte in den bisherigen Tätigkeiten und in jeder anderen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit jemals höher eingeschränkt gewesen sei, bestünden nicht (AB 127.1 S. 20 Ziff. 14). Falls sich der Beschwerdeführer einer stationären psychiatrischen Behandlung unterziehe, sei eine erneute psychiatrische Begutachtung nach erfolgter stationärer Therapie zu empfehlen (AB 127.1 S. 20 Ziff. 15).

3.1.6 Stellung nehmend zum Gutachten führte der RAD-Arzt Dr. med. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 6. September 2017 (AB 138) aus, dass die gutachterliche Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eine mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung objektiviere, welche unter einer intensiveren Behandlung noch verbesserungsfähig sei. Die aktuelle Be-

handlung werde zwar als *lege artis* beschrieben, jedoch werde die Mitwirkung des Beschwerdeführers als suboptimal bezeichnet. Die Diagnose einer sogenannten Traumafolgestörung werde gutachterlich verworfen. Auch weitere psychische Störungen, insbesondere aus dem psychotischen Formenkreis, hätten nicht diagnostiziert werden können. Trotz der von den behandelnden Ärzten zwischenzeitlich postulierten schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen habe sich der Beschwerdeführer bis anhin noch nie in einer stationären Behandlung befunden; gerade eine derart ausgeprägte depressive Episode würde eine klare Indikation für eine stationäre Behandlung (meistens gegen den Willen der Betroffenen) darstellen. Es sei in diesem Zusammenhang, wie auch schon vom Gutachter beschrieben worden sei, davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinem Zeitpunkt eine schwere depressive Episode vorgelegen habe. Der RAD-Arzt kam zum Schluss, dass auf die gutachterliche Beurteilung abgestellt werden könne (AB 138 S. 4 f.).

3.2 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).

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).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2017 (AB 140) massgeblich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G._____ vom 25. April 2017 (AB 127.1) gestützt. Das Gutachten erging unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 und erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb diesem volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet. Insbesondere überzeugt die gutachterliche Darlegung, wonach abgesehen von der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen (AB 127.1 S. 15 Ziff. 7.1). Diesbezüglich hat der Experte einleuchtend und schlüssig dargelegt, dass und weshalb die diagnostischen Kriterien einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (AB 127.1 S. 19 Ziff. 11.5 und 13) und einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (AB 127.1 S. 13 Ziff. 4) nicht erfüllt sind. Bezüglich der zuvor diagnostizierten schweren depressiven Episode (AB 23 S. 18, AB 83 S. 2 Ziff. 3, AB 84 S. 2 Ziff. 3) hat der Gutachter in nachvollziehbarer Weise begründet, dass das Vorliegen einer solchen Diagnose aktuell und auch retrospektiv zu verneinen ist (AB 127.1 S. 19 Ziff. 13). Namentlich leuchtet ein, dass die vom Beschwerdeführer - anlässlich dieser als auch derjenigen Begutachtung durch Dr. med. C._____ im November 2011 - angegebenen ausserhäuslichen, sozialen und körperlichen Aktivitäten wie regelmässige Spaziergänge, regelmässige Treffen mit Kollegen, Kontaktpflege zu den Familienangehörigen, Auslandsreisen, Auto- und Motorradfahren (AB 127.1 S. 12 Ziff. 3.9, S. 14, S. 19 Ziff. 13 und AB 23 S. 11) gegen eine schwere Ausprägung der depressiven Störung sprechen. Mit Blick darauf kann auch die damit verbundene von den behandelnden Ärzten attestierte 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (AB 23

S. 19, AB 83 S. 3 Ziff. 11, AB 84 S. 3 Ziff. 11) nicht nachvollzogen werden. Schliesslich steht die gutachterliche Beurteilung im Einklang mit derjenigen der voruntersuchenden RAD-Psychiaterin dipl. med. F. _____ vom 8. August 2013 sowie der Aktenbeurteilung des RAD-Psychiaters Dr. med. I. _____ vom 6. September 2017 (AB 66 S. 6 und AB 138 S. 4).

Folglich ist von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), auszugehen, welche - gemäss gutachterlicher Einschätzung - die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in jeder Tätigkeit um 50 % einschränkt (AB 127.1 S. 20 Ziff. 14). Diese Diagnose hält sodann auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 stand (vgl. E. 2.2.3 hiervor); eine Aggravation wurde vom psychiatrischen Gutachter verneint (AB 127.1 S. 16 Ziff. 8.4). Damit bleibt gemäss BGE 143 V 409 anhand der massgebenden Standardindikatoren zu prüfen, ob der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, invalidisierende Wirkung zukommt (vgl. E. 2.2.3 hiervor).

3.4 Zunächst sind - unter der Kategorie funktioneller Schweregrad (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) - die Indikatoren zum Komplex Gesundheitsschädigung näher zu betrachten. Massgeblich sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. die -resistenz und allfällige Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 298 ff.).

3.4.1 Zum Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist festzuhalten, dass diese - gemäss Dr. med. G. _____ - mittelgradig ausgeprägt sind (AB 127.1 S. 15 Ziff. 8.1), was im Lichte der Untersuchungsbefunde sowie des geschilderten Tagesablaufs bzw. der Aktivitäten (AB 127.1 S. 11 f. Ziff. 3.9 und S. 12 f. Ziff. 4) überzeugt.

3.4.2 Betreffend den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass gemäss Dr. med. G. _____ die bisherige psychiatrisch-psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung zwar lege artis durchgeführt wurde, allerdings nicht mit optimaler Kooperation des Beschwerdeführers; es besteht eine Malcompliance betreffend die Therapie-

sitzungen und Medikamenteneinnahme (AB 127.1 S. 17 Ziff. 10.2). Des Weiteren hat sich der Beschwerdeführer noch nie einer stationären Therapie unterzogen; die Durchführung einer solchen Massnahme erachtete Dr. med. G. _____ jedoch als indiziert und auch zumutbar (AB 127.1 S. 17 Ziff. 10.3). Mit Blick darauf lassen die vom Beschwerdeführer seit Jahren (seit 2010) in Anspruch genommenen Therapien (vgl. AB 23 S. 17) nicht auf eine höhere Schwere des Krankheitsgeschehens schliessen, dies weder damals noch heute.

3.4.3 Im Weiteren sind psychische oder somatische Komorbiditäten bzw. begleitende krankheitswertige Störungen, welche dem Beschwerdeführer Ressourcen rauben würden (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.), nicht vorhanden. Der psychiatrische Gutachter verneinte eine Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung oder eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (AB 127.1 S. 13 Ziff. 4, S. 19 Ziff. 11.5 und 13).

3.4.4 Dafür, dass der Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegensteht, bestehen keine Anhaltspunkte (AB 127.1 S. 16 Ziff. 8.7).

3.4.5 Der Komplex sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass der Beschwerdeführer über mobilisierbare Ressourcen verfügt. Ein ausgeprägter Rückzug aus dem sozialen Leben ist nicht ohne weiteres erkennbar. Aus dem Gutachten geht vielmehr hervor, dass der Beschwerdeführer ausserhäuslichen Aktivitäten (Spaziergänge, Autofahren, Reisen) nachgeht und familienintern über intakte und tragende Beziehungen (Ehefrau, Kinder und Bruder) sowie über einige soziale Kontakte verfügt (AB 127.1 S. 11 f. Ziff. 3.8 f. und S. 14). Ein sozialer Rückzug ist indessen stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen (vgl. Entscheid des BGer vom 17. September 2012, 9C_148/2012, E. 2.2.4). In concreto stellte der Gutachter einen mit der Arbeitsunfähigkeit korrelierenden sozialen Rückzug fest (vgl. AB 127.1 S. 14 und S. 15 Ziff. 8.2); aufgrund der Depression besteht eine Einschränkung in der Umsetzung der Ressourcen und auf der Ebene der sozialen Kommunikationsfähigkeit (AB 127.1 S. 16 Ziff. 8.8 und S. 17 Ziff. 9.5). Dass die Ressourcen, welche der Beschwerdeführer aus den ausserhäuslichen Aktivitäten und den sozialen Kontakten gewinnen kann, eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf über

50 % zu begründen vermögen, schliesst der Gutachter mit dieser Beurteilung sinngemäss aus.

3.4.6 Des Weiteren ist in der Kategorie Konsistenz in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) keine Ungleichmässigkeit ersichtlich, attestierte der Gutachter in einer leidensangepassten Tätigkeit doch nicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, sondern eine solche von 50 % (AB 127.1 S. 20 Ziff. 14.2). Mit dieser Einschränkung stehen die Schilderungen des Beschwerdeführers zu seinem Tagesablauf und seinen sozialen Kontakten, welche sich in engen Grenzen halten (AB 127.1 S. 11 f. Ziff. 3.8 f. und S. 14), im Einklang. Dem Gutachten ist diesbezüglich zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht das gleiche (niedrige) Aktivitätsniveau aufgewiesen hat wie heute. So hat er seine Berufstätigkeit aufgegeben und geht keinen sportlichen Aktivitäten (früher: Motorradfahren, Kickboxen und Krafttraining) mehr nach (AB 127.1 S. 12 Ziff. 3.9 und S. 14). Die vom Beschwerdeführer geschilderte Freizeitgestaltung beinhaltet zumindest keine fordernden Aktivitäten mehr.

3.4.7 Der ebenfalls zur Kategorie Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) gehörende Indikator behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck ist als erfüllt zu betrachten, nachdem der Beschwerdeführer seit Jahren therapeutische Optionen in Anspruch nimmt. Allerdings deutet der Umstand, dass die Therapien nicht mit optimaler Kooperation des Beschwerdeführers durchgeführt werden konnten (AB 127.1 S. 17 Ziff. 10.2), auf einen nicht allzu hohen Leidensdruck hin. Der Gutachter sah darin aber keinen Anlass, an den festgestellten psychischen Einschränkungen zu zweifeln. Er hielt dazu lediglich fest, es bestehe eine Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit und dem Verhalten in der Freizeitgestaltung und bei sozialen Aktivitäten. Es sei aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar, dass sich der Beschwerdeführer subjektiv überhaupt nicht arbeitsfähig fühle (AB 127.1 S. 18 Ziff. 11.2).

3.5 Zusammenfassend ist von mittelgradig ausgeprägten diagnoserelevanten Befunden auszugehen. Beim Beschwerdeführer sind zwar mobili-

sierbare Ressourcen vorhanden, welche dieser aber aufgrund des mittelschweren depressiven Geschehens nicht voll ausschöpfen kann. Die Konsistenzprüfung ergibt, dass das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers im Verhältnis zu seiner Arbeitsfähigkeit angemessen erscheint. Demgegenüber können die Behandlungsmöglichkeiten und die Behandlungsoptionen nicht als ausgeschöpft gelten, was als Hinweis auf einen nicht allzu hohen Leidensdruck gewertet werden kann. Zwar handelt es sich dabei um einen wichtigen Schweregradindikator, der bei der Prüfung entscheidend in Anschlag gebracht werden soll (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Er vermag indessen in concreto im Rahmen einer umfassenden Betrachtung die übrigen Indikatoren nicht derart in den Hintergrund zu drängen, dass Anlass dafür besteht, von der Beurteilung von Dr. med. G. _____ vom 25. April 2017 abzuweichen. Es ist folglich von der gutachterlich attestierten funktionellen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (AB 127.1 S. 20 Ziff. 14).

Davon ausgehend ist der IV-Grad im Folgenden mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

4.

4.1

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine

ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.1.3 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 141 V 1 E. 5.4 S. 3, 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Entscheid des BGer vom 17. Mai 2016, 8C_141/2016, 8C_142/2016, E. 5.2.2).

Weicht der tatsächlich erzielte Verdienst mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn ab, ist er im Sinne der Rechtsprechung deutlich unterdurchschnittlich und kann - bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen - eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen rechtfertigen. Es ist allerdings nur in dem Umfang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6.1.2 S. 303 und E. 6.1.3 S. 304). Daneben bleibt zusätzlich die Vornahme eines Abzugs vom anhand statistischer Durchschnittswerte ermittelten Invalideneinkommen möglich, wobei zu beachten ist, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen. Der Abzug wird sich daher in der Regel auf leidensbedingte Faktoren beschränken und nicht mehr die maximal zulässigen 25 % für sämtliche invaliditätsfremden und invaliditätsbedingten Merkmale ausschöpfen (BGE 135 V 297 E. 5.3 S. 302 und E. 6.2 S. 305, 134 V 322 E. 5.2 S. 328 und 6.2 S. 329).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

Gestützt auf die Anmeldung zum Leistungsbezug vom 6. Dezember 2010 (AB 2) und Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens mit Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) liegt der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns im Juni 2011. Das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war in diesem Zeitpunkt erfüllt (vgl. AB 6 S. 4, AB 23 S. 4). Die für den Einkommensvergleich massgebenden Werte wären auf dieses Jahr zu beziehen. Dass die Beschwerdegewerkin die Werte für das Jahr 2010 herangezogen hat, spielt im Ergebnis insofern keine Rolle, als Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben sind, was hier geschah. Zudem bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass das Abstellen auf die Werte des Jahres 2011 zu einem massgeblich anderen Ergebnis führen würde.

4.2.1 Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden weiterhin am angestammten Arbeitsplatz beim J. _____ tätig wäre (vgl. AB 9), weshalb das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben des ehemaligen Arbeitgebers auf Fr. 52'444.-- (Fr. 4'034.15 x 13; AB 9 S. 2 Ziff. 20 und AB 10.3 S. 1) festzusetzen ist. Dieser Lohn liegt jedoch unter dem branchenspezifischen statistischen Wert von Fr. 58'925.85 (Fr. 4'733.-- [BFS, LSE 2010, Tabelle TA1, Wirtschaftszweig Ziff. 86 {Gesundheitswesen}, Männer, Anforderungsniveau 4 {einfache und repetitive Tätigkeiten}] x 12 Monate : 40 Wochenarbeitsstunden x 41.5 Wochenarbeitsstunden [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit {BUA}, Wirtschaftszweig Ziff. 86 {Gesundheitswesen}, 2010]), was einer Unterdurchschnittlichkeit des effektiven Lohns gegenüber dem branchenüblichen Tabellenlohn von rund 11 % entspricht ((Fr. 58'925.85 - Fr. 52'444.--) : Fr. 58'925.85 x 100). Zu berücksichtigen ist die Unterdurchschnittlichkeit über 5 %, mithin 6%; in diesem Umfang ist das Invalideneinkommen zu kürzen (vgl. E. 4.2.2 hiernach).

4.2.2 Da der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, ist das Invalideneinkommen aufgrund des Tabellenlohnes zu bestimmen. Gemäss der Tabelle TA1 der LSE 2010 (abrufbar unter www.bfs.admin.ch) beträgt der massgebliche monatliche Bruttolohn (Total, Männer, Anforderungsniveau 4 [einfache und repetitive Tätigkeiten]) Fr. 4'901.--. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2010 von 41.6 Stunden (abrufbar unter www.bfs.admin.ch) ergibt dies - unter Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. E. 3.5 hiervor) und der Parallelisierung von 6 % - ein jährliches Einkommen von Fr. 28'747.-- (Fr. 4'901.-- x 12 : 40 x 41.6 x 0.5 - 6 %).

Da die behinderungsbedingten Einschränkungen bereits mit der Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % (vgl. E. 3.5 hiervor) berücksichtigt wurden und keine weiteren Gründe, die zu einer Einkommenseinbusse führen könnten, ersichtlich sind (vgl. E. 4.1.2 hiervor), rechtfertigt sich vorliegend kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn. Insbesondere ist gemäss der gestützt auf die LSE 2010 erstellten Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung diffe-

renzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen (veröffentlicht im Anhang des vom BSV herausgegebenen IV-Rundschreibens Nr. 328 vom 22. Oktober 2014) bei Männern ohne Kaderfunktion in Bezug auf eine Teilzeitarbeit zwischen 50 % und 74 % nicht von einem proportional unterdurchschnittlichen Einkommen (Teilzeit zwischen 50 % und 74 %: Fr. 5'918.--; Vollzeit: Fr. 5'929.-- [Differenz: Fr. 11.--]) auszugehen (vgl. Beschwerde, S. 7 Art. 6.c). Den darüber hinaus in der Beschwerde (S. 7 Art. 6.c) aufgeführten Einschränkungen (erhebliche Minderwertigkeitsgefühle, passive Tagesgestaltung) trägt bereits die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % Rechnung.

4.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 52'444.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 28'747.-- resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 23'697.--, was einem IV-Grad von gerundet 45 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S.123) entspricht. Damit besteht Anspruch auf eine Viertelsrente ab dem 1. Juni 2011 (vgl. E. 4.2 hiervor).

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 14. November 2017 (AB 140) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

6.

6.1 Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder

Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

6.2 Vorliegend erachteten sämtliche Gutachter die therapeutischen Möglichkeiten als nicht ausgeschöpft - vielmehr stellten sie eine Medikamentenmalcompliance sowie eine mangelhafte Teilnahme an den Therapiesitzungen fest - bzw. eine konsequente Befolgung der empfohlenen psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Therapien (Sitzungsteilnahme, Medikamenteneinnahme, stationäre Therapie) als indiziert und versprachen sich insbesondere von einer stationären Behandlung eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation (AB 23 S. 20, AB 66 S. 7 und AB 127.1 S. 17 Ziff. 10.2 f.). Gemäss dem beweiskräftigen Gutachten des Dr. med. G. _____ sind die genannten Therapien, insbesondere auch eine stationäre psychiatrische Behandlung, - entgegen der Auffassung der behandelnden Ärzte (AB 31 und 52 S. 1) - aus medizinischer Sicht auch zumutbar. Mithin ist erstellt, dass die gutachtlich vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen im Sinne der Selbsteingliederung und damit der Schadenminderungspflicht dem Beschwerdeführer zumutbar sind. Weshalb nach Vorliegen der aktuellsten Expertise keine entsprechende Aufforderung von Seiten der Beschwerdegegnerin erging, ist somit nicht nachvollziehbar. Zudem ist der Grundsatz der Schadenminderung auch nach rechtskräftiger Rentenzusprache beachtlich; denn Art. 21 Abs. 4 ATSG beschränkt das Mahn- und Bedenkzeitverfahren nicht auf die Zeit vor der Rentenverfügung, sondern erklärt dieses ohne zeitliche Einschränkung u.a. mit der - hier erfüllten - Bedingung für anwendbar, dass eine zumutbare Behandlung eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit verspricht (Entscheid des BGer vom 26. März 2010, 9C_438/2009, E. 4.3).

6.3 Der Beschwerdegegnerin, an welche die Sache nach dem hiavor Gesagten zu überweisen ist, steht demnach mit Art. 21 Abs. 4 ATSG das rechtliche Instrument zur Verfügung, um die laufende Invalidenrente gegebenenfalls aufzuheben, sollte sich der Beschwerdeführer weiterhin einer konsequenten und alle Optionen umfassenden Depressionstherapie widersetzen resp. daran nicht hinreichend mitwirken. Sie hat zu diesem

Zweck das Mahn- und Bedenkzeitverfahren einzuleiten und die Folgen einer Verletzung anzudrohen (BGer 9C_438/2009, E. 4.4).

7.

7.1 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.

Im vorliegenden Fall sind die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und - unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege - dem unterliegenden Beschwerdeführer zur Bezahlung aufzuerlegen.

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

7.3 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

7.3.1 Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (Beschwerdebeilage 2). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverbeiständung ist zu bejahen. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwält Dr. iur. B. _____ ist demnach gutzuheissen. Somit ist der Beschwerdeführer - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) - von der Zah-

lungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien. Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwalt Dr. iur. B._____.

7.3.2 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der kantonalen Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 26. Februar 2018 (Poststempel) macht Rechtsanwalt Dr. iur. B._____ einen Zeitaufwand von 11 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 2'750.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 48.-- sowie die Mehrwertsteuer von 7.7 % (auf Fr. 2'798.--) im Betrag von Fr. 215.45, total Fr. 3'013.45, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Folglich wird der tarifmässige Parteikostenersatz für dieses Verfahren auf Fr. 3'013.45 festgesetzt. Davon ist Rechtsanwalt Dr. iur. B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 2'200.-- (11 h x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 48.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 173.10 (7.7 % von Fr. 2'248.--), total somit eine Entschädigung von Fr. 2'421.10, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht des Beschwerdeführers gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO (vgl. Art. 113 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beordnung von Rechtsanwalt Dr. iur. B._____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird der Beschwerdeführer - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO - jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'013.45 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt Dr. iur. B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'421.10 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Die Sache wird an die IV-Stelle Bern überwiesen, damit sie im Sinne der Erwägung 6.3 verfahren kann.
7. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. B._____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.