

200 14 103 IV
GRD/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. März 2015

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer



gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Dezember 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1965 geborene A._____ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der SUVA obligatorisch unfallversichert, als er gemäss Unfallmeldungen am 27. Februar 2003 ausglitt, am 6. August 2003 beim Treppengehen stolperte sowie am 18. August 2012 von einer Auffahrkollision betroffen war (Akten der IV-Stelle Bern [fortan IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 9.1/242; Akten der IVB [act. IIA] 28.1/8, 28.2/4). Mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 17. Juni 2013 (act. IIA 31) stellte die SUVA die vorübergehenden Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall per dato mangels adäquater Unfallkausalität ein, verneinte einen Anspruch auf weitere Geldleistungen und orientierte darüber, dass die Heilbehandlung bezüglich der Halswirbelsäule (HWS) über das Schadenereignis vom 27. Februar 2003 erbracht werde.

Am 21. Januar 2013 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf HWS- und beidseitige Kniebeschwerden bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 1). Diese stellte ihm nach gewährten Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art (act. II 16, 22; act. IIA 30, 36) mit Vorbescheid vom 20. September 2013 (act. IIA 43) die Abweisung des Leistungsgesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht, wobei sie den von der SUVA in einer Rentenverfügung vom 11. September 2013 (act. IIA 42) als Folge des Unfalls vom 6. August 2003 ermittelten Invaliditätsgrad von 18 % übernahm.

Nach erhobenem Einwand (act. IIA 45, 47) verneinte die IVB mit Verfügung vom 17. Dezember 2013 (act. IIA 50) entsprechend dem Vorbescheid einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

B.

Mit Eingabe vom 31. Januar 2014 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 17. Dezember 2013 sei kostenfällig aufzuheben und die Sache zur

weiteren Abklärung in Form eines polydisziplinären Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 25. März 2014 schloss die Beschwerdegegnerin, unter Verweis auf eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 21. März 2014 (in den Gerichtsakten), auf Abweisung der Beschwerde.

Nachdem die SUVA eine gegen die Verfügung vom 11. September 2013 (act. IIA 42) erhobene Einsprache (act. II 9.1/24 f.) mit Entscheid vom 3. März 2014 (act. IIA 55) abgewiesen hatte, erhob der Beschwerdeführer am 2. April 2014 hiergegen ebenfalls Beschwerde. Gestützt auf eine orthopädisch-chirurgische Beurteilung ihres Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin vom 28. Mai 2014 (in den Gerichtsakten des Verfahrens UV/14/323) hob die SUVA den Einspracheentscheid wieder auf (Wiedererwägung pendente lite) und stellte weitere Abklärungen in Aussicht, worauf das Beschwerdeverfahren mit Prozessurteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 15. Oktober 2014, UV/14/323, als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben wurde.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt

und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 17. Dezember 2013 (act. IIA 50). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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).

2.2 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195).

3.

3.1 Die angefochtene Verfügung vom 17. Dezember 2013 (act. IIA 50) basiert in medizinischer Hinsicht auf den Erkenntnissen aus der kreisärztlichen Untersuchung der SUVA vom 17. Januar 2013 (act. II 9.1/139-149) bzw. dem durch den RAD anlässlich der Sprechstunde vom 18. Juni 2013 ergänzten Zumutbarkeitsprofil (act. IIA 29).

3.1.1 Der SUVA-Kreisarzt Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, führte in seinem Bericht vom 17. Januar 2013 (act. II 9.1/139-149) über die gleichentags durchgeführte Untersuchung die folgenden Diagnosen auf:

- Posttraumatische Varusgonarthrose links mässigen Grades (Unfall vom 6. August 2003) mit/bei:
 - arthroskopischer Teilmenishektomie links lateral am 22. Dezember 2004
 - medialer und lateraler Teilmenishektomie Knie links am 26. Juni 2006
 - partieller medialer Menishektomie Knie links am 17. Dezember 2007
- Status nach medialer Menishektomie Knie rechts am 22. Dezember 2003 (Unfall vom 6. August 2003)
- Zervikobrachiales Schmerzsyndrom links bei Diskushernie C6/C7 und C5/C6 links (Unfall vom 27. Februar 2003) mit/bei:
 - foraminale Infiltration links am 9. September 2005
 - foraminale Infiltration links am 6. Januar 2006
 - foraminale Infiltration C5/C6 links am 24. Januar 2007
- Status nach HWS-Distorsion (Unfall vom 18. August 2012)

Er erklärte, bezogen auf das linke Kniegelenk sei der Beschwerdeführer nicht mehr fähig, schwere und schwerste Arbeiten auszuführen. Zumutbar seien körperliche Arbeiten der Kategorie leicht bis mittelschwer, entsprechend einer maximalen Gewichtsbelastung von 15 Kilogramm. Ideal wäre eine Tätigkeit mit Wechselbelastung. Nicht zumutbar seien Arbeiten in Zwangsposition der Kniegelenke, Ersteigen von Leitern oder Gerüsten, Verrichtungen in unwegsamem Gelände sowie repetitives Treppensteigen.

3.1.2 Der RAD-Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH sowie Tropen- und Reisemedizin FMH, gelangte im Rahmen der Sprechstunde vom 18. Juni 2013 (act. IIA 29) anhand der Akten ebenfalls zum Schluss, dass die Knieproblematik bei einer leidensadaptierten Tätigkeit nicht zu einer

relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen könne, allerdings nachvollziehbar sei, dass die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Zusätzlich zum von Dr. med. C. _____ formulierten Zumutbarkeitsprofil seien aufgrund der HWS-Problematik keine längeren Überkopparbeiten und schweren Arbeiten mehr zumutbar. Zu vermeiden seien zudem schwere Gewichte über 15 Kilogramm sowie Zwangspositionen für die HWS (wie auch für die Knie).

3.2 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.3 Die fachärztliche Beurteilungen der Dres. med. C. _____ und D. _____ erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen, weshalb

sie vollen Beweiswert erbringen und demgemäss auf das vom SUVA-Kreisarzt formulierte und vom RAD-Arzt ergänzte Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden kann.

3.3.1 Insbesondere berücksichtigt das Zumutbarkeitsprofil – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 6) – sämtliche Beschwerden. Wenngleich für die SUVA einzig die unfallkausalen Beeinträchtigungen relevant sind, überzeugt die kreisärztliche Beurteilung prinzipiell auch für die Belange der final konzipierten Invalidenversicherung (vgl. BGE 124 V 174 E. 3b S. 178). Zwar bezog Dr. med. C._____ das Zumutbarkeitsprofil vorderhand explizit auf das im Vordergrund stehende linke Kniegelenk (act. IIA 9.1/149), die von ihm festgelegten Anforderungen an eine leidensadaptierte Tätigkeit sind indes nicht seitenspezifisch ausgestaltet (so beispielsweise das Vermeiden von Arbeiten in Zwangsposition der Kniegelenke) und berücksichtigen damit zumindest die beidseitigen Kniebeschwerden. Zu diesem Schluss gelangte im Übrigen auch Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, im Bericht des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin der SUVA vom 28. Mai 2014 (in den Gerichtsakten des Verfahrens UV/14/323, S. 5).

3.3.2 Ob hingegen auch die HWS-Beschwerden vom Zumutbarkeitsprofil erfasst wurden, ist zweifelhaft. Diesbezüglich vertrat Dr. med. D._____ in seiner im Beschwerdeverfahren aufgelegten Stellungnahme vom 21. März 2014 (in den Gerichtsakten) die Auffassung, dass in der Verfügung der SUVA vom 11. September 2013 (act. IIA 42) alle durch die drei Unfälle verursachten Beschwerden berücksichtigt worden seien. Der Telefonnotiz der SUVA vom 13. September 2013 (act. II 9.1/41) ist hingegen zu entnehmen, dass die HWS-Beschwerden nicht Teil der Rentenverfügung sein sollen, während im Einspracheentscheid vom 3. März 2014 (act. IIA 55) die Einschätzung von Dr. med. C._____ als Gesamtbeurteilung interpretiert wurde (act. IIA 55/5 E. 3 b). Mit Verfügung vom 17. Juni 2013 (act. IIA 31) verneinte die SUVA einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 18. August 2012 und den HWS-Beschwerden, die entsprechenden Beschwerdesymptome wurden daraufhin jedoch im Rahmen des Unfalls vom 27. Februar 2003 weiterhin berücksichtigt. Soweit

HWS-Beschwerden bestehen sollten, die ätiologisch nicht mit den objektivierten organischen Befunden zu erklären wären, würde hierfür auch im Zweig der Invalidenversicherung keine Leistungspflicht bestehen, da die sog. Foerster-Kriterien – insbesondere mangels einer ausgewiesenen psychischen Komorbidität – offensichtlich nicht erfüllt und die Beschwerden deshalb als mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar gälten (vgl. BGE 136 V 279, 130 V 352). Ob die (organischen) HWS-Beschwerden von Dr. med. C._____ mitberücksichtigt wurden oder nicht, kann letztlich offenbleiben, da Dr. med. D._____ das seitens der SUVA herangezogene Zumutbarkeitsprofil mit zusätzlichen Aspekten betreffend die HWS-Problematik ergänzte (act. IIA 29/1). Er orientierte sich dabei an der eigenen Aussage des Beschwerdeführers, wonach er gelernt habe, mit den HWS-Schmerzen zu leben (act. II 9.1/156), und er hatte zudem Kenntnis von den bildgebenden Befunden (act. IIA 28.1/22, 28.1/66, 28.2/11) sowie den konsiliarischen Beurteilungen der behandelnden Ärzte. Dass er den Beschwerdeführer nicht klinisch explorierte, vermag den Beweiswert seiner schlüssigen Beurteilung nicht einzuschränken, konnte er sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3.3 Das vorliegend subjektiv im Rahmen der beruflichen Abklärung gezeigte Leistungsvermögen des Beschwerdeführers sowie der Umstand, dass die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung eine erneute medizinische Abklärung forderten (act. IIA 30/4; vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. III Art. 5), sind vorliegend nicht geeignet, die Beurteilungen der Dres. med. C._____ und D._____ in Frage zu stellen. Ebenso wenig sind divergierende ärztliche Beurteilungen ersichtlich, die geeignet wären, auch nur geringe Zweifel am (durch Dr. med. D._____ ergänzten) Zumutbarkeitsprofil zu begründen. Der Hausarzt Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, beschrieb eine eingeschränkte HWS-Beweglichkeit (act. IIA 28.1/56 Ziff. 4) und gab an, dass die zervikobrachialen Schmerzen durch Überkopfarbeiten aktiviert würden (act. IIA 28.1/46) bzw. die Überkopfarbeiten für die HWS-Problematik nicht förderlich seien (act. IIA 28.1/37), was im Zumutbarkeitsprofil durch das Vermeiden von längeren Überkopfarbeiten beachtet wurde (act. II 29/1). Auch die Einschätzungen von Dr. med. G._____,

Facharzt für Neurologie FMH (act. IIA 28.2/25 f.), und PD Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (act. IIA 28.1/20, 28.1/84 f.), stehen den Schlussfolgerungen des RAD-Arztes nicht entgegen. Ob die seitens des Hausarztes im September 2013 beabsichtigte erneute Überweisung des Beschwerdeführers an PD Dr. med. H._____, zur konsiliarischen Verlaufsbeurteilung (act. II 9.1/44) noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Dezember 2013 (act. IIA 50) erfolgte, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Jedenfalls ergeben sich selbst anhand des erst nach dem hier massgebenden Überprüfungshorizont (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140) verfassten Berichts des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin der SUVA vom 28. Mai 2014 (in den Gerichtsakten des Verfahrens UV/14/323) keine Anhaltspunkte, die gegen das von Dr. med. D._____ formulierte Zumutbarkeitsprofil sprechen. So gelangte Dr. med. E._____ lediglich deshalb zum Schluss, dass eine erneute kreisärztliche Untersuchung angezeigt sei, weil noch geprüft werden müsse, ob von medizinischen Massnahmen noch eine namhafte Besserung zu erwarten wäre oder ein Endzustand erreicht sei; einzig aus diesem Grund wurde der im unfallversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren angefochtene Einspracheentscheid vom 3. März 2014 denn auch in Wiedererwägung gezogen. Der medizinische Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) ist im Zweig der Invalidenversicherung aber belanglos, da der Rentenanspruch – nach erfülltem Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – auch bei einem noch labilen Gesundheitszustand geprüft werden kann und eine allfällige wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes im Rahmen einer Neuanmeldung bzw. eines Revisionsgesuchs (Art. 17 ATSG; Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) geltend zu machen wäre.

3.4 Als Zwischenergebnis ist nach dem vorstehend Dargelegten festzuhalten, dass sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 17. Dezember 2013 (act. IIA 50) in medizinischer Hinsicht zu Recht auf die beweiskräftigen fachärztlichen Beurteilungen der Dres. med. C._____ bzw. D._____ stützte. Der rechtserhebliche Sachverhalt wurde in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG)

hinreichend abgeklärt, so dass sich weitere Erhebungen – insbesondere die geforderte polydisziplinäre Begutachtung (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 8) – erübrigen (sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]). Auszugehen ist somit von der Unzumutbarkeit der bisherigen Tätigkeit bzw. einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Verweisungstätigkeit. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser medizinischen Ausgangslage.

4.

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

4.2

4.2.1 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 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.2.2 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 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

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 (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

4.3

4.3.1 Die Beschwerdegegnerin berief sich in der Verfügung vom 17. Dezember 2013 (act. IIA 50) für die Ermittlung der Vergleichseinkommen vollumfänglich auf die Berechnungen der SUVA. Diese ging für das Valideneinkommen in der Verfügung vom 11. September 2013 (act. IIA 42) von einem Betrag von Fr. 70'655.-- aus, was mit den Angaben der letzten Arbeitgeberin für das Jahr 2013 übereinstimmt (act. II 14/3 Ziff. 2.11).

4.3.2 Der Beschwerdeführer hat keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen bzw. schöpft auch mit der 50%igen nicht leistungsadaptierten Tätigkeit seine (im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils) medizinisch-theoretisch uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht aus (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. III Art. 7; Akten des Beschwerdeführers [act. I] 10), weshalb für das Invalideneinkommen statistische Werte heranzuziehen sind. Die SUVA stützte sich dabei auf die Lohnangaben aus ihrer Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP), was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475). Der dabei ermittelte durchschnittliche Jahreslohn von Fr. 58'132.-- (act. II 9.1/52; act. IIA 42/2) basiert auf der Vorlage von fünf Arbeitsplätzen. Der Beschwerdeführer bringt keine substantiierten Rügen gegen die Verwendung der DAP-Blätter bzw. die dabei ermittelte hypothetische Lohnsumme vor, sondern moniert einzig, dass diese konkreten Verweistätigkeiten nicht seinem Behinderungsprofil entsprächen, da dabei lediglich die Beschwerden am linken Knie berücksichtigt worden seien (vgl. Beschwerde S. 7 Ziff. III Art. 8). Diese Kritik verfängt jedoch mit Blick auf die dokumentierten körperlichen Anforderungen (act. II 9.1/56, 9.1/60, 9.1/64, 9.1/68, 9.1/72) bzw. die Arbeitsplatzbeschreibungen (act. II 9.1/58, 9.1/62, 9.1/66, 9.1/70, 9.1/74) nicht.

Hinzu kommt, dass auch bei einem Abstellen auf die Werte der LSE (vgl. E. 4.2.2 hievor) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde. Diesfalls läge das Invalideneinkommen sogar bei Fr. 65'690.-- (Fr. 5'210.--

[BFS, LSE 2012, Tabelle TA1, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 {einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art}] x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.7 Wochenarbeitsstunden [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit {BUA}, Total, 2013] / 101.7 x 102.5 [BFS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, Total, Index 2012 bzw. 2013]. Hiervon wäre kein leidensbedingter Abzug (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1) zuzulassen, da praxisgemäss selbst dann kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist, wenn eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt reduziert leistungsfähig ist (vgl. SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90 E. 4.3.2).

4.4 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein aufzurundender (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) und nicht rentenbegründender (vgl. E. 2.2 hievor) Invaliditätsgrad von 18 % ([Fr. 70'655.-- ./ Fr. 58'132.--] / Fr. 70'655.-- x 100). Bei einem Abstellen auf die Werte der LSE ergäbe sich sogar ein Invaliditätsgrad von lediglich 7 % ([Fr. 70'655.-- ./ Fr. 65'690.--] / Fr. 70'655.-- x 100). Die Beschwerdegegnerin verneinte folglich einen Rentenanspruch in ihrer Verfügung vom 17. Dezember 2013 (act. IIA 50) zu Recht, womit sich die dagegen erhobene Beschwerde vom 31. Januar 2014 als unbegründet erweist und abzuweisen ist.

5.

5.1 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. 700.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- 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:

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.