

200 16 542 IV
KOJ/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. November 2016

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Mai 2016



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 31. Juli 2015 unter Hinweis auf eine mittelschwere depressive Episode in Teilremission (Burnout) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 1). Die IVB führte mit dem Versicherten ein Erstgespräch durch (act. II 10), holte Berichte der behandelnden Ärzte ein – aus welchen u.a. hervorging, dass der Versicherte seit einem Infarkt im Jahr 2009 unter kardiologischer Kontrolle steht (act. II 20) – und klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab. Mit Vorbescheid vom 14. März 2016 (act. II 27) stellte sie ihm die Ablehnung des Leistungsbegehrens mit der Begründung in Aussicht, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Dagegen liess der Versicherte, vertreten durch seine behandelnde Ärztin Dr. med. B. _____ (Spital C. _____), Einwand erheben und geltend machen, er leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, und sei „seit Wochen“ zu 100% arbeitsunfähig (act. II 28; 30). Mit Verfügung vom 11. Mai 2016 (act. II 32) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 8. Juni 2016 Beschwerde. Er beantragt, sein Gesundheitszustand sei „neu“ abzuklären und es seien Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. In der Begründung macht der Beschwerdeführer geltend, im Verlauf des Jahres 2015 habe sich sein Gesundheitszustand laufend verschlechtert. Seit dem 28. Januar 2016 sei er zu 100% arbeitsunfähig. Anfangs Dezember 2015 habe er mit seinen Mitarbeitern von einem Provisorium in neu renovierte Räumlichkeiten mit Einzelbüros einziehen können. Sein Vorgesetzter sei längst wieder gesund und es gebe auch keine Probleme mehr mit der Abgrenzung. Trotz des verbesserten Arbeitsumfeldes habe sich sein Gesundheitszustand massiv

verschlechtert. Die IVB habe bis auf ein 20-minütiges Erstgespräch keine Abklärungen durchgeführt. Sobald er wieder arbeitsfähig sei, benötige er Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung. Er stelle deshalb den Antrag, dass die IVB zusammen mit seinem Arbeitgeber berufliche Eingliederungsmassnahmen definiere mit dem Ziel, ihm eine reduzierte Einsatzfähigkeit zu ermöglichen. Zudem bitte er um Rückmeldung, falls weitere Unterlagen (medizinische Berichte von Dr. med. B._____) für die Beurteilung seines Falles benötigt würden.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. August 2016 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde unter Auferlegung der Verfahrenskosten zu Lasten des Beschwerdeführers. In der Begründung macht die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen geltend, es falle auf, dass bisher keine fachärztliche (psychiatrische) Behandlung erfolgt sei, was die in der Verfügung getroffene Schlussfolgerung, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, stütze. Im Weiteren seien Störungen leicht bis mittelgradiger depressiver Natur in der Regel nicht invalidisierend bzw. therapierbar. Sodann sei die von Dr. med. B._____) diagnostizierte schwere depressive Episode nicht ausgewiesen. Schliesslich beständen gestützt auf die Akten auch in kardiologischer Hinsicht keine Einschränkungen, womit weder in psychiatrischer noch somatischer Hinsicht weiterer Abklärungsbedarf bestehe und ein invalidisierendes Leiden nicht ausgewiesen sei.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom

11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 11. Mai 2016 (act. II 32). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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). 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 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von IVG und ATSG setzt grundsätzlich voraus, dass eine Diagnose gestellt werden kann. Diese Diagnose muss zudem lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützt sein (BGE 130 V 396). Für die Beurteilung der Frage nach dem Vorliegen einer Invalidität (vgl. E. 2.1 vorne) kommt es indes nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. März 2016, 9C_634/2015, E. 6.1; vgl. auch BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110; 141 V 281 E. 2.1 S. 285). 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).

2.3 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren lassen sich oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastung wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Zwar kann einer fachgerecht diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; SVR 2012 IV Nr. 52 S. 189 E. 3.2).

3.

3.1 Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers präsentiert sich nach der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Im ... 2009 erlitt der Beschwerdeführer einen Herzinfarkt (akuter anteriorer STEMI [act. II 20 S. 56]), welcher mittels einem Stent und anschliessend medikamentös sowie im Rahmen eines ambulanten zwölfwöchigen Rehabilitationsprogramms behandelt wurde (S. 50; 31). Der weitere Verlauf war günstig, der Beschwerdeführer kardial beschwerdefrei und kompensiert (S. 43; 32; 17). Weiterhin und wiederholt auftretende Thoraxschmerzen wurden im Rahmen einer Refluxkrankheit interpretiert (vgl. S. 25 f.; 12).

3.1.2 Mit Bericht vom 19. April 2015 (act. II 5.2 S. 4-6) hielt Dr. med. D._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, folgende Diagnosen nach ICD-10 fest: „F51.0“ (nichtorganische Schlafstörung) und „F32.0“ (depressive Episode). Es beständen eine Schlafstörung, ein depressives Zustandsbild, eine Überlastungsreaktion, Müdigkeit und Angst (S. 4). Der Beschwerdeführer sei an einen Spezialisten überwiesen worden. Als krankheitsfremder Faktor bestehe „Stress am Arbeitsplatz“ und die Symptome würden bei weiterer beruflicher Belastung verstärkt. Der Beschwerdeführer sei seit 4. März 2015 zu 100%, seit 14. März 2015 zu 50% und ab 4. April 2015 zu 25% arbeitsunfähig (gewesen). Die aktuelle Tätigkeit als ... sei wahrscheinlich innerhalb des nächsten Monats wieder voll zumutbar (S. 5).

3.1.3 Am 5. Mai 2015 erfolgte im Spital F._____ eine weitere Verlaufskontrolle. Im entsprechenden Bericht vom 11. Mai 2015 (act. II 20 S. 6-8) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer beklage aktuell keinerlei kardiale Probleme, der Verlauf sei erfreulich stabil und die Leistungsfähigkeit normal. Gelegentlich trete in Ruhe und unter beruflichem Stress ein thorakales Engegefühl auf, was jedoch seit Jahren der Fall sei. In den heute durchgeführten Untersuchungen bestehend aus Echokardiographie und Laufbandergometrie habe sich im Echo ein stabiler Befund gezeigt. Der Belastungstest sei klinisch und elektrisch negativ gewesen und habe eine weit überdurchschnittliche Leistungsfähigkeit gezeigt (S. 7).

3.1.4 Im Bericht vom 17. Juni 2015 (act. II 5.2 S. 1-3) diagnostizierte med. pract. G._____ eine mittelschwere depressive Episode, in Teilremission (ICD-10; F32.1 [S. 1]). Aktuell habe in der psychiatrischen Untersuchung eine noch deutliche Restsymptomatik mit Grübelneigung, Schlafstörungen, vermehrter Reizbarkeit, morgendlichem Früherwachen und erhöhter Ermüdbarkeit festgestellt werden können. Eine weitere psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei eingeleitet worden. Seit dem 1. Mai 2015 befinde sich der Beschwerdeführer in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Es fänden Gespräche im Abstand von ein bis zwei Wochen statt. Die medikamentöse antidepressive Therapie habe aufgrund von Nebenwirkungen umgestellt werden müssen. In Anbetracht der doch deutlichen depressiven Symptomatik sowie der erforderlichen medikamentösen Umstellung im Verlauf habe bisher eine rasche Leistungssteigerung bei der Arbeit erreicht werden können. Zurzeit bestehe noch eine „Krankschreibung“ von 25% (S. 2).

3.1.5 Mit Bericht vom 12. Oktober 2015 (act. II 20 S. 1-5) hielt Dr. med. E._____ als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen ein depressives Zustandsbild mit Schlafstörung sowie eine koronare und hypertensive Kardiopathie fest (S. 1). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 70-80%. Das Arbeitstempo sei leicht reduziert und es bestehe eine verminderte Anpassungs- und Konzentrationsfähigkeit (S. 3).

3.1.6 Dr. med. B._____ diagnostizierte im Bericht vom 2. November 2015 (act. II 21) eine seit mehreren Monaten bestehende mittelschwere depressive Episode in Teilremission (S. 1). Seit einem Herzinfarkt im September 2009 fühle sich der Beschwerdeführer nicht mehr so belastbar wie früher. Dies bemerke er vor allem am Arbeitsplatz, wo es ihm schwerfalle, sich abzugrenzen, da er sehr viel übernehme und wenig delegiere. Hinzu komme, dass sein direkter Vorgesetzter psychisch angeschlagen sei, was das Arbeitsklima belaste. Im Frühjahr 2015 sei es dann im Rahmen eines Bauprojektes zu Konflikten mit einem ... gekommen, woraufhin der Beschwerdeführer unter starken Schlafstörungen sowie Gedankenkreisen gelitten habe. Zudem sei es wiederholt zu Herzrasen, retrosternalem Engegefühl und einer deutlichen Zunahme der inneren Anspannung gekom-

men. Seit Einnahme eines Antidepressivums habe sich vor allem die Tendenz zum Grübeln deutlich gebessert. Bei der Arbeit habe daher eine schrittweise Leistungssteigerung stattgefunden. Aktuell sei der Beschwerdeführer zu 25% krankgeschrieben. Allerdings bemerke er noch eine deutlich raschere Erschöpfung und benötige vermehrt Ruhepausen (S. 1 f.). Es fänden regelmässige, etwa zweiwöchentliche psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen sowie eine regelmässige Medikation statt (S. 2).

Im Bericht vom 21. Januar 2016 (act. II 22 S. 2 f.) diagnostizierte Dr. med. B._____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F33.1). Der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Es bestehe ein Erschöpfungszustand mit Schlafstörungen, deutlich herabgesetzter Konzentration, reduziertem Antrieb, Freudlosigkeit, Zukunftsängsten sowie deutlich herabgesetzter Ausdauer. Der Beschwerdeführer sei motiviert; dennoch habe er die 75%ige Arbeitsfähigkeit nicht aufrechterhalten können und sei in den vergangenen Wochen lediglich zu einem 50%-Pensum in der Lage gewesen. Es fänden regelmässige, ein- bis zweiwöchentliche psychotherapeutische Interventionen statt (S. 2). Seit dem 23. November 2015 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3).

3.1.7 Dr. med. E._____ hielt im Bericht vom 25. Februar 2016 (act. II 26 S. 2 ff.) fest, Anfang Januar sei es bei erhöhtem Arbeitsdruck wieder zu progredienten Schlafstörungen, Angst und retrosternalem Druckgefühl gekommen, weshalb seit Ende Januar wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Der Beschwerdeführer werde unverändert alle sieben bis 14 Tage psychiatrisch ambulant behandelt. Aufgrund des aktuellen Verlaufs sei eher von einer langfristigen Arbeitsfähigkeit von 50% auszugehen (S. 2). Aktuell sei die bisherige Erwerbstätigkeit nicht zumutbar (S. 3).

3.1.8 Mit Bericht vom 30. März 2016 (act. II 28 S. 1) hielt Dr. med. B._____ fest, sie erhebe „Einsprache“ gegen den vorgesehenen IV-Entscheid. Der Beschwerdeführer leide unter einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode. Innerhalb der vergangenen Wochen habe sich eine erneute Verschlechterung ergeben. Es bestehe seit Wochen eine Arbeitsunfähigkeit zu 100%. Eine Rückkehr

an den Arbeitsplatz, auch im Rahmen eines Teilzeitpensums, sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht zu erwarten. Die Prognose sei vor dem Hintergrund des bisherigen Verlaufes eher ungünstig.

3.2

3.2.1 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.2.2 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Gericht von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien für die richtige und vollständige Abklärung und Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 122 V 157 E. 1a S. 158).

Die Untersuchungsmaxime bedeutet nicht, dass das kantonale Gericht unbesehen alles, was behauptet wird, von Amtes wegen prüfen müsste. Es hat nur dort den Sachverhalt abzuklären, wo noch Unsicherheiten und Unklarheiten bestehen (BGE 100 V 61 E. 4 S. 62). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den die Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.3 Die den gesamten Beurteilungszeitraum bis zum massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11. Mai 2016 (act. II 32) abdeckenden medizinischen Berichte erlauben eine zuverlässige Beurteilung

der strittigen Rechtsfrage nach dem Vorliegen einer Invalidität. Insbesondere kann – wie zu zeigen sein wird (vgl. E. 3.4 f.) – von der vom Beschwerdeführer beantragten nochmaligen Abklärung des Gesundheitszustandes abgesehen werden, sind davon doch keine neuen rechtsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. E. 3.2.2 vorne). Namentlich liegen bereits diverse Berichte der behandelnden Ärztin Dr. med. B. _____ im Recht.

3.4 Zunächst ist in somatischer Hinsicht erstellt und im Übrigen unbestritten, dass der Beschwerdeführer kardial beschwerdefrei, kompensiert und befundmässig stabil ist, weshalb insoweit keine Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht (act. II 20 S. 7 und 10).

3.5 In psychischer Hinsicht diagnostizierten die behandelnden Ärzte Dres. med. E. _____ und B. _____ sowie med. pract. G. _____ eine seit März 2015 bestehende, im Verlauf vorerst rasch teilremittierende, ab Ende November 2015 wiederum sich verschlechternde rezidivierende depressive Störung, wobei für die Zeit vom 4. bis 13. März 2015 eine 100%ige, bis 3. April eine 50%ige, ab 4. April bis 22. November eine 25%ige, ab 23. November 2015 wiederum eine 50%ige und ab Ende Januar 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (vgl. E. 3.1 vorne).

3.5.1 Die Beschwerdegegnerin weist grundsätzlich zu Recht darauf hin, dass die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit im Verlauf wechselndem Schweregrad bis dato weder fachärztlich gestellt noch fachärztlich behandelt wurde, verfügen doch die vorliegend involvierten Ärztinnen – soweit ersichtlich – nicht über einen psychiatrischen Facharztstitel. Inwieweit dies in beweismässiger Hinsicht bereits Rückschlüsse auf den (fehlenden) invalidisierenden Charakter des psychischen Leidens zulässt, braucht indes mit Blick auf die nachfolgenden Erwägungen nicht weiter geklärt zu werden.

3.5.2 Zunächst ist mit der Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass das depressive Zustandsbild in massgeblicher Hinsicht von psychosozialen Problemen in Form von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz (act. II 5.2 S. 5) sowie einer Konfliktsituation im Rahmen eines Bauprojekts (act. II

21 S. 1 f.) verursacht und aufrechterhalten wurde und eine davon verselbstständigte psychische Störung in den vorliegenden Berichten nicht ausgewiesen ist. Zwar macht der Beschwerdeführer beschwerdeweise geltend, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, obwohl sich das Arbeitsumfeld inzwischen verbessert habe. Letzteres wird jedoch in den vorliegenden Arztberichten nicht bestätigt. Im Gegenteil wies Dr. med. E. _____ im Bericht vom 25. Februar 2016 darauf hin, dass sich die Beschwerden Anfang Januar 2016 „bei erhöhtem Arbeitsdruck“ wiederum verschlimmert hätten (act. II 26 S. 2), womit auch weiterhin von einer das depressive Zustandsbild massgeblich bestimmenden psychosozialen Problematik auszugehen ist bzw. dieselbe eine selbstständige Rolle spielt und insoweit keine versicherte direkte Ursache der Leistungseinschränkung darstellt (vgl. E. 2.3 vorne).

3.5.3 Selbst wenn von einem verselbstständigtem depressiven Zustandsbild auszugehen wäre, gälte es den rechtsprechungsgemässen Grundsatz zu beachten, wonach leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind. Zudem muss die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (Entscheid des BGer vom 14. Oktober 2016, 9C_434/2016, E. 6.3).

Zwar geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer sowohl medikamentös wie auch ein- bis zweimal wöchentlich (psycho-)therapeutisch behandelt wurde, wobei die Frequenz auch nach der geltend gemachten Verschlechterung des depressiven Zustandsbildes Ende November 2015 bzw. Ende Januar 2016 keine Steigerung erfuhr (vgl. act. II 5.2 S. 2; 22 S. 2, 26 S. 2). Ob vor diesem Hintergrund von einer konsequenten Depressionstherapie im rechtlich geforderten Sinne gesprochen werden kann, ist deshalb fraglich (vgl. Entscheid des BGer vom 31. Oktober 2016, 8C_444/2016, E. 6.2.2), kann aber offen bleiben. Denn eine Therapieresistenz lag und liegt jedenfalls nicht vor und es lassen sich den medizinischen Berichten keine Hinweise entnehmen, wonach die Behandlungsmöglichkei-

ten im Sinne der hiervor dargelegten Rechtsprechung ausgeschöpft oder gescheitert wären, womit es bereits aus diesem Grund am Vorliegen einer Invalidität gebricht. Davon abgesehen, sind für die Beurteilung funktioneller Einschränkungen nicht primär die Diagnose, sondern die Befunde respektive deren Schweregrad massgebend (vgl. E. 2.2 vorne). Insoweit ist festzuhalten, dass sich die Befundlage – soweit dokumentiert – innerhalb des vorliegend massgeblichen Beurteilungszeitraums (vgl. E. 3.3 vorne) als eher bescheiden präsentiert (vgl. act. II 5.2 S. 1; 21 S. 2), welcher Umstand ebenso wenig auf ein invalidisierendes Leiden schliessen lässt. Soweit die Dres. med. E. _____ und B. _____ im weiteren Verlauf und insbesondere ab Ende Januar 2016 eine Verschlechterung des depressiven Zustandsbildes postulieren, wird dies befundmässig nicht weiter untermauert. Insbesondere überzeugt die von Dr. med. B. _____ im Bericht vom 30. März 2016 (act. II 28 S. 1) festgehaltene, indes nicht lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte (BGE 130 V 396; vgl. E. 2.2 vorne) Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, in beweismässiger Hinsicht nicht, wird die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes doch nicht weiter diskutiert, sondern lediglich unkommentiert und nicht näher begründet in den Raum gestellt. Zudem erfolgte dieser Bericht im Rahmen eines Einwandschreibens und in gewillkürter Vertretung des Beschwerdeführers (act. II 30), womit in besonderem Masse der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte und behandelnde Ärzte in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353).

Die seit Ende November 2015 respektive seit Ende Januar 2016 geltend gemachte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ist mithin nicht erstellt.

3.6 Demnach hat die Beschwerdegegnerin das Vorliegen einer Invalidität im Rechtssinne zu Recht verneint, womit kein Anspruch auf Leistungen der IV besteht, soweit dieser den Tatbestand der Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG voraussetzt (zum Anspruch auf Arbeitsvermittlung gemäss Art. 18 IVG, vgl. demgegenüber ULRICH MEYER/MARCO

REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 214 ff. Rz. 2 ff.).

3.7 Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung vom 11. Mai 2016 (act. II 32) als rechtens. Die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - 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.