Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}
8C_210/2007

Urteil vom 15. Mai 2008
I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung
Bundesrichter Ursprung, Präsident,
Bundesrichter Lustenberger, Bundesrichterin Leuzinger,
Gerichtsschreiber Jancar.

Parteien
H._____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Peter Eberle, Felsenstrasse 4, 8808 Pfäffikon,

gegen

SUVA Militärversicherung, Schermenwaldstrasse 10, 3063 Ittigen, Beschwerdegegnerin.

Gegenstand
Militärversicherung,

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Schwyz vom 23. Februar 2007.

Sachverhalt:

A.

Der 1971 geborene H._____ ist von Beruf Exportfachmann. Während eines vom 26. Februar bis 16. März 2001 dauernden militärischen Wiederholungskurses (nachfolgend WK) schlug er am 12. März 2001 beim Sprung von einem Lastwagen den Kopf an. Gemäss truppenärztlicher Eintragung kam es zu "einem Sturz auf den Hinterkopf während Bat-Übung, anschliessend Schwindel, Blutung am Hinterkopf, 2 cm grosse Rissquetschwunde (RQW) Hinterkopf". Der Truppenarzt notierte unter Beurteilung: "RQW Hinterkopf, Commotio", machte eine Wundnaht mit zwei Einwegnadeln "auf Hist während Bat-Übung" und verordnete einen Dispens für Helmtragen und Sport. Der Versicherte konnte den WK beenden. Am 23. März 2001 nahm sein Hausarzt Dr. med. F._____, Allg. Medizin FMH, die Fadenentfernung vor. Die Militärversicherung (ab 1. Juli 2005: Schweizerische Unfallversicherungsanstalt [SUVA], Abteilung Militärversicherung, nachfolgend MV) übernahm die Behandlungskosten. Am 20. August 2002 meldete sich der Versicherte bei der MV wieder zum Leistungsbezug an, wobei Dr. med. F._____ im Bericht vom 23. August 2002 eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) diagnostizierte. Der den Versicherten vom 30. April bis 22. Juli 2002 behandelnde Chiropraktor SCG/ECU Dr. A._____ diagnostizierte im Bericht vom 17. September 2002 ein posttraumatisches cervikocephales Syndrom. Vom 3. Dezember 2003 bis 14. Januar 2004 wurde der Versicherte erneut von Dr. A._____ behandelt, wofür die MV aufkam. Am 22. Oktober 2004 stellte der Versicherte bei der MV ein weiteres Leistungsbegehren. In den Berichten vom 26. Oktober 2004 und 11. Februar 2005 gab Dr. A._____ an, vom 25. August bis 13. September 2004 sei eine erneute Exazerbation des posttraumatischen cervikocephalen Syndroms aufgetreten. Die MV holte Aktenbeurteilungen des MV-Arztes Dr. med. G._____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom 18. Februar, 5. April und 9. August 2005 ein. Mit Verfügung vom 30. August 2005 lehnte die MV die Haftung für die ab 25. August 2004 neu aufgetretenen HWS-Beschwerden, Kopfschmerzen und Schwindelattacken ab. Auf Einsprache hin zog sie einen Bericht des Dr. med. M._____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie und Arbeitsmedizin, SUVA Abteilung Arbeitsmedizin, vom 1. März 2006 sowie eine versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung der Frau Dr. med. E._____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, Medizinische Fachstelle MV, vom 4. August 2006 bei. Mit Entscheid vom 24. August 2006 wies die MV die Einsprache ab.

B.

Die hiegegen eingereichte Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit Entscheid vom 23. Februar 2007 ab.

C.

Mit Beschwerde beantragt der Versicherte, in Aufhebung des kantonalen Entscheides sei festzustellen, dass die MV für seine auch ab 25. August 2004 aufgetretenen HWS-Beschwerden, Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden hafte; eventuell sei die Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs sowie zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen und zur neuen Entscheidung an das kantonale Gericht zurückzuweisen.

Das kantonale Gericht und die MV schliessen auf Beschwerdeabweisung, während das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung verzichtet.

Mit Verfügungen vom 7. März 2008 erhielten der Versicherte und die MV letztinstanzlich Gelegenheit, ihre Vorbringen in Anbetracht des zwischenzeitlich ergangenen, die so genannte Schleudertrauma-Praxis bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden präzisierenden Urteils BGE U 394/06 vom 19. Februar 2008 (nachfolgend: BGE U 394/06) zu ergänzen. Davon wurde mit Vernehmlassungen vom 20. März 2008 (MV) und 10. April 2008 (Versicherter) Gebrauch gemacht.

Erwägungen:

1.

1.1 Die Beschwerde kann wegen Rechtsverletzung gemäss Art. 95 und Art. 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Es ist somit weder an die in der Beschwerde geltend gemachten Argumente noch an die Erwägungen der Vorinstanz gebunden; es kann eine Beschwerde aus einem anderen als dem angerufenen Grund gutheissen und es kann sie mit einer von der Argumentation der Vorinstanz abweichenden Begründung abweisen (vgl. BGE 130 III 136 E. 1.4 S. 140). Das Bundesgericht prüft grundsätzlich nur die geltend gemachten Rügen; es ist nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu prüfen, wenn diese vor Bundesgericht nicht mehr vorgetragen wurden. Es kann die Verletzung von Grundrechten und von kantonalem und interkantonalem Recht nur insofern prüfen, als eine solche Rüge in der Beschwerde vorgebracht und begründet worden ist (Art. 106 Abs. 2 BGG).

1.2 Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

2.

2.1 Die Vorinstanz hat die Bestimmungen und Grundsätze über den Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV; Art. 42 und 44 ATSG; BGE 132 V 387 E. 4.1 und 5.1 S. 389 f., 376 ff., 368 E. 3.1 S. 370, 129 II 497 E. 2.2 S. 504, 127 V 431 E. 6d/aa S. 437, 126 I 72, 126 V 130 E. 2b S. 131, je mit Hinweisen), den Gegenstand der Militärversicherung (Art. 4 Abs. 1 Satz 1 MVG) sowie die Haftung der Militärversicherung bei während des Dienstes auftretenden Gesundheitsschäden (Art. 5 Abs. 1 MVG) und bei während des Dienstes auftretenden, jedoch erst danach festgestellten Gesundheitsschäden sowie bei Rückfällen und Spätfolgen (Art. 6 MVG; BGE 123 V 137 E. 3a S. 138, 118 V 293 E. 2c S. 296, 111 V 370 E. 2b S. 373, 141 E. 4 S. 146; RKUV 1997 Nr. U 275 S. 188 E. 1c; vgl. auch SVR 2008 MV Nr. 2 S. 3 E. 4 [M 2/06], 2007 MV Nr. 1 S. 1 E. 3.1 [M 8/05], 2005 MV Nr. 1 S. 1 E. 1.1 f. [M 1/02]) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt zum Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG; BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 68 f.), zum Beweiswert von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3 S. 352, SVR 2007 UV Nr. 33 S. 111 E. 4.2 [U 571/06], je mit Hinweisen) und zur antizipierten Beweiswürdigung (BGE 131 I 153 E. 3 S. 157, 124 V 90 E. 4b S. 94; SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149 E. 4 [I 9/07]). Darauf wird verwiesen.

2.2 Zu ergänzen ist, dass das Bundesgericht im jüngst ergangenen BGE U 394/06 die Praxis zur Kausalitätsprüfung bei Unfall mit Schleudertrauma, äquivalenter Verletzung der HWS oder Schädel-Hirntrauma ohne organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden (sog. Schleudertrauma-Praxis) in mehrfacher Hinsicht präzisiert hat. Gemäss diesem Urteil ist am Erfordernis einer besonderen Adäquanztprüfung bei Unfällen mit solchen Verletzungen festzuhalten (E. 7-9 des erwähnten Urteils). Auch besteht keine Veranlassung, die bewährten Grundsätze über die bei dieser Prüfung vorzunehmende Einteilung der Unfälle nach deren Schweregrad und den abhängig von der

Unfallschwere gegebenenfalls erforderlichen Einbezug weiterer Kriterien in die Adäquanzbeurteilung zu ändern (E. 10.1). Das Bundesgericht hat aber die Anforderungen an den Nachweis einer natürlich unfallkausalen Verletzung, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigt, erhöht (E. 9) und die adäquanzrelevanten Kriterien teilweise modifiziert (E. 10).

3.

Die Vorinstanz hat erwogen, der vorliegend zu beurteilende Gesundheitsschaden (cervikocephales Syndrom/HWS-Syndrom) sei über ein Jahr nach Absolvierung des WKs festgestellt worden, weshalb ein Fall von Art. 6 MVG gegeben sei.

Diese vorinstanzliche Rechtsanwendung ist unbestritten und nicht zu beanstanden (vgl. E. 1.1 hievor), da die in Frage stehenden gesundheitlichen Beschwerden (HWS-Beschwerden, Kopfschmerzen und Schwindelattacken) der MV am 20./23. August 2002, mithin nach Beendigung des WKs (16. März 2001), gemeldet wurden und das Bestehen von Brückensymptomen nicht erstellt ist (vgl. E. 8.3.2 hienach; Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung, Bern 2000, N 5 f. zu Art. 6 MVG).

4.

4.1 Die MV lehnte eine Haftung für die ab 25. August 2004 neu aufgetretenen HWS-Beschwerden, Kopfschmerzen und Schwindelattacken ab, weil ein überwiegend wahrscheinlicher Zusammenhang mit dem WK-Unfall vom 12. März 2001 nicht gegeben sei. Die Vorinstanz bestätigte dies.

Der Versicherte macht geltend, die MV habe die Behandlungen durch den Chiropraktor Dr. A. _____ in der Zeit vom 30. April bis 22. Juli 2002 sowie vom 3. Dezember 2003 bis 14. Januar 2004 übernommen und damit ihre Leistungspflicht anerkannt. Sie widerrufe diese, ohne dass die Voraussetzungen einer Revision geltend gemacht oder nachgewiesen würden. Dies stelle eine Verletzung des Grundsatzes von Treu und Glauben bzw. des Vertrauensgrundsatzes dar. Dieser Grundsatz gebiete die Fortsetzung der Übernahme der Heilungskosten für die gleichartigen Beschwerden.

4.2 Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b; Urteile 8C_540/2007 vom 27. März 2008, E. 4.3.2, M 13/05 vom 17. Juli 2006, E. 1, und M 2/99 vom 24. Januar 2000, E. 2b und 3 Ingress; Maeschi, a.a.O., N 20 und 28 zu Art. 6 MVG). Diese Grundsätze sind auch im Bereich der Militärversicherung massgebend.

4.3

4.3.1 Es steht fest, dass die MV für die Heilbehandlungskosten bis 14. Januar 2004 aufgekommen ist. Die Vorinstanz hat erwogen, die MV habe die Leistungen nicht vorbehaltlos erbracht, da sie dem Versicherten mit Schreiben vom 3. September 2002 und 7. Oktober 2004 mitgeteilt habe, zur Frage ihrer Leistungspflicht würde sie nach Abschluss der notwendigen Abklärungen Stellung nehmen.

Dieser vorinstanzlichen Argumentation kann nicht gefolgt werden. Am 3. September 2002 teilte die MV dem Versicherten zwar mit, sie werde zu ihrer Leistungspflicht Stellung nehmen, sobald die notwendigen Abklärungen abgeschlossen seien. In der Folge kam sie aber nach Beizug weiterer Berichte des Dr. A. _____ vom 17. September 2002 und 6. Juli 2004 für die Heilbehandlung in der Zeit vom 30. April bis 22. Juli 2002 und vom 3. Dezember 2003 bis 14. Januar 2004 auf und anerkannte damit ihre Haftung. Am 7. Oktober 2004 eröffnete die MV dem Versicherten, sie werde

zur Leistungspflicht für die Behandlung vom 25. August bis 13. September 2004 bei Dr. A. _____ so bald als möglich Stellung nehmen.

Demnach ist die vorliegend im Streit liegende, nachträgliche Ablehnung der Haftung für die Zeit ab 25. August 2004 - nach vorheriger Bejahung der Kausalität zwischen dienstlicher Einwirkung und den geklagten Beschwerden sowie der Leistungspflicht - nur rechtmässig, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung der dienstlichen Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, wofür die MV die Beweislast trägt (E. 4.2 hievov; erwähntes Urteil M 13/05, E. 2).

4.3.2 Aus dem Grundsatz von Treu und Glauben bzw. dem Vertrauensgrundsatz kann der Versicherte nichts zu seinen Gunsten ableiten. Es lässt sich keinesfalls sagen, bei einer einmal anerkannten Leistungspflicht sei es dem Unfallversicherer verwehrt, in einem späteren Zeitpunkt neue Abklärungen hinsichtlich des natürlichen Kausalzusammenhangs zu tätigen. Dauert eine gesundheitliche Beeinträchtigung an, ist der Unfallversicherer berechtigt und letztlich sogar verpflichtet, die allenfalls weiterbestehende ursächliche Bedeutung des Unfalls zu klären. Die vorgenannte Rechtsprechung (E. 4.2 hievov) beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen dieser Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (E. 2.1 hievov) richtig und vollständig zu klären (erwähntes Urteil 8C_540/2007, E. 4.3.2).

5.

5.1 Formell rügt der Versicherte - wie bereits vorinstanzlich - eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör und des Akteneinsichtsrechts, weil die MV ihm die vor Erlass des Einspracheentscheides vom 24. August 2006 eingeholte versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung der Frau Dr. med. E. _____ vom 4. August 2006 (vgl. E. 6.5 hienach) nicht zur Kenntnis gebracht habe.

Die Vorinstanz hat eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör verneint und führte aus, bei der versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilung der Frau Dr. med. E. _____ vom 4. August 2006 handle es sich um eine versicherungsinterne Fachbeurteilung, die nicht als Sachverständigengutachten im Rechtssinne zu verstehen sei und Art. 44 ATSG nicht unterliege. Der Beschwerdeführer habe keinen Anspruch auf vorgängige Einsicht in diese Aktenbeurteilung und auf Stellungnahme hiezu gehabt. Das rechtliche Gehör sei ihm umfassend und in einem Rahmen gewährt worden, der über den gesetzlichen Anspruch hinausgehe (Vorbescheidverfahren). Der ergänzende neurootologische Bericht des Dr. med. M. _____ vom 1. März 2006 wie auch die Aktenbeurteilung der Frau Dr. med. E. _____ vom 4. August 2006 hätten übrigens zu keiner gegenüber dem Vorbescheid und der Verfügung abweichenden Beurteilung des medizinischen Sachverhalts geführt.

5.2 Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilung vom 4. August 2006 hat die MV-Ärztin Frau Dr. med. E. _____ den Versicherten nicht selber untersucht, sondern eine Würdigung der medizinischen Aktenlage vorgenommen. Eine solche versicherungsinterne Beurteilung stellt letztlich eine Parteibehauptung des Versicherers dar (Urteil U 330/05 vom 19. Januar 2006, E. 2). Grundsätzlich sind auch Einschätzungen versicherungsinterner Ärzte und (zusätzliche) Stellungnahmen medizinischer Fachpersonen zu bereits erstellten Berichten oder Gutachten den Parteien zur Stellungnahme zu unterbreiten. Verwaltungsbehörden dürfen sich nicht über den elementaren Grundsatz des rechtlichen Gehörs hinwegsetzen und darauf vertrauen, dass solche Verfahrensmängel in einem vom durch den Verwaltungsakt Betroffenen allfällig angehobenen Gerichtsverfahren behoben werden (BGE 116 V 182 E. 3c mit Hinweis S. 187). Eine Rückweisung zur nachträglichen Einholung einer Stellungnahme ist indessen nur angezeigt, wenn das betreffende Dokument geeignet ist, die Entscheidungsfindung zu beeinflussen (BGE 127 I 54 E. 2b S. 56; Urteil I 355/06 vom 27. März 2007, E. 4.1 mit Hinweisen).

5.3

5.3.1 Soweit die Vorinstanz erwogen hat, die Aktenbeurteilung der Frau Dr. med. E. _____ vom 4. August 2006 unterliege nicht den Verfahrensvorschriften von Art. 44 ATSG, braucht darauf nicht eingegangen zu werden. Denn der Beschwerdeführer beruft sich nicht auf die ihm vor einer Begutachtung nach Art. 44 ATSG zustehenden Verfahrensrechte, sondern beanstandet einzig, die Aktenbeurteilung der Frau Dr. med. E. _____ sei ihm nachträglich nicht zur Kenntnis gebracht worden.

5.3.2 Die MV hat dem Versicherten vor Erlass des Einspracheentscheides am 24. August 2006 nicht mitgeteilt, dass sie zusätzlich die Aktenbeurteilung der Frau Dr. med. E. _____ vom 4. August 2006 einholen werde bzw. eingeholt hatte. Er kannte diese Aktenbeurteilung nicht und konnte sie auch nicht kennen, weshalb ihm nicht entgegengehalten werden kann, er hätte ein Gesuch um

Akteneinsicht stellen können (BGE 132 V 387 E. 6.2 S. 391).

Die MV führte im streitigen Einspracheentscheid aus, sie stimme mit der versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilung der Frau Dr. med. E. _____ überein. Die Befunde könnten den Akten entnommen werden. Sie sei somit eingehend dokumentiert. Die versicherungsmedizinischen Aspekte seien von Frau Dr. med. E. _____ in Kenntnis der Vorakten und der geklagten Beschwerden beurteilt worden. Die versicherungsmedizinische Beurteilung sei umfassend. Sie stelle die geschilderten Beschwerden und die objektiven Befunde dar. Sie entspreche den von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen. Die medizinischen Aspekte seien klar erfasst. Deshalb erübrige sich die Einholung weiterer medizinischer Untersuchungen und Berichte.

Nach dem Gesagten bildete die versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung der Frau Dr. med. E. _____ vom 4. August 2006 eine wesentliche Grundlage des Einspracheentscheides. Die MV hat daraus zitiert und sich auf deren Argumentation abgestützt. Es kann indessen nicht gefolgert werden, die Nichtzustellung der Aktenbeurteilung der Frau Dr. med. E. _____ vor Erlass des Einspracheentscheides stelle eine schwere, keiner Heilung zugängliche Verletzung des rechtlichen Gehörs dar. Sie bestätigte nämlich im Wesentlichen lediglich die der Verfügung vom 30. August 2005 zugrunde gelegte Beurteilung. Selbst wenn eine Gehörsverletzung seitens der MV zu bejahen ist (vgl. auch BGE 132 V 387 E. 5.2 S. 390), ist von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an diese im Sinne einer Heilung des Mangels abzusehen, da dem Bundesgericht vorliegend grundsätzlich die volle Kognition zusteht (E. 1.2 hievor und 6 ff. hienach) und die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren sind (vgl. auch BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390 mit Hinweis; SVR 2008 UV Nr. 1 S. 1 E. 3.3.2 [8C_240/2007]).

6.

6.1 Laut den auf die Sanitätsakten gestützten Angaben der Frau Dr. med. E. _____ vom 4. August 2006 stürzte der Versicherte gemäss truppenärztlicher Eintragung in einem WK am 12. März 2001 auf den Hinterkopf. Danach blutete er am Hinterkopf und es war ihm schwindlig. Der Truppenarzt habe die RQW am Hinterkopf genäht und unter Beurteilung notiert: "RQW Hinterkopf, Commotio".

6.2 Der Hausarzt Dr. med. F. _____, der am 23. März 2001 die Fadenentfernung vornahm, stellte im Bericht gleichen Datums die Diagnose "RQW Schädel". Im Bericht vom 23. August 2002 diagnostizierte er eine HWS-Distorsion.

6.3 Der behandelnde Chiropraktor Dr. A. _____ legte im Bericht vom 11. Februar 2005 dar, der Versicherte habe ihn erstmals am 30. April 2002 wegen eines posttraumatischen cervicocephalen Syndroms aufgesucht. Er habe ihn deswegen vom 30. April bis 22. Juli 2002, vom 3. Dezember 2003 bis 14. Januar 2004 und vom 25. August bis 13. September 2004 behandelt. Seit einem leichten Schädeltrauma im WK 2001 (frontal in Ladebrücke geprallt mit HWS-Hyperextensionstrauma und Platzwunde) rezidierten mehr oder weniger starke Nacken-, Kopfschmerzen und leichte Schwindelattacken. Die Untersuchungsbefunde zu Beginn der drei bisherigen Behandlungsserien seien jeweils ähnlich: paravertebraler Hartspann cervical, suboccipitale Myotendinosen, Kopfgelenksdysfunktionen, leichte Einschränkung des HWS-Bewegungsumfangs in Rotation und Seitneigung beidseits. Der kursorische neurologische Unterbruch der Hirnnerven und der oberen Extremitäten sei unauffällig. Es bestünden keine Hinweise auf eine zentralnervöse oder vestibuläre Ursache für den Schwindel. Das HWS-Röntgen (ap, lat, transbucal vom 30. April 2002) zeige eine leichte Rotationsfehlstellung von C1 und einen leichten Linksshift der oberen Brustwirbelsäule (BWS) und HWS bei sonst weitgehend altersentsprechenden Verhältnissen. Der Versicherte habe jeweils sehr gut und schnell auf die manipulative Behandlung im Kopfgelenksbereich angesprochen. Wenige Sitzungen hätten zu einer vollständigen Remission der Symptomatik geführt. Der Versicherte sei immer arbeitsfähig gewesen und es seien keine Medikamente eingesetzt worden. Übungen zur längerfristigen segmentalen HWS-Stabilisation seien instruiert worden. Die HWS sei bis zum Unfall im Jahre 2001 beschwerdefrei gewesen. Die Unfallkausalität stehe deshalb für ihn (Dr. A. _____) ausser Frage. Gelegentliche Rezidive seien sicher nicht auszuschliessen, die Problematik werde sich aber vermutlich zunehmend stabilisieren.

6.4 Der MV-Arzt Dr. G. _____ führte in der Aktenbeurteilung vom 9. August 2005 aus, die Frage, ob die Wunde hinten oder vorne am Kopf gewesen sei, spiele hier keine Rolle. Nicht bestritten werden könne, dass beim Unfall zwar Schwindel als Hinweis für eine leichte Commotio, jedoch keine Nacken-

und Hinterkopfbeschwerden ausgewiesen seien. Solche seien erst nach einem Intervall von ca. einem Jahr, für welches keine Beschwerden geltend gemacht würden, aufgetreten. Somit sei ein Zusammenhang dieser Beschwerden mit dem Unfall nicht überwiegend wahrscheinlich.

6.5 Dr. med. M._____ gab im Bericht über die neurootologische Untersuchung des Versicherten vom 1. März 2006 an, es habe eine cervikogene zentrale vestibuläre Funktionsstörung objektiviert werden können. Die Schwindelproblematik gehe vom Nacken aus. Eine Verletzung im HWS-Bereich durch den Unfall vom 12. März 2001 erscheine zumindest plausibel. Indessen könne von neurootologischer Seite her eine abschliessende Aussage über die Kausalität nicht gemacht werden. Zur definitiven Beurteilung der Kausalität müsse sicher noch eine rheumatologische, allenfalls auch orthopädische fachärztliche Meinung eingeholt werden. Ohne jedoch diesen sicher eher abschliessenden Beurteilungen vorgreifen zu wollen, sei er aufgrund seiner langjährigen Erfahrung und auch aufgrund seiner aktuellen Beobachtungen im Rahmen der heutigen Untersuchung sowie und nicht zuletzt auch aufgrund der erhobenen Befunde eher geneigt, die Kausalität mit dem Unfall vom 12. März 2001 zu bejahen. Die zeitweise auftretenden Schwindelbeschwerden kämen vom Nacken her und seien grundsätzlich harmloser Natur, wenn sie auch durchaus unangenehm sein könnten. Wäre der Versicherte in einem Beruf mit hohen Anforderungen an das Gleichgewichtssystem tätig, wäre die Arbeitsfähigkeit sicher in Frage zu stellen.

6.6 Frau Dr. med. E._____ stellte in der versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilung vom 4. August 2006 folgende Diagnosen: MV: Schädelprellung (ICD-10:S00) am 12. März 2001 mit kleiner oberflächlicher Hautverletzung am Kopf (ICD-10:S01), ohne neurologische Ausfälle, Restitutio ad integrum. Non-MV: Rezidivierende Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schwindelattacken, wahrscheinlich funktioneller Art. Weiter führte sie im Wesentlichen aus, der Truppenarzt habe von einer Commotio gesprochen. Hierunter verstehe man ein leichtes Schädel-Hirutrauma. Der Versicherte habe nach den echtzeitlichen Befunden das Bewusstsein nicht verloren und weder eine Erinnerungslücke noch neurologische Ausfälle aufgewiesen. Es könne somit keine Commotio im Sinne der Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, Herausgeber: H.C. Diener, 2003 Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2002, vorgelegen haben. Aus den Sanitätsakten ergebe sich, dass die RQW nicht am Vorder-, sondern Hinterkopf entstanden sei. Dies sei aber nur von untergeordneter Bedeutung, da sich der Versicherte beim Sturz lediglich eine Schädelprellung mit kleiner oberflächlicher Wunde an der Kopfhaut zugezogen habe, die folgenlos abgeheilt sei. Eine HWS-Distorsion gehe aus den

echtzeitlichen Dokumenten nicht hervor und lasse sich auch nicht aus dem Unfallmechanismus ableiten. Die Frage von Dr. med. M._____, ob der Versicherte damals nicht ein "viel schwerwiegenderes Trauma erlitten hat, als es schlussendlich dokumentiert wurde", müsse sie offen lassen. Dagegen spreche jedoch der dokumentierte gute Verlauf in den ersten Wochen nach dem Unfall. Ein Rückfall liege nicht vor, da keine Identität zwischen der Schädelprellung im März 2001 und den drei Episoden eines jeweils nur kurz behandlungsbedürftigen cervikocephalen Syndroms, welches sich klinisch mit Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schwindelattacken äussere, bestehe. Die Gründe habe sie bereits erwähnt (Schädelprellung sicher abgeheilt; keine Brückensymptome zwischen dem Unfall und den drei behandlungsbedürftigen Episoden in den Jahren 2002, 2003/2004 und 2004; zu lange zeitliche Latenz; gutes Ansprechen auf die manipulativen Therapien des Chiropraktors). Hinzuweisen sei noch auf die Tatsache, dass die konventionell radiologischen HWS-Bilder vom 30. April 2001 (recte 2002) keine traumatischen Läsionen, sondern lediglich minimale degenerative Veränderungen zeigten. Ein Rückfall liege auch deshalb nicht vor, weil der normale Heilverlauf nach einer

Schädelprellung degressiv bis zur Heilung verlaufe und nicht - nach erfolgter Heilung - mit grosser zeitlicher Distanz zum Unfall erneut progressiv werde (also wieder Beschwerden mache, hier sogar mit Symptomausweitung). Auch eine Spätfolge müsse verneint werden; pathophysiologisch sei ihr kein Mechanismus bekannt, der nach vollständiger Abheilung einer Prellung an einem vom Unfall entfernten Ort, nämlich an der HWS und an der oberen BWS eine organische Störung bewirken könne. Im Übrigen handle es sich bei der "segmentalen Dysfunktion", wie sie gemäss Dr. A._____ in grossen zeitlichen Abständen auftrete, nicht um eine organisch fixierte, sondern um eine rein funktionelle Störung von zwei oder drei Wirbelsegmenten, andernfalls sich das gute Ansprechen auf chiropraktische Manipulationen nicht erklären lasse. Für derartige, in grossen Abständen auftretende Dysfunktionen von umschriebenen Wirbelsäulenabschnitten bedürfe es jedes Mal auslösender Faktoren. Diese seien nicht in einem früher erlittenen Unfall zu suchen, sondern im beruflichen oder sportlichen Alltag des Betroffenen. Eine HWS-Distorsion könne sie nicht ausmachen. Die Unfallfolgen seien sicher seit langem und vollständig abgeheilt. Als Schlussfolgerung seien die 13, 33

und 41 Monate nach dem Unfall behandlungsbedürftigen Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schwindelattacken (cervikocephales Syndrom gemäss Chiropraktor) dienstfremd.

7.

7.1 Nach dem Gesagten stellte der Truppenarzt beim Versicherten in der echtzeitlichen Diagnose unter anderem eine am 12. März 2001 erlittene Commotio cerebri begleitet von Schwindel fest. Auch Dr. A. _____ (Berichte vom 17. September 2002, 26. Oktober 2004 und 11. Februar 2005) und der MV-Arzt Dr. med. G. _____ (Bericht vom 9. August 2005) gingen davon aus, der Versicherte habe ein leichtes Schädelhirntrauma erlitten. Demgegenüber ging die MV-Ärztin Frau Dr. med. E. _____ in der Aktenbeurteilung vom 4. August 2006 lediglich von einer Schädelprellung aus, da der Versicherte das Bewusstsein nicht verloren und weder eine Erinnerungslücke noch neurologische Ausfälle aufgewiesen habe.

7.2 Eine Commotio cerebri wird definiert als ein Bewusstseinsverlust von kurzer Dauer ohne neurologische Ausfälle, währenddem eine Contusio cerebri einen Zustand mit konsekutiven neurologischen Defiziten mit oder ohne Bewusstseinsverlust darstellt. Diese Begriffe werden den peritraumatischen Störungen nicht gerecht, da der Bewusstseinsverlust zu sehr im Mittelpunkt steht und klinische Zwischenstufen nicht berücksichtigt werden. Unter anderem wegen dieser Nachteile wurde der neue Begriff der milden traumatischen Hirnverletzung (mild traumatic brain injury [MTBI]) eingeführt. Hierunter wird ein durch Kontaktkräfte (Kopfanprall, Schlag auf Kopf) oder Akzeleration bzw. Dezeleration bedingtes kraniales Trauma verstanden, welches zu einer Unterbrechung der zerebralen Funktionen führt. Nach allgemein anerkannter Lehrmeinung setzt die Diagnose entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus. Andererseits darf die Störung nicht mit einer Bewusstlosigkeit von mehr als 30 Minuten, einem Schweregrad nach der Glasgow Coma Scale (GCS) von 13 bis 15 nach 30 Minuten

oder einer posttraumatischen Amnesie von mehr als 24 Stunden verbunden sein (Urteile U 479/05 vom 6. Februar 2007, E. 5.2, und U 197/04 vom 29. März 2006, E. 3.1; Siegel, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in: Siegel/Fischer [Hrsg.], Die neurologische Begutachtung, Zürich 2005, S. 165 f.).

7.3 Es braucht nicht geklärt zu werden, ob der Versicherte beim Unfall vom 12. März 2001 eine milde traumatische Hirnverletzung erlitten hat. Gleiches gilt hinsichtlich einer HWS-Distorsion, die einzig von Dr. med. F. _____ im Bericht vom 23. August 2002 diagnostiziert wurde. Denn selbst wenn diese Verletzungen zu bejahen wären, wäre damit noch nicht gesagt, dass der Versicherte an objektiv nachweisbaren organischen Unfallfolgen leidet (BGE U 394/06, E. 6.2.1; erwähnte Urteile U 479/05, E. 5.4, und U 197/04, E. 3.1), was vorliegend für die Leistungspflicht der MV erforderlich ist (vgl. E. 9 hienach).

8.

8.1 Entgegen den Aktenbeurteilungen der Frau Dr. med. E. _____ vom 4. August 2006 und des Dr. med. G. _____ vom 9. August 2005 führte der den Versicherten behandelnde Dr. A. _____ im Bericht vom 11. Februar 2005 aus, die Unfallkausalität des cervikocephalen Syndroms stehe für ihn ausser Frage. Dr. med. M. _____ legte in dem auf einer neurootologischen Untersuchung des Versicherten beruhenden Bericht vom 1. März 2006 dar, es liege eine objektivierbare cervikogene zentrale vestibuläre Funktionsstörung vor; er sei geneigt, deren Kausalität mit dem Unfall vom 12. März 2001 zu bejahen, wobei zur abschliessenden Klärung dieser Frage sicher noch eine rheumatologische, allenfalls auch orthopädische fachärztliche Meinung eingeholt werden müsse.

Weiter gab Dr. A. _____ im Bericht vom 11. Februar 2005 an, jeweils bei Behandlungsbeginn habe er beim Versicherten einen paravertebralen Hartspann cervical, suboccipitale Myotendinosen, Kopfgelenksdysfunktionen sowie eine leichte Einschränkung des HWS-Bewegungsumfangs in Rotation und Seitneigung beidseits festgestellt. Bei den Myotendinosen (vgl. ICD-10: M77.9) handelt es sich definitionsgemäss um eine kombinierte Muskel- und Sehnenentzündung (vgl. Springer Klinisches Wörterbuch, Heidelberg 2007, S. 1242). Ursache können chronische Überlastung, Mikrotraumen und Stoffwechsel- oder Durchblutungsstörungen sein (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, Berlin/New York 2007, S. 1895). Schon im Hinblick auf die Frage, ob ein entzündliches Geschehen vorliegt und bejahendenfalls, welches seine Ursache ist, rechtfertigt sich die von Dr. med. M. _____ verlangte rheumatologische Begutachtung. Diesbezüglich kann nicht allein auf die Angaben des Chiropraktors Dr. A. _____ abgestellt werden.

Im Rahmen der zusätzlichen medizinischen Prüfung ist auch zu klären, ob die von Dr. med. M._____ festgestellte cervikogene zentrale vestibuläre Funktionsstörung einem klar fassbaren organischen Korrelat zugeordnet werden kann, was aus seinem Bericht nicht rechtsgenügend hervorgeht (vgl. auch Urteile I 843/06 vom 12. Oktober 2007, E. 10.1.2, und U 328/06 vom 25. Juli 2007, E. 6.2 mit Hinweisen).

8.2 Mit dem neurootologischen Bericht des Dr. med. M._____ hat sich Frau Dr. med. E._____ nicht näher auseinandergesetzt. Sie hat - ohne Erwähnung seiner Tendenz zur Bejahung der Unfallkausalität - lediglich ausgeführt, er habe betont, seine Feststellungen liessen keine Rückschlüsse auf die Unfallkausalität zu. Weiter hat sie die Frage von Dr. med. M._____, ob der Versicherte am 12. März 2001 nicht ein "viel schwerwiegenderes Trauma erlitten hat, als es schlussendlich dokumentiert wurde", offen gelassen.

8.3 Frau Dr. med. E._____ und Dr. med. G._____ führten in ihren Aktenbeurteilungen das Fehlen von Brückensymptomen zwischen dem Unfall vom 12. März 2001 und den drei behandlungsbedürftigen Episoden (30. April bis 22. Juli 2002, 3. Dezember 2003 bis 14. Januar 2004 sowie 25. August bis 13. September 2004) für die Verneinung der Kausalität ins Feld. Erstere verneinte das Vorliegen von Spätfolgen oder eines Rückfalls.

8.3.1 Gemäss Rechtsprechung liegen Spätfolgen vor, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden (mit oder ohne verbleibenden Defektzustand) im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische 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 gar zu Arbeitsunfähigkeit kommt. Nach geltender Gerichtspraxis gilt zu beachten, dass je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem "Unfall" und dem Auftreten der neuen gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen sind (SVR 2005 MV Nr. 1 S. 1 E. 1.2 mit Hinweisen).

8.3.2 Der Versicherte gab am 2. Dezember 2004 gegenüber dem MV-Inspektor an, nach der Entlassung aus dem WK habe er die Arbeit als Exportsachbearbeiter wieder voll aufgenommen. Ob er damals noch Kopfschmerzen oder Schwindel gehabt habe, wisse er heute nicht mehr. Soweit er sich noch erinnern könne, seien ohne neues Ereignis etwa im Januar oder Februar 2002 Kopfschmerzen und Schwindel aufgetreten. Diese seien in der Folge immer wieder phasenweise und verstärkt aufgetreten. Dr. A._____, den der Versicherte erstmals am 30. April 2002 aufgesucht hatte, führte in den Berichten vom 17. September 2002, 6. Juli und 26. Oktober 2004 sowie 11. Februar 2005 aus, seit dem Schädeltrauma im WK 2001 bestünden bzw. rezidierten mehr oder weniger starke Nacken-, Kopfschmerzen und Schwindelattacken.

Aufgrund der Angaben des Versicherten vom 2. Dezember 2004 ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass im Zeitraum seit der Entlassung aus dem WK am 16. März 2001 bis Januar/Februar 2002 Brückensymptome bestanden. Dies schliesst indessen das Vorliegen von Spätfolgen oder eines Rückfalls nicht aus (vgl. auch SVR 2005 MV Nr. 1 S. 1 E. 2.1). Die MV ist für die Heilbehandlungskosten ab 30. April 2002 bis 14. Januar 2004 aufgekommen und hat damit die Unfallkausalität der Beschwerden anerkannt. Es ist zu klären, ob für die Zeit ab 25. August 2004 das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung der dienstlichen Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, wofür die MV die Beweislast trägt (E. 4.2 f. hievor).

8.4 Nach dem Gesagten kann nicht auf die Aktenbeurteilungen der Frau Dr. med. E._____ vom 4. August 2006 und des Dr. med. G._____ (zuletzt) vom 9. August 2005 abgestellt werden. Denn ein Aktenbericht ist zulässig, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil U 300/05 vom 7. November 2005, E. 4.2). Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt. Diesbezüglich ist auch zu beachten, dass Dr. med. G._____ seine Aktenbeurteilungen vor dem neurootologischen Bericht des Dr. med. M._____ vom 1. März 2006 und damit in Unkenntnis der Diagnose einer cervikogenen zentralen vestibulären Funktionsstörung erstattete.

Auf die Berichte des Dr. med. M._____ vom 1. März 2006 und des Dr. A._____ vom 2. Februar 2005 kann für sich allein ebenfalls nicht abgestellt werden.

Entgegen der vorinstanzlichen Auffassung kann nicht im Sinne antizipierter Beweiswürdigung (vgl. E. 2.1 hievor) gesagt werden, dass von einem zusätzlichen, nachvollziehbar und schlüssig begründeten medizinischem Gutachten keine verwertbaren entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. auch Urteil I 825/06 vom 14. August 2007, E. 5.2.3). Die Sache ist demnach an die MV zurückzuweisen, damit sie in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (E. 4.2 f. hievor) die

erforderliche spezialärztliche Begutachtung - insbesondere rheumatologischer und allenfalls auch orthopädischer Fachrichtung (E. 8.1 hievor) - veranlasse und hernach über ihre Haftung bzw. den Anspruch des Versicherten auf Heilbehandlung für die Zeit ab 25. August 2004 neu verfüge.

9.

9.1 Im Hinblick auf das weitere Vorgehen ist festzuhalten, dass die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt. Haftungsvoraussetzung ist die adäquate Kausalität hingegen bei organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden (BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103; Urteil U 241/06 vom 26. Juli 2007, E. 6.2).

9.2 Falls die ergänzenden medizinischen Abklärungen ergeben, dass den Beschwerden des Versicherten kein klar ausgewiesenes organisches Korrelat zu Grunde liegt, braucht die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 12. März 2001 nicht geklärt zu werden, wie die folgenden Erwägungen zeigen.

9.2.1 Der Versicherte macht letztinstanzlich geltend, beim Unfall vom 12. März 2001 sei er beim Sprung von der Ladebrücke eines Militärlastwagens mit der Uniform an einem Haken, der von der Decke des Lastwagens heruntergehangen sei, hängen geblieben, so dass es ihn umgedreht und kopfvoran mit dem Schwung seines ganzen Körpergewichts an die Aussenseite der Ladeklappe geschleudert habe. Es habe ihn kopfvoran an die Klappe der Ladebrücke, welche in geschlossener Position gewesen sei, geschleudert. Die RQW bzw. Kopfwunde habe sich am vorderen Teil des Kopfes einige Zentimeter oberhalb des Haaransatzes befunden.

Dieses Ereignis ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs (BGE U 394/06, E. 10.1) dem mittleren Bereich im Grenzbereich zu einem leichten Unfall zuzuordnen. Hierbei kann offen bleiben, ob die RQW am vorderen Teil des Kopfes oder am Hinterkopf auftrat (vgl. E. 6.1 hievor). Damit die adäquate Kausalität bejaht werden könnte, müsste ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden sieben Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein oder sie müssten in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sein (erwähntes Urteil U 394/06, E. 10.3; BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, 369 E. 4c S. 384; erwähntes Urteil U 328/06, E. 10.2).

9.2.2 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindringlichkeit des Unfalls ist nicht erfüllt. Gleiches gilt für das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung, selbst wenn von einer milden traumatischen Hirnverletzung und einer HWS-Distorsion auszugehen wäre (E. 7.3 hievor; erwähntes Urteil U 328/06, E. 11.2 mit Hinweis). Eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung ist im Zeitraum bis 25. August 2004 ebenfalls zu verneinen, da der Versicherte neben der Wundnaht unmittelbar nach dem Unfall und der hausärztlichen Fadenentfernung am 23. März 2001 einzig noch vom 30. April bis 22. Juli 2002 neunmal und vom 3. Dezember 2003 bis 14. Januar 2004 viermal der chiropraktischen Behandlung bedurfte. Eine Arbeitsunfähigkeit als Folge des Unfalls vom 12. März 2001 lag beim Versicherten nicht vor. Auch die weiteren Adäquanzkriterien (erhebliche Beschwerden; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; vgl. hierzu BGE U 394/06, E. 10.3) sind klarerweise nicht erfüllt, wie die Vorinstanz richtig erkannt hat. Demnach ist die adäquate Kausalität zwischen dem Unfall vom 12. März 2001 und

den nach dem 25. August 2004 anhaltenden Beschwerden des Versicherten zu verneinen, falls die vorzunehmende medizinische Begutachtung (E. 8.4 hievor) ergibt, dass ihnen kein klar ausgewiesenes organisches Korrelat zu Grunde liegt.

10.

Dem Prozessausgang entsprechend hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten (Art. 66 Abs. 1 BGG) zu tragen und dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu entrichten (Art. 68 Abs. 2 BGG; BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235 mit Hinweisen).

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Schwyz vom 23. Februar 2007 und der Einspracheentscheid der SUVA, Abteilung Militärversicherung, vom 24. August 2006 werden aufgehoben und die Sache wird an die SUVA zurückgewiesen, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über ihre Haftung und den Anspruch des Beschwerdeführers auf Heilbehandlung für die Zeit ab 25. August 2004 neu verfüge.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 2'500.- zu entschädigen.

4.

Die Sache wird zur Neuverlegung der Kosten und der Parteientschädigung des vorangegangenen Verfahrens an das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz zurückgewiesen.

5.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 15. Mai 2008

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung

des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Der Gerichtsschreiber:

i.V. Lustenberger Jancar