

200 16 888 IV
SCP/SAW/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. März 2017

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Winiger

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. August 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1979 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war zuletzt vom 1. Juli 2013 bis 5. Februar 2014 bei der Firma C. _____ AG sowie vom 8. Oktober 2013 bis zum 22. November 2013 bei der D. _____ AG temporär angestellt und hatte Einsätze in den Bereichen ... und ... (Akten der Invalidenversicherung [IV], Antwortbeilage [AB] 8 S. 4 ff.; 11; 20). Am 13. März 2014 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf starke Schmerzen im Nacken sowie Rücken, Blockaden im Nacken, Schlafstörungen und Atemprobleme bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 1). Die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) führte daraufhin erwerbliche sowie medizinische Abklärungen durch und liess den Versicherten durch die Begutachtungsstelle E. _____, (nachfolgend MEDAS) bidisziplinär begutachten (vgl. Gutachten vom 16. November 2015, AB 47.1). Mit Vorbescheid vom 24. Mai 2016 (AB 48) stellte die IVB dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 20% die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht. Damit zeigte sich dieser nicht einverstanden und erhob am 21. Juni 2016 (AB 50) Einwand, welchen er u.a. mit Hinweisen auf weitere medizinische Berichte mit Eingabe vom 14. Juli 2016 (AB 52) begründete. Nachdem der Versicherte die erwähnten Arztberichte nicht innerhalb der ihm angesetzten Frist eingereicht hatte (AB 53 f.), verfügte die IVB am 19. August 2016 (AB 55) wie im Vorbescheid angekündigt.

Mit Eingabe vom 1. September 2016 (AB 57) reichte der Versicherte einen Arztbericht sowie ein MRI und ein CR der HWS nach (AB 57 S. 2 f.).

B.

Gegen die Verfügung vom 19. August 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 21. September 2016 Beschwerde. Er beantragt die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Festsetzung des Invaliditätsgrades auf mindestens 40%. Eventualiter sei der medizinische Gesundheitszustand, und daraus ableitend die

Arbeits- und Leistungsfähigkeit, erneut zu evaluieren. Subeventualiter seien Massnahmen beruflicher Art zu gewähren.

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Oktober 2016 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 15. Dezember 2016 reichte der Beschwerdeführer Schlussbemerkungen ein. Diese stellte der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 20. Dezember 2016 der Beschwerdegegnerin zu; gleichzeitig schloss er das Beweisverfahren.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 19. August 2016 (AB 55). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

Soweit der Beschwerdeführer subeventualiter die Gewährung beruflicher Massnahmen beantragt, ist darauf nicht einzutreten, da hierüber in der angefochtenen Verfügung nicht entschieden wurde, womit es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung fehlt (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). 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).

2.2.1 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

klar zwischen dem Gesundheitsschaden, an dem die versicherte Person leidet, 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). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (BGE 139 V 547 E. 3.2.2 S. 552; SVR 2010 IV Nr. 19 S. 59 E. 5.2). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem in der Medizin verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 204 E. 4.2).

2.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 142 V 106 E. 3.3 S. 108, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt sodann nur vor, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht.

2.2.3 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstren-

gung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

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

2.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbsein-

kommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

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

3.

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

3.1.1 Der Hausarzt Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab im Bericht vom 12. Dezember 2013 (AB 6) an, der Patient leide an einem HWS-Syndrom und sei ab dem 27. November 2013 bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig (S. 1 f.).

3.1.2 Im Bericht vom 24. April 2014 (AB 19 S. 2) diagnostizierte Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein chronifiziertes rezidivierendes zervikales Schmerzsyndrom rechtsbetont und ohne wesentliche Abstrahlung bei Diskopathie mit Bandscheibenprotrusion vornehmlich der Etagen C3/4 sowie C4/5, Protrusionen eher linksbetont. Es liege sicherlich eine gewisse morphologische Schädigung der genannten Bandscheiben vor, auch die Bandscheibenfehlhaltung sei sicherlich Ausdruck einer muskulären Dysbalance. Ob die Gesamtproblematik einzig und allein auf den Bandscheibenveränderungen beruhe, dürfe indessen bezweifelt werden, bestehe doch sehr der Verdacht, dass hier auch überlagernde Faktoren eine Rolle spielten. Der Patient sei denn auch bereits in psychiatrischer Behandlung. Von

operativen Interventionen könne zumindest zurzeit nur abgeraten werden. Die Problematik müsse eher ganzheitlich angegangen werden, wobei zu empfehlen sei, den Patienten in einem Schmerzzentrum vorzustellen (S. 3).

3.1.3 Der Beschwerdeführer befindet sich seit dem 22. Januar 2013 in psychotherapeutischer Behandlung. Lic. phil. H. _____ und Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielten im Bericht vom 16. Juni 2014 (AB 24) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung mittelschwere bis schwere Episode (ICD-10 F32.2) mit psychotischen Symptomen, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) und einen Verdacht auf eine Störung des schizophrenen Formenkreises (ICD-10 F20.0) fest. Zum Zeitpunkt der Untersuchung habe im klinischen Erscheinungsbild ein depressives Syndrom mit Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Resignation imponiert. Wahnideen und Sinnestäuschungen psychotischen Ausmasses seien im Zusammenhang mit Schicksalsschlägen (der Sohn des Patienten leide an den Folgen einer Brandverletzung, seine Tochter spreche in der Schule kein Wort und seine Ehefrau sei an Brustkrebs erkrankt) und Bewegungseinschränkungen (der Patient berichte, dass er manchmal handlungsunfähig resp. wie gelähmt sei. Er höre und sehe, was um ihn herum laufe, könne sich aber nicht bewegen) sowie in Form von negativer Energie (der Patient meine, dass er von negativen Kräften besessen sei) beschrieben worden. Zum aktuellen Zeitpunkt sei der Patient den Anforderungen im primären Arbeitsmarkt nicht gewachsen. Aufgrund der genannten Beschwerden komme es bei Überforderung zur Erschöpfung und in der Folge zu depressiver und psychotischer Dekompensation mit Reduktion der Leistungsfähigkeit, Resignation und Verlust des Selbstwertgefühls (S. 2).

3.1.4 Am 30. August 2014 (AB 27) berichtete der Hausarzt von einem stationären Gesundheitszustand und attestierte weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.1.5 Dr. med. J. _____, Facharzt für Anästhesiologie, stellte im Bericht vom 3. Oktober 2014 (AB 32) folgende Diagnosen: Chronisch rezidivierendes cervicales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung (ohne neurogenes Muster), anhaltende Depression auf Reizreaktion und

sachliche Schicksalsschläge, dringender Verdacht auf Somatisierung sowie anamnestisch psychomotorische Anfälle. Die Anamnese und Schilderung der Symptome des Patienten sprächen eindeutig für eine Somatisierungsstörung bei anhaltender Depression. Die Beschwerden entsprächen keinem neurogenen Muster, bei allfälliger Nervenwurzelaffektion im HWS-Bereich. Eine psychiatrische Anbindung bestehe schon länger; alle therapeutischen Massnahmen hätten jedoch bisher keine Besserung der Beschwerden bewirkt. Entsprechend der wahrscheinlichen Schmerzgenese seien physikalische Massnahmen sowie Analgetika unwirksam und auch eine interventionelle Schmerztherapie wäre kontraindiziert. Die psychotherapeutische Behandlung sei unbedingt fortzusetzen, zu der es derzeit keine Alternative gäbe (S. 1).

3.1.6 Mit Verlaufsbericht vom 13. April 2015 bestätigten lic. phil. H. _____ und Dr. med. I. _____ die bisher genannten Diagnosen und ergänzten diese mit dem zusätzlichen Verdacht auf einen dissoziativen Stupor (ICD-10 F44.2). Der Zustand des Patienten habe sich seit dem letzten Bericht kaum verändert (S. 1). Bei körperlicher und emotionaler Belastung komme es immer wieder zu Dekompensationen, die kurzfristig Kriseninterventionen erforderten. Obwohl phasenweise eine Aufhellung der Stimmung und eine leichte Verbesserung des Antriebs habe beobachtet werden können, stehe der Patient weiterhin unter dem Einfluss seiner psychischen und physischen Beschwerden. Ausserdem stellten der Gesundheitszustand seiner krebserkrankten Ehefrau, das autistische Verhalten seiner Tochter und finanzielle Schwierigkeiten eine massive Belastung dar. Die Belastungen führten zu Überforderungen und in der Folge zur Resignation und depressiven Dekompensation (S. 2). Die bisherigen Tätigkeiten (temporäre Einsätze in den Bereichen ... und ...) seien nicht mehr zumutbar, da bei Maschinenarbeiten möglicherweise eine Selbst- und Fremdgefährdung zu erwarten sei. Ob die Arbeitsfähigkeit in einem anderen Rahmen oder durch einen anderen Einsatz verbessert werden könnte, sei erst nach einer Arbeitserprobung beantwortbar. In einer dem Patienten angepassten Tätigkeit und in geschützter Umgebung mit geringer Reizüberflutung sei eine Arbeit im Sinne einer Tagesstruktur ein bis zwei Stunden möglicherweise zumutbar (S. 3).

3.1.7 Im MEDAS-Gutachten vom 16. November 2015 (AB 47.1), das auf Untersuchungen in den Fachbereichen Orthopädie und Psychiatrie beruht, wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom, anamnestisch ohne eindeutige Ausstrahlung in die Arme (ICD-10 M54.2) bei MR-tomographischen Diskusalterationen HWK3/4 bis HWK5/6 klinisch und bildgebend ohne Komprimierung neuraler Strukturen (ICD-10 M50.2) und bei anamnestischem Verdacht auf nicht ganz adäquaten Umgang mit den Schmerzen diagnostiziert (S. 16 Ziff. 5.1).

Dr. med. K. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, legte dar, es zeige sich ein weitestgehend unauffälliger orthopädischer Status mit einem flüssigen Gangbild auf der Treppe sowie auf ebenem Terrain und bei unauffälligen Gangvarianten. Die Durchführung des Kauergangs lasse ebenfalls auf eine noch gut erhaltene Belastungsfähigkeit der unteren Körperhälfte schliessen. Bei der Untersuchung des Rumpfes ergäben sich keine Einschränkungen, indem die Beweglichkeit in alle Richtungen erhalten und auch die Palpation unauffällig gewesen sei. Der etwas erhöhte Finger-Boden-Abstand sei auf eine Verkürzung der ischiokruralen Muskulatur und nicht auf eine Pathologie an der Wirbelsäule selbst zurückzuführen. Die Bewegungen des Kopfes seien bei expliziter Untersuchung vor allem rotatorisch in beide Richtungen eingeschränkt und nur verlangsamt durchgeführt worden; bei gleichzeitiger Ablenkung habe der Explorand diese jedoch rasch und ohne erkennbare Schmerzáusserungen ausgeführt, sodass diesbezüglich von einer leichten Selbstlimitation auszugehen sei. Palpatorisch ergäben sich auch hier keine Auffälligkeiten. Die Detailuntersuchung der Extremitäten sei unauffällig mit einer guten Kraftentwicklung durchgeführt worden und auch die kursorische neurologische Untersuchung habe keine Hinweise auf das Vorliegen einer Pathologie am peripheren Nervensystem ergeben. Beim Exploranden lägen gewisse pathologische Befunde an der HWS vor, die namentlich in Form von bildgebenden Alterationen erkennbar seien. Rein klinisch seien keine Auffälligkeiten aufgetreten, jedoch könne aus den Bandscheibenalterationen der mittleren Halswirbelsäule eine allenfalls etwas verminderte Belastungsfähigkeit von Nacken und Schultergürtel abgeleitet werden

(S. 14 f. Ziff. 4.4). Körperlich leichte bis mittelschwere Aktivitäten, bei welchen eine Hebe- und Traglimite von 10kg nur ausnahmsweise sowie eine solche von 15kg nicht überschritten werde und bei welchen keine länger dauernden Zwangshaltungen des Nackens oder repetitive Überkopfbewegungen der Arme vorkämen, seien uneingeschränkt möglich. Für entsprechend angepasste berufliche Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% (S. 15 Ziff. 4.5).

Aus psychiatrischer Sicht erläuterte Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostisch liege eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch verminderte Freudempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und vermindertem Appetit mit anamnestisch auch Gewichtsabnahme vor. Zudem bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, gekennzeichnet durch ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, zum Teil aber auch durch dissoziative Symptome beim Schlafen in der Nacht, begründet auf dem Hintergrund von psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren. Deutlich schwere Belastungsfaktoren oder Hinweise auf einen deutlich schweren Konflikt seien sonst nicht vorhanden (S. 9 f. Ziff. 3.1.7). Die chronische Schmerzstörung sei überwiegend überwindbar (S. 17 Ziff. 6). Eine zusätzliche dissoziative Störung habe nicht festgestellt werden können. Die chronische Schmerzstörung umfasse auch die hier bestehende dissoziative Symptomatik, da sich dabei emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren in irgendeiner Art auch in der körperlichen Symptomatik ausdrückten. Für die Diagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis ergäben sich nach der Untersuchung keine Anhaltspunkte, weder aufgrund der vorliegenden Querstrichsymptomatik noch aufgrund der Anamnese und der Akten. Es bestünden keine Ich-Störungen mit Fremdbeeinflussungserlebnissen, auch keine Halluzinationen oder Wahngedanken. Der Explorand sei familiär nicht mit Psychosen vorbelastet. Ferner sei es ungewöhnlich, dass eine Schizophrenie später im Leben auftrete. Vor allem fehle aber eine entsprechende psychotische Symptomatik. Der Explorand erhalte denn auch keine neuroleptische Medikation (S. 10 f. Ziff. 3.6). Aus psychiatrischer Sicht sei eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in jeder angepassten Tätigkeit, realisierbar

in einem ganztägigen Pensum mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen, zu attestieren (S. 11 Ziff. 3.7).

In der bidisziplinären Beurteilung hielten die Gutachter fest, beim Exploranden liege für leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit vor. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit leicht reduziertem Rendement. Diese Einschätzung sei mit Sicherheit ab September 2015 zu bestätigen. Eine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit für derartige Tätigkeiten könne retrospektiv nicht zugeordnet werden. Die Einschränkung für schwere und nicht adaptierte Arbeiten sei hingegen ab November 2013 zu bestätigen (S. 17 Ziff. 6).

3.1.8 Dr. med. M. _____, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 11. Juni 2015 (AB 57 S. 2) eine chronische Drei-Etagen-Diskushernie C3/C4 (links klein), C4/C5 (mitte-links mit leichter Myelonimpression) und C5/C6 (median) bei rechter kyphoser Fehlhaltung der oberen HWS sowie sekundäre/primäre sozioökonomische Probleme. Aufgrund der ausweglosen Situation erscheine ein operatives Vorgehen angebracht, zumal die somatischen Befunde ausreichend für eine Indikationsstellung seien.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situa-

tion einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 19. August 2016 (AB 55) massgeblich auf das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 16. November 2015 (AB 47.1) gestützt. Dieses Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter haben sich in der ärztlichen Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis der Vorakten und gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Insbesondere diskutierten sie auch IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen Arztberichten. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet.

3.3.1 In somatischer Hinsicht hat der Orthopäde Dr. med. K. _____ schlüssig und plausibel dargelegt, dass beim Exploranden bei leichten bis mässiggradigen degenerativen Veränderungen, ohne Kompromittierung neuraler Strukturen, ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom vorliegt und anderweitige Befunde am Bewegungsapparat nicht zu erheben sind (AB 47.1 S. 14 f. Ziff. 4.4 und S. 17 Ziff. 6). In Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führte er einleuchtend aus, dass keine schweren, nicht adaptierten Tätigkeiten mehr zumutbar, körperlich leichte bis mittelschwere Aktivitäten, bei welchen eine Hebe- und Traglimite von 10kg nur ausnahmsweise und von 15kg nicht überschritten wird und bei welchen keine länger dauernden Zwangshaltungen des Nackens oder repetitive Überkopfbewegungen der Arme vorkommen, hingegen uneingeschränkt möglich sind und diesbezüglich eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht (AB 47.1 S. 15 Ziff. 4.5). Diese Beurteilung ist nicht

nur in sich schlüssig und überzeugend, sondern findet auch Rückhalt im Bericht von Dr. med. G. _____ vom 24. April 2014 (AB 19 S. 2) und korreliert mit den Einschätzungen von Dr. med. J. _____ vom 3. Oktober 2014 (AB 32 S. 1).

An der Beurteilung von Dr. med. K. _____ vermögen die Berichte des Hausarztes Dr. med. F. _____ vom 12. Dezember 2013 (AB 6) und vom 30. August 2014 (AB 27) nichts zu ändern. Soweit Dr. med. F. _____ ab dem 27. November 2013 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, kann ihm nicht gefolgt werden. Dies weil er seine Einschätzung weder medizinisch nachvollziehbar erläuterte noch mit entsprechenden Belegen dokumentierte. Zudem hat das Gericht in Bezug auf Atteste der Hausärzte der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Auf die Berichte von Dr. med. F. _____ kann somit nicht abgestellt werden. Wie die Beschwerdegegnerin zudem zutreffend darauf hinweist (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 6), vermag auch der Umstand, dass dem orthopädischen Gutachter der Bericht von Dr. med. M. _____ vom 11. Juni 2015 (AB 57 S. 2) nicht vorlag, den Beweiswert der orthopädischen Expertise nicht infrage zu stellen. Denn Dr. med. K. _____ standen nicht bloss die gleichen Röntgenbefunde vom 10. Juni 2015 (AB 57 S. 3) zur Verfügung (AB 47.1 S. 13 Ziff. 4.2.3), sondern ihm war gestützt auf die Darlegungen des Beschwerdeführers auch bekannt, dass Dr. med. M. _____ ein operatives Vorgehen empfohlen hatte (AB 47.1 S. 12). Dr. med. K. _____ diskutierte in seinem Gutachten einlässlich die bildgebenden sowie die klinischen Befunde und begründete nachvollziehbar, dass bei vorliegender Ausgangslage mit operativen Massnahmen die Gesamtproblematik des Beschwerdeführers wahrscheinlich nicht verbessert werden kann (AB 47.1 S. 16). Die gleiche Auffassung vertritt Dr. med. G. _____ (AB 19 S. 3) und auch Dr. med. J. _____ hielt im Bericht vom 3. Oktober 2014 (AB 32) fest, die psychotherapeutische Behandlung – zu der es derzeit keine Alternative gäbe – sei unbedingt fortzusetzen. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 8 Art. 6; Schlussbemerkungen S. 3 Art. 9) ist somit auch diesbezüglich auf die Beurteilung von Dr. med. K. _____ abzustellen.

Dies umso mehr, als die davon abweichende Meinung von Dr. med. M._____ hauptsächlich mit der ausweglosen Situation des Beschwerdeführers und nicht mit den Befunden an der HWS begründet wurde (AB 57 S. 2).

3.3.2 Aus psychiatrischer Sicht hat Dr. med. L._____ eine leichte depressive Episode und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert (AB 47.1 S. 10 Ziff. 3.4).

Die Diagnose der leichten depressiven Episode überzeugt, zumal Dr. med. L._____ in seiner Beurteilung nachvollziehbar und schlüssig dargelegt hat, weshalb das depressive Geschehen nur in leichter und nicht – wie in den Berichten von lic. phil. H._____ und Dr. med. I._____ attestiert (AB 24; 34) – in einer schwereren Ausprägung vorliegt (AB 47.1 S. 10 Ziff. 3.6). Zu bemerken ist hierzu, dass das depressive Geschehen insbesondere mit Bezug auf den hypothetischen Rentenbeginn (vgl. E. 4.2 hiernach) ausschliesslich durch die psychosozialen Belastungsfaktoren bestimmt und unterhalten wird. So ist den Berichten von lic. phil. H._____ und Dr. med. I._____ zu entnehmen, dass die Leiden des Sohnes an den Folgen seiner Brandverletzung, das autistische Verhalten der Tochter, der Gesundheitszustand der krebserkrankten Ehefrau sowie die finanziellen Schwierigkeiten eine massive Belastung für den Beschwerdeführer darstellen (AB 24 S. 1; 34 S. 2). Während der orthopädischen Exploration gab der Beschwerdeführer zudem selber an, er sehe eine Rückkehr in den Arbeitsprozess erst dann wieder als möglich, wenn er seine eigenen und die familiären Probleme gelöst habe (AB 47.1 S. 12). Die psychosoziale Belastungssituation steht hier somit eindeutig im Vordergrund, weshalb der leichten depressiven Episode aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht keine invalidisierende Wirkung beigemessen werden kann (vgl. E. 2.2.1 hiervor). Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren hat Dr. med. L._____ als überwiegend überwindbar qualifiziert (AB 47.1 S. 17 Ziff. 6). Diese Beurteilung ist nicht zu beanstanden, zumal – wie nachfolgend dargelegt wird – die Prüfung der massgebenden Indikatoren gemäss der neuen Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.2.3 hiervor) gegen einen invalidisierenden Charakter der zudem diagnostizierten Schmerzstörung spricht.

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298): Hier ist festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) nicht übermässig ist. Zum Tagesablauf berichtete der Beschwerdeführer, er stehe um 10, 11 oder 12 Uhr auf, beschäftige sich mit den Kindern, helfe der Ehefrau zum Teil im Haushalt, gehe spazieren und schaue Fernsehen. Kleine Einkäufe könne er selber erledigen und manchmal könne er etwas kochen. Staubsaugen könne er zum Teil auch. Er habe nicht so viele Kollegen, man grüsse sich, wenn man sich draussen sehe und rede ein wenig miteinander. Meistens nach 24 Uhr gehe er ins Bett (AB 47.1 S. 6). Betreffend Behandlungserfolg oder -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer zweimal monatlich in psychiatrischer Behandlung steht und keine Medikamente einnimmt (AB 47.1 S. 4 Ziff. 3.1.2). Diese Tatsachen sprechen nicht nur gegen das Vorliegen einer schweren und therapeutisch nicht mehr angehbaren psychischen Störung, sondern auch gegen das Vorhandensein eines Leidensdrucks. Da am Bewegungsapparat nur geringe orthopädische Einschränkungen bestehen (AB 47.1 S. 14 f. Ziff. 4.4), sind psychische oder somatische Komorbiditäten, die dem Beschwerdeführer Ressourcen rauben könnten, zu verneinen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Was den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) betrifft, hat Dr. med. L. _____ ausgeführt, dass keine deutlich auffälligen Persönlichkeitszüge für die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vorliegen (AB 47.1 S. 8), womit keine Anhaltspunkte ersichtlich sind, dass in der Persönlichkeit des Beschwerdeführers krankheitswertige Umstände vorliegen, welche ein Leistungsvermögen ausschliessen. Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) zeigt, dass die Freizeitgestaltung bzw. das Leben des Beschwerdeführers nicht ausgeprägt eingeschränkt sind, er in der Familie gut integriert ist und auch zu wenigen Kollegen Kontakte pflegt (AB 47.1 S. 8 Ziff. 3.1.4). Der Lebenskontext hält ihm folglich genügend mobilisierbare Ressourcen bereit. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer in seinem sozialen Leben wenig Einschränkungen zeigt, ist auch im Rahmen des Aspekts der „Konsistenz“ respektive der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu beachten (BGE 141 V 281 E. 281 E. 4.4.1

S. 303 f.). Der Beschwerdeführer gab während der psychiatrischen Exploration vor allem Schmerzen am Bewegungsapparat an, konnte jedoch im Untersuchungsgespräch ruhig sitzen und zeigte keine Zeichen einer Schmerzwahrnehmung. Auch in der orthopädischen Untersuchung fiel eine leichte Selbstlimitierung auf (AB 47.1 S. 14 Ziff. 4.4). Im Weiteren erledigt er Haushaltsarbeiten, beschäftigt sich mit seinen Kindern, hat soziale Kontakte mit Kollegen und fährt selber Auto, was eine gute Konzentrationsfähigkeit voraussetzt (AB 47.1 S. 9 Ziff. 3.1.6). Diese Ausführungen sprechen für eine Inkonsistenz bezüglich der geltend gemachten Schmerzen und den angegebenen Einschränkungen. Schliesslich nimmt der Beschwerdeführer kaum therapeutische Optionen wahr, geht er doch einzig zweimal monatlich zur psychiatrischen Gesprächstherapie und nimmt keine Medikamente ein (AB 47.1 S. 4 Ziff. 3.1.2). Mit Blick auf die massgebenden Indikatoren ist folglich erstellt, dass bei der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nicht von einer leistungsrelevanten psychischen Erkrankung auszugehen ist.

Aus dem Ausgeführten folgt, dass die im MEDAS-Gutachten aus psychiatrischer Sicht angenommene Leistungseinschränkung von 20% unberücksichtigt zu bleiben hat, ist doch aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht weder der leichten depressiven Episode noch der chronischen Schmerzstörung invalidisierende Wirkung beizumessen. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, die psychiatrische Exploration sei unvollständig und der Gutachter habe die von ihm beklagten krampfartigen Anfälle unberücksichtigt gelassen (vgl. Beschwerde S. 5), übersieht er, dass Dr. med. L. _____ eben diese Anfälle als dissoziative Symptome der auf dem Hintergrund von psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren gewachsenen chronischen Schmerzstörung und nicht als eigenständige psychische Störung bezeichnet hat (AB 47.1 S. 9 ff. Ziff. 3.1.7 und Ziff. 3.6). Den Einwänden des Beschwerdeführers kann somit nicht gefolgt werden.

3.3.3 Nach dem Dargelegten ist der Sachverhalt gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 16. November 2015 (AB 47.1) hinreichend erstellt, weshalb – entgegen dem Antrag des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 2, Eventualbegehren Ziff. 3) – auf weitere Beweiserhebungen zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.

4.1 Ausgehend von der zumutbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% in einer leichten bis mittelschweren, angepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.3.1 f. hiervor) ist der Invaliditätsgrad im Folgenden mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen.

4.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327,

129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222). Unter Berücksichtigung des im November 2013 begonnenen Wartejahres (vgl. AB 6 S. 2 Ziff. 4) und der IV-Anmeldung im März 2014 (AB 1) ist der frühest mögliche Rentenbeginn in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf November 2014 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

4.2.1 Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf die LSE 2014, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Tabelle TA1, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Männer, auf Fr. 66'453.-- festgesetzt. Dabei ging sie vom durchschnittlichen Einkommen für Hilfsarbeiten über sämtliche Wirtschaftszweige in der Höhe von Fr. 5'312.-- pro Monat (Totalwert) aus und passte das Einkommen an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, ab 2004-2015, Total, 2014) an (Fr. 5'312.-- x 12 : 40 x 41.7). Dieses Vorgehen wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten und ist nicht zu beanstanden. Denn der Beschwerdeführer war zuletzt temporär und nur über eine kurze Dauer bei den Personenvermittlungsfirmen C._____ AG und D._____ AG angestellt. Es lag somit weder eine Festanstellung noch ein stabiles Arbeitsverhältnis vor. Das Invalideneinkommen ist mit Blick auf das ärztlich attestierte Zumutbarkeitsprofil aus somatischer Sicht und den

Umstand, dass der Beschwerdeführer keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen hat, aufgrund desselben Tabellenlohns zu ermitteln. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung; diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Juli 2012, 8C_365/2012, E. 7 mit Hinweis). Demnach kann der Beschwerdeführer bei einer zumutbaren vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit den vollen LSE-Tabellenlohn erzielen, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

4.2.2 Selbst wenn davon ausgegangen würde, der Beschwerdeführer wäre aufgrund der psychiatrischen Problematik in einer angepassten Tätigkeit zu 20% arbeitsunfähig (vgl. AB 47.1 S. 17 Ziff. 6), würde sich am Ergebnis nichts ändern. Validen- und Invalideneinkommen wären auch diesfalls ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, womit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 20% resultierte.

5.

Nach dem Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 19. August 2016 (AB 55) im Ergebnis als rechtmässig. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder der Beschwerdeführer (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch die obsiegende Beschwerdegegnerin als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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