

200 13 330 UV
STC/IMD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 22. April 2014

Verwaltungsrichterin Stirnimann, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer



gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 14. März 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1955 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er gemäss Unfallmeldung vom 14. März 2000 am 16. Februar 2000 beim Fitnesstraining rückwärtslaufend über mobile Stellstäbe stolperte und auf den Rücken und das Gesäss stürzte (Akten der SUVA [act. II] 1). Er zog sich eine Lumbalgie mit radikulären Zeichen links zu (act. II 2). Bildgebend wurde eine zentrale und recessale Diskushernie im Segment L5/S1 mit Beeinträchtigung der Wurzel S1 links festgestellt (act. II 3).

Die SUVA gewährte Heilbehandlung und erbrachte Taggelderleistungen (Akten der SUVA [act. IIA] 117, 248). Mit Verfügung vom 14. Februar 2003 sprach sie dem Versicherten eine Integritätsentschädigung zu und schloss den Fall unter Verneinung eines Rentenanspruchs ab (act. IIA 122). Eine hiergegen erhobene Einsprache (act. IIA 128) wies sie mit Entscheid vom 27. Mai 2003 ab (act. IIA 131). Der Einspracheentscheid blieb unangefochten.

B.

Am 2. März 2005 meldete der Versicherte unter Hinweis auf Beschwerden im Lendenwirbelsäulenbereich einen Rückfall (act. IIA 141). Die SUVA akzeptierte den Rückfall und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (act. IIA 151). Mit Verfügung vom 19. Juli 2007 (act. IIA 180) erhöhte sie die Integritätsentschädigung und schloss den Fall erneut unter Verneinung eines Rentenanspruchs ab. Diese Verfügung blieb unangefochten.

C.

Am 11. Januar 2010 liess der Versicherte, vertreten durch seinen Rechtsanwalt, der SUVA ein Schreiben zukommen, worin er unter Hinweis auf drei Nachoperationen aufgrund von Diskushernienrezidiven L5/S1 eine erneute Prüfung des Rentenanspruchs beantragte (act. IIA 242). Die SUVA holte diverse medizinische Unterlagen ein, darunter eine Stellungnahme ihres Kreisarztes (act. IIA 279), und lehnte mit Verfügung vom 23. November 2011 (act. IIA 281) die Ausrichtung einer Rente mangels erheblicher Verschlechterung des unfallbedingten Gesundheitszustandes seit Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 19. Juli 2007 (act. IIA 180) ab. Die dagegen erhobene Einsprache (act. IIA 284 und 286) wies sie mit Entscheid vom 14. März 2013 ab (act. IIA 290).

D.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 25. April 2013 Beschwerde mit den Anträgen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer eine SUVA-Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien die Akten zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Er rügte im Wesentlichen eine ungenügende medizinische Abklärung, insbesondere sei im Anschluss an die seit der letzten rentenabweisenden Verfügung durchgeführten Operationen nie eine kreisärztliche Untersuchung vorgenommen worden. Die Beschwerdegegnerin habe es zudem unterlassen, Abklärungen bezüglich der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu treffen bzw. sich hierzu unter Berücksichtigung der medizinischen Berichte zu äussern.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. August 2013 reichte die Beschwerdegegnerin eine chirurgische Beurteilung ihres medizinischen Dienstes vom 24. Juli 2013 ein und brachte darauf verweisend vor, der rein unfallbedingte Gesundheitsschaden habe sich seit der letztmaligen Rentenabweisung nicht wesentlich verändert. Es lägen degenerative Veränderungen vor, für welche sie nicht einzustehen habe. Damit bestehe weiterhin kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

Mit Replik vom 25. Oktober 2013 hielt der Beschwerdeführer fest, die chirurgische Beurteilung vom 24. Juli 2013 stelle ein Parteigutachten dar und sei nicht verwertbar. Insbesondere seien die darin enthaltenen MRI-Bilder kaum leserlich. Die Situation im Bereich L5/S1 sei deshalb durch externe Spezialisten – darunter ein Neurologe oder ein Neurochirurg – zu beurteilen.

Die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 27. November 2013 fest, auf die chirurgische Beurteilung könne abgestellt werden, da sie die rechtsprechungsgemäss gestellten Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Berichts erfülle.

Mit prozessleitender Verfügung vom 28. November 2013 stellte die Instruktionsrichterin dem Beschwerdeführer einen Farbdruck der chirurgischen Beurteilung vom 24. Juli 2013 zu und gewährte ihm die Möglichkeit zu einer abschliessenden Stellungnahme, welche er mit Schreiben vom 24. Dezember 2013 wahrnahm. Darin bekräftigte er seine Ansicht, wonach seit der letztmaligen Rentenabweisung eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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. 58 ATSG). 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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 14. März 2013 (act. IIA 290). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Abklärungen durch die Beschwerdegegnerin.

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 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]).

2.2 Die Versicherungsleistungen werden grundsätzlich auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 [UVV; SR 832.202]). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten

Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b). Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers (Entscheid des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 U 275 S. 191 E. 1c).

2.3 Um über den Leistungsanspruch entscheiden 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).

2.4

2.4.1 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 Kennt-

nis 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).

2.4.2 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).

2.5 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHJ 2001 S. 113 E. 3a).

3.

3.1 Die letzte materielle Prüfung des Rentenanspruchs vor der vorliegend zu beurteilenden Rentenabweisung erfolgte mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 19. Juli 2007 (act. IIA 180). Vergleichsbasis bilden somit die Verhältnisse, wie sie dieser Verfügung und dem hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 14. März 2013 (act. IIA 290) zugrunde liegen.

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, die Verfügung vom 19. Juli 2007 (act. IIA 180) sei bezüglich der Beurteilung des Rentenanspruchs unrichtig gewesen (Beschwerde S. 4 Ziff. 2) und aufgrund der Komplexität des Falles sei eine vollumfängliche Beurteilung zur Abklärung der Rentenbezugsberechtigung seit 2000 einlässlich zu prüfen (Replik S. 3 Ziff. 8), ist er aufgrund der eingetretenen Rechtskraft dieser Verfügung nicht zu hören.

3.2 In medizinischer Hinsicht erging die Verfügung vom 19. Juli 2007 (act. IIA 180) gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. C._____, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 4. Mai 2007 (act. IIA 174). Dieser hielt fest, seit der Abschlussuntersuchung vom 12. Februar 2002 (Kreisärztlicher Bericht vom 13. Februar 2002; act. II 81) sei vom 3. bis zum 8. Juli 2006 eine erneute Hospitalisation auf der Neurochirurgie des Spitals D._____ zwecks mikrotechnischer Refenestration L5/S1 links und Sequestrotonomie bei Status nach Diskektomie L5/S1 links im April 2004 und Status nach Diskushernie L2/3 links mit konservativer Therapie im März 2005 erfolgt. Im Vergleich zur Abschlussuntersuchung vom 13. Februar 2002 ergäben sich folgende neue Aspekte: Eindeutige Sensibilitätsverminderung im Dermatome S1 links, Unfähigkeit zum Zehenstand links, verminderte aktive Beweglichkeit im OSG links, fehlende Reflexe für ASR und PSR links. Zusammengefasst müsse davon ausgegangen werden, dass seit der Abschlussuntersuchung eine objektiv nachweisbare Verschlechterung eingetreten sei. Sie sei dauerhaft und erheblich. Bezüglich der Zumutbarkeit könne auf die diesbezügliche Beurteilung im Austrittsbericht der Rehaklinik E._____ vom 19. Dezember 2001 (act. II 76) verwiesen werden, allerdings müsse die Gewichtslimite auf 5 kg reduziert werden. Im entsprechenden Bericht war festgehalten worden, unfallbedingt seien aktuell leichte wechselbelastende rückenenergonomische Tätigkeiten ganztags

zumutbar. Wiederholtes Heben und Tragen von Gewichten über 10 bis 15 kg speziell über Taillenhöhe sowie Ausführen von Tätigkeiten mit allzu grosser Rückenmonotonie resp. Zwangspositionen mit vorgeneigtem Oberkörper seien beschwerlich und limitiert.

3.3 Hinsichtlich der Entwicklung des vorliegend zu beurteilenden Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 19. Juli 2007 (act. IIA 180) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.3.1 Am 9. Januar 2008 wurde im Spital D. _____ aufgrund eines zweiten Diskushernienrezidivs L5/S1 links eine mikrotechnische Refenestration links sowie die Entfernung des Sequesters vorgenommen. Gemäss Bericht vom 14. Januar 2008 (act. IIA 190) habe der Eingriff problemlos durchgeführt werden können. Der Patient habe postoperativ keine fokalneurologischen Defizite gezeigt. Im weiteren Verlauf habe sich die Schmerzsymptomatik vollständig regredient gezeigt. Die Mobilisation mit physiotherapeutischen Instruktionen sei problemlos erfolgt. Nach weiterhin erfreulichem Verlauf sei der Patient am 12. Januar 2008 nach Hause entlassen worden.

3.3.2 Aufgrund eines dritten Diskushernienrezidivs L5/S1 links wurde am 2. Juni 2008 wiederum eine mikrotechnische Refenestration links mit Sequesterentfernung sowie eine Nachräumung des Zwischenwirbelraums vorgenommen. Die Operation sei problemlos verlaufen, postoperativ seien die Schmerzen komplett regredient gewesen (Austrittsbericht vom 10. Juni 2008; act. IIA 199).

3.3.3 Im Austrittsbericht des Spitals D. _____ vom 23. Oktober 2008 (act. IIA 209) wurde festgehalten, der Patient sei zur Abklärung eines wieder aufgetretenen Schmerzsyndroms bei Zustand nach mehrmaliger Mikrodiskektomie L5/S1 linksseitig stationär aufgenommen worden. Zur Kontrolle der Symptomatik sei eine Myelographie sowie eine CT-Myelographie durchgeführt worden. Beide Untersuchungen hätten einen blanden Befund gezeigt. Entsprechend bestehe zum jetzigen Zeitpunkt keine Operationsindikation.

3.3.4 Die behandelnden Ärzte des Spitals D. _____ diagnostizierten im Bericht vom 8. November 2010 (act. IIA 278 Beilage 4) ein chronisches

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei Status nach viermaliger Mikrodiskektomie L5/S1 links. Nach vorübergehender Schmerzexazerbation im Sommer habe sich das Geschehen wieder beruhigt. Aktuell finde sich das bekannte chronische lumbospondylogene und linksseitige ischialgieforme Schmerzsyndrom. In diesem Ausmass könne der Patient mit seinen Beschwerden umgehen. Von neurochirurgischer Seite bestehe momentan kein Handlungsbedarf.

3.3.5 Im Bericht vom 3. April 2013 (act. IIA 302) hielt Dr. med. F._____, Facharzt für Radiologie FMH, bezüglich einer gleichentags durchgeführten Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule fest, im Vergleich zu der Voruntersuchung von November 2011 liege keine relevante Befundänderung vor. Es beständen gemischt disco-/ossäre Foramenstenosen L5/S1 beidseits, links meist ausgeprägt.

3.3.6 Die Versicherungsmediziner Dres. med. G._____ und H._____, Fachärzte für Chirurgie FMH, führten in der Beurteilung vom 24. Juli 2013 aus, die Beschwerden des Versicherten betreffend Diskushernie L5/S1 mit Irritation der Nervenwurzel S1 links seien durch die SUVA als unfallkausal erkannt worden. Anlässlich der Schätzung des Integritätschadens habe der Kreisarzt am 12. Februar 2002 präzisiert, dass es beim Sturz lediglich zu einer richtunggebenden Verschlimmerung einer vorbestehenden degenerativen Pathologie gekommen sei (act. II 82). Über die Jahre seien mehrfach zeitweilige Verschlechterungen seitens der Schmerzen dokumentiert. Die von den Neurochirurgen des Spitals D._____ im Bericht vom 8. November 2010 (act. IIA 278 Beilage 4) erwähnte Symptomatik im Sinne des chronischen lumbospondylogenen und linksseitigen ischialgieformen Schmerzsyndroms sei beim Versicherten bereits vor dem Unfall vorhanden gewesen (vgl. act. II 6) und habe seither in ihrer Häufigkeit nicht zugenommen. Aus dem Vergleich der MRI-Aufnahmen aus den Jahren 2007, 2011 und 2013 gehe hervor, dass die übrigen Segmente der Lendenwirbelsäule vermehrt degenerative Veränderungen im Rahmen eines normalen Fortschreitens der Arthrose zeigten, das Segment L5/S1 aber immer noch die Foramenstenosen L5/S1 beidseits, linksbetont wie im Jahr 2000, zeige. Zwischenzeitlich habe die fortschreitende Arthrose im Bereich der Wirbelbogengelenke zugenommen – was einem normalen zeit-

lichen Fortschreiten entspreche – und sei nun mitunter an der im Segment L5/S1 bestehenden Foramenstenose mitbeteiligt (gemischt disco-ossär). Dies sei völlig unabhängig vom Unfall am 16. Februar 2000 im Rahmen einer normalen "Alterung" geschehen. Zum Zeitpunkt des Unfalls sei die beidseitige, linksbetonte Foramenstenose ausschliesslich durch die Diskushernie L5/S1 verursacht worden. Aus den MRI-Bildern gehe insgesamt hervor, dass sich zwischen 2006 und 2013 bezüglich des Segments L5/S1 keine strukturellen Veränderungen ergeben hätten. Es sei möglich, dass der Versicherte aufgrund der fortschreitenden degenerativen Veränderungen in der übrigen Lendenwirbelsäule vermehrt symptomatisch geworden sei. Diesbezüglich würden jedoch dokumentierte objektivierbare klinische Befunde fehlen. Es gäbe aktuell keine Anhaltspunkte für eine zunehmende Nervenwurzelkompression L5/S1. Die unfallbedingten Beschwerden bezüglich L5/S1 seien stationär geblieben.

Zusammenfassend hielten die Versicherungsmediziner fest, der unfallbedingte Gesundheitsschaden vom 16. Februar 2000 (Diskushernie L5/S1, insgesamt viermal operiert) sei radiologisch seit dem 6. Februar 2007 gleich geblieben. Die dokumentierten Beschwerden diesbezüglich hätten sich seit dem Unfall nicht wesentlich verändert. Insgesamt hätten jedoch die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, insbesondere die Arthrose der Wirbelbogengelenke in allen Segmenten (L2/L3, L4/L5 und L5/S1) zugenommen. Seit dem ersten MRI der Lendenwirbelsäule vom 5. April 2000 hätten sich Diskusprotrusionen auch im Segment L2/L3 ausgebildet; die Diskusprotrusion L4/L5 sei flächenhaft linksseitig bereits im MRI vom 5. April 2000 dokumentiert. Die Beschwerden, die aufgrund dieser degenerativen Veränderungen über die Jahre hinzugekommen seien, ständen nicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 16. Februar 2000. Somit gelte das anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 4. Mai 2007 (act. IIA 174) festgelegte Zumutbarkeitsprofil weiterhin.

3.4 Der Bericht der Dres. med. G. _____ und H. _____ vom 24. Juli 2013 erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.4.1 hiervor). Er ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamne-

se) abgegeben. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet. Auf die Einschätzung der SUVA-Ärzte, wonach seit der rechtskräftigen Verfügung vom 19. Juli 2007 (act. IIA 180) keine wesentliche unfallbedingte Verschlechterung eingetreten sei, kann abgestellt werden.

3.5 Was der Beschwerdeführer hiergegen vorbringt, führt zu keinem anderen Ergebnis:

3.5.1 Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die medizinische Sachlage durch ihren versicherungsmedizinischen Dienst abklären liess und nicht ein externes Gutachten in Auftrag gegeben hat. Die versicherte Person hat von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Es ist auch im Lichte der von Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) gewährleisteten Verfahrensgarantien grundsätzlich zulässig, den Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen zu stützen (BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165). Insoweit ist bereits der Einwand des Beschwerdeführers, bei der Beurteilung durch die Dres. med. G. _____ und H. _____ handle es sich um ein Parteigutachten, weswegen diese nicht verwertbar sei, nicht zu hören. Wie vorstehend ausgeführt (vgl. E. 2.4.1), ist für den Beweiswert eines ärztlichen Berichts weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt ausschlaggebend.

3.5.2 Urteilt das Gericht abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162). Mit seinen Vorbringen vermag es der Beschwerdeführer nicht, auch nur geringe Zweifel an der Einschätzung der Dres. med. G. _____ und H. _____ zu wecken.

Zunächst einmal ist nicht ersichtlich, weshalb deren Beurteilung allein schon deshalb "irrelevant" sein sollte, weil es sich bei diesen beiden Ärzten um Chirurgen und nicht um Neurologen oder Neurochirurgen handelt (Replik S. 2 Ziff. 6). Diese Ansicht wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht näher begründet. Ein Chirurg ist durchaus befähigt, MRI- und Röntgenbilder sowie neurochirurgische Operationsberichte hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes zu beurteilen. Soweit der Beschwerdeführer im Weiteren geltend macht, die Stellungnahme von Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, vom 13. April 2013 (act. IIA 296) sei nicht berücksichtigt worden, ist dies aktenwidrig: Die Dres. med. G._____, und H._____ haben sich hierzu ausdrücklich geäußert (S. 11). Für die vorliegend zu beantwortende Frage nach einer unfallbedingten Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers lässt sich dem knapp vierzeiligen Bericht nichts entnehmen. Dr. med. I._____ führt lediglich aus, der Patient sei aus seiner Sicht aufgrund der subjektiven Schmerzangaben und der objektiven Untersuchungsbefunde (inkl. MRI-Bilder vom 3. April 2013) nicht fähig, seine frühere Tätigkeit auszuüben. Dies wird seitens der Beschwerdegegnerin denn auch nicht bestritten. Schliesslich ist auch nicht zu beanstanden, dass die Dres. med. G._____, und H._____ keine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers vorgenommen haben. Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Insbesondere waren die SUVA-Mediziner im Besitz der verschiedenen MRI- und Röntgenbilder. Von einer körperlichen Untersuchung wäre in Bezug auf die Frage nach einer (unfallbedingten) Veränderung des Segments L5/S1 seit der letzten rechtskräftigen Rentenabweisung kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn zu erwarten gewesen. Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) auf weitere Abklärungsmassnahmen verzichtet hat.

3.5.3 Auch aus dem mit der Replik eingereichten Bericht von Dr. med. J. _____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, vom 4. Oktober 2013 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 6), wonach der Versicherte am 10. Mai 2013 eine schmerzhafte Wirbelblockade erlitten habe, kann der Beschwerdeführer nichts für sich ableiten. Einerseits bezieht sich der Arztbericht auf ein nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens (Einspracheentscheid vom 14. März 2013) eingetretenes Ereignis. Andererseits erlaubt der Bericht keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4).

3.6 Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. März 2013 (act. IIA 290) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist unbegründet und deshalb abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- SUVA
- Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

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.