

200 19 422 IV
SCJ/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Januar 2020

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 29. April 2019



Sachverhalt:

A.

Der 1964 geborene und seit Jahren (zunächst in einem Pensum von 80 % und ab September 2017 in einem solchen von 40 %) als ... tätige A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Oktober 2016 unter Hinweis auf einen Morbus Bechterew, mechanische (degenerative) Rückenschmerzen, eine Diskopathie und eine Polyneuropathie bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1, 79; vgl. auch AB 4). Im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen holte die IVB unter anderem die Akten der Taggeldversicherung (AB 11, 13, 28, 74) und in diesem Zusammenhang auch das dieser gegenüber von der MEDAS C._____ erstattete rheumatologische Gutachten vom 26. Juli 2017 (AB 31/4 ff.) ein und liess ihrerseits den Versicherten (nach zwischenzeitlich erfolgtem gesundheitsbedingtem Abbruch der beruflichen Massnahmen; AB 55, 61) polydisziplinär begutachten (Expertise des MEDAS D._____ vom 6. November 2018 [AB 108.1]). Ferner holte sie einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb (Bericht vom 1. Februar 2019; AB 123) ein. Mit Vorbescheid vom 19. Februar 2019 (AB 124) stellte sie bei einem in Anwendung der gemischten Methode (80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 36 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Auf Einwand des Versicherten hin (AB 133, 136) und nach Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 139) verfügte die IVB am 29. April 2019 wie in Aussicht gestellt (AB 140).

B.

Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 29. Mai 2019 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihm eine IV-Rente zuzusprechen, eventualiter seien die Akten an die Beschwerdegegnerin zur Neubeurteilung und Neuberechnung zurückzuweisen, unter Kosten- und Ent-

schädigungsfolge. Gleichzeitig ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2019 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 26. Juli 2019 ersuchte der Beschwerdeführer um Einholung eines Berichts der Klinik E._____ bezüglich der fünfwöchigen Behandlung auf der Depressionsabteilung.

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 29. April 2019 (AB 140). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente.

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

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

2.3 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der – zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 29. April 2019 (AB 140; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) in medizinischer Hinsicht massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS D._____ vom 6. November 2018 (AB 108.1). Darin wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1.) ein chronisches thoraco-lumbovertebrales Schmerzsyndrom, zeitweise lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom (seit 2014), und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (2.) eine muskuläre

Dysbalance am Schultergürtel beidseits (Trapezius), (3.) klinisch der Verdacht auf beginnende Femoro-Patellarthrosen, (4.) ein Status nach Frozen shoulder rechts (2011) mit Status nach Schulterarthroskopie, Synovektomie und Capsulektomie sowie Mobilisation in Narkose (3. März 2011), (5.) ein Status nach periarthropathischen Schulterbeschwerden links (anfangs 2018) sowie (6.) eine Polyneuropathie mit Small Fiber Neuropathie (ED März 2015) diagnostiziert (AB 108.1/10 f. Ziff. 4.2).

3.1.1 Im Vordergrund des seit langem bestehenden Beschwerdebildes stünden chronische Schmerzen von Seiten des Bewegungsapparats (Wirbelsäule, Gelenke, Muskulatur). Diagnostisch seien zeitweise das Vorliegen einer entzündlich-rheumatologischen Erkrankung (undifferenzierte Spondylarthritis, Morbus Bechterew) angenommen oder der dringende Verdacht auf eine solche geäussert worden; grossmehrheitlich sei jedoch kein entzündlich-rheumatologisches Leiden diagnostiziert worden. Andererseits sei gemäss Akten auch der Verdacht auf eine Statin-Myopathie oder eine andere Myopathieform geäussert und eine Small Fiber Neuropathie diagnostiziert worden (AB 108.1/6 f.). Der rheumatologische Gutachter, Dr. med. F. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, fand keine klaren Hinweise für das Vorliegen einer chronisch entzündlichen rheumatologischen Erkrankung im Sinne einer undifferenzierten Spondyloarthritis, welche ohnehin als mild zu betrachten wäre und nicht als Ursache für das ausgeprägte Beschwerdebild verantwortlich gemacht werden könnte. Die umfangreiche Bildgebung zeige auch keine relevanten degenerativen Veränderungen im Bereich der BWS und LWS. Insgesamt sei das Beschwerdebild unter Berücksichtigung der umfangreichen Aktenlage sowie der aktuellen klinischen Befunde klinisch am ehesten im Sinne eines unspezifischen thoraco-lumbovertebralen Schmerzsyndroms zu beurteilen (AB 108.5/12 f.). Aufgrund der geltend gemachten Schmerzintensität bestünden deutliche funktionelle Einschränkungen im Sinne einer verminderten Belastbarkeit bezüglich Gewichtsbelastungen, d.h. quantitativer Art, aber auch bezüglich Körperhaltungen und Arbeitshaltungen, d.h. qualitativer Art (AB 108.5/14 oben). Unter Berücksichtigung all dieser Aspekte und auch der bisherigen rheumatologischen Stellungnahmen erscheine aus rein rheumatologischer Sicht insgesamt eine geschätzte Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 60 % vorzulie-

gen, dies zumindest seit anfangs 2017 (bezüglich früherer Angaben könnten keine klaren Angaben gemacht werden; AB 108.5/17). Aus rein rheumatologischer Sicht könnten die Beschwerden nur teilweise auf ein rein organisches Krankheitsbild zurückgeführt werden, weshalb auch die zumutbare Arbeitsfähigkeit als höher eingestuft werde als die derzeit geleistete Arbeitszeit (AB 108.5/19 unten).

3.1.2 Dem neurologischen Gutachter, Dr. med. G. _____, Facharzt für Neurologie, zufolge kann die chronische thorakolumbale Schmerzproblematik nicht mit neurologischen Faktoren erklärt werden. Der Beschwerdeführer schildere zwar teilweise eine Schmerzausstrahlung bis zu den Knien, diese sei jedoch aufgrund ihres Musters sowie der radiologischen und klinischen Befunde als pseudoradikulär einzustufen und nicht auf eine Neurokompression im Bereich der Wirbelsäule zurückzuführen. In der klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich ein thorakolumbal betontes paravertebrales Schmerzsyndrom gezeigt, wobei neurologisch ein radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom weder an den oberen noch an den unteren Extremitäten habe festgestellt werden können. An den unteren Extremitäten fänden sich distal Sensibilitätsstörungen im Sinne eines beeinträchtigten Schmerz- und Temperaturempfindens sowie einer beeinträchtigten Tiefensensibilität. Die klinischen Befunde seien gut vereinbar mit der Diagnose einer Polyneuropathie, wobei unter Berücksichtigung der Befunde der Hautbiopsie von einer einschliesslichen Beteiligung der dünnkalibrigen Nervenfasern (Small Fiber Neuropathie) auszugehen sei. Die von den behandelnden Neurologen umfangreich durchgeführten Laborabklärungen hätten keine fassbare Ätiologie der Polyneuropathie ergeben. Aus rein neurologischer Sicht bestehe keine Kompromittierung neuraler Strukturen im Bereich der Wirbelsäule, so dass streng neurologisch gesehen diesbezüglich eine Einschränkung nicht festgestellt werden könne. Bezüglich der Polyneuropathie/Small Fiber Neuropathie könnten aktuell keine massgeblich einschränkenden Auswirkungen festgestellt werden (AB 108.6/22 f.). Aus rein neurologischer Sicht könne mit der Diagnose einer Polyneuropathie bzw. Small Fiber Neuropathie in der angestammten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (AB 108.6/24 f.).

3.1.3 Die Gutachter hielten im medizinischen Sachverhalt weiter fest (AB 108.1/6), in den Akten fänden sich auch Hinweise auf nichtorganische Einflussfaktoren (abnormes Schmerzverhalten, Symptomausweitung, positive Waddel-Zeichen u.a.), wobei eine psychiatrische Krisenintervention im September 2014 (differentialdiagnostisch Burnout-Syndrom, depressive Störung, Angststörung) aktenkundig sei sowie eine psychosoziale Belastungssituation, in welchem Kontext anscheinend differentialdiagnostisch ein Burnout, eine agitierte Depression und ein inadäquater Schmerzmittelkonsum in Erwägung gezogen worden seien. Diesbezüglich stellte der psychiatrische Gutachter, Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, es fänden sich keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein von psychischen Symptomen oder Erkrankungen vor Auftreten der Rückenschmerzen und diese hätten sich ohne erkennbare psychosoziale Belastungsfaktoren oder psychische Erkrankungen entwickelt. Es sei nicht vom Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) auszugehen, da die Entstehung und Aufrechterhaltung der Schmerzen nicht überwiegend durch psychosoziale Belastungsfaktoren oder psychische Erkrankungen zu erklären sei. Des Weiteren sei aktuell nicht vom Vorliegen einer depressiven Episode (ICD-10 F32) auszugehen, da keine Anhedonie sowie keine Reduktion des Antriebs und der Interessen vorhanden seien. Andere psychopathologische Befunde oder gar Diagnosen seien nicht zu stellen. Es könne davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer durch die ambulante psychiatrische Behandlung von 2014 bis 2015 und die teilstationäre intensive dreimonatige Behandlung im Spital I. _____ sowie durch die aktuelle Selbsthypnoseerlernung gute Instrumente habe, um die Schmerzen zu kompensieren. Dabei scheine auch das Verhältnis zum Arbeitgeber sehr gut zu sein und eine optimal angepasste Situation am Arbeitsplatz mit einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit und flexiblen Arbeitsschritten und -zeiten zu bestehen. Es bestünden auch keine Probleme in der Ehe oder im Freundeskreis (AB 108.4/14 f.). Weder in der Vergangenheit noch aktuell könne für die Tätigkeit als ... aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit postuliert werden (AB 108.4/16 unten). Aktuell stehe der Beschwerdeführer weder in ambulanter psychologischer noch psychiatrischer Behandlung (AB 108.4 Mitte).

3.1.4 Nach eingehender Konsensbesprechung nahmen die Gutachter ab ca. anfangs 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % in adaptierter Tätigkeit an und beurteilten die bisherige Tätigkeit als insgesamt angepasst (AB 108.1/13 f.).

3.2 Vom 3. bis 20. Dezember 2018 befand sich der Beschwerdeführer in einem stationären Aufenthalt im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie in der Klinik J._____. Dieser wurde gemäss Austrittsbericht vom 9. Januar 2019 aufgrund einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, aufgrund chronischer, therapierefraktärer, multilokulärer Beschwerden mit Ende Oktober 2018 immobilisierenden Schmerzen im Bereich der unteren BWS und ganzen LWS und aufgrund der im Vorfeld gescheiterten, unimodalen, ambulanten Therapiemassnahmen durchgeführt. Der Aufenthalt erfolgte zur Vermeidung einer Gefährdung des Arbeitsplatzes, einer manifesten Beeinträchtigung der Lebensqualität und des sozialen Rückzugs bei vorliegender psychischer Co-Morbidität sowie aufgrund des erheblichen Leidensdrucks (AB 130/3). Dabei wurden (1.) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), (2.) eine Spondylitis ankylosans (oder Morbus Bechterew; ED 2014), (3.) eine mittel- bis schwergradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), (4.) eine chronische Prostatitis, (5.) eine Periarthropathia humeroscapularis/AC Gelenksarthrititis rechts, (6.) eine koronare Ein-Gefäss-Erkrankung, (7.) eine Small Fiber Neuropathie, (8.) ein Status nach Gewichtsverlust unklarer Ätiologie, (9.) ein Katarakt beidseits und (10.) eine Nephro-Urolithiasis rechts diagnostiziert (AB 130/3 f.). Konventionell radiologisch sei midthorakal ein Syndesmophyt detektiert worden; die Diagnose einer Spondylitis ankylosans sei als gesichert anzusehen (AB 130/5 Mitte). Im Rahmen der Multimorbidität sei weiterhin eine maximale Arbeitsfähigkeit von 30 - 40 % gegeben und das Einhalten von regelmässigen Pausen sei nötig. Der Verlauf unter dem neuen Biologikum könne noch nicht ganz abgeschätzt werden, die zu erwartende Arbeitsfähigkeit innert eines Jahres sei auf max. 50 % einzuschätzen (AB 130/7).

3.3 Bezüglich der vom Beschwerdeführer insbesondere gegen das Gutachten der MEDAS D._____ vom 6. November 2018 (vgl. E. 3.1 hiervor) sowie gestützt auf den Bericht der Klinik J._____ vom 9. Janu-

ar 2019 (vgl. E. 3.2 hiervor) vorgebrachten Einwände (AB 136) nahm der RAD-Arzt Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 24. April 2019 wie folgt Stellung (AB 139): Zunächst habe im Gutachten der MEDAS D._____ nebst dem rheumatologischen Gutachter (vgl. AB 108.5/11) auch der neurologische Gutachter (vgl. AB 108.6/20 f.) Diagnosen gestellt und jener bringe sinngemäss zum Ausdruck, dass sich seine Leistungsbeurteilung gestützt auf die objektive Befundlage von der subjektiven Einschätzung des Beschwerdeführers unterscheide (vgl. AB 108.5/19 unten). Die klinischen und bildgebenden Befunde seien geringgradig (vgl. AB 108.5/17 oben) und unter Berücksichtigung der als organisch erklärbaren Rückenschmerzen (vgl. AB 108.5/13 unten) sei die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 40 % zu veranschlagen (vgl. AB 108.5/17 Mitte). Anhand der gutachterlich dargestellten Befundlage (klinisch, bildgebend) sei es ohne weiteres nachvollziehbar, dass der rheumatologische Gutachter klare Hinweise auf das Vorliegen einer chronisch entzündlichen rheumatologischen Erkrankung im Sinne einer Spondylarthritis verneine (vgl. AB 108.5/13 unten). Selbst wenn die Diagnose einer entzündlichen Spondylarthritis angenommen würde, würde dies an der Leistungsbeurteilung angesichts der weitestgehend derselben Befundlage nichts ändern; der im Bericht der Klinik J._____ vom 9. Januar 2019 erwähnte Minibefund eines angeblichen Syndesmophyts im mittleren Bereich der BWS (vgl. AB 130/5 Mitte) hätte im Vergleich zum Gutachten der MEDAS D._____ keinerlei zusätzliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die regen Aktivitäten des Beschwerdeführers und der psychologische Befund (z.B. sei der Beschwerdeführer schwingungsfähig; AB 130/4 unten) sowie die Tatsache, dass während des Klinikaufenthalts keine fachpsychiatrische Behandlung erfolgt sei, sprächen – gemäss Rücksprache mit dem RAD-Psychiater – gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten depressiven Störung (AB 139).

3.4 Am 23. Januar 2019 startete der Beschwerdeführer eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Spital L._____. Im Bericht vom 7. Mai 2019 (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4) wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert. Der Beobachtungszeitraum sei ins-

gesamt zu kurz gewesen, um eine aussagekräftige Prognose machen zu können. Grundsätzlich könne davon ausgegangen werden, dass eine Wechselwirkung zwischen den chronischen Schmerzen und dem psychischen Leiden bestehe. Die aktuelle Belastbarkeit sei stark reduziert und es könne zurzeit nicht abgeschätzt werden, ob und in welchem Ausmass die Belastbarkeit gesteigert werden könne.

3.5 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5.1 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 Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.5.2 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen (vgl. E. 3.5.1 hiervor) entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.5.3 Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich

der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

3.5.4 Solange keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich sind, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermöchten, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte und Ärztinnen einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Juli 2011, 8C_278/2011, E. 5.3). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll jedoch das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung 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). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1).

3.6 Die Beurteilungen im Gutachten der MEDAS D. _____ (AB 108.1) sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf einlässlichen klinischen Explorationen und wurden in Kenntnis der Vorakten sowie

in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Sie überzeugen inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erfolgte unter dem Einbezug sämtlicher hier relevanten medizinischen Fachdisziplinen und beruht auf kongruenten Einschätzungen. Zudem wurden die gutachterlichen Feststellungen unter Einbezug der aktenkundigen Arztberichte diskutiert und abweichende Einschätzungen überzeugend begründet. Damit erfüllt die Expertise die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.5.2 f. hiavor) und erbringt vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.6.1 Soweit der Beschwerdeführer auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren (wie schon auf Einwand hin; AB 136) unter Hinweis auf die Ausführungen der behandelnden Ärzte und des Arbeitgebers sowie des erfolgten Abbruchs der beruflichen Massnahmen von einer höheren Arbeitsunfähigkeit ausgeht (vgl. Beschwerde, S. 3 unten und S. 5 oben) und dies in somatischer Hinsicht insbesondere mit der gemäss Berichten der Klinik J. _____ gesicherten Diagnose einer Spondylitis ankylosans bzw. eines Morbus Bechterew (vgl. E. 3.2 hiavor) begründet (Beschwerde, S. 6 oben, S. 7 unten und S. 9 Mitte), haben dazu bereits die Experten Stellung genommen: Die Gutachter der MEDAS D. _____ stellten fest, dass diagnostisch zeitweise das Vorliegen einer entzündlich-rheumatologischen Erkrankung (undifferenzierte Spondylarthritis, Morbus Bechterew) angenommen oder der dringende Verdacht auf eine solche geäussert worden sei, doch sei grossmehrheitlich kein entzündlich-rheumatologisches Leiden diagnostiziert worden (AB 108.1/6 f.). Sie selber fanden keine klaren Hinweise für das Vorliegen einer chronisch entzündlichen rheumatologischen Erkrankung im Sinne einer undifferenzierten Spondyloarthritis; diese wäre ohnehin als mild zu betrachten und könnte nicht als Ursache für das ausgeprägte Beschwerdebild verantwortlich gemacht werden (AB 108.5/13 Mitte). Da aus rein rheumatologischer Sicht die Beschwerden nur teilweise auf ein rein organisches Krankheitsbild zurückgeführt werden könnten, sei die zumutbare Arbeitsfähigkeit höher einzustufen (nämlich 60 %) als die derzeit geleistete Arbeitszeit (AB 108.1/13 f., 108.5/17 Mitte, 108.5/19 un-

ten). Die Gutachter der MEDAS D._____ hoben denn auch hervor, dass auch das Gutachten der MEDAS C._____ das Nichtvorliegen eines entzündlich-rheumatischen Leidens voraussetze (AB 108.1/7 Mitte). Schon damals fand der Gutachter der MEDAS C._____ keine Zeichen eines spondyloarthritischen Geschehens am Achsenskelett und seiner Meinung nach dürften selbst die retrospektiv 2014 und 2015 festgestellten Veränderungen am Achsenskelett eher degenerativ bedingten Auffälligkeiten entsprochen haben, wobei eine entsprechende Differenzierung gegenüber entzündlichen Besonderheiten anerkanntermassen radiologisch im Einzelfall sehr schwierig sein könne (AB 31/25 oben); aus damals isoliert muskuloskelettärer Sicht unter Berücksichtigung rein organläsioneller Veränderungen erachtete er eine Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 70 % als möglich und eine Einschränkung im de facto anamnestisch und gemäss Akten geltend gemachten Ausmass als nicht nachvollziehbar (sondern vielmehr spontan-unreflektiert bzw. improvisiert; AB 31/26 unten, 31/28 f.). Dass der rheumatologische Gutachter der MEDAS D._____ klare Hinweise auf das Vorliegen einer chronisch entzündlichen rheumatologischen Erkrankung im Sinne einer Spondylarthritis verneinte, war denn auch für den RAD-Arzt Dr. med. K._____ aufgrund der gutachterlich dargestellten Befundlage (klinisch, bildgebend) ohne weiteres nachvollziehbar (Aktenbeurteilung vom 24. April 2019; AB 139/4 oben). Auch wenn in der Folge wieder eine Spondylitis ankylosans diagnostiziert worden ist (AB 130/3; vgl. dazu auch E. 3.5.4 hiervor), handelt es sich nach dem eben Dargelegten höchstens um eine milde Ausprägung (AB 108.5/13, 108.5/17 oben) bzw. einen "Minibefund" ohne (zusätzliche) Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 139/5 oben). Der RAD-Arzt Dr. med. K._____ weist in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hin (AB 139/5 Mitte), dass einerseits die subjektive Schmerzstärke während des Aufenthalts in der Klinik J._____ (vgl. AB 130/5 unten) weitgehend vergleichbar mit der bei der Begutachtung angegebenen Schmerzstärke (vgl. AB 108.6/13 oben) gewesen sei, und andererseits nicht anzunehmen sei, dass chronische immobilisierende Schmerzen vorlägen (vgl. AB 130/3 Diagnosen Ziff. 1), zumal der Beschwerdeführer an allerlei Klinikaktivitäten teilgenommen habe, die eine hinreichende Mobilität verlangten (vgl. AB 130/5 oben). Damit erweist sich die Attestierung einer Arbeitsfähigkeit von bloss 30 - 40 % durch den Rheumatologen der Klinik J._____ (vgl.

AB 130/7) als medizinisch nicht nachvollziehbar; vielmehr ist von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % (MEDAS D._____) bzw. 70 % (MEDAS C._____) auszugehen. Die unterschiedlichen gutachterlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit konnte der rheumatologische Gutachter der MEDAS D._____ nicht konkret mit objektiven Befunden begründen, vielmehr handle es sich dabei um eine (unterschiedliche) Schätzung (AB 105.17 Mitte). Indem die Beschwerdegegnerin allein auf die im Gutachten der MEDAS D._____ attestierte Arbeitsfähigkeit von 60 % abgestellt hat (AB 123/6 f.) und nicht die höhere Arbeitsfähigkeit des MEDAS C._____ annahm, erfolgte dies nicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers.

3.6.2 In Bezug auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachte psychisch stark belastende Komorbidität (Beschwerde, S. 9 unten) wurde die nicht von einem Fachpsychiater (vgl. E. 2.1 hiervor) angenommene mittel- bis schwergradige depressive Episode (AB 130/3 ff., BB 4) diagnostisch nicht nachvollziehbar bzw. lege artis hergeleitet, zumal sich die Beschwerdeangaben hauptsächlich auf die Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparats beziehen und sich die Befundlage nicht wesentlich von der gutachterlich erhobenen unterscheidet (vgl. AB 139/6 oben). Der Beschwerdeführer hat denn auch (mit einer kurzzeitigen Ausnahme in den Jahren 2014 und 2015) nie – und selbst während seines Aufenthalts in der Klinik J._____ nicht – eine fachpsychiatrische Behandlung in Anspruch genommen, was gegen das Vorliegen einer leistungsrelevanten depressiven Störung spricht (vgl. AB 139/6 oben). Folgerichtig konnte der Psychiater der MEDAS D._____ unter zusätzlicher Berücksichtigung der durchaus bestehenden Alltagsaktivitäten und sozialen Kontakte (AB 108.4/9 f.) keine psychiatrischen Diagnosen stellen (AB 108.4/13 oben). Diesbezüglich wies der RAD-Arzt Dr. med. K._____ (in Rücksprache mit dem Psychiater des RAD) in seiner Aktenbeurteilung vom 24. April 2019 zu Recht darauf hin (AB 139/6 oben), die im Bericht der Klinik J._____ angegebene Befundlage (vgl. AB 130/4 unten) unterscheidet sich nicht wesentlich von der gutachterlich erhobenen (vgl. AB 108.4/11 f.).

3.6.3 Gestützt auf diese Ausführungen zeigt sich, dass der RAD-Arzt Dr. med. K._____ zu den vom Beschwerdeführer schon einwandweise

(AB 136) vorgebrachten und im vorliegenden Beschwerdeverfahren im Wesentlichen wiederholten Argumenten nachvollziehbar und überzeugend Stellung genommen hat (AB 139); darauf kann verwiesen werden. Darin werden insbesondere die in der Klinik J._____ gestellten Diagnosen (AB 130/3 f.) in nachvollziehbarer Weise (vgl. auch E. 3.5.3 f. hiervor) widerlegt bzw. relativiert (vgl. eingehend E. 3.6.1 f. hiervor). Der mit der Beschwerde eingereichte Bericht des Spitals L._____ vom 7. Mai 2019 (BB 4) ändert nichts, zumal darin lediglich die wesentlichen Diagnosen der Klinik J._____ (AB 130/3 f.) übernommen worden sind und ausdrücklich darauf hingewiesen worden ist, der Beobachtungszeitraum sei zu kurz, um eine aussagekräftige Prognose machen zu können. Zudem war den behandelnden Ärzten das Gutachten der MEDAS D._____ (AB 108.1) offensichtlich nicht bekannt. Soweit mit Eingabe vom 26. Juli 2019 die Einholung eines Berichts bei der Klinik E._____ über eine stationäre Behandlung beantragt wird, ist festzuhalten, dass dieser Aufenthalt nach Erlass der angefochtenen Verfügung (AB 140) stattgefunden hat und deshalb bereits aus zeitlichen Gründen nicht berücksichtigt werden kann (vgl. E. 3.1 hiervor).

3.7 Auf das im Gutachten der MEDAS D._____ für die Zeit ab Anfang 2017 angenommene Zumutbarkeitsprofil (AB 18.1/11 ff.) kann somit vollumfänglich abgestellt werden. Es ist unerheblich, dass für die Zeit vor Anfang 2017 kein schlüssiges Zumutbarkeitsprofil formuliert werden konnte (vgl. AB 108.5/17). Denn unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist (Art. 29 Abs. 1 IVG) seit Einreichung der Anmeldung vom 21. Oktober 2016 (AB 1) kann eine Rente frühestens ab April 2017 ausgerichtet werden (vgl. AB 123/6), zumal zu diesem Zeitpunkt das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) abgelaufen war (vgl. AB 123/3 Ziff. 1.2); dies ist unter den Parteien zu Recht nicht bestritten. Basierend auf dieser medizinisch-theoretischen Grundlage ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

4.

4.1 Die im Rahmen der angefochtenen Verfügung (AB 140) gestützt auf den voll beweiskräftigen (vgl. BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61

E. 6.2 S. 63) Abklärungsbericht vom 1. Februar 2019 (AB 123) erfolgte Statusfestsetzung von 80 % Erwerb und 20 % Aufgabenbereich ist nicht zu beanstanden und wurde denn auch zu Recht nicht gerügt, hat doch der Beschwerdeführer seit Beginn seines Arbeitsverhältnisses bei der Firma M._____ AG im Juni 2008 aus familiären Gründen lediglich zu 80 % gearbeitet (AB 14/3 Ziff. 2.9, 123/4 Ziff. 3.4).

4.2

4.2.1 Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG (Einkommensvergleichsmethode) festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 144 I 21 E. 2.1 S. 23, 142 V 290 E. 4 S. 293).

4.2.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

4.2.2.1 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 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

4.2.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

4.2.3 Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, berechnet sich der Invaliditätsgrad wie folgt:

4.2.3.1 Nach der bis am 31. Dezember 2017 gültigen Rechtslage war für den erwerblichen Bereich die nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode ermittelte Einkommenseinbusse (vgl. E. 4.2.2 hiervor) als Anteil des Valideneinkommens in Prozenten auszuweisen und der so erhaltene Invaliditätsgrad aus dem Erwerbsteil mit dem Anteil der hypothetischen Erwerbstätigkeit ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu multiplizieren, um den gewichteten Invaliditätsgrad im Erwerbsteil zu erhalten. In Bezug auf den Aufgabenbereich war die durch einen Betätigungsvergleich (vgl. E. 4.2.1 hiervor) ermittelte Invalidität mit dem Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich zu multiplizieren, woraus sich der gewichtete Invaliditätsgrad im Aufgabenbereich ergab. Der gesamte Invaliditätsgrad ergab sich durch Addition der in beiden Bereichen berechneten und gewichteten Teilinvaliditäten (vgl. LEUENBERGER/MAURO in: Soziale Sicherheit CHSS 1/2018, S. 41 f.; BGE 125 V 146).

4.2.3.2 Nach der seit 1. Januar 2018 gültigen Regelung werden der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich summiert (Art. 27^{bis} Abs. 2 [in Kraft seit 1. Januar 2018] der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG (vgl. E. 4.2.2 hiervor). Das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, wird dabei auf ein Vollpensum hochgerechnet. Die prozentuale Erwerbseinbusse wird schliesslich anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet

(Art. 27^{bis} Abs. 3 IVV [in Kraft seit 1. Januar 2018]). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Er wird anhand des Anteils des Aufgabenbereichs gewichtet (Art. 27^{bis} Abs. 4 IVV [in Kraft seit 1. Januar 2018]). Die Gesamtinvalidität ergibt sich aus der Addition der beiden gewichteten Teilinvaliditäten (vgl. LEUENBERGER/MAURO, a.a.O, S. 45).

4.2.3.3 Verfahrensmässig kann die Änderung der IVV einen Revisionsgrund bilden, welcher nach Abs. 1 der Übergangsbestimmung zur Verordnungsänderung vom 1. Dezember 2017 sofort per 1. Januar 2018 zu berücksichtigen ist (IV-Rundschreiben Nr. 372 des BSV vom 9. Januar 2018; www.bsv.admin.ch).

4.3 Unter Berücksichtigung des eben Ausgeführten lässt sich der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich nicht beanstanden und die entsprechenden Berechnungen (AB 123/6 f.) sind unbestritten geblieben. Demnach ist für die Ermittlung des Valideneinkommens von demjenigen Einkommen auszugehen, welches der Beschwerdeführer zuletzt als Gesunder erzielte. Dieses bezifferte sich gemäss Arbeitgeberfragebogen vom 17. November 2016 pro 2016 auf (rund) Fr. 71'952.-- (AB 14/3 Ziff. 2.10). Unter Berücksichtigung der statistischen Lohnerhöhungen beträgt das jährliche (einem 80%-Pensum entsprechende) Valideneinkommen pro 2017 Fr. 72'638.-- (AB 123/6). Ab Januar 2018 (vgl. E. 4.2.3.2 f. vorne) beziffert sich das einem 100%-Pensum entsprechende und dem Nominallohnindex angepasste massgebliche Valideneinkommen auf Fr. 91'251.-- (AB 123/7). Sodann hat die Beschwerdegegnerin beim Invalideneinkommen korrekt nicht auf das vom Beschwerdeführer tatsächlich erzielte, sondern das zumutbarerweise beim bisherigen Arbeitgeber erzielbare Einkommen abgestellt, zumal in Anbetracht des während längerer Zeit ausgeübten Pensums von 80 % keine Hinweise darauf bestehen, dass der Beschwerdeführer sein Pensum nicht (wieder) auf (zumindest) 60 % steigern könnte. Entsprechend beträgt das jährliche zumutbare Invalideneinkommen beim potentiellen Rentenbeginn im April 2017 infolge bloss 60%-iger Arbeitsfähigkeit Fr. 54'479.-- (AB 123/6) resp. ab 1. Januar

2018 (unter Berücksichtigung der statistischen Lohnerhöhungen) Fr. 54'751.-- (AB 123/7). Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen resultiert pro 2017 eine Erwerbseinbusse von Fr. 18'159.-- (Fr. 72'638.-- - Fr. 54'479.--) und damit ein Invaliditätsgrad von 25 % (AB 123/6) bzw. gewichtet 20 % (AB 123/13). Ab dem 1. Januar 2018 beziffert sich die Erwerbseinbusse auf Fr. 36'500.-- (Fr. 91'251.-- - Fr. 54'751.--), woraus ein Invaliditätsgrad von 40 % (AB 123/7) bzw. gewichtet von 32 % (AB 123/13) resultiert.

4.4 Die im Haushalt mittels Betätigungsvergleichs ermittelte Einschränkung von ungewichtet 20.9 % bzw. gewichtet 4.18 % (AB 123/13) ist unbestritten und lässt sich ebenfalls nicht beanstanden.

4.5 Damit beträgt der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers ab April 2017 24 % (20 % + 4.18 %) und ab Januar 2018 36 % (32 % + 4.18 %; AB 123/13). Daraus folgt, dass für den gesamten Beurteilungszeitraum kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht (vgl. E. 2.2 hiervor).

4.6 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 29. April 2019 (AB 140) nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

5.

Mit der Abweisung der Beschwerde ist der Beschwerdeführer als unterliegend zu betrachten. Damit wird er kostenpflichtig (Art. 108 VRPG), weshalb nachfolgend vorab das Gesuch um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege zu prüfen ist.

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

Ob und unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf unentgeltliche Verbeiständung besteht, beurteilt sich nach Bundesrecht; die Bemessung der Entschädigung der amtlichen Anwältin bzw. des amtlichen Anwalts richtet sich nach kantonalem Recht (BGE 141 I 70 E. 2.1 S. 72, 110 V 360 E. 1b S. 362).

5.1.1 Eine Person ist bedürftig, wenn sie nicht in der Lage ist, für die Prozesskosten aufzukommen, ohne dass sie Mittel beanspruchen müsste, die zur Deckung des Grundbedarfs für sie und ihre Familie notwendig sind. Massgebend sind die wirtschaftlichen Verhältnisse im Zeitpunkt der Gesuchseinreichung (BGE 128 I 225 E. 2.5.1 S. 232, 122 I 5 E. 4a S. 6; SVR 2017 IV Nr. 87 S. 270 E. 2.1). Die Grenze für die Annahme von Bedürftigkeit im Sinne der Regeln über die unentgeltliche Verbeiständung liegt höher als diejenige des betriebsrechtlichen Existenzminimums (RKUV 2000 KV 119 S. 155 E. 2).

Bei der Beurteilung der Bedürftigkeit sind das Einkommen und das Vermögen beider Ehegatten zu berücksichtigen. Die familienrechtliche Verpflichtung des Ehegatten zur Bevorschussung von Prozesskosten geht der unentgeltlichen Rechtspflege grundsätzlich vor (SVR 2011 IV Nr. 22 S. 62 E. 5.1).

5.1.2 Ob ein gegebener Einkommensüberschuss genügt, um Verfahrenskosten zu bezahlen, bestimmt sich nicht nach einer festen Betragsgrenze. Zu berücksichtigen sind vielmehr die gesamten finanziellen Verhältnisse (SVR 2017 IV Nr. 36 S. 110 E. 5.2).

5.2 Der Beschwerdeführer deklarierte im Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein monatliches Nettoeinkommen seinerseits von Fr. 3'032.20 und seiner Ehefrau von Fr. 4'219.35 (Beschwerde, S. 12). Zu berücksichtigen ist dabei zusätzlich der anteilmässige 13. Monatslohn der Ehefrau von Fr. 351.60 (vgl. BB 14 Formular 2 Ziff. 2.2.1) sowie deren Einkünfte aus unselbstständiger Nebenerwerbstätigkeit von Fr. 293.30 (vgl. BB 14 Formular 2 Ziff. 2.2.1 i.V.m. BB 17 unten), sodass ein Familieneinkommen von netto Fr. 7'896.45 resultiert. Als Ausgaben zu berücksichtigen sind nach dem Recht der unentgeltlichen Rechtspflege die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherungen (Beschwerdeführer Fr. 361.--

[BB 8], Ehefrau Fr. 241.70 [BB 9], Kinder je Fr. 80.50 [BB 10 f.]), nicht aber darüber hinausgehende privatversicherungsrechtliche Krankenversicherungen. Entsprechend belaufen sich die Ausgaben – bereits ohne Prüfung der übrigen Ausgabenpositionen, obwohl auch diese nicht bereits erstellt sind (z.B. Anspruch auf Geschäftsauto, unbelegte Kinderbetreuungskosten und ausserordentliche Arztkosten) – auf (maximal) Fr. 7'483.70, womit ein Einnahmenüberschuss von Fr. 412.75 resultiert.

5.3 Dieser Überschuss ermöglicht es dem Beschwerdeführer fraglos, die Kosten für das vorliegende Verfahren innert Jahresfrist zu tilgen (lit. E des Kreisschreibens Nr. 1 der Zivilabteilung des Obergerichts und des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern über die Ermittlung und den Nachweis der Prozessarmut vom 25. Januar 2011). Der Beschwerdeführer gilt damit für das vorliegende Verfahren nicht als prozessarm, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege abzuweisen ist.

5.4 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. Werden Gesuche um unentgeltliche Rechtspflege – wie vorliegend – erst mit dem materiellen Urteil abgelehnt, sind die Verfahrenskosten praxisgemäss auf Fr. 200.-- zu beschränken (Beschluss der erweiterten Abteilungskonferenz des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Mai 2006). Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 200.--, hat entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegende Beschwerdeführer zu tragen.

5.5 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird abgewiesen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 200.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 26. Juli 2019)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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