

200 16 524 MV
LOU/JAP/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Juni 2017

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Abteilung Militärversicherung, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 3. Mai 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1990 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) absolvierte vom 14. März bis 15. Juli 2011 die Rekrutenschule (RS), wobei er am 24. Juni 2011 während eines 35km-Marsches Beinschmerzen zu verspüren begann (Akten der Suva [Militärversicherung bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1/2, 2 f.). Im Zusammenhang mit den daraufhin bildgebend erhobenen Befunden an der Lendenwirbelsäule (LWS; act. II 2.2, 5) anerkannte die Militärversicherung ihre Haftung (act. II 4) und erbrachte bis zum vorläufigen Behandlungsabschluss im September 2011 die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung (act. II 7). Nachdem der Militärversicherung am 6. Dezember 2013 ein Rückfall bzw. eine Spätfolge mit konsekutiver Arbeitsunfähigkeit gemeldet worden war (act. II 9), lehnte diese ihre Haftung für die aktuellen Rückenbeschwerden mit Verfügung vom 12. September 2014 (act. II 37) ab. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 38) mit Entscheid vom 3. Mai 2016 (act. II 43) fest.

B.

Mit Eingabe vom 2. Juni 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 12. September 2014 sowie der Einspracheentscheid vom 3. Mai 2016 seien kostenfällig aufzuheben und ihm seien im Zusammenhang mit den Rückenbeschwerden die gesetzlichen Leistungen (insbesondere Taggeld, Rente, Heilbehandlung und Integritätsentschädigung) zu gewähren; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Sinne eines Eventualbeweisanspruches ersuchte er zudem um Einholung eines medizinischen Gerichtsgutachtens.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. Juli 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 26. April 2017 gelangten die durch den Instruktionsrichter edierten Akten der C._____ (Trägerin der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung; act. III, unpaginiert) bzw. der D._____ (Trägerin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung; act. IIIA, unpaginiert) ein.

Mit Schlussbemerkungen vom 12. bzw. 15. Mai 2017 bestätigten die Parteien ihre Anträge.

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. 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. Soweit mit der Beschwerde jedoch auch die Verfügung vom 12. September 2014 (act. II 37) mitangefochten wurde, hat ein Forumsverschluss zu erfolgen. Zwar ist die Einsprache kein devolutives Rechtsmittel, ein Einspracheentscheid tritt jedoch an die Stelle der ursprünglichen Verfügung (vgl. BGE 131 V 407 E. 2.1.2.1 S. 411), weshalb die überschüssende Anfechtung der ursprünglichen Verfügung zur Folge hat, dass insoweit auf die

Beschwerden nicht einzutreten ist (vgl. MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 60 N. 7).

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 3. Mai 2016 (act. II 43). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit den am 6. Dezember 2013 als Rückfall bzw. Spätfolge gemeldeten Rückenbeschwerden (act. II 9).

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 Militärversicherung haftet gemäss Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG; SR 833.1) und Art. 5 Abs. 1 MVG für alle Schädigungen der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit des Versicherten und für die unmittelbaren wirtschaftlichen Folgen solcher Schädigungen, welche während des Dienstes in Erscheinung treten und gemeldet oder sonst wie festgestellt werden. Die Militärversicherung haftet nicht, wenn sie den Beweis erbringt, dass die Gesundheitsschädigung sicher vordienstlich ist oder sicher nicht während des Dienstes verursacht werden konnte (Art. 5 Abs. 2 lit. a MVG); und dass diese Gesundheitsschädigung sicher während des Dienstes weder verschlimmert noch in ihrem Ablauf beschleunigt worden ist (Art. 5 Abs. 2 lit. b MVG).

2.2 Wird die Gesundheitsschädigung erst nach Schluss des Dienstes durch einen Arzt, Zahnarzt oder Chiropraktor festgestellt und bei der Militärversicherung angemeldet oder werden Spätfolgen oder Rückfälle geltend gemacht, so haftet die Militärversicherung nur, wenn die Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit während des Dienstes verursacht oder verschlimmert worden ist oder wenn es sich mit überwie-

gender Wahrscheinlichkeit um Spätfolgen oder Rückfälle einer versicherten Gesundheitsschädigung handelt (Art. 6 MVG).

2.3 Die Haftung für Spätfolgen und Rückfälle nach Art. 6 MVG greift Platz, wenn trotz Identität der Gesundheitsschädigung ein neuer Versicherungsfall anzunehmen ist. Liegt kein neuer Versicherungsfall vor, gilt bei Identität der Gesundheitsschädigung weiterhin die bisherige Haftung nach Art. 5 oder Art. 6 MVG. Werden Spätfolgen oder Rückfälle geltend gemacht, ist daher vorab zu prüfen, ob ein neuer Versicherungsfall gegeben ist (JÜRIG MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG], 2000, Art. 6 N. 23).

2.3.1 Ein neuer Versicherungsfall liegt vor, wenn eine mit der ursprünglichen Gesundheitsschädigung nicht identische, neue Gesundheitsschädigung gemeldet wird oder die Wiederanmeldung zwar die gleiche Gesundheitsschädigung zum Gegenstand hat, jedoch nach einem längeren (behandlungs- und) beschwerdefreien Intervall erfolgt (vgl. MAESCHI, a.a.O., Art. 5-7 N. 41 f. sowie Art. 6 N. 11 f.).

2.3.2 Eine Spätfolge liegt praxismässig vor, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden (mit oder ohne verbleibenden Defektzustand) im Verlaufe längerer Zeit organische Veränderungen bewirkt, die zu einem oft völlig anders gearteten Krankheitsbild führen. Beim Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu Arbeitsunfähigkeit kommt. Beiden Sachverhalten gemeinsam ist, dass nach scheinbarer Heilung der Gesundheitsschädigung erneut ein Krankheitsprozess auftritt. Während es beim Rückfall um die gleiche Symptomatik wie bei der ursprünglichen Gesundheitsschädigung geht, umfasst das Krankheitsbild bei Spätfolgen auch neue Symptome (vgl. MAESCHI, a.a.O., Art. 6 N. 22).

2.4 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhanges sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhanges nicht erforderlich, dass die Einwirkung während des Dienstes die alleinige oder unmittel-

bare Ursache gesundheitlicher Schädigung ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (vgl. BGE 119 V 335 E. 1 S. 337, 117 V 359 E. 4a S. 360; MAESCHI, a.a.O., Art. 5-7 N. 27). Ein solcher natürlicher Kausalzusammenhang ist schon dann gegeben, wenn die Einwirkungen während des Dienstes eine wesentliche Teilursache für die Entstehung oder Verschlimmerung der Gesundheitsschädigung darstellen. Der Kausalzusammenhang muss darüber hinaus adäquat sein (MAESCHI, a.a.O., Art. 6 N. 8).

2.5 Die Beurteilung der Haftungsfrage ist primär juristischer Natur und obliegt den rechtsanwendenden Behörden. Verwaltung und Richter sind mangels eigener Fachkenntnisse jedoch auf die Mitwirkung des Arztes angewiesen. Aufgabe des Arztes ist es, die für den Entscheid wesentlichen medizinischen Grundlagen anzugeben und im Rahmen der ihm unterbreiteten Fragen zur medizinischen Einschätzung bestimmter Tatsachen Stellung zu nehmen (MAESCHI, a.a.O., Art. 5-7 N. 44). Bei der Kausalitätsbeurteilung hat sich der Arzt auf Angaben zum natürlichen Kausalzusammenhang zu beschränken. Auch die natürliche Kausalität bildet jedoch einen Rechtsbegriff, welcher mit dem medizinischen Begriff des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht notwendigerweise übereinstimmt. Die Beweiswürdigung bezüglich des natürlichen Kausalzusammenhangs bleibt daher Sache des Rechtsanwenders (MAESCHI, a.a.O., Art. 5-7 N. 47).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Haftung für die geklagten Rückenbeschwerden im September 2011 (act. II 4) ausdrücklich. Im Februar 2012 schloss sie das Dossier, da seitens des Hausarztes der Behandlungsabschluss im September 2011 mitgeteilt worden war (act. II 7). In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten bis zu diesem Zeitpunkt im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Nachdem der Beschwerdeführer während der RS bereits im April 2011 wegen Rückenschmerzen den Truppenarzt konsultiert hatte (act. II 24.13), absolvierte er am Freitag, 24. Juni 2011, einen 35km-Marsch. Er trug dabei zusätzlich zur eigenen Vollpackung für zirka fünf bis zehn Kilometer den Rucksack eines Kameraden und marschierte aufgrund einer Blase am Fuss überdies schräg. Nach dem Marsch nahm er starke Rückenschmerzen wahr, die sich ab Samstagmittag verstärkten, weshalb er am Sonntag, 26. Juni 2011, auf dem Notfall des Spitals ... vorstellig wurde. Dort wurden ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom diagnostiziert und nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) bzw. Muskelrelaxanzien verordnet (act. II 11/2, 24.15).

3.1.2 Eine konventionelle Röntgenaufnahme der LWS vom 27. Juni 2011 zeigte eine leichte linkskonvexe Torsionsskoliose im thorakolumbalen Übergang ohne Hinweise auf Listhesen oder eine Diskopathie (act. II 2.2). Nach der Rückkehr zur Truppe blieb der Beschwerdeführer vom 27. Juni bis zum 1. Juli 2011 auf der Krankenabteilung und wurde am 15. Juli 2011 ordentlich aus der RS entlassen (act. II 11/2, 24.9, 24.11, 24.12).

3.1.3 Der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, verordnete Physiotherapie (act. II 6) und veranlasste ein MRI der LWS. Im entsprechenden Befundbericht vom 25. Juli 2011 (act. II 5) wurden nebst einem Status nach durchgemachtem Morbus Scheuermann im thorakolumbalen Übergang (leichte Form) Chondrosen in den Segmenten L4/5 und L5/S1 sowie eine kleine mediane Diskusprotrusion auf Stufe L4/5 ohne Nervenwurzelkompression festgehalten. Zudem zeigte sich eine grosse Diskusprotrusion paramedian und intraforaminal rechts mit Kompression auf die Nervenwurzel S1 rechts. Unter Physiotherapie und systemischen Steroiden konnte die Symptomatik wieder unter Kontrolle gebracht werden, worauf die Behandlung nach einer vorläufig letzten Konsultation vom 19. September 2011 abgeschlossen wurde (act. II 8, 20/1).

3.2 Ab 12. März 2012 konsultierte der Beschwerdeführer erneut seinen Hausarzt (act. II 8), welcher ab 16. Oktober 2013 und bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte (act. III, unpaginiert) und insbesondere ein Verlaufs-MRI (act. II 17) sowie eine konsiliarische Abklärung durch Dr. med. G. _____, Facharzt für Neurochirurgie (act. II 18), veran-

lasste. Im Zusammenhang mit diesen im Dezember 2013 als Rückfall bzw. Spätfolge gemeldeten Beschwerden (act. II 9) verneinte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht (act. II 28, 30, 37, 43) hauptsächlich gestützt auf eine versicherungsmedizinische Beurteilung vom 26. Februar 2014 (act. II 27). Darin gelangte der Kreisarzt für Militärversicherung Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zusammengefasst zum Schluss, dass die strukturellen degenerativen Veränderungen vorbestanden hätten, aber offenbar erstmals während des Militärdienstes ausgeprägt symptomatisch geworden seien. Dabei sei kein auslösendes Ereignis während der RS bekannt, welches zu strukturellen Läsionen der Wirbelsäule hätte führen können, es sei vielmehr davon auszugehen, dass die Beschwerden belastungsabhängig aufgetreten seien und sich nach Wegfall dieser Belastungen – allenfalls nach zwei bis drei Einheiten Physiotherapie – wieder zurückbildeten. Erst zirka zwei Jahre nach Dienstende sei es durch alltägliche Belastungen (Niesen, Tragen eines Wäscheständers in gebeugter Haltung) zu einer Beschwerdezunahme gekommen; diese aktuellen Rückenschmerzen stünden nicht in einem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang mit Einwirkungen während des Militärdienstes. In Kenntnis einer hiergegen gerichteten Stellungnahme des Hausarztes vom 14. Mai 2014 (act. II 33) hielt der der Kreisarzt am 19. Juni 2014 an seiner Einschätzung fest (act. II 36).

3.3 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).

3.4 Die kreisärztliche Beurteilung vom 26. Februar 2014 (act. II 27) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringt vollen Beweis, weshalb sich das beantragte Gerichtsgutachten (Beschwerde S. 2 Ziff. 2 und S. 15 f. Ziff. II lit. C Ziff. 26 f.) erübrigt (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

3.4.1 Dass Dr. med. F. _____ den Beschwerdeführer nicht klinisch explorierte ist nicht geeignet, den Beweiswert seiner Schlussfolgerungen zu erschüttern, konnte er sich anhand der wesentlichen Vorakten doch ein insgesamt lückenloses Bild verschaffen (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.4.2 Soweit der Kreisarzt ein während der RS stattgehabtes Ereignis, welches zu strukturellen Läsionen der Wirbelsäule hätte führen können, ausschloss (act. II 27/6), verneinte er offensichtlich allein das Vorliegen einer *traumatischen* Diskushernie. Gemäss Rechtsprechung im Zweig der obligatorischen Unfallversicherung entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unver-

züglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (vgl. SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3). Zwar dürfte der Beschwerdeführer mit dem Tragen zweier Gefechtspackungen den (hier nicht direkt anwendbaren) Richtwert von 25kg für zumutbare Lastgewichte für Männer (vgl. Art. 50 Abs. 3 der Verordnung vom 19. Dezember 1983 über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten [Verordnung über die Unfallverhütung, VUV; SR832.30]; Suva, Grenzwerte am Arbeitsplatz 2016, S. 144; vgl. auch Art. 25 der Verordnung 3 vom 18. August 1993 zum Arbeitsgesetz [ArGV 3; SR 822.113]) überschritten haben, wiegt eine normale Gefechtspackung mit Doppeltasche und Kampfrucksack doch 18.5kg und das Sturmgewehr 90 ohne Magazin 4.1kg (vgl. Reglement Bekleidung und Packungen, gültig ab 1. Januar 2004, Anhang 2 Ziff. 2.1 bzw. Ziff. 4). Daraus kann aber nicht ohne weiteres geschlossen werden, die Diskushernie selbst sei durch ein Verhebetrauma bzw. eine Überanstrengung beim Marsch entstanden (vgl. Beschwerde S. 8 f. Ziff. II lit. B Ziff. 14 f.), zumal der Beschwerdeführer bereits vorher wegen lumbalen Schmerzen den Truppenarzt konsultiert hatte (act. II 24.13) und die nachträgliche Bildgebung degenerative Veränderungen offenbarte (act. II 5). Wie es sich damit verhält, kann aber letztlich offen bleiben, denn eine traumatische Verursachung der Beschwerden bzw. das Vorliegen eines Unfalls im Sinne der Legaldefinition von Art. 4 ATSG ist nicht erforderlich, da es nach dem kontemporalkausalen Haftungsgrundsatz von Art. 5 MVG prinzipiell genügt, dass die Gesundheitsschädigung während des Dienstes in Erscheinung tritt (vgl. MAESCHI, a.a.O., Art. 5-7 N. 32; SVR 2017 MR Nr. 1 S. 2 E. 5). Die Haftungsanerkennung vom September 2011 (act. II 4) wird von der Beschwerdegegnerin denn auch nicht in Frage gestellt, weshalb unerheblich ist, ob die Beschwerdegegnerin im von Dr. med. E. _____ am 22. August 2011 ausgefüllten Abschnitt des Anmeldeformulars (act. II 3) mangels Kenntnis des kurz darauf eingelangten MRI-Befundberichts (act. II 5) allenfalls den handschriftlichen Vermerk «Lumbago (?) bzw. Torsionsskoliose» anbrachte (act. II 38/2 f.; Beschwerde S. 10 f. Ziff. II lit. B Ziff. 18). Die Haftungsanerkennung (act. II 4) bezog sich allemal auf die damals bildgebend ausgewiesenen Befunde.

3.4.3 Trotz der ursprünglichen Haftungsanerkennung ist – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 14 Ziff. II lit. C Ziff. 25) – für die vorliegende Haftungsbeurteilung nicht Art. 5 MVG anwendbar, denn

es liegt ein neuer Versicherungsfall vor, womit eine Rückfallhaftung nach Art. 6 MVG zu prüfen ist (vgl. E. 2.3 hiervor). Wohl gab der Beschwerdeführer tatsächlich zu Protokoll, er sei nach der RS nie mehr vollkommen schmerzfrei gewesen (act. II 11/2 f.; Beschwerde S. 12 Ziff. II lit. B Ziff. 19), er relativierte diese Angaben jedoch gleichzeitig mit der Aussage, die Schmerzen seien nicht konstant aufgetreten, sondern nach körperlicher Belastung, wogegen unter Schonung eine Schmerzfreiheit bestanden habe (act. II 11/3). Auch aus den übrigen Akten ergeht, dass die Wiederanmeldung nach einem längeren behandlungs- und beschwerdefreien Intervall erfolgte. Die hausärztliche Behandlung wurde im September 2011 bei uneingeschränkter Arbeitsfähigkeit abgeschlossen (act. II 7), wobei Dr. med. E._____ später rekapitulierte, damals habe die Symptomatik wieder unter Kontrolle gebracht werden können und der Beschwerdeführer habe eine strikte Rückendisziplin verfolgt (act. II 20/1). Wenngleich am 12. März und 22. Oktober 2012 erneut Konsultationen stattfanden (act. II 8), gab der Hausarzt noch im November 2012 gegenüber der medizinischen Untersuchungskommission (UC) – die den Beschwerdeführer schliesslich als dienstuntauglich qualifizierte (act. II 24.1) – an, dieser sei asymptomatisch, solange er eine strikte Rückenhygiene einhalte (act. II 24.2). Auch Dr. med. G._____ beschrieb im Konsiliarbericht vom 12. Dezember 2013 (act. II 18) ein zeitweise schmerzfreies Intervall. Demnach bezog sich Dr. med. F._____ bei seiner Beurteilung richtigerweise auf die Rückfallkausalität der im Dezember 2013 gemeldeten Rückenbeschwerden und orientierte sich am massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 2.2 hiervor).

3.4.4 Vordienstlich bestand bereits ein krankhafter Zustand, was unbestritten und ausgewiesen ist. Dr. med. E._____ räumte ein, dass der Beschwerdeführer mit Blick auf die Familienanamnese und seiner Körpergrösse eine Prädisposition für Rückenbeschwerden hatte und die degenerativen Veränderungen sicher vorbestehend gewesen seien. Er sprach denn auch von einer Exazerbation während des Militärdienstes im Sommer 2011 (act. II 24/2, 24/7, 33/1), was eine vorbestehende Rückenproblematik impliziert. Dass vor der RS weder eine fachärztliche Behandlung wegen Rückenbeschwerden erfolgte noch eine Arbeitsunfähigkeit bestanden haben soll (Schlussbemerkungen vom 12. Mai 2017), ändert daran nichts.

Denn ob es erst durch die Einwirkungen des Militärdienstes zur Kompression der Nervenwurzel S1 rechts kam und vorher ein asymptomatischer (stummer) Vorzustand vorlag, ist nicht entscheidend. Die während der versicherten RS aktivierte bzw. vorübergehend verschlimmerte Beschwerdesymptomatik bildete sich nach der nachvollziehbaren kreisärztlichen Beurteilung spätestens bis vor der erneuten Hausarztkonsultation im März 2012 wieder zurück (act. II 27/6). Dabei orientierte sich Dr. med. F. _____ zulässigerweise auch an empirischen medizinwissenschaftlichen Erkenntnissen. Nach dem derzeitigen Wissensstand kann das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet werden, wobei selbst eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ist (vgl. SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3.1 und 2.3.2). Der Umstand, dass die Diskushernie, welche gemäss dem Neurologen Dr. med. G. _____ auch für die später erneut geklagten Beschwerden verantwortlich ist (act. II 18), gemäss den bildgebenden Verlaufsuntersuchungen vom 26. November 2013 (act. II 17) und 22. Januar 2015 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 8) unverändert fortbestand, steht dieser Annahme nicht entgegen. Denn Dr. med. F. _____ legte überzeugend dar, dass die Symptomatik belastungsabhängig hervortrat und sich nach Wegfall der körperlichen Belastungen – allenfalls unter Physiotherapie – wieder zurückbildete (act. II 27/6). Er verneinte nicht etwa die leistungsauslösende Kausalität ab initio, sondern postulierte sinngemäss, dass nach der RS der Status quo sine vel ante eingetreten sei, womit ein späterer Rückfall begrifflich ausgeschlossen ist (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 6. Juni 2006, U 12/06, E. 4.2 mit Hinweisen). Vor diesem Hintergrund ist ohne Belang, dass nach der kreisärztlichen Beurteilung (act. II 27) im März 2015 wegen starken Schmerzen eine erneute Infiltration durchgeführt werden musste und – bei im Wesentlichen unveränderter LWS-Morphologie (act. I 8) – weiterhin noch eine (teilweise) Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde (act. II 42; Beschwerde S. 8 Ziff. II lit. B Ziff. 13).

3.4.5 Es bestehen keine von der Beurteilung von Dr. med. F. _____ divergierenden medizinischen Einschätzungen, die geeignet wären, auch

nur geringe Zweifel am schlüssigen kreisärztlichen Aktenbericht vom 26. Februar 2014 (act. II 27) zu begründen. Zwischen den Dres. med. F._____, G._____, und E._____ besteht Einigkeit darüber, dass die Schmerzproblematik aufgrund der Diskushernie mit Nervenwurzelkompression S1 rechts auftrat (act. II 18/1, 20/1, 24.2, 27/7, 33). Dass der Hausarzt den 35km-Marsch in seinen Stellungnahmen vom 14. Mai 2014 (act. II 33) und 2. Juni 2016 (act. I 7) als eindeutig auslösendes Ereignis taxierte, korreliert insofern mit der Auffassung von Dr. med. F._____, als dieser erklärte, die Symptomatik sei erstmals während des Militärdienstes ausgeprägt aufgetreten. Ob der Marsch dabei die Irritation der Nervenwurzel S1 rechts verursachte, ist – wie erwähnt (vgl. E. 3.4.2 hiervor) – nach der Kontemporalitätshaftung von Art. 5 MVG nicht von Bedeutung, zumal darin nicht eine richtunggebende Veränderung des Vorzustandes zu erblicken wäre und es bezüglich der mit Wiederanmeldung vom Dezember 2013 (act. II 9) gemeldeten erneuten Rückenbeschwerden jedenfalls an der Rückfallkausalität im Sinne von Art. 6 MVG fehlt. Schliesslich beschränkten sich die zusätzlich involvierten Dres. med. H._____ und I._____, beides Fachärzte für Neurologie, hauptsächlich darauf, das Verlaufs-MRI vom 23. Januar 2015 (act. I 8) zu veranlassen, welches gemäss Dr. med. J._____, Facharzt für Radiologie, im Segment L5/S1 einen stationären Befund zeigte (act. II 42/1; act. III, unpaginiert). Auch daraus kann somit nichts abgeleitet werden, was der Beurteilung von Dr. med. F._____ entgegensteht.

3.5 Nach dem vorstehend Dargelegten verneinte die Beschwerdegegnerin ihre Haftung für die im Dezember 2013 gemeldeten Rückenbeschwerden (act. II 9) im Einspracheentscheid vom 3. Mai 2016 (act. II 43) zu Recht. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist

4.

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

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. des Beschwerdeführers (samt Doppel der Schlussbemerkungen vom 15. Mai 2017)
 - Suva, Abteilung Militärversicherung (samt Doppel der Schlussbemerkungen vom 12. Mai 2017)
 - Bundesamt für Gesundheit, Aufsicht Militärversicherung, 3003 Bern

Zur Kenntnisnahme an:

- C. _____
- D. _____

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.