

SO_GERICHTE VSBES.2018.264 vom 11. Oktober 2018

SO Obergericht, 2018-10-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.264

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.264 du 11 octobre 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.264 del 11 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Versicherte A.____ (fortan: Beschwerdeführer), geb. 1990, absolvierte ab 25. Oktober 2010 die Rekrutenschule. Nachdem er am 16. Dezember 2010 und 3. Januar 2011 wegen Beschwerden am linken Knie den Truppenarzt konsultiert hatte, meldete er sich am 4. Januar 2011 bei der Militärversicherung (fortan: Beschwerdegegnerin) an (Akten der Beschwerdegegnerin / MV-Nrn. 43 + 44). Diese gewährte die gesetzlichen Leistungen und übernahm die Kosten der Heilbehandlung (MV-Nr. 2).

1.2 Nach einer längeren Beschwerdefreiheit meldete der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin am 2. April 2017 einen Rückfall (MV-Nr. 27 S. 1 f.). In der Folge lehnte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 13. September 2017 die Haftung für die aktuellen Beschwerden am linken Knie ab und übernahm per 21. April 2017 keine Behandlungskosten mehr (MV-Nr. 48). Die dagegen erhobene Einsprache (MV-Nr. 49) wurde mit Entscheid vom 11. Oktober 2018 abgewiesen (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

2.1 Die Militärversicherung erstreckt sich auf jede Gesundheitsschädigung, die während des Dienstes in Erscheinung tritt und gemeldet oder sonst wie festgestellt wird (Art. 5 Abs. 1 Bundesgesetz über die Militärversicherung / MVG, SR 833.1). Die Militärversicherung haftet nicht, wenn sie den Beweis erbringt, dass

Wird der nach lit. a geforderte Beweis erbracht, dagegen nicht derjenige nach lit. b, so haftet die Militärversicherung für die Verschlimmerung der Gesundheitsschädigung (Art. 5 Abs. 3 MVG).

Der Sicherheitsbeweis gilt als geleistet, wenn feststeht, dass nach der medizinischen Erfahrung eine Einwirkung verschlimmernder Faktoren während des Dienstes praktisch ausgeschlossen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_522/2016 vom 1. Dezember 2016 E. 5). Der Begriff der Sicherheit ist mit anderen Worten nicht in einem naturwissenschaftlich-theoretischen, sondern im empirischen Sinne zu verstehen (BGE 111 V 141 E. 4 S. 146).

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

Eine Spätfolge liegt praxisgemäss 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. Während es beim Rückfall um die gleiche Symptomatik wie bei der ursprünglichen Gesundheitsschädigung geht, umfasst das Krankheitsbild bei Spätfolgen auch neue Symptome (Jürg Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung, Bern 2000, Art. 6 N 22).

Die Haftung für Spätfolgen und Rückfälle greift Platz, wenn trotz Identität der Gesundheitsschädigung ein neuer Versicherungsfall anzunehmen ist. Liegt kein neuer Versicherungsfall vor, so gilt bei Identität der Gesundheitsschädigung weiterhin die bisherige Haftung nach Art.

E. 5

oder 6 MVG (Maeschi, a.a.O., Art. 6 N 23). Die Identität der gemeldeten Spätfolge oder des Rückfalls mit der ursprünglichen Gesundheitsschädigung ist für sich allein jedoch nicht haftungsbegründend. Vielmehr bedarf es darüber hinaus eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs der Spätfolgen oder des Rückfalls mit Einwirkungen während des Dienstes (a.a.O., N 24). Ein neuer Versicherungsfall liegt vor, wenn die nachdienstlich gemeldete Gesundheitsschädigung nicht zum Symptomkreis der versicherten Gesundheitsschädigung gehört, das Krankheitsgeschehen medizinisch somit keine Einheit bildet. Bei gleicher Gesundheitsschädigung wird praxisgemäss ein neuer Versicherungsfall angenommen, wenn ein längeres beschwerdefreies Intervall vorliegt, welches auf eine Abheilung der ursprünglichen Gesundheitsschädigung schliessen lässt, und keine Brückensymptome vorhanden sind, die auf ein kontinuierliches Fortbestehen des als versichert anerkannten Leidens schliessen lassen (a.a.O., N 12).

Besondere Regeln hat die Praxis für die sog. Schubkrankheiten aufgestellt. Unter Schub wird im Allgemeinen ein akuter Krankheitsprozess verstanden, welcher zu einer dauerhaften Veränderung des Krankheitsbildes führt (a.a.O., N 14). Diese Praxis geht von der Vorstellung aus, dass nicht das Grundleiden, sondern die einzelnen Krankheitsmanifestationen als Gesundheitsschädigungen im Sinne des MVG zu gelten haben, weil es für jeden Schub auslösender Faktoren bedarf. Massgebend für die Annahme einer neuen Gesundheitsschädigung ist daher, ob der einzelne Krankheitsschub als geheilt gelten kann. Dabei kann darauf abgestellt werden, ob ein längeres beschwerdefreies Intervall vorliegt (a.a.O., N 15).

2.3 Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160).

Von einem Gerichtsgutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten

widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

3.

3.1 Der Beschwerdeführer rückte am 25. Oktober 2010 in die Rekrutenschule ein. Gemäss seiner Anmeldung vom 4. Januar 2011 (MV-Nr. 27 S. 3) sprang er in der Woche 49 von einem Panzer und litt anschliessend unter Schmerzen und Schwellung am linken Knie. Der Beschwerdeführer konsultierte daraufhin am 16. Dezember 2010 sowie, nach Zunahme der Schmerzen, am 3. Januar 2011 den Truppenarzt. Dieser erklärte am 11. Januar 2011, es bestehe ein Status nach Knie Trauma im Militärdienst bei Verdacht auf ein femoro-patelläres Syndrom (MV-Nr. 43). Der Hausarzt Dr. med. C.____, Arzt für Allg. Medizin FMH, wiederum sprach am 20. Januar 2011 von einer Distorsion des linken Knies (MV-Nr. 44). Die Beschwerdegegnerin erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (MV-Nr. 27 S. 4).

3.2

3.2.1 Das MRT des linken Knies vom 25. Januar 2011 durch Dr. med. D.____ (MV-Nr. 27 S. 5) ergab eine leichtgradige, retropatellare Chondropathie an der medialen Facette, einen grossvolumigen Gelenkerguss sowie eine nicht verdickte mediopatellare Synovialfalte ohne Nachweis einer anderweitigen Knieinnenläsion.

3.2.2 Dr. med. E.____, Arzt für Orthopädische Chirurgie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 31. August 2017 (MV-Nr. 50 S. 2 f.) rezidivierende Ergussbildungen am linken Knie unklarer Ätiologie nach Distorsionsereignis im Militärdienst vor knapp einem Jahr. Das MRI erkläre die Ergussbildung nicht, seien doch die Menisken und Bänder intakt. Eine mechanische Ursache schein eher unwahrscheinlich, viel wahrscheinlicher sei eine Monarthritis. Inwieweit der Unfall hier einer zeitlichen Koinzidenz entspreche, könne er zurzeit nicht abschätzen. Da der Beschwerdeführer vor dem Militärdienst glaubhaft keinerlei Kniegelenksschwellungen gehabt habe, sei aus seiner Sicht die Militärversicherung auch bei möglicher unfallfremder Pathologie für die weitere Kostenübernahme zuständig. Im Bericht vom 6. September 2011 (MV-Nr. 50 S. 4) bekräftigte Dr. med. E.____ den Verdacht auf eine Monarthritis unklarer Ätiologie.

3.2.3 Dr. med. F.____, Ärztin für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, stellte in ihrem Bericht vom 18. Oktober 2011 (MV-Nr. 50 S. 5 f.) fest, seit Herbst 2010 bestehe eine rezidivierende Monarthritis des linken Knies. Während der Rekrutenschule sei ohne vorgängiges Trauma per akut eine entzündliche Schwellung aufgetreten, welche der Truppenarzt wenig erfolgreich mit NSA behandelt habe. Im Verlauf des Frühjahrs 2011 sei es zu einem Rezidiv gekommen. Die vom Hausarzt durchgeführten intraartikulären Steroidinfiltrationen hätten jeweils nur eine kurze Beschwerdelinderung bewirkt. Die serologischen Zusatzuntersuchungen seien allesamt unauffällig, eine reaktive Arthritis könne weitgehend ausgeschlossen werden. Klinisch finde sich zwei Wochen nach der letzten Infiltration nur noch eine diskret verdickte Synovialis des linken Knies ohne

nachweisbare intraartikuläre Ergussbildung bei einem ansonsten unauffälligen internistischen und rheumatologischen Status. Vier Wochen nach der Infiltration sei der Befund auch ohne gleichzeitige Einnahme des NSA stabil. Die entzündliche Grunderkrankung mit rezidivierender Monarthritis des linken Knies ohne Beteiligung weiterer Gelenkgruppen und ohne zusätzliche Symptome könne zurzeit nosologisch nicht definitiv zugeordnet werden. Obwohl der Beschwerdeführer bei Beschwerdebeginn als «erwachsen» gelten müsse, erinnere das Geschehen an die im Kindesalter relativ häufig auftretende Monarthritis mit monoartikulärem oder oligoartikulärem Verlauf. Nicht vollständig ausschliessen lasse sich eine Psoriasisarthritis sine Psoriasis, in welcher die artikulären Symptome den Hauterscheinungen um Jahre vorausgehen könnten.

3.2.4 Der Kreisarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, hielt in seiner Aktennotiz vom 30. November 2011 (MV-Nr. 7) fest, es liege keine direkte Traumatisierung vor, der Beschwerdeführer sei aber von einem Panzer gesprungen. Die rezidivierende Monarthritis ungeklärter Ätiologie des linken Knies stehe in überwiegend wahrscheinlichem Zusammenhang mit der Rekrutenschule 2010. Eine sichere Vordienstlichkeit dieser Erkrankung könne nicht bewiesen werden.

3.2.5 Dr. med. F.____ leitete gemäss Bericht vom 2. Dezember 2011 (MV-Nr. 17) wegen eines Rezidiv der Monarthritis eine Basistherapie mit Sulfasalazin ein. Zwei Monate nach der letzten Steroidinfiltration durch Dr. E.____ sei am linken Knie nach einer wenig belastenden sportlichen Betätigung wieder ein Erguss aufgetreten. Aktuell sei die Ergussbildung nur noch diskret, habe sich aber nicht vollständig zurückgebildet. Im Bericht vom 23. April 2012 (MV-Nr. 19) ergänzte Dr. F.____, seit Herbst 2011 liege eine zunehmende Entzündungsaktivität vor mit rezidivierenden indolenten Gelenksergüssen. Eine MRI-Aufnahme habe einen orthopädischen Grund ausgeschlossen.

3.2.6 Am 11. Juni 2012 erfolgte im H.____ eine Sonographie des linken Knies (MV-Nr. 21). Das Kniegelenk sei weitgehend unauffällig. Es zeige sich insbesondere kein Gelenkserguss und kein eindeutiger Hinweis auf einen aktiven entzündlichen Prozess. Dieser scheine vielmehr auf Grund der vorangegangenen Therapie nun einigermaßen abgeklungen zu sein. Der Beschwerdeführer könne auch etwas Sport treiben.

3.2.7 Dr. med. F.____ hielt im Bericht vom 15. Juni 2012 (MV-Nr. 22) fest, die rezidivierende Gontitis sei aktuell remittiert. Die Basistherapie habe man Ende April abgesetzt, so dass die Wirkung ab Mitte Juli 2012 nachlassen werde. Der weitere Verlauf werde klären, ob die Remission medikamentös induziert sei, was nach Absetzen zu einem Rezidiv führen würde, oder einer spontanen Aktivitätsabnahme entspreche.

3.3

3.3.1 Im März 2017 trat ohne äusseres Moment wieder eine ausgeprägte Knieschwellung mit Spannungsgefühl auf (s. Bericht des H.____ vom 21. April 2017 MV-Nr. 31 S. 2). Daraufhin meldete der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin am 2. April 2017 einen Rückfall (MV-Nr. 27 S. 1 f.). Dr. med. F.____ hielt dazu fest, es liege eine Monarthritis des linken Knies unklarer Genese vor. Die Spontanremission habe von Sommer 2012 bis Februar 2017 gedauert.

3.3.2 Die MRI-Untersuchung vom 6. April 2017 im I.____ (MV-Nr. 29) ergab Zeichen einer schweren Synovialitis des linken Kniegelenkes mit grossem Gelenkerguss und erheblichen inflammatorischen synovialen Proliferationen (Befunddicke bis zu 5 mm). Weiter

bestanden eine kleine oberflächliche Knorpelrhagade am medialen Rand der Patella und eine dysplastische femorale Trochlea, aber keine Meniskuspathologie und keine femorotibiale Chondropathie.

3.3.3 Der Kreisarzt Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, führte in seinem Bericht vom 12. Mai 2017 (MV-Nr. 33) aus, der Kreisarzt Dr. med. G.____ habe am 30. November 2011 nicht dazu Stellung genommen, ob eine Schubkrankheit vorliege. Gemäss Dr. med. F.____ sei damals auch eine Psoriasisarthritis sine Psoriasis nicht vollständig ausgeschlossen worden (s. E. II. 3.2.3 hiervor). Dabei würde es sich um eine Schubkrankheit handeln. Letztendlich sei die Diagnose noch nicht gesichert, da die Histologie noch ausstehe. Insoweit sei eine Zusammenhangsbeurteilung noch nicht möglich.

3.3.4 Dr. med. F.____ diagnostizierte im Bericht vom 2. Juni 2017 (MV-Nr. 34) eine Monarthritis des linken Knies, welche sich erstmals im Dezember 2010 manifestiert habe. Nach einer ineffektiven Basistherapie mit Sulfasalazin bis April 2012 sei es im Juni 2012 spontan zu einer Remission gekommen. In der Folge sei der Beschwerdeführer vollständig beschwerdefrei geblieben und uneingeschränkt sportlich tätig gewesen, bis Anfang März 2017 nach regulärem Jogging erneut eine indolente Schwellung am linken Knie aufgetreten sei. Das aktuelle MRI zeige im Vergleich zu den Voraufnahmen eine deutlich verbreiterte, entzündlich-zottig veränderte Synovialis, was als Ausdruck einer während längerer Zeit bestehenden inaperzept verlaufenden chronischen Entzündungsaktivität gewertet werden müsse. Da keine sichere Diagnose habe gestellt werden können, sei eine diagnostische Arthroskopie mit Synoviabiopsie veranlasst worden. Die Histologie bleibe aber unspezifisch, weshalb bei positivem HLA-B27 weiterhin eine Monarthritis im Rahmen einer seronegativen Spondylarthropathie, möglicherweise eine juvenile idiopathische Arthritis, im Vordergrund stehe.

3.3.5 Der Kreisarzt Dr. med. J.____ hielt in seiner Beurteilung vom 7. Juni 2017 dafür (MV-Nr. 36), vor dem Hintergrund des Berichts von Dr. med. F.____ sei aus versicherungsmedizinischer Sicht von einer Monarthritis im Rahmen einer seronegativen Spondylarthropathie und damit von einer Schubkrankheit auszugehen. Dafür spreche auch, dass die Erkrankung bis März 2017, also über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren, asymptomatisch verlaufen sei, bis es in der Folge eines neuerlichen (nachdienstlichen) Schubes zu einer massiven Ergussbildung gekommen sei. Es handle sich daher um einen erneuten Schub nach einem spontan remittierten Schub einer entzündlich rheumatologischen Erkrankung, deren Ursache unklar sei, die jedoch nicht durch Ereignisse im Militärdienst beeinflusst worden sei.

3.4 Dr. med. B.____ gelangte im Gerichtsgutachten vom 15. Mai 2019 (A.S. 59 ff.) zu folgenden Schlüssen: Die Diagnose im Jahr 2010 sei auf Grund der fehlenden Unterlagen rückblickend nicht beurteilbar. Anamnestisch habe der Beschwerdeführer über Schwellungen und Schmerzen des linken Knies ab Dezember 2010 berichtet. Die zur Verfügung stehenden Unterlagen der Militärversicherung vom 11. und 20. Januar 2011 enthielten keine klinischen Befunde bzw. Beschreibungen des linken Knies, sondern nur subjektive Angaben des Beschwerdeführers einerseits und gestellter Diagnose andererseits. Erst der Bericht vom 31. August 2011 durch Dr. med. E.____ bringe Informationen über klinische Befunde bzw. Beschreibungen des linken Knies einerseits und eine Knieergussanalyse andererseits, so dass erst ab 31. August 2011 die Diagnose einer Monarthritis des linken Knies medizinisch dokumentiert werde. Die Zuordnung dieser

Monarthritis nach ICD-10-Klassifikation sei jedoch unmöglich, da bei diesen Befunden verschiedene Diagnosen möglich seien. Die Differentialdiagnose laute juvenile idiopathische Arthritis, undifferenzierte Spondylarthropathie, reaktive Arthritis und Psoriasisarthritis. All diese Diagnosen gehörten zu einer bestimmten Familie des entzündlichen rheumatischen Formenkreises (M08, M07.3 oder M02.8). Zurzeit laute aus rheumatologischer Sicht die Diagnose wie folgt (A.S. 67):

Auf die Frage, welche Faktoren 2010 und 2017 jeweils zur Manifestation der am linken Knie festgestellten Gesundheitsschädigung geführt hätten, antwortete der Experte, die HLA-B27-Positivität sei ein genetischer Risikofaktor für eine Spondylarthropathie. Es litten jedoch nur zwei Prozent der Träger einer HLA-B27-Positivität an einer entzündlichen Rheumaerkrankung. Ein Trauma als Auslöser der Gesundheitsschädigung sei bei Psoriasis bekannt und werde als Koebner-Phänomen bezeichnet (A.S. 67). Die Spondylarthropathien seien vorwiegend autoinflammatorische Erkrankungen. Eine mögliche Aktivierung des erworbenen Immunsystems erfolge erst sekundär, sichere Hinweise auf eine Autoimmunerkrankung fehlten bisher (A.S. 67 f.). Wichtigste ätiopathogenetische Faktoren seien genetische Disposition, mechanischer Stress, Veränderungen des intestinalen Mikrobioms und eine Aktivierung des angeborenen Immunsystems mit vermehrter, nicht ausreichend kontrollierter Produktion von IL-23 und IL-17 als Haupteffektorzytokine im Sinne einer Typ 3-Immunreaktion (A.S. 68).

Was den Verlauf angehe, so habe der Beschwerdeführer im Dezember 2010 an Kniebeschwerden links gelitten. Diese Beschwerden hätten vorwiegend in Form einer Schwellung mit Funktionseinschränkung bestanden. Danach habe der Beschwerdeführer an Knieschmerzen links gelitten. Die Beschwerden seien ursprünglich auf eine Kniedistorsion beim Springen von einem Panzer zurückgeführt worden. Wegen anhaltender Beschwerden sei der Beschwerdeführer im August 2011 an Dr. med. E. ___ überwiesen worden. Dieser habe einen Knieerguss punktiert und im Labor untersuchen lassen. Daraus hätten sich Hinweise auf eine entzündliche Ursache der Kniebeschwerden ergeben, weshalb Dr. med. E. ___ eine rheumatologische Bilanz empfohlen habe. Diese sei durch Dr. med. F. ___ im September 2011 erfolgt und habe zur Diagnose einer Monarthritis des linken Knies geführt. Die Laborbilanz zeige eine genetische Typisierung mit HLA-B27 positiv. Es seien mehrere Kortisoninfiltrationen sowie eine medikamentöse Therapie mit Entzündungshemmer und Sulfasalazin erfolgt. Eine geplante Synoviorthese habe man wegen der Rückbildung der entzündlichen Aktivität bzw. der Remission im Jahr 2012 nicht durchgeführt. Danach sei der Beschwerdeführer bis März 2017 subjektiv relativ beschwerdefrei geblieben. Wegen Rückfalls der Beschwerden am linken Knie habe er sich im März 2017 erneut bei Dr. med. F. ___ gemeldet. Eine radiologische Untersuchung mit MRI vom 6. April 2017 habe Zeichen einer schweren Entzündung des linken Kniegelenks gezeigt. Im April 2017 sei eine Kniearthroskopie links mit Synovialbiopsieentnahme durchgeführt worden. Die histologische Untersuchung habe unspezifische Veränderungen einer rheumatologischen Erkrankung ergeben. Die Befunde sprächen für eine langdauernde Krankheitsaktivität trotz der subjektiven Beschwerdefreiheit. Bei der gutachterlichen Untersuchung vom 9. Mai 2019 hätten sich klinisch keine Hinweise für eine artikuläre Entzündungsaktivität am linken Knie gefunden, insbesondere kein Erguss. Subjektiv berichte der Beschwerdeführer jedoch über Beschwerden in Form von Schmerzen bei langem Stehen ab zwei Stunden und beim Autofahren mit Knieschmerzen beim Treten der Kupplung (A.S. 68).

Zwischen der Gesundheitsschädigung, die 2010 am linken Knie diagnostiziert worden sei, und derjenigen, die man im Jahr 2017 festgestellt habe, bestehe ein Zusammenhang in dem Sinne, dass das Rezidiv an die Ersterkrankung gekoppelt sei. Es handle sich um Schübe mit erhöhter Krankheitsaktivität einer einzigen entzündlichen Rheumakrankheit mit erstem Auftreten im Jahr 2010, Remission ab Juni 2012 und einem Rückfall im Jahr 2017. Es liege eine chronische, entzündliche Krankheit mit unterschiedlicher Krankheitsaktivität zwischen Remission, leichten und starken Beschwerden vor. Nach 2010 sei keine Heilung des in diesem Jahr erlittenen Schubes eingetreten. Es handle sich um eine Remission und nicht um eine «Heilung». Weitere Rückfälle seien nach wie vor möglich bzw. wahrscheinlich (A.S. 68). Die Frage, ob es Befunde gebe, die darauf hindeuten, dass die Erkrankung am linken Knie zwischen 2012 und 2017 trotz fehlender Beschwerden weiterhin aktiv gewesen sei, bejahte der Experte. Die MR-Bilder vom 6. April 2017 zeigten ausgeprägte entzündliche Veränderungen, die für eine anhaltende Krankheitsaktivität vor dem Jahr 2017 sprächen, dies trotz fehlender Beschwerden (A.S. 69).

3.5

3.5.1 Vorab ist festzuhalten, dass die Parteien zu Recht keine Einwände gegen das Gerichtsgutachten erheben. Es besteht kein Anlass, am Beweiswert dieser Expertise zu zweifeln, erfüllt sie doch die Anforderungen der Rechtsprechung: Sie stammt von einem unabhängigen Facharzt, der als Rheumatologe qualifiziert war, die geltend gemachten Beschwerden am Kniegelenk aus somatischer Perspektive zu beurteilen. Dr. med. B.____ hat zudem den Beschwerdeführer untersucht, dessen subjektive Angaben festgehalten sowie sich mit den Vorakten und der Anamnese befasst.

3.5.2 Auf Grund der Akten steht fest, dass sich beim Beschwerdeführer sowohl von 2010 bis 2012 als auch ab 2017 dieselbe Gesundheitsschädigung manifestierte. Es wurde jeweils die gleiche Diagnose einer Monarthritis gestellt, welche sich in einem Erguss am linken Kniegelenk äusserte. Die Beschwerdegegnerin macht indes geltend, 2017 sei ein neuer Versicherungsfall eingetreten, nachdem der Beschwerdeführer zwischen den beiden Krankheitsausbrüchen mehrere Jahre beschwerdefrei gewesen sei und sich nicht in Behandlung befunden habe.

Dieser Betrachtungsweise kann nicht gefolgt werden: Das Bundesgericht hat zur Haftung der Militärversicherung bei Morbus Bechterew, einem chronisch rezidivierenden Leiden, entschieden, dass die einzelnen Rezidive / Schübe ursächlich mit der Ersterkrankung gekoppelt seien. Ein Rezidiv nach beschwerdefreiem Intervall könne deshalb nicht als neue Erkrankung aufgefasst werden kann (Maeschi, a.a.O., Art. 6 N 13.2, mit Hinweis). Im vorliegenden Fall bejahte der Experte auf die Frage des Gerichts hin, dass das Rezidiv der Monarthritis von 2017 an die Ersterkrankung von 2010 gekoppelt sei; es handle sich um eine einzige chronische, entzündliche rheumatische Erkrankung mit unterschiedlicher Krankheitsaktivität, wobei eine Remission nicht einer Heilung gleichgesetzt werden könne (A.S. 69). Vor diesem Hintergrund ist das hier streitige Rezidiv der Monarthritis von 2017 gleich zu behandeln wie das Rezidiv eines Morbus Bechterew. Dies muss umso mehr gelten, als die Entzündung, obwohl der Beschwerdeführer zwischen 2012 und 2017 beschwerdefrei blieb, gemäss Gerichtsgutachten weiterhin aktiv war und zu pathologischen Veränderungen am linken Knie führte. Diese Auffassung vertritt im Übrigen nicht nur der Experte (A.S. 69), sondern auch die behandelnde Rheumatologin Dr. med. F.____ (E. II. 3.3.4 hiervor). Die Beschwerdegegnerin wendet zwar ein, die Entzündung könne auch erst kurz vor dem erneuten Auftreten der Symptome im Jahr 2017 wieder aufgeflammt

sein. Dies überzeugt jedoch nicht, handelt es sich doch nach Aktenlage um ausgeprägte entzündliche Veränderungen am Knie, welche über eine längere Zeitspanne entstanden sein müssen.

3.5.3 Da der Krankheitsausbruch im Jahr 2017 keinen neuen Versicherungsfall darstellt, gilt weiterhin die ursprüngliche Haftung nach Art. 5 MVG für den Krankheitsausbruch im Jahr 2010. Die Beschwerdegegnerin bestreitet indes, dass jemals eine solche Haftung bestanden habe, auch wenn seinerzeit Leistungen erbracht worden seien. Zwischen dem Militärdienst und dem Krankheitsausbruch im Jahr 2010 gebe es vielmehr keinen Zusammenhang. Auch damit dringt die Beschwerdegegnerin jedoch nicht durch:

Die Monarthritis des Beschwerdeführers trat erstmals während der Rekrutenschule auf, was für die Haftung der Beschwerdegegnerin genügt (s. Maeschi, a.a.O., Art. 5 N 13 - 16). Dabei spielt es keine Rolle, dass die Diagnose einer Monarthritis erst nach der Entlassung aus der Rekrutenschule gestellt wurde, denn es reicht aus, dass sich während des Dienstes eine Schwellung am linken Knie bemerkbar gemacht hat (a.a.O., N 5). Der Beschwerdeführer meldete sich denn auch (wie in Art. 83 MVG vorgeschrieben) noch während des Dienstes beim Truppenarzt (a.a.O., N 8).

Der Beschwerdegegnerin gelingt es nicht, den Nachweis zu erbringen, dass die Monarthritis sicher vor dem Militärdienst eingetreten ist oder sicher nicht während des Dienstes verursacht werden konnte. Einerseits sind für die Zeit vor dem Eintritt in die Rekrutenschule keine entsprechenden Diagnosen oder einschlägigen Beschwerden am linken Knie aktenkundig (s. E. II. 3.2.2 hiervor). Andererseits besteht zwar beim Beschwerdeführer laut Gutachten eine genetische Disposition für eine Spondylarthropathie, welche jedoch nicht zwingend zum Ausbruch der Erkrankung führen muss. Gemäss der medizinischen Fachliteratur, auf welche der Experte verweist, können bei der Entstehung von Spondylarthropathien (zu deren Formenkreis auch das Leiden des Beschwerdeführers gehört) verschiedene äussere Umstände eine Rolle spielen, so etwa ein Trauma oder mechanischer Stress (A.S. 68 f.). Hier besteht wiederum eine Parallele zum Morbus Bechterew, wo es nach wissenschaftlicher Erkenntnis für die Krankheitsentwicklung auslösender exogener Faktoren (wie z.B. einer überdurchschnittlichen körperlichen Belastung) bedarf. Eine dienstliche Verursachung ist daher nach der Rechtsprechung nicht von vornherein ausgeschlossen und die Haftung der Militärversicherung für einen erstmals während des Dienstes in Erscheinung getretenen Morbus Bechterew zu bejahen (Maeschi, a.a.O., Art. 5 N 32; Urteil des Bundesgerichts 8C_522/2016 vom 1. Dezember 2016 E. 5 + 6.1). Dasselbe muss auch bei der vorliegenden Monarthritis gelten, wo es ebenfalls möglich ist, dass diverse äussere Einflüsse während des Dienstes zum Krankheitsausbruch geführt haben, wie z.B. die Kniedistorsion beim Sprung vom Panzer, welche dem erstmaligen Auftreten der Beschwerden vorausging. In den Akten finden sich keine Arztberichte, welche diese Beurteilung widerlegen könnten. Der Kreisarzt Dr. med. G.____ hielt sogar dafür, ein Zusammenhang der Monarthritis mit dem Militärdienst sei überwiegend wahrscheinlich, freilich ohne dies näher zu erläutern. Der Kreisarzt Dr. med. J.____ verneinte demgegenüber einen solchen Zusammenhang, aber ebenfalls ohne dies irgendwie zu begründen. Daraus kann die Beschwerdegegnerin nichts zu ihren Gunsten ableiten.

3.5.4 Zusammenfassend haftet die Beschwerdegegnerin dem Grundsatz nach für den Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers in Form der Monarthritis am linken Knie. Die Beschwerde wird daher in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Angelegenheit zurück an die Beschwerdegegnerin

gewiesen wird. Diese hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Militärversicherung zu prüfen, insbesondere auf Übernahme der Heilbehandlungskosten ab 21. April 2017, und sodann neu zu entscheiden.

4.

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Parteientschädigung für das Beschwerdeverfahren. Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonalen Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

4.2 Die vom Vertreter eingereichte berichtigte Kostennote vom 7. August 2019 (A.S. 93) weist einen Zeitaufwand von insgesamt 13,5 Stunden aus. Dies erscheint als angemessen. Was den geltend gemachten Stundenansatz von CHF 280.00 angeht, so wird praxisgemäss nur in rechtlich oder sachverhältnismässig ganz aussergewöhnlichen Fällen ein Ansatz von mehr als CHF 260.00 gewährt. Dies würde etwa zutreffen bei ausserordentlich umfangreichen Akten, die den üblichen Rahmen komplett sprengen, bei Rechtsfragen in einem speziellen Gebiet, mit dem Anwälte in der Regel keine Erfahrung haben, oder bei einer überaus komplexen und schwierigen Beweiswürdigung. Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Mit dem erwähnten Stundenansatz von CHF 260.00 ergibt sich somit eine Entschädigung von CHF 3'846.60, einschliesslich CHF 61.60 Auslagen und CHF 275.00 Mehrwertsteuer (mit dem seit

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.