

200 15 976 MV  
SCJ/LUB/OGM/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 5. April 2016**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**SUVA**  
Abteilung Militärversicherung, Laupenstrasse 11, Postfach 8715, 3001 Bern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2015 (36.619.608/324  
USS)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1961 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) erlitt während des Abverdienens des Leutnant-Grades am 1. Februar 1984 nach einem Trauma eine vollständige Achillessehnenruptur links ohne ossäre Beteiligung (Akten der SUVA, Abteilung Militärversicherung [Militärversicherung bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1/5). Da zunächst von einer Kontusion der Achillessehne links eventuell mit Zerrung derselben ausgegangen worden war, wurde die Ruptur erst am 9. März 1984 operiert (AB 1/2, 3). Für diese Gesundheitsschädigung und deren Folgen erbrachte die Militärversicherung die gesetzlichen Leistungen (AB 4, 6/2, 8, 10 - 12, 16, 23). Die Behandlung konnte am 29. August 1985 abgeschlossen werden (AB 34/1).

Am 6. November 2012 meldete sich der Versicherte wegen belastungsabhängiger Schmerzen am Ansatz der Achillessehne des linken Fusses bei Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH. Im der Militärversicherung zugestellten Befundbericht vom 6. November 2012 (AB 40) stellten die behandelnden Ärzte die Diagnosen einer ansatznahen Achillodynie links bei Haglund-Ferse und eines Status nach Achillessehnenruptur links (1984) und rechts (1994) sowie eines Pes plano valgus links mehr als rechts. Mit Schreiben vom 27. Dezember 2012 (AB 43) teilte die Militärversicherung dem Versicherten unter Verweis auf den Bericht des Kreisarztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (AB 42), Facharzt für Chirurgie FMH, mit, dass die gemeldete Gesundheitsschädigung in keinem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem Militärdienst im Jahr 1984 stehe. Nach Eingang eines E-Mails des Versicherten (AB 45), einer Stellungnahme der Dres. med. B.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ (AB 44) sowie nach Einholung einer weiteren Beurteilung durch den Kreisarzt (AB 46 f.) hielt die Militärversicherung mit Schreiben vom 11. März 2013 (AB 48) daran fest, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht erfüllt seien. Nach der Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 49 - 53) bestätigte

die Militärversicherung ihren Bescheid mit Verfügung vom 8. Mai 2013 (AB 54). Die dagegen erhobene Einsprache (AB 55) wies sie mit Entscheid vom 7. Oktober 2015 (Beschwerdebeilage [BB] 1) ab.

**B.**

Hiergegen erhob der Versicherte am 5. November 2015 Beschwerde mit dem Antrag, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Sache sei zur weiteren Abklärung, insbesondere der Durchführung einer unabhängigen medizinischen Begutachtung, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 3. Dezember 2015 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 28. Januar 2016 beantragte der Beschwerdeführer, es seien Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, respektive Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, zur Beantwortung von zusätzlichen Fragen aufzufordern. Gleichzeitig stellte er das Begehren auf eine persönliche Anhörung im Rahmen einer öffentlichen Schlussverhandlung.

Mit prozessleitender Verfügung vom 2. Februar 2016 erwog der Instruktionsrichter, dass der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt zu betrachten sei und mithin darauf verzichtet werde, von Amtes wegen weitere Beweismassnahmen zu erheben. Zugleich erhielt der Beschwerdeführer die Gelegenheit, bis am 3. März 2016 einen ergänzenden Bericht des Dr. med. E. \_\_\_\_\_ respektive des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ einzureichen.

Der Beschwerdeführer liess die richterliche Frist unbenutzt verstreichen und verzichtete zudem mit Eingabe vom 21. März 2016 auf die vorsorglich beantragte persönliche Anhörung im Rahmen einer öffentlichen Schlussverhandlung.

## **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** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2015 (BB 1). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der diagnostizierten ansatznahen Achillodynie links und dabei insbesondere, ob der Untersuchungsgrundsatz verletzt wurde.

**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 über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992 (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.

**2.2** Macht der Versicherte einen Rückfall oder Spätfolgen einer im Dienst in Erscheinung getretenen und gemeldeten oder sonst wie festgestellten Gesundheitsschädigung geltend, so haftet die Militärversicherung nach Art. 4 und 5 MVG, wenn zwischen Rückfall oder Spätfolgen und der dienstlichen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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; BGE 111 V 370 E. 2b; JÜRIG MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992, 2000, Art. 6 N. 24 - 28).

**2.2.1** 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).

**2.2.2** 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 ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Schädigung ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (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).

**2.2.3** Die Haftung gemäss Art. 4 und 5 MVG und Art. 6 MVG unterscheidet sich namentlich darin, dass im ersten Fall der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den Einwirkungen während des Dienstes und der Gesundheitsschädigung vermutet wird und nur durch den gegenteiligen Sicherheitsbeweis ausgeschlossen werden kann, während im zweiten Fall das Vorliegen adäquat kausaler Folgen von Einwirkungen während des Dienstes erwiesen sein muss (BGE 111 V 370 E. 1b). Entscheidend ist somit, ob der Zusammenhang zwischen Spätfolge oder Rückfall und dienstlicher Gesundheitsschädigung wahrscheinlicher ist als das Fehlen eines solchen (BGE 111 V 370 E. 2b). Für den Nachweis des vorausgesetzten Kausalzusammenhanges zwischen der nachdienstlich festgestellten und bei der Militärversicherung angemeldeten Gesundheitsschädigung und Einwirkungen während des Dienstes gilt der im Sozialversicherungsrecht allgemein erforderliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (MAESCHI, a.a.O., Art. 6 N. 17).

**2.3** 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).

**2.4** Der Untersuchungsgrundsatz gehört zu den allgemeinen Grundsätzen des Sozialversicherungsprozesses. Danach hat das Gericht von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien für die richtige und vollständige Abklärung und Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 122 V 157 E. 1a S. 158). Die Untersuchungsmaxime bedeutet nicht, dass das kantonale Gericht unbesehen alles, was behauptet wird, von Amtes wegen prüfen müsste. Es hat nur dort den Sachverhalt abzuklären, wo noch Unsicherheiten und Unklarheiten bestehen, sei es, dass von einer Partei auf – wirkliche oder vermeintliche – Fehler hingewiesen wird, sei es, dass es sie selbst feststellt. Insbesondere genügt es nicht, dass die beschwerdeführende Partei einen aktenmässig erstellten Sachverhalt durch blosser Behauptungen bestreitet und dafür Beweisanträge stellt, damit das Sozialversicherungsgericht den Sachverhalt von Amtes wegen abkläre (BGE 100 V 61 E. 4 S. 62).

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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

**2.5** 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.**

**3.1** Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Leistungen für die am 1. Februar 1984 gemeldete vollständige Achillessehnenruptur links erbracht hat (AB 1/5, 4, 6/2, 8, 16, 23). Bestritten ist hingegen, ob die am 6. November 2012 diagnostizierte ansatznahe Achillodynie links (AB 40) in einem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem Militärdienst 1984 steht und die Beschwerdegegnerin hierfür ebenfalls Leistungen zu erbringen hat.

**3.2** In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Im Arztbericht des Regionalspitals G. \_\_\_\_\_ vom 3. März 1984 (AB 1/5) wurde die Diagnose einer vollständigen Achillessehnenruptur links ohne ossäre Beteiligung nach Trauma am 1. Februar 1984 gestellt. Eine operative Sanierung sei angezeigt und unumgänglich.

**3.2.2** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt im Operationsbericht vom 9. März 1984 (AB 3) fest, dass aufgrund des massiven intraoperativen Befundes mit grosser Dehiszenz und schlechter Adaptionsmöglichkeit unter Umständen mit einem Sekundäreingriff zur erneuten plastischen Deckung der Achillessehne gerechnet werden müsse. Ebenfalls zu befürchten sei eine per secundam Heilung der Haut (AB 3/2).

**3.2.3** Aus dem ärztlichen Zwischenbericht des Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 11. Mai 1984 (AB 13) geht hervor, dass bei Status nach primär verkannter Achillessehnenruptur links mit einem sehr langwierigen Verlauf zu rechnen sei. Die Wunde per secundam sei noch nicht vollständig verheilt. Bis auf Weiteres bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Bei gleichbleibender Diagnose attestierte er in den Berichten vom 6. Juli 1984 (AB 24) und vom 19. Juli 1984 (AB 25) weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestehend seit dem 8. März 1984 und im Bericht vom 5. November 1984 (AB 32) ab dem 27. August 1984 bis auf Weiteres eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Seinem Bericht vom 29. April 1985 (AB 33) ist zu entnehmen, dass eine zunehmende Besserung der Abstosskraft und Muskulatur vorliege. Ab Mitte November 1984 sei der Beschwerdeführer wieder arbeitsfähig.

Im ärztlichen Schlussbericht vom 17. September 1985 (AB 34) führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ aus, dass nach intensiver Beanspruchung noch ein Belastungsschmerz bestehe. Die Muskelkraft habe sich aber deutlich verbessert und im Einbeinstand sei das Abheben der Ferse wiederum möglich. Die Sehne sei kräftiger geworden und die Narbe per secundam geheilt. Weiterhin bestehe ein verkürzter Gastrocnemius. In einem weiteren Bericht vom 2. Februar 1987 (AB 36) gab er – im Rahmen eines Dispenses von längeren Märschen während des Militärdienstes – an, dass subjektiv keine wesentlichen Beschwerden bestünden und weitgehend volle Belastbarkeit vorhanden sei. Die Achillessehne habe eine gute Konsistenz und der mediale Gastrocnemiuskopf sei funktionell.

**3.2.4** Im Arztbericht vom 6. November 2012 (AB 40) diagnostizierten die Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und B. \_\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer eine ansatznahe Achillodynie links bei einer Haglund-Ferse und einen Pes plano valgus links mehr als rechts. Seit ungefähr einem Jahr leide der Beschwerdeführer unter Anlaufschmerzen sowie Schmerzen am Ansatz der Achilles-

sehne nach längerer Belastung. Eine Einschränkung bezüglich der beruflichen Tätigkeit sei nicht gegeben. Die Narbenverhältnisse seien reizlos abgeheilt und es bestehe keine Druckdolenz, jedoch etwas verdickte Weichteile im mittleren Anteil der Achillessehne links mehr als rechts. Zudem sei eine normale extrinsische und intrinsische Muskulatur vorhanden. Am Ansatz der Achillessehne mediozentral am Calcaneus bestehe eine lokale Druckdolenz. Es würden eine Einlagenversorgung empfohlen, um das mediale Fusslängsgewölbe zu stützen, und regelmässige Stretchingübungen für die dorsale Bein- und Wadenmuskulatur sowie exzentrische Muskelkräftigungsübungen.

**3.2.5** Aus der kreisärztlichen Beurteilung des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2012 (AB 42) geht hervor, dass nach der Abheilung respektive dem Abschluss der Behandlung der Achillessehnenruptur im Jahr 1984 offensichtlich während Jahrzehnten keine Probleme mehr aufgetreten seien. Mit medizinisch-praktischer Sicherheit könne deshalb davon ausgegangen werden, dass die Ruptur vollständig ausgeheilt sei und ein kausaler Zusammenhang der aufgetretenen Beschwerden im Sinne einer Spätfolge der früheren Verletzung zum heutigen Zeitpunkt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht werden könne (AB 42/2).

**3.2.6** Im Bericht vom 24. Januar 2013 (AB 44) vertreten die Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und B. \_\_\_\_\_ die Meinung, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der Vorgeschichte mit der Achillessehnenruptur mit Naht und der damit verbundenen ausgeprägten Vernarbungen/Verklebungen sowie Verkürzung der dorsalen Bein- und Wadenmuskulatur ein erhöhtes Risiko bestehe, im Verlauf der Jahre eine ansatznahe Achillodynie links zu entwickeln.

**3.2.7** Dr. med. D. \_\_\_\_\_ führte in seiner kreisärztlichen Beurteilung vom 20. Februar 2013 (AB 47) aus, dass die angeblichen Schmerzen seit 1984 nicht belegt seien. Eine Fussgewölbestützung sei aufgrund des anlagebedingten Senk-Platt-Fusses und nicht in Bezug auf die Achillessehne erfolgt. Solche Einlagen wären zudem nicht die richtige Therapie für eine Achillodynie. Der Hauptschmerzpunkt liege im Bereich einer Haglund-Exostose, welche ebenso wenig in Zusammenhang mit dem ursprünglichen

Achillessehnenriss stehe. Daraus folge, dass höchstens ein möglicher kausaler Zusammenhang, aber kein überwiegend wahrscheinlicher, bestehe.

**3.2.8** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 22. August 2013 (AB 57) eine Haglund-Exostose Bursitis subachillea und eine Insertionstendinose Achillessehne links. Klinisch bestehe eine Druckdolenz an der linken Insertion der Achillessehne mit Verdickung derselben bei ansonsten guter Kraftübertragung auf die Achillessehne mit regelrechter Länge und reizloser Narbe. Ein deutlicher Knick- und Senkfuss auf beiden Seiten führe zu einer asymmetrischen Belastung im Insertionsbereich (AB 57/1). Es würden physiotherapeutische Stabilisierungsübungen und eine Stosswellentherapie empfohlen (AB 57/2).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin hat sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2015 (BB 1) insbesondere auf die kreisärztlichen Aktenberichte von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2012 (AB 42), vom 20. Februar 2013 (AB 47) und vom 16. April 2013 (AB 53) gestützt. Diese Berichte erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiavor), womit ihnen voller Beweiswert zuzuerkennen ist.

**3.3.1** Daran ändert auch der Umstand nichts, dass sich Dr. med. D. \_\_\_\_\_ als versicherungsinterner Arzt der Beschwerdegegnerin geäußert hat. Es bestehen keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Bezüglich des Einwands des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. 2.1 - 2.3), Dr. med. D. \_\_\_\_\_ habe sich einzig auf die Akten gestützt, ist darauf hinzuweisen, dass ein Aktenbericht zulässig ist, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (SVR 2010 UV Nr. 17 S. 68 E. 7.2; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Mai 2008, 8C\_210/2007, E. 8.4). Da die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben, war durch den Kreisarzt lediglich noch zu beurteilen, ob die gemeldete Gesundheitsschädigung der ansatznahen Achillodynie links bei Status nach Achillessehnenruptur mit Naht 1984 (AB 37) in überwie-

gend wahrscheinlichem Zusammenhang mit dem versicherten Ereignis von 1984 steht. Diese Beurteilung war ihm auch ohne zusätzliche kreisärztliche Untersuchung möglich. Eine solche hätte gemäss Dr. med. D. \_\_\_\_\_ (AB 53/2) nichts wesentliches Neues aufzeigen können. Aufgrund der vorhandenen Unterlagen und insbesondere des vollständig vorliegenden Untersuchungsbefunds konnte sich der Kreisarzt somit ein gesamthaft lückenloses Bild machen. Damit liegt – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes durch die Beschwerdegegnerin vor, wenn sie im Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2015 (BB 1) auf die Aktenberichte (AB 42, 47, 53) des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ abstellte. Es besteht daher auch für das Gericht keine Veranlassung dazu, weitere Beweismassnahmen zu treffen.

**3.3.2** Die Achillessehnenruptur im Jahr 1984 wurde operativ versorgt und verursachte nach deren Abheilung respektive nach Abschluss der Behandlung offensichtlich während Jahrzehnten keine Probleme mehr. Gemäss Dr. med. D. \_\_\_\_\_ kann deshalb mit medizinisch-praktischer Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die Achillessehnenruptur vollständig ausgeheilt ist (AB 42/2). Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten seit 1984 wiederkehrenden Beschwerden im Bereich des Achillessehnenansatzes links (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. 1.2) sind nicht belegt. Der letzte Arztbericht dieses Leiden betreffend datiert vom 2. Februar 1987 (AB 36). Gemäss diesem Bericht bestanden schon damals subjektiv keine wesentlichen Beschwerden mehr. Bei der Untersuchung durch Dr. med. C. \_\_\_\_\_ hat der Beschwerdeführer denn auch angegeben, erst seit ungefähr einem Jahr, d.h. 24 Jahre nach der letzten belegten Untersuchung, unter Anlaufschmerzen sowie Schmerzen nach längerer Belastung am Ansatz der Achillessehne zu leiden. Ebenfalls nicht belegt ist die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verkürzung der Wadenmuskulatur und der Achillessehne (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. 1.2). Gemäss den Dres. med. B. \_\_\_\_\_ und C. \_\_\_\_\_ besteht eine normale extrinsische und intrinsische Muskulatur (AB 40). Zudem bestätigte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 22. August 2013 (AB 57), dass die Achillessehne eine regelrechte Länge hat. Aufgrund der Unterlagen sind für die am 6. November 2012 diagnostizierte ansatznahe Achillodynie links in erster Linie die Haglund-Exostose und der Pes plano valgus als Ursachen verantwortlich (AB

47). Die Haglund-Ferse wird von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ und Dr. med. C.\_\_\_\_\_ als erste mögliche Ursache für die Achillodynie angesehen. Erst als zweite Möglichkeit ziehen die Ärzte die Ruptur im Jahr 1984 in Betracht (AB 40). Währenddem sieht Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die asymmetrische Belastung verursacht durch den deutlichen Knick-Senk-Fuss als Ursache für den Insertionsschmerz (AB 57/1). Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hat daher – gestützt auf die Untersuchungsergebnisse – in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dargelegt, dass keine überwiegend wahrscheinliche Kausalität der vom Beschwerdeführer geltend gemachten ansatznahen Achillodynie links mit dem Militärdienst 1984 vorliegt, sondern die Schmerzen vielmehr im Bereich der Haglund-Exostose liegen, welche ebenso wenig mit dem ursprünglichen Achillessehnenriss zu tun hat (AB 47). Diese Einschätzung überzeugt und es ist darauf abzustellen.

**3.3.3** Nichts daran zu ändern vermag der Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 24. Januar 2013 (AB 44). Danach erachten sie einzig das Risiko, dass sich beim Beschwerdeführer aufgrund der Vorgeschichte mit Achillessehnenruptur und Naht eine ansatznahe Achillodynie bildet, als erhöht. Dass die diagnostizierte Achillodynie tatsächlich auf die Achillessehnenruptur zurückzuführen ist, wird dadurch nicht bestätigt. Weiter ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353). Dies wird vorliegend insbesondere dadurch deutlich, dass obwohl im Bericht vom 6. November 2012 (AB 40) eine normale extrinsische und intrinsische Muskulatur beschrieben wurde, neu – zum Vorteil des Beschwerdeführers – von einer ausgeprägten Verkürzung der dorsalen Bein- und Wadenmuskulatur ausgegangen wird (AB 44).

**3.4** Demnach hat die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2015 den Kausalzusammenhang zwischen der ansatznahen Achillodynie und der Achillessehnenruptur von 1984 zu Recht verneint. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

**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.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - SUVA, Abteilung Militärversicherung (samt Eingabe des Beschwerdeführers vom 21. März 2016)
  - Bundesamt für Gesundheit, Aufsicht Militärversicherung, 3003 Bern

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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.