



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 9. August 2014 (720 18 80 / 212)

Invalidenversicherung

Beweiswürdigung; kein Anlass, an einem verwaltungsexternen Gutachten konkret zu zweifeln und das Fehlen einer psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in Frage zu stellen. Auf ein strukturiertes Beweisverfahren kann verzichtet werden, weil den gegenteiligen Einschätzungen der behandelnden Ärzte kein Beweiswert beigemessen werden kann.

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer, vertreten durch Erich Züblin, Advokat,
Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

_____ Betreff IV-Rente

A. Der 1965 geborene A.____ ist seit dem 1. April 1984 bei der B.____ angestellt. Seit dem 30. November 2015 ist ihm eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. In der Folge hat er entsprechende Krankentaggelder bezogen. Am 15. April 2016 hat er sich unter Hinweis

auf Depressionen, Nacken- und Schulterschmerzen, Atemprobleme, eine Energielosigkeit, chronische Stirn- und Nebenhöhlenentzündungen sowie Knieprobleme bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet. Am 29. November 2016 teilte ihm die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und der Anspruch auf eine IV-Rente geprüft werde. Im Dezember 2016 hat der Versicherte bei der B.____ wieder ein reduziertes Pensum aufgenommen. Nach Abklärung der erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse, namentlich nach Einholung eines bidisziplinären Gutachtens der Dres. C.____ und D.____ vom 13. bzw. 14. März 2017, sowie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens hat die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. Februar 2018 den Rentenanspruch mit der Begründung abgelehnt, dass der Versicherte im Wartejahr zwar aus psychiatrischer Sicht vollständig arbeitsunfähig, anschliessend aber in der angestammten Tätigkeit wieder vollständig arbeitsfähig gewesen sei.

B. Hiergegen hat der Versicherte, vertreten durch Advokat Erich Züblin, am 5. März 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), Beschwerde erheben lassen. Er hat beantragt, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung ab 1. Dezember 2016 mindestens eine Viertelsrente der IV auszurichten. Ferner sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 19. April 2018 hat das Kantonsgericht das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mangels Bedürftigkeit abgewiesen.

C. Die IV-Stelle hat mit Vernehmlassung vom 19. April 2018 auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

Auf die Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 kann gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stellen bei dem vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle innerhalb von 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Das Kantonsgericht ist deshalb gemäss § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 örtlich und sachlich zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist demnach einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

2.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3. Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine IV-Rente besitzt. Strittig ist insbesondere, in welchem Ausmass und seit wann der Versicherte aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

3.1 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Diese Legaldefinition stimmt im Wesentlichen mit dem Begriff der Arbeitsunfähigkeit überein, wie ihn die Rechtspraxis vor dem Inkrafttreten des ATSG entwickelt hatte (vgl. etwa BGE 129 V 53 E. 1.1 in fine mit Hinweisen). Die bis zum 31. Dezember 2002 ergangene diesbezügliche Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] bleibt folglich weitestgehend anwendbar (BGE 130 V 345 E. 3.1.1).

3.2 Bei der Bestimmung des Schweregrades einer gesundheitlichen Beeinträchtigung handelt es sich um eine Tatfrage, für deren Beantwortung die Verwaltung und die Gerichte ebenso wie für die Feststellung der medizinischen Verhältnisse generell auf Unterlagen angewiesen sind, die von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten 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 (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Nichts desto trotz ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

3.3 Die Annahme insbesondere einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen allerdings kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt deshalb in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder -

als alternative Voraussetzung - sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 127 V 294 E. 4c in fine). Zu den psychischen Gesundheitsschäden gehören neben den eigentlichen Geisteskrankheiten auch seelische Abwegigkeiten mit Krankheitswert. Nicht als Auswirkungen einer krankhaften seelischen Verfassung und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten indessen jene Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden vermöchte, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt werden muss (BGE 131 V 50 f. E. 1.2, 130 V 353 E. 2.2.1; je mit Hinweisen).

3.4 Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 134 f.). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 121 V 47 E. 2a; ZAK 1986 S. 189 f. E. 2c). Ein Anspruch auf Leistungen besteht demnach nur, wenn auch dessen Voraussetzungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (ZAK 1983 S. 259).

3.5 Nach ständiger Rechtsprechung hat das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit angefochtener Verwaltungsverfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt zu beurteilen, wie er im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vorgelegen hat (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen). Daraus folgt, dass für die Beurteilung der künftig massgebenden Verhältnisse grundsätzlich jener medizinische Sachverhalt massgebend ist, wie er im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung der IV-Stelle vom 2. Februar 2018 vorgelegen hat.

4.1 Im Zentrum der medizinischen Aktenlage steht das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten der Dres. C.____ und D.____ vom 13. bzw. 14. März 2017. In seinem Gutachten vom 13. März 2017 erhob Dr. med. C.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, in rheumatologischer Hinsicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung seien eine Periarthropathie humeroscapularis (PHS) rechts mit leichtem Impingement sowie ein leichtes Zervikovertebralsyndrom bei Fehlform in Form eines Rundrückens mit Kopfpropulsion und altersentsprechenden degenerativen Veränderungen zu erheben. Die klinische Untersuchung zeige einen Patienten, der sich ohne Beeinträchtigung das Oberteil über den Kopf ausziehe. Eine Schulterbeeinträchtigung sei nicht sichtbar. Auch die Hosen würden ohne Beeinträchtigung im Stehen ausgezogen. Kraft, Sensibilität und Reflexbild an den oberen und unteren Extremitäten seien unauffällig. Der Explorand zeige für einen Rechtshänder ein gutes Umfangplus am rechten Arm. Der periphere Gelenkstatus im Bereich der Hände und Ellenbogen falle unauffällig aus. Rechts werde die Schulter schmerzbedingt etwas weniger als links abduziert. In der Flexion sei eine seitengleiche Beweglichkeit festzustellen gewesen. Beim Jobe-Test habe der Explorand auf der rechten Seite leichte Schmerzen angegeben. Die Rotatormanchetten-Testungen seien hingegen normal und kräftig ausgefallen. Es bestehe eine

diffuse, nicht eindeutig zuzuordnende Druckdolenz im Bereich der ganzen rechten Schulter. Rein formal könne man die Problematik als PHS mit leichtem Impingement bezeichnen. Eine passive Einschränkung gegenüber der linken Seite bestehe nicht. Zusammengefasst fielen die Befunde bescheiden aus. Der übrige Gelenkstatus sei altersentsprechend und normal. Insbesondere die linke Schulter, an welcher der Patient seit Kurzem ebenfalls Schmerzen angebe, sei völlig unauffällig. Die konventionellen Röntgenbilder der rechten Schulter und die hausärztlichen Laborergebnisse seien ebenfalls unauffällig. In der bisherigen Tätigkeit als Zustellbeamter bei der B.____ bestehe bezogen auf ein Ganztagespensum eine volle Arbeitsfähigkeit. In Bezug auf eine Verweistätigkeit sei es rein theoretisch sicherlich ungünstig, wenn der Explorand repetitiv im körperlich schweren Bereich mit dem rechten Arm Arbeiten über Schulterhöhe verrichten müsse. Derartige Bewegungen hätten bei seinem Tätigkeitsprofil anamnestisch aber nicht erhoben werden können. Die Arbeitsunfähigkeit ab Ende November 2015 sei aus psychiatrischen Gründen attestiert worden. Rein somatisch habe nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden, die Arbeitsfähigkeit sei in somatischer Hinsicht jederzeit voll vorhanden gewesen. Der Explorand gebe an, dass er eine Korrelation der Schulterbeschwerden mit seinem psychischen Zustand bemerkt habe. Immer wenn er psychisch unter Druck gestanden sei, hätten sich seine Schulterbeschwerden verstärkt. Dies dokumentiere klar, dass die Beschwerden nicht rein mechanischer Natur, sondern zu einem grossen Teil ein somatischer Ausdruck seiner psychischen Befindlichkeit seien. Somatisch wäre es sinnvoll, wenn der Explorand seine Arbeitsfähigkeit auf sein übliches Pensum steigern würde. Dies sei ihm zumutbar.

In psychiatrischer Hinsicht erhob Dr. med. D.____ in seinem Gutachten vom 14. März 2017 ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig remittiert sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung zu diagnostizieren. Den anamnestischen Angaben des Versicherten könne entnommen werden, dass dieser eigentlich seit fünfzehn Jahren unter Depressionen leide. Im Herbst 2015 sei er zunehmend in eine Erschöpfung geraten, weil der Arbeitsdruck zugenommen habe. Seither befinde er sich bei seiner Psychiaterin in Behandlung, die er einmal im Monat sehe. Er leide unter Schulterbeschwerden rechts, die zum Teil auch in die linke Schulter ausstrahlen würden. Regelmässig nehme er jedoch keine Schmerzmittel ein. 2016 sei er während fünf Wochen in der psychiatrischen Klinik E.____ behandelt worden. Nach diesem Aufenthalt sei es ihm deutlich besser gegangen. Er leiste aktuell nur Innendienst, diese Arbeit sei weniger belastend. Er hoffe, später wieder mehr Kraft zu haben, um wenigstens teilweise wieder im Aussendienst arbeiten zu können. Zu den Eltern und seiner Schwester habe er immer eine gute Beziehung gehabt. Mit seiner Mutter und der Schwester pflege er einen regelmässigen Kontakt; den getrennt im Ausland lebenden Vater besuche er einmal im Jahr. Im Jahre 2009 habe er einen Überfall erlebt. Er habe etwa neun Monate gebraucht, um diesen Überfall zu verkraften. Mit seinem Chef verstehe er sich sehr gut. Dieser sei verständnisvoll und nehme Rücksicht. Finanzielle Probleme habe er keine. Er fühle sich alleine wohl. Er könne sehr gut schlafen und habe keinerlei Probleme aufzustehen. Aktuell arbeite er von sechs bis halb zehn Uhr morgens, suche dann meist in Begleitung eines Arbeitskollegen ein Café auf oder besuche einen Kollegen auf einem Bauernhof. Zurück zu Hause kümmere er sich um den Haushalt, den er selbständig führe. Regelmässig trainiere er auf dem Hometrainer und gehe spazieren. Wenn er Zeit habe, male er. Das Malen habe er während des Klinikaufenthalts für sich neu entdeckt.

Mit Kollegen und Kolleginnen gehe er gerne auswärts essen und mache mit ihnen regelmässig Spaziergänge. Abends lese er, interessiere sich für fremde Kulturen, sehe fern. Er sei kein ängstlicher Typ. Einzig während seiner Krise im Jahre 2015 habe er manchmal Zukunftsängste verspürt. Davon habe er sich völlig erholt. Dem psychopathologischen Befund zufolge sei der Explorand freundlich und kooperativ gewesen. Seine Stimmung sei ausgeglichen, die Psychomotorik lebhaft gewesen. Der Antrieb sei nicht vermindert, die Stimmung ausgeglichen, der affektive Kontakt gut. Der Explorand habe einen wachen Eindruck gemacht und sei bewusstseinsklar gewesen. Während der Untersuchung habe er nie Zeichen einer Konzentrationschwäche gezeigt. Die Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Er habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person aufgewiesen und weder über Ängste noch über Phobien berichtet. Aus seinen Schilderungen hätten sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebs im Tagesverlauf ergeben. Der psychiatrischen Beurteilung zufolge könne keine Angststörung festgestellt werden. Diagnostisch handle es sich um eine rezidivierende, gegenwärtig remittierte depressive Störung. Der Umstand, wonach sich der Explorand aufgrund der Schmerzen auch in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt fühle, lasse sich durch die somatischen Befunde nicht objektivieren. Diese Beschwerden seien geringgradig überlagert und es könne eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert werden. Der Explorand leide weder unter psychosozialen Belastungen noch unter schweren quälenden Schmerzen. Es würden auch keine Therapien durchgeführt, der Explorand nehme nur gelegentlich Schmerzmittel ein. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne somit nicht gestellt werden. Er sei weder im Alltag noch in der Umsetzung seiner Ressourcen durch eine psychiatrische Störung beeinträchtigt. Sowohl in der bisherigen als auch in jeder anderen beruflichen Tätigkeit bestehe seit Dezember 2016 aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Von November 2015 bis November 2016 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden. Da aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bestehe, gelte in polydisziplinärer Hinsicht das psychiatrische Gutachten als Gesamtbeurteilung.

4.2 Der strittigen Angelegenheit liegen sodann diverse weitere ärztliche Unterlagen zu Grunde.

4.2.1 Gemäss Arztbericht von Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Medizin, vom 26. April 2016 sei mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode zu diagnostizieren. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Verdacht auf eine generalisierte Angststörung, differentialdiagnostisch eine Somatisierungsstörung, zu erheben. Der Patient sei total ausgelaugt, unruhig, nervös und gestresst. Er klage über Schmerzen im Nacken, welche sich nach zweimaliger Physiotherapiesitzung gebessert hätten, aber noch nicht ausgeklungen seien. Er fühle sich am Arbeitsplatz gestresst und sei rasch überfordert. Das Procedere sei eine Physiotherapie für Nackenverspannungen. Empfohlen werde ein Aufenthalt in der Klinik E.____. Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit betrage seit Ende November 2015 vorerst 100%. Physisch bestünden keine Einschränkungen. Psychisch sei der Patient nicht belastbar. Seine Konzentration sei vermindert. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne aber gerechnet werden (IV-Dok 16).

4.2.2 Dem Austrittsbericht der E._____ vom 17. Juni 2016 ist zu entnehmen, dass hauptdiagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, zu erheben sei. Als Nebendiagnosen werden in diesem Bericht eine generalisierte Angststörung, eine belastete Familienanamnese sowie ein Zervikobrachial-Syndrom rechts aufgeführt. Der Patient sei am 27. April 2016 in die Klinik eingetreten, weil sich sein Gesundheitszustand trotz intensiver medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung nur leicht gebessert habe. Beim Eintritt sei er wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert, im Denken jedoch leicht verlangsamt gewesen. Es habe eine mittelgradige Störung der Vitalgefühle festgestellt werden können. Zu Beginn der Therapie sei eine deutliche depressive Symptomatik vorhanden gewesen. Beim Austritt habe er mehr Vertrauen in sich selbst gewonnen. Dies habe zur Folge gehabt, dass er sich auch am Wochenende privat mit einem früheren Kollegen getroffen habe und sein soziales Netzwerk wieder aufgebaut habe. Aufgefallen seien in somatischer Hinsicht Myogelosen über beiden Schultern und eine schmerzhaft bewegliche im rechten Schultergelenk. Die Beschwerden an der rechten Schulter hätten sich trotz gezielter Behandlungen nicht verbessert. Bis zum 12. Juni 2016 sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Für die Zeit danach erfolge die Beurteilung durch die weiterbehandelnden Ärzte (IV-Dok 18).

4.2.3 Gemäss Arztbericht von Dr. med. G._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. September 2016 seien aktuell mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelschwere depressive Episode bei rezidivierend depressiver Störung, eine generalisierte Angststörung bzw. differentialdiagnostisch eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein rechtsseitiges Zervikobrachial-Syndrom. Der Patient lebe alleine und verbringe das Wochenende meist bei seiner Schwester. Zudem besuche er oft auch seine Mutter. Ausser mit Arbeitskollegen pflege er keine weiteren Sozialkontakte. Aufgrund der psychischen Situation sei es ihm nicht mehr zumutbar, in seinem langjährigen Beruf weiter zu arbeiten. An einer anderen Arbeitsstelle, wie beispielsweise im Büro, könnte jedoch wieder eine Arbeitsfähigkeit aufgebaut werden. Daher werde eine Umschulung beantragt. Der Patient sei wach und allseits orientiert. Er wirke aber unbeholfen, unsicher und Hilfe suchend. Mimik und Gestik seien reduziert. Ausser der Familie pflege er kaum soziale Kontakte. Das Denken wirke verlangsamt, sei jedoch logisch, kohärent und ohne Anzeichen eines psychotischen Erlebens. Eine Suizidalität bestehe nicht. Dem Patienten sei es aus psychiatrischen Gründen nicht mehr zumutbar, vollumfänglich bei seinem bisherigen Arbeitgeber zu arbeiten. Es bestünden Versagensängste, Minderwertigkeitsgefühle, eine Unsicherheit, soziale Ängste, eine innere Unruhe und Anspannung, ein sozialer Rückzug, eine Kraftlosigkeit sowie eine fehlende Lebensfreude. Diese Einschränkungen wirkten sich bei der Arbeit in Form einer geringen Stresstoleranz sowie einer Gefahr einer erneuten Depression mit Suizidgedanken aus. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Die Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahmen jedoch verhindern. Durch eine Umschulung in einen Beruf mit leichter Arbeit, welche weniger Sozialkontakte nötig machen würde, liessen sich die Einschränkungen verhindern. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne nicht gerechnet werden (IV-Dok 20).

4.2.4 Dem Arztbericht von Dr. med. H.____, FMH Rheumatologie, vom 8. Dezember 2016 kann entnommen werden, dass der Patient seit 6. November 2015 vermutlich wegen eines Burnout-Syndroms arbeitsunfähig sei und sich in psychiatrischer Betreuung befinde. Es liege ein begleitendes, leichtes Impingement-Syndrom der rechten Schulter vor. Diesbezüglich sollte unter Physiotherapie bald eine Besserung eintreten. Medikamente seien in somatischer Hinsicht keine abgegeben worden. Die Arbeitsunfähigkeit sei durch die psychische Erkrankung begründet, welche jedoch nicht beurteilt werden könne. Im Moment sei der Patient vorübergehend durch die Schulterproblematik etwas behindert. Tätigkeiten bis Tischhöhe seien jedoch ohne Behinderung durchführbar. Bis auf Überkopfarbeiten und das Besteigen von Leitern und Gerüsten seien im Zusammenhang mit der rechten Schulter ausser einem zusätzlichen Traglimit von drei bis vier Kilogramm keine Einschränkungen zu attestieren (IV-Dok 34, S. 2 ff.). Diesem Arztbericht beigelegt ist ein Bericht über ein rheumatologisches Konsilium von Dr. H.____ vom 26. Oktober 2016. Daraus geht hervor, dass an der rechten Schulter ein chronifiziertes Impingement der Supraspinatussehne vorliege. Seit Jahresbeginn habe der Patient Mühe mit Tätigkeiten über Kopf, bei der seitlichen Elevation sowie beim Liegen auf der Schulter. Die erst sieben Mal durchgeführte Physiotherapie habe noch keine relevante Besserung, eine Triggerpunkt-Therapie jedoch eine vorübergehende Linderung der Beschwerden gebracht. Eine Physiotherapie sei angezeigt. Derart chronifizierte Schultern seien in der Behandlung meist hartnäckig und langwierig. Sie würden nicht selten bis drei Mal eine physiotherapeutische Behandlung benötigen (IV-Dok 34, S. 6 f.).

4.2.5 Gemäss Zeugnis von Dr. G.____ vom 7. August 2017 seien eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig remittiert, eine Dysthymie bzw. differentialdiagnostisch eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, sodann eine Panikstörung und eine beginnende Somatisierungsstörung bei chronifiziertem Impingement der rechten Supraspinatussehne zu diagnostizieren. Panikattacken bei der Arbeit seien keine mehr aufgetreten, jedoch fühle sich der Patient weiterhin nicht ganz wohl, sondern müde, angeschlagen und wenig belastbar. Er habe zudem grosse Angst, bei der Arbeit wieder Panikattacken zu erleben und zu versagen. Sein sozialer Rückzug und die sehr wenigen engen Bezugspersonen sowie das Vermeiden von Konflikten und die interaktionellen Schwierigkeiten würden auf eine Beziehungs- bzw. Persönlichkeitsstörung hindeuten. Bei zunehmendem Druck reagiere der Patient mit stärkerer Ausprägung der depressiven Symptome und völligem Rückzug. Seine Flexibilität und Durchhaltefähigkeit sei deutlich reduziert. Zudem arbeite er langsam und brauche für die gleiche Arbeit deutlich mehr Zeit als seine Arbeitskollegen. Ein erster Arbeitsversuch habe im Dezember 2016 begonnen. Im Verlauf sei es gelungen, wieder mit kürzeren Strecken im Aussendienst zu arbeiten. Seit 7. August 2017 bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von 40%. Eventuell könne eine 50 bis 55%-ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Eine vollständige Arbeitsfähigkeit werde aufgrund der beschriebenen Problematik jedoch kaum erreichbar sein (IV-Dok 57).

4.2.6 Gemäss Bericht von Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, regional-ärztlicher Dienst der IV-Stelle (RAD), vom 18. August 2017 präsentiere die behandelnde Psychiaterin Dr. H.____ keine Diagnosen, die unter versicherungsmedizinischen Kriterien eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Beschrieben würden ein zwar unsicher und unbeholfen wirkender Patient, der jedoch auch wach und mnestic un auffällig sei und dessen

Denken als logisch und kohärent eingestuft werde. Annähernd gleich lautende psychopathologische Eckpunkte habe auch Dr. D.____ erheben können. Übereinstimmend bestätige auch Dr. H.____ weiterhin eine remittierte depressive Störung und nenne eine Dysthymie. Wie die zugehörigen psychopathologischen Befunde belegen würden, sei damit aus versicherungsmedizinischer Sicht allerdings keine Arbeitsunfähigkeit begründbar. Konkrete kognitive Einschränkungen, die den Versicherten bei seiner Tätigkeit massgeblich limitieren könnten, würden nicht genannt und seien trotz der geschilderten Wesenszüge nicht nachvollziehbar. Bei genauer Betrachtung handle es sich bei der abweichenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnde Psychiaterin um eine primär klinisch ausgerichtete Berücksichtigung subjektiver Beschwerdeangaben. Es würden entsprechende medizinische Befunde fehlen, um die geltend gemachte 60%-ige Arbeitsunfähigkeit begründen zu können (IV-Dok 60).

5.1 Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. C.____ und D.____ ergibt ein insgesamt schlüssiges Bild betreffend die gesundheitliche Verfassung des Beschwerdeführers. Es erfüllt alle rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Verwaltungsgutachten. Wie oben ausgeführt (vgl. Erwägung 3.2 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das polydisziplinäre Gutachten der Dres. C.____ und D.____ ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird – für die streitigen Belange umfassend. Es beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt alle geklagten Beschwerden des Versicherten und ist in Kenntnis der im Zeitpunkt der Exploration bekannten, relevanten Vorakten abgegeben worden. Die beiden Teilgutachten basieren ausserdem beide auf einer sorgfältigen Anamnese. Der Umstand alleine, dass der psychiatrische Gutachter keine fremdanamnestischen Angaben eingeholt hat, vermag daran entgegen den Vorbringen in der Beschwerdebegründung nichts zu ändern. Eine Fremdanamnese mag zwar wünschenswert sein, ist jedoch nicht zwingend erforderlich (Urteil 8C_847/2013 vom 14. Februar 2014, E. 5.1.2). Besondere Gründe, weshalb im vorliegenden Fall fremdanamnestische Auskünfte einzuholen gewesen wären, sind aufgrund der Akten nicht gegeben. Die in diesem Zusammenhang kritisierte Unterlassung im Zusammenhang mit dem Leistungsvermögen des Versicherten lassen sich bereits den übrigen Akten entnehmen. So stand den Gutachtern ein detaillierter Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 7. September 2016 zur Verfügung (IV-Dok 20), der seinerseits auf dem kurz zuvor stattgefundenen Assessment-Gespräch vom 25. August 2016 basiert (IV-Dok 21). Erweiterte Informationen über die Persönlichkeit und das Verhalten des Versicherten im Rahmen seiner beruflichen Integration bedurften unter diesen Umständen nicht zwingend einer fremdanamnestischen Ergänzung (Urteil 8C_808/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.3.3). Entsprechend ergänzende Erhebungen durften deshalb unterbleiben, ohne dass das Gutachten der Dres. C.____ und D.____ nunmehr als unvollständig oder gar untauglich zu betrachten wäre. Die Beurteilungen in den beiden Teilgutachten sind sodann nachvollziehbar hergeleitet und leuchten damit auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. in der Beurteilung der medizinischen Gesamtsituation ein. Beide Gutachter setzen sich mit den früheren ärztlichen Einschätzungen auseinander. Damit erweisen sich auch ihre Schlussfolge-

rungen als überzeugend. Sie nehmen eine nachvollziehbare Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vor. Die Gutachter kommen dabei auf der Basis einer bidisziplinären Konsensbesprechung nachvollziehbar zum Schluss, dass in psychiatrischer und gesamtmedizinischer Hinsicht sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist.

5.2 Der Beschwerdeführer bestreitet den Beweiswert und mit ihm die Verwertbarkeit des bidisziplinären Gutachtens der Dres. C._____ und D._____. Unter Hinweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung lässt er geltend machen, dass mangels einer tauglichen Gesamtbeurteilung die bei ihm erhobene Dysthymie im Rahmen der versicherungsmedizinischen Auseinandersetzung zu Unrecht keine Berücksichtigung gefunden habe. Er bringt insbesondere vor, dass sich der psychiatrische Gutachter in diesem Zusammenhang nicht mit den rechtsprechungsgemäss zu prüfenden Indikatoren auseinandergesetzt habe.

5.2.1 Das Bundesgericht hat im Leiturteil BGE 141 V 281 ff. seine Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352) und damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 140 V 13 f. E. 2.2.1.3) revidiert. Demnach kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit auch weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist. Der Rentenanspruch wird jedoch anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt, und es braucht eine medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells tritt ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C_899/2014, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht dahingehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Die Diagnosestellung und – in der Folge – die Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt weiterhin die materiell beweibelastete versicherte Person die Folgen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität begründen, sofern funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6).

5.2.2 In BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht eine weitere Rechtsprechungsänderung vorgenommen und festgestellt, dass sämtliche psychische Erkrankungen – namentlich auch depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur – dem strukturierten Be-

weisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dem Beschwerdeführer ist daher grundsätzlich zuzustimmen, dass das Vorliegen einer Dysthymie die Vornahme einer Indikatorenpflichtprüfung nicht grundsätzlich ausschliesst. Nichts desto trotz bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dann entbehrlich, wenn im Rahmen beweismässiger fachärztlicher Berichte (BGE 125 V 351) eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Art und Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409, E. 4.5). So verhält es sich auch hier. Vorliegend konnten die Gutachter weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erheben. Was zunächst die somatischen Verhältnisse betrifft, ist zwischen den Parteien zu Recht unbestritten geblieben, dass nebst einem nur leichten Impingement an der rechten Schulter grundsätzlich altersentsprechende Befunde vorliegen. Die an den Schultern geklagten Beschwerden sind im Wesentlichen nicht mechanischer Natur, sondern stellen vielmehr einen somatischen Ausdruck der psychischen Befindlichkeit des Versicherten dar. Diese Auffassung entspricht der von Dr. H.____ diagnostizierten, beginnenden Somatisierungsstörung (IV-Dok 57) und deckt sich mit der Einschätzung des behandelnden Rheumatologen vom 8. Dezember 2016 (IV-Dok 34, S. 2 ff.). Sie ist schliesslich angesichts mangelnder, relevanter klinischer Befunde sowie mit Blick auf das anlässlich der rheumatologischen Untersuchung festgestellte Fehlen von Beeinträchtigungen an den Schultern ohne Weiteres auch nachvollziehbar. Unbesehen dessen ist in psychiatrischer Hinsicht aber weder die Symptomatik für eine depressive Störung erfüllt, noch liegt eine sonstige psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor.

5.2.3 Noch während des Aufenthalts des Versicherten in der Klinik E.____ hat sich seine psychische Verfassung deutlich stabilisiert. Im Zeitpunkt des Austritts am Ende der ersten Juni-Woche 2016 hatte er bereits mehr Vertrauen in sich selbst gewonnen und sein soziales Netzwerk wieder aufgebaut (IV-Dok 18). Seither hat sich seine psychische Verfassung weiter verbessert. Die behandelnde Psychiaterin teilt diese Auffassung. Übereinstimmend mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. D.____ geht sie in ihrem neuesten Zeugnis vom 7. August 2017 ebenfalls von einer Remission der depressiven Störung aus (IV-Dok 57). In diesem Zeugnis hat sie allerdings zusätzlich eine Dysthymie, differentialdiagnostisch eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung sowie neu eine Panikstörung diagnostiziert. Dies vermag jedoch nicht zu überzeugen. Dr. H.____ selber verneint das Vorhandensein von Panikattacken. Die von ihr erwähnte Angst des Versicherten, im Aussendienst Panikattacken zu erleiden, und die in diesem Zusammenhang von ihr differential erhobene Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung, widersprechen zudem der von Dr. D.____ rund sechs Monate zuvor detailliert explorierten Anamnese und den dabei erhobenen Befunden. So hatte der Versicherte dazumal berichtet, sich vollständig von den im Jahr 2015 manchmal noch vorhandenen Zukunftsängsten erholt zu haben und generell kein ängstlicher Typ zu sein. Ebenfalls hat er angegeben, den im Jahr 2009 erlebten Überfall verkräftet zu haben. Befürchtungen betreffend künftige Ängste bei der Verrichtung von Aussendienstarbeiten hat der Versicherte keine angegeben, sondern vielmehr die Hoffnung formuliert, künftig wieder mehr Kraft zu haben, um wenigstens teilweise im Aussendienst zu arbeiten. Diese anamnestic Angaben decken sich mit den von Dr. D.____ erhobenen Befunden, wonach eine lebhafte Psychomotorik bei unvermindertem Antrieb sowie eine stabil ausgeglichene Stimmungslage vorhanden waren. Diese psychopathologischen Be-

funde wiederum belegen, dass die von Dr. H.____ diagnostizierten Störungen keine Arbeitsunfähigkeit von versicherungsmedizinischer Relevanz begründen können. Es liegen insbesondere keine kognitiven Einschränkungen vor, die den Versicherten in seiner Tätigkeit als Mitarbeiter bei der B.____ massgeblich limitieren würden. Daran ändern auch die von Dr. H.____ geschilderten Wesenszüge des Versicherten nichts. Zumal der Versicherte schon in jungen Jahren alleine gelebt und angegeben hat, sich alleine wohl zu fühlen (psychiatrisches Teilgutachten von Dr. D.____ vom 14. März 2017, IV-Dok 42, S. 7), kann weder aus dem Umstand nur weniger enger Bezugspersonen noch aus der Tatsache des Vermeidens von Konflikten alleine auf eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung geschlossen werden. Dies gilt umso mehr, weil allfällige Aussendienstarbeiten notorisch eher weniger Sozialkontakte mit sich bringen als Arbeiten im Innendienst. Zumal Dr. H.____ ihre Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung nur als differentialdiagnostische Möglichkeit in Erwägung gezogen hat, kann ihr umso weniger gefolgt werden, weil den eigenen Angaben des Versicherten zufolge kein eigentlicher sozialer Rückzug festgestellt werden kann. Auch wenn sich seine Bezugspersonen auf enge Familienmitglieder und wenige Arbeitskollegen beschränken, unternimmt er diverse Aktivitäten mit seinem Umfeld. Eine ängstlich-vermeidende Haltung mit konkreten Auswirkungen auf eine medizinisch-theoretisch zumutbare Arbeitsfähigkeit kann bei dieser Sachlage nicht nachvollzogen werden. Dies zeigt sich übrigens auch daran, dass sich der Versicherte anlässlich des Aufenthalts in der Klinik E.____ offenbar rasch und gut auf das therapeutische Setting einlassen konnte, sich dabei wohlfühlte und sich auch aktiv eingebracht hat (IV-Dok 18, S. 3).

5.2.4 Parallel zur Differentialdiagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung hat die behandelnde Psychiaterin in ihrem Zeugnis vom 7. August 2017 zusätzlich eine Dysthymie diagnostiziert. Dabei hat sie sich – entgegen den rund sechs Monaten durch Dr. D.____ festgestellten Befunden – offenbar auf den mehr als ein Jahr zuvor erfolgten Aufenthalt in der Klinik E.____ bezogen. Ohne weiterführende Erläuterungen hält sie fest, dass im Austrittsbericht der Klinik E.____ eine Dysthymie diagnostiziert worden sei. Diese Aussage aber ist unzutreffend. Dem entsprechenden Austrittsbericht vom 17. Juni 2016 (IV-Dok 18) können weder eine solche Diagnose noch allfällige Hinweise auf ein dysthymisches Verhalten entnommen werden. Es mag zwar zutreffen, dass entsprechende Verhaltensweisen beim Eintritt des Versicherten in die Klinik noch vorhanden waren. Entgegen den dazumal erhobenen Befunden zeigte sich anlässlich der Exploration durch Dr. D.____ vom 23. Februar 2017 jedoch ein deutlich verbesserter Psychostatus: Weder konnte eine Antriebsarmut noch ein gehemmter affektiver Kontakt festgestellt werden. Abweichend zu den noch beim Eintritt in die Klinik E.____ erhobene Schwierigkeit, morgens aufzustehen, hielt der Versicherte nunmehr fest, keinerlei Probleme mehr zu haben, aufzustehen und sich – zurück von der morgendlichen Arbeit – um den eigenen Haushalt zu kümmern. Wenn Dr. H.____ in ihrem neuesten Bericht vom 17. August 2017 von einer Dysthymie ausgeht, scheint sie mit anderen Worten die seit dem Klinikaufenthalt eingetretene Verbesserung der psychiatrischen Verhältnisse zu negieren. Bei diesem Ergebnis kann deshalb auch nicht gesagt werden, die von Dr. H.____ diagnostizierte Dysthymie habe im Rahmen der versicherungsmedizinischen Auseinandersetzung fälschlicherweise keine Berücksichtigung gefunden. Beim Fehlen relevanter somatischer Befunde kann auch nicht davon ausgegangen werden, das bidisziplinäre Gutachten der Dres. C.____ und D.____ enthalte keine Gesamtbeurteilung. Insgesamt liegen bei dieser Sachlage jedenfalls keine konkreten Zweifel

vor, wie sie rechtsprechungsgemäss vorausgesetzt wären, um die Ergebnisse der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. D.____ und mit ihnen insbesondere das Fehlen einer psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in Frage zu stellen. Auf ein strukturiertes Beweisverfahren, wie es der Beschwerdeführer fordert, kann demnach verzichtet werden. Ein solches erweist sich mit Blick auf das in allen Belangen überzeugende Gutachten der Dres. C.____ und D.____ als entbehrlich, weil den gegenteiligen Einschätzungen der behandelnden Psychiaterin kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409, E. 4.5). Eine Indikatorenprüfung bei remittierter depressiver Störung und Schmerzverarbeitungsstörung ohne weitere Diagnosen muss bei diesem Ergebnis somit nicht nachgeholt werden (BGE 143 V 409, E. 4.5). Auf die Diskussion im Zusammenhang mit allfälligen Interaktionen bidisziplinärer Natur kann vielmehr verzichtet werden.

5.3 Der Beschwerdeführer bringt abschliessend vor, die ihm von den Gutachtern Dres. C.____ und D.____ attestierte volle Restarbeitsfähigkeit stehe im Widerspruch eines sich in die Arbeitswelt zurückkämpfenden Versicherten. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass er entgegen den vorgängigen Prognosen seiner behandelnden Psychiaterin (IV-Dok 20) sein Pensum seit August 2017 mittlerweile auf 40% gesteigert hat. Bei prognostisch weiterer und zumutbarer Steigerung seines Pensums kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass die vorerst nicht mehr vorhandenen Ängste den Versicherten bei seiner Arbeitsintegration nicht doch wieder zurückwerfen könnten, falls er – wie von seiner behandelnden Ärztin befürchtet – bei zunehmendem Druck übermässig belastet würde (IV-Dok 57). Die IV-Stelle ist daher darauf hinzuweisen, dass eine Mithilfe im Rahmen der Eingliederung des Versicherten am bisherigen Arbeitsplatz bereits heute sinnvoll und angebracht ist. Dabei gilt es insbesondere zu vermeiden, dass der Beschwerdeführer seine Stelle im gewohnten Umfeld verliert. Zu berücksichtigen wäre dabei gemäss medizinischen Erfahrungswerten, dass die Persönlichkeitsstruktur des Versicherten eine Eingliederung mit Vorteil am bisherigen Arbeitsplatz nahe legen würde. Anpassungen wären dabei insbesondere bezüglich der Art der Tätigkeit (Aussen- und Innendienst, Kontakt zu Kunden, etc.) und der Beibehaltung gewohnter Tätigkeiten (fixe Touren beim Ausliefern) zu favorisieren. Die entsprechenden Eingliederungsbemühungen der IV-Stelle würden somit der Vermeidung einer drohenden Invalidität dienen.

5.4 Liegt jedoch mit Blick auf die aktuell massgebende Sachlage sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit gesamtmedizinisch seit November 2016 in tatsächlicher Hinsicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor, kann eine detaillierte Auseinandersetzung hinsichtlich der für die Bemessung eines Rentenanspruchs massgebenden Vergleichseinkommen unterbleiben, weil der Versicherte ein Renten ausschliessendes Einkommen zu erzielen in der Lage ist. Jedenfalls bleibt es dabei bei einem IV-Grad unter 40%. Die Vorinstanz hat den Rentenanspruch des Versicherten im Ergebnis somit zu Recht verneint, weshalb die hiergegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

6. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei.

Nachdem dessen Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit verfahrensleitender Verfügung vom 19. April 2018 abgewiesen worden ist, sind die Verfahrenskosten, welche praxisgemäss auf Fr. 800.— festzusetzen sind, ihm aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen. Die ausserordentlichen Kosten sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.— werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.— verrechnet.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.