Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

8C 130/2017

Urteil vom 30. November 2017

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Maillard, Präsident,
Bundesrichter Frésard, Bundesrichterin Heine, Bundesrichter Wirthlin, Bundesrichterin Viscione,
Gerichtsschreiberin Polla.

Verfahrensbeteiligte
A._____,
vertreten durch Rechtsanwalt Serge Flury,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle des Kantons Aargau,
Bahnhofplatz 3C, 5000 Aarau,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Invalidenversicherung (Invalidenrente, Revision),

Beschwerde gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau
vom 5. Januar 2017 (VBE.2016.562).

Sachverhalt:

A.
Der 1966 geborene A._____ meldete sich im Juli 2004 wegen Rückenbeschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 26. Juni 2007 sprach ihm die IV-Stelle des Kantons Aargau vom 1. Februar bis 30. Juni 2004 eine ganze Rente, vom 1. Juli 2004 bis 31. August 2006 eine halbe Rente und ab 1. September 2006 wieder eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu. Dieser Anspruch blieb anlässlich der in den Jahren 2008 und 2011 durchgeführten Revisionsverfahren unverändert. Im Rahmen der im Jahr 2012 eingeleiteten Revision veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung bei der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim), Spital B._____ (Expertise vom 31. Dezember 2013). Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) dazu Stellung genommen und eine Aktenbeurteilung aus psychiatrischer Sicht abgegeben hatte, verfügte sie am 2. August 2016 die Renteneinstellung.

B.
Die hiegegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Aargau mit Entscheid vom 5. Januar 2017 ab.

C.
A._____ lässt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten führen und beantragen, der Entscheid vom 5. Januar 2017 sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine ganze Rente der Invalidenversicherung aus-

zurichten.
Die IV-Stelle schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Sozialversicherungen verzichtet auf eine Vernehmlassung.

D.
Die I. und die II. sozialrechtliche Abteilung haben zu den Rechtsfragen, ob sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen und die funktionellen Folgen sämtlicher psychischer Befunde anhand des strukturierten Beweisverfahrens gesamthaft zu beurteilen sind, ein Verfahren nach Art. 23 Abs. 2 BGG durchgeführt.
Die beiden sozialrechtlichen Abteilungen haben die Rechtsfragen bejaht (Beschluss der Vereinigung der Abteilungen vom 10. November 2017).

Erwägungen:

1.
Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzung gemäss den Art. 95 f. BGG erhoben werden. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG), und kann deren Sachverhaltsfeststellung von Amtes wegen nur berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht (Art. 105 Abs. 2 BGG; vgl. auch Art. 97 Abs. 1 BGG). Mit Blick auf diese Kognitionsregelung ist aufgrund der Vorbringen in der Beschwerde ans Bundesgericht zu prüfen, ob der angefochtene Gerichtsentscheid in der Anwendung der massgeblichen materiell- und beweisrechtlichen Grundlagen (u.a.) Bundesrecht verletzt (Art. 95 lit. a BGG), einschliesslich einer allfälligen rechtsfehlerhaften Tatsachenfeststellung (Art. 97 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 BGG).

2.

2.1. Die Vorinstanz ging gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten vom 31. Dezember 2013 von folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus: fixiertes Widespread Pain Syndrom, wahrscheinlich im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), leichtgradig depressive Episode (ICD-10 F33.0) und verdachtsweise leichte Intelligenzminderung im Grenzbereich zur Lernbehinderung (ICD-10 F70.0). Aus rheumatologischer und neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung in einer leidensangepassten Tätigkeit und insgesamt sei im Vergleich zum Vorgutachten von einer Besserung im Bereich des Bewegungsapparates auszugehen. Insgesamt sei eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Schmerzstörung attestiert worden. Die Vorinstanz hielt fest, grundsätzlich komme dem Gutachten voller Beweiswert zu, jedoch könne nicht ohne Weiteres die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der psychiatrischen Exploration übernommen werden. Die neuropsychologischen Validierungtests hätten eine unzureichende Leistungsbereitschaft ergeben, weshalb von einer Aggravation auszugehen sei. Die von den Gutachtern gestellte Verdachtsdiagnose einer leichten Intelligenzminderung (ICD-10 F70.0) sei sodann nicht überwiegend wahrscheinlich und daher unbeachtlich. Da unbestrittenermassen die leichtgradige depressive Episode nicht invalidisierend sei und die Gutachter die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit primär mit der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erklärten, sei die Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 141 V 281) anzuwenden. Gestützt auf die neurologische Testung und den sich wiederholenden Hinweisen im Gutachten auf Aggravation sei von Ausschlussgründen auszugehen, weshalb sich eine Prüfung der Indikatoren erübrige. Der unbestrittene Einkommensvergleich ergebe keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad, weshalb die Verwaltung zu Recht die Rente eingestellt habe.

2.2. Beschwerdeweise wird gerügt, die Aggravation sei nicht im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung festgestellt worden, sondern anlässlich der neuropsychologischen Testung. Vielmehr habe die psychiatrische Gutachterin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit allein mit der chronifizierten Schmerzstörung begründet, weshalb keine Aggravation vorliege. Es sei deshalb von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und der daraus resultierenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszu-

gehen. Wenn die Vorinstanz hiervon abweichen wollte, wäre sie verpflichtet gewesen, ein Gutachten einzuholen, das sich mit der Auswirkung der chronischen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit befasst hätte. Insgesamt liege eine Verletzung der Abklärungspflicht nach Art. 43 ATSG vor, zumal die Verwaltung die von der Gutachterstelle unbeantwortet gebliebenen Zusatzfragen durch ihren RAD selbst habe klären lassen.

3.

3.1. Unbestritten ist, dass aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt und insgesamt von einem verbesserten Gesundheitszustand auszugehen ist. Gemäss Gutachten der asim besteht eine Besserung im Bereich des Bewegungsapparates und hinsichtlich der affektiven Erkrankung. Damit ist ein Revisionsgrund gegeben. Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zu Recht die Renteneinstellung bestätigte.

3.2. Der rezidivierenden depressiven Störung, im psychiatrischen Fachgutachten noch als leichtgradige depressive Episode festgehalten, massen die Gutachter in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit keine primäre Bedeutung bei. Sie begründeten eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vorrangig mit der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Durch die begrenzten intellektuellen Fähigkeiten sei eine kompetente Anleitung für eine Rehabilitation erforderlich. Die Vorinstanz erkannte dem polydisziplinären Gutachten vollen Beweiswert zu, wich dabei jedoch von der attestierten Arbeitsunfähigkeit ab (vgl. Urteil 8C 814/2016 vom 3. April 2017 E. 5.3.5, nicht publ. in BGE 143 V 66 aber in SVR 2017 IV Nr. 47 S. 139; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 81 E. 6 mit Hinweisen, 8C 438/2015). Im Streit steht aber die Frage, ob die psychischen Beschwerden, insbesondere die chronische Schmerzstörung, eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen.

4.

4.1.

4.1.1. Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert. Die Absicht dieser Rechtsprechung ist es, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) anderseits zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 295 f.; vgl. auch ANDREAS TRAUB, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2016, S. 142 f. Ziff. 3.3.3). Die Leitgedanken des BGE 141 V 281 waren ursprünglich auf das Krankheitsbild der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; nunmehr: anhaltende Schmerzstörung F45.4 bzw. anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.40) ausgerichtet. Mit Erwägung E. 4.2 wurde der Geltungsbereich des im Urteil Dargelegten auf vergleichbare psychosomatische Leiden ausgedehnt.

4.1.2. In den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 wird nunmehr der Begriff "psychosomatisch" wegen seiner unterschiedlichen Verwendung und Etablierung und damit zusammenhängender Ungenauigkeit oder falscher Interpretation nicht mehr verwendet (vgl. Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl. 2015, S. 27). Mit Blick auf diese Anpassungen in den aktuellen klassifikatorischen Leitlinien der WHO zeigt sich, dass in der Medizin Krankheitsbilder und -begriffe nicht feststehen. Die psychiatrische Terminologie, die Formulierung der Diagnosekriterien wie auch die diagnostische Einordnung klinischer Befunde sind vielmehr einem steten Wandel unterzogen. Einzelne Diagnosekriterien oder Diagnosen selbst fallen weg oder kommen neu hinzu. Krankheitsbilder können sich überlappen oder zusammen auftreten. Die ständige Weiterentwicklung der Diagnosen bestätigt, dass die diagnostische Einordnung einer psychischen Störung allein das dennoch objektiv bestehende tatsächliche Leistungsvermögen nicht festlegt, was nicht nur auf somatoforme Leiden zutrifft. Nachdem die ICD-10-Diagnoseleitlinien die Begrifflichkeit
"psychosomatisch" nicht mehr verwenden, stellt sich aus rechtlicher Sicht die Frage, wie mit dem in BGE 141 V 281 für psychosomatische Leiden formulierten strukturierten Beweisverfahren umzugehen ist. Namentlich

ist zu klären, ob sich weiterhin eine Eingrenzung dieser Beurteilungsmethode auf somatoforme Störungen sachlich rechtfertigt.

4.2. Im Nachgang zu BGE 141 V 281 findet sich in der Praxis zudem der Schluss, es handle sich, wenn die Diagnosekriterien keinen bestimmten Schweregrad der Befunde verlangten, um ein leichtgradiges Krankheitsgeschehen, das von vornherein keine rechtserhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken könne (BGE 142 V 106 E. 4.2). Da vorliegend die vollständige Arbeitsunfähigkeit hauptsächlich durch eine Störung ohne Bezug zu einem Schweregrad der Befunde in den Diagnosekriterien begründet wird (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; ICD-10 F45.41), bedarf dies - im Hinblick auf das in BGE 141 V 281 in E. 2.1 und E. 4.3.1.1 zum diagnoseinhärenten Mindestschweregrad als Ausgangspunkt für die Ausprägung der Befunde Festgehaltene sowie den Umgang hiermit in der Praxis - einer grundsätzlichen Klärung.

5.

5.1. Es ist zunächst auf das Beschwerdebild der chronischen Schmerzstörung näher einzugehen. Im Unterschied zu einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), bei welcher ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund steht, wird bei einer chronischen Schmerzstörung im genannten Sinne ein über sechs Monate bestehender Schmerz in mehreren anatomischen Regionen beschrieben. Die Schmerzen werden durch eine Wechselwirkung von somatischen und psychischen Faktoren unterhalten. Psychische Faktoren haben dabei einen wesentlichen Einfluss auf Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen (N ILGES/RIEF, Schmerz 2010; F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Eine Kodierhilfe, online publiziert). Aus dieser Kodierhilfe ergibt sich, dass der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) ein Bezug zum Schweregrad der Erkrankung fehlt. Die Unterkategorien der anhaltenden Schmerzstörung (F45.40; anhaltende somatoforme Schmerzstörung und F45.41; chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) finden sich als Ergänzung der German Modification (GM) in der ICD-10-Klassifikation der WHO nicht. In der zitierten
deutschen Übersetzung der WHO-Klassifikation wird auf die bestehenden Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen ICD-10-GM F45.40 und F45.41 verwiesen (WHO, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., S. 233 Fn. 1; vgl. Urteil 9C 168/2015 vom 13. April 2016 E. 3.2), weshalb sie in die ICD-10-Klassifikation der WHO nicht eingefügt wurden. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren setzt aber immerhin voraus, dass der Schmerz "in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen" hervorruft (vgl. die unter www.icd-code.de abrufbaren Diagnosekriterien sowie Urteil 9C 125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.3).

5.2.

5.2.1. Die Ausführungen zum fehlenden diagnoseinhärenten Schweregrad einer psychischen Störung in E. 2.1 von BGE 141 V 281 beziehen sich auf die anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bzw. auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40). Zentral dabei ist die Notwendigkeit des "diagnoseninhärenten Schweregrads" mit der Schlussfolgerung, dass vermutlich deutlich zu häufig eine anhaltende (somatoforme) Schmerzstörung diagnostiziert wird, ohne dem klassifikatorisch geforderten Schweregrad genügend Beachtung zu schenken. Denn anders als beispielsweise die depressive Episode (ICD-10 F32) oder die rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) kennt die anhaltende (somatoforme) Störung keine Abstufungen nach dem Schweregrad (leicht, mittelschwer, schwer; WHO, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., Ziff. F32.0-32.2 S. 172-174, Ziff. F33.0-F33.2 S. 178-180). Die Intention des durch Indikatoren geleiteten strukturierten Beweisverfahrens ist es, danach zu fragen, ob die vorhandenen Funktionseinbussen durch die erhobenen Befunde abgedeckt und erklärbar sind. Die angegebene Beeinträchtigung in den verschiedenen Funktionsbereichen darf dabei nur durch die diagnoseerheblichen Befunde begründet sein
(TRAUB, a.a.O., S. 139 und S. 142 Ziff. 3.3.3).

5.2.2. Da grundsätzlich nur schwere psychische Störungen invalidisierend sein können, leuchtet die Überlegung, den Schweregrad einer Erkrankung bereits bei der Diagnose zu berücksichtigen, um gegebenenfalls eine anspruchsrelevante Ausprägung des Gesundheitsschadens auszuschliessen, zwar ein. Dieser hat aber nur bei wenigen psychischen Störungen den gleichen (diagnoseinhärenten) Stellenwert wie bei der Diagnose einer anhaltenden (somatoformen) Schmerzstörung (ICD 10 F45.4 und F45.40), weshalb nur dort, wo bereits in den Diagnosekriterien ein Bezug zum Schweregrad gefordert wird, ein solcher nicht erreichter Schweregrad gegebenenfalls bereits den Ausschluss einer krankheitswertigen Störung erlauben würde. Verallgemeinert auf sämtliche psychiatrischen Diagnosen angewendet, greift diese Auffassung jedoch zu kurz. In grundsätzlicher Hinsicht kann eine Diagnose, soweit darin ein Bezug zum Schweregrad der Erkrankung besteht, selbst bereits ein Schweregradindikator sein, insbesondere dann, wenn die Begründung der Diagnose einen ausreichenden Bezug zur funktionserheblichen Befundlage aufweist. Fehlt in der Diagnose aber diese Schweregradbezogenheit, zeigt sich die Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren
funktionellen Auswirkungen (vgl. Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 58/2014 S. 535 Ziff. 4.3.1, BGE 142 V 106). Die WHO hat als Ergänzung zur ICD die ICF zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren geschaffen, weil erkannt wurde, dass die Diagnosen in der Regel für sich alleine keine Rückschlüsse auf einen bestimmten Schweregrad der Erkrankung zulassen (GABRIELA RIEMER-KAFKA [Hrsg.], Versicherungsmedizinische Gutachten, 3. Aufl., 2017, S. 140 ff.; SIMON GRAF, Arbeitsunfähigkeiten - medizinisch, Sozialversicherungsrechtstagung 2016, S. 13). Zudem besteht zumindest in der gerichtlichen Praxis der Eindruck, dass sich psychische Leiden selten mit einer einzelnen Diagnose erfassen lassen, sondern häufig von einem polymorbiden Geschehen auszugehen ist. Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht ist denn auch nicht die Schwere einer Erkrankung entscheidend, sondern deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, zumal sie in beruflicher Hinsicht unterschiedliche Folgen zeitigt. Auch dort, wo Ärzte therapeutische Massnahmen eruieren, stellt
sich im Sozialversicherungsrecht einzig die Frage der Arbeitsfähigkeit. Je nach Krankheitsbild besteht trotz Therapiebedarf eine erwerblich verwertbare Leistung. Veranschaulicht wird dies beispielsweise bei abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (ICD-10 F63) oder Störungen der Sexualpräferenzen (ICD-10 F65). Entsprechend der Ausprägung ist selbst für den Laien eine schwere psychische Störung erkennbar. Aber gerade bei solchen Krankheitsbildern drängt sich ein Bezug zur Arbeitsunfähigkeit nicht auf.
Ein Leiden als leicht einzustufen, weil diagnostisch kein Bezug zum Schweregrad desselben gefordert ist und ihm bereits deshalb eine versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzusprechen, geht daher fehl. Die Rechtsprechung ist diesbezüglich klarzustellen.

5.2.3. Davon zu unterscheiden bleibt der funktionelle Schweregrad einer Störung, der sich nach deren konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach beurteilt, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen schmerzbedingt beeinträchtigt ist (Urteil 8C 458/2016 vom 11. August 2016 mit Hinweis auf Urteil 9C 125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.1). Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" überschneidet sich dabei teilweise mit den Ausführungen zur Diagnosestellung. Dies bedeutet nichts anderes, als dass auch bei schweren psychischen Leiden nicht automatisch auf eine ausgeprägte funktionelle Einschränkung zu schliessen ist, wie sich aus dem soeben Dargelegten ergibt.

6.
Unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit resultiert aus einer Diagnose - mit oder ohne diagnoseinhärenten Bezug zum Schweregrad - demnach allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen. Kommt hinzu, dass in der Medizin heute vorherrschend von einem umfassenden bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff ausgegangen wird. Die Einführung der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im Jahr 2009 wurde dementsprechend als grosser Schritt in Richtung eines solchen Krankheitsverständnisses gewertet (Metje/Su-Schroll/Brinkschmidt, Vergleich der Häufigkeit von psychischen Begleiterkrankungen bei Patienten mit einer Schmerzdiagnose F45.41 und bei Patienten mit Schmerzen des Bewegungsapparates ohne eine F45.41 Diagnose, online publiziert). Dieser Krankheitsbegriff ist rechtlich hingegen im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG nicht massgebend (SVR 2015 IV Nr. 26 S. 78 E. 5.3.3.3, 8C 616/2014). Auch wenn die diagnostische Einordnung medizinisch notwendig ist, kann es aus juristischer Sicht

damit nicht sein Bewenden haben. Entscheidend bleibt letztlich vielmehr die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung. Bei dieser Folgenabschätzung steht die Diagnose nicht mehr im Zentrum, sondern sie ist Ausgangspunkt zur Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale überhaupt vorliegt. Dies macht deutlich, dass die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen kann, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt (fehlende Reliabilität in der ärztlichen Folgenabschätzung; vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1 und 5.2 S. 304 ff.). Es ist festzuhalten, dass sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren haben; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2 S. 306 f.). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt.

7.

7.1. Für die Diagnostik psychischer Störungen ist weder im naturwissenschaftlichen noch im psychologisch-testtheoretischen Sinn von einer hohen Objektivität auszugehen. Es gibt unterschiedlich hohe, von Studie zu Studie schwankende Übereinstimmungswerte (bei denen depressive Störungen z.B. nicht besser abschneiden als andere, z.B. somatoforme Syndrome), aber Aussagen, dass bestimmte Typen psychischer Störungen grundsätzlich besser objektivierbar wären als andere, sind auf dieser Grundlage nicht haltbar (Henningsen, a.a.O. S. 528; zum Begriff der Objektivität vgl. auch Riemer-Kafka, a.a.O., S. 118 ff., insbesondere S. 121 ff.). Die Auswirkungen auf Funktions- und Arbeitsfähigkeit sind bei somatofor-men/funktionellen Störungen auf dem gleichen Niveau wie bei depressiven Störungen und bei organisch erklärten Krankheiten (Henningsen, a.a.O., S. 525). Psychische Leiden - und nicht nur somatoforme/funktionelle Störungen - sind wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich. Dieser Beweis ist indirekt, behelfsweise, mittels Indikatoren, zu führen. Da bei sämtlichen psychischen Störungen trotz variierender Prägnanz der erhebbaren Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme bestehen, ist das indikatorengeleitete Beweisverfahren grundsätzlich auf sie alle anzuwenden. Darum werden fortan auch affektive Störungen, einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen, dem strukturierten Beweisverfahren unterstellt, wie das Bundesgericht im zur Publikation vorgesehenen Urteil 8C 841/2016 heutigen Datums klarstellt. Je nach Krankheitsbild bedarf es dabei allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren. In dieser Hinsicht fällt auf, dass die im Nachgang zu BGE 141 V 281 (vgl. E. 5.1.2) überarbeiteten Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom 16. Juni 2016 (3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage; publiziert in SZS 2016 S. 435 ff.) keine spezifischen Differenzierungen enthalten, obwohl sie prinzipiell für sämtliche versicherungsmedizinischen psychiatrischen Begutachtungen gelten (SZS 2016 S. 437, S. 462 sowie S. 478 f. und den dortigen Anhang 6 mit Verweis auf BGE 141 V 281 in Anhang 6 gemäss Aufstellung des BSV [vgl. dazu IV-Rundschreiben Nr. 339 vom 9. September 2015]).
Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten (vgl. BGE 125 V 351) auszeichnen. Was die Befunde angeht, ist etwa an Störungsbilder wie Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen zu denken, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit

mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen (BGE 139 V 547 E. 7.1.4 S. 562). Hier zeigt sich die Beweisproblematik, wenn überhaupt, vor allem bezüglich der funktionellen Auswirkungen. Daher hat auch bei jenen Störungen eine vertiefende Prüfung hinsichtlich des funktionellen Schweregrades und insbesondere der Konsistenz zu erfolgen, wenn Hinweise auf Inkonsistenzen, auf Aggravation oder Simulation bestehen. Anderseits bleibt ein strukturiertes Beweisverfahren dort entbehrlich, wo im Rahmen
beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann. Dies alles zeigt, dass es hinsichtlich Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik bedarf.

7.2. Aufgrund dieser Auseinandersetzung mit den tatsächlichen, insbesondere medizinischen, Gegebenheiten und der bisherigen Rechtsprechung und der daraus gewonnenen Erkenntnis, lässt sich eine Limitierung des Vorgehens nach BGE 141 V 281 auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden nicht länger rechtfertigen. Damit sind im Sinne des Erwogenen grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) schliessen lassen.

8.

8.1. Die Vorinstanz stellte ferner fest, eine Indikatorenprüfung sei einzig aufgrund der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung durchzuführen, da sie vorgängig die anderen Befunde als die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkend und somit nicht anspruchserheblich einstufte. Soweit sich diese Vorgehensweise auf E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 bezieht, wonach eine Störung, die nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann, nicht Komorbidität ist, bedarf dies einer Präzisierung. Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung bleibt eine lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff.). Auch wenn eine Störung keine Komorbidität im Sinne von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301 darstellt, ist sie im Rahmen des Beweisverfahrens relevant. Denn es ist nicht Aufgabe der Rechtsanwendung, die medizinischen Befunde einzeln oder separat zu prüfen, sondern anhand dieser Vorgehensweise gesamthaft die funktionellen Folgen einer oder mehrerer psychischer Leiden zu würdigen. Aufgrund des Vorerwähnten ist klarzustellen, dass ein Zwischenschritt mit Ausscheidung einzelner Beschwerden wegen fehlender invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz nicht zielführend ist. So wird
beispielsweise eine Dysthymie für sich allein betrachtet keine Invalidität bewirken. Eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall jedoch erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt (Urteil 9C 146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2 mit Hinweisen). Das strukturierte Beweisverfahren wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Fortan ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist.

8.2. Sodann vermögen vorliegend die Ausführungen des kantonalen Gerichts zu den Ausschlussgründen im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung mit Blick auf das asim-Gutachten nicht zu überzeugen. In der konsensualen Gesamtbeurteilung wurde zwar auf eine unzureichende Leistungsbereitschaft und Inkonsistenzen hingewiesen, weshalb die Validität der neuropsychologischen Untersuchung als nicht gegeben bezeichnet wurde. Insgesamt hielten die Experten aber lediglich eine Aggravationstendenz fest. Hiermit besteht aber nicht Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (SVR 2017 IV Nr. 21 S. 56, 9C 154/2016). Damit ist grundsätzlich eine Prüfung der Indikatoren gemäss Rechtsprechung vorzunehmen. Das im Recht liegende Gutachten der asim vom 31. Dezember 2013 gibt indessen nicht hinreichenden Aufschluss über die seit der Praxisände-

rung von BGE 141 V 281 im Vordergrund stehenden Standardindikatoren. Hierzu fehlt dem Gutachten die Aussagekraft. Eine schlüssige Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit gemäss BGE 141 V 281 ist nicht möglich, weshalb es nicht als beweiswertige Grundlage für die Beantwortung der Frage nach der invalidisierenden Wirkung der vorliegend diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren dienen kann. Insbesondere zu den persönlichen Ressourcen (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) und der Kategorie "Konsistenz" (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303) können dem Gutachten keine schlüssigen Ausführungen der medizinischen Sachverständigen entnommen werden. Es ist daher unabdingbar, ein neues interdisziplinäres Gutachten einzuholen, das die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in Einklang mit der geltenden Rechtslage nach Massgabe der im Regelfall heranzuziehenden Standardindikatoren ermöglicht. Zu diesem Zweck ist die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen. Gestützt auf die zusätzlichen medizinischen Angaben wird sie über die Beschwerde neu entscheiden.

9.
Die Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger oder an das vorinstanzliche Gericht zu erneuter Abklärung (mit noch offenem Ausgang) gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen im Sinne von Art. 66 Abs. 1 sowie Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235). Demgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin zu überbinden. Ferner hat sie dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.
Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen und der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 5. Januar 2017 aufgehoben. Die Sache wird zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.
Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.
Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 2800.- zu entschädigen.

4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau, 2. Kammer, der Zürich Schweiz Leistungen Leben, Zürich, und dem Bundesamt für Sozialversicherungen schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 30. November 2017

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Maillard

Die Gerichtsschreiberin: Polla