Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
U 153/05

Urteil vom 1. März 2006
IV. Kammer

Besetzung
Präsident Ursprung, Bundesrichter Schön und Frésard; Gerichtsschreiber Jancar

Parteien
W._____, 1964, Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher Rudolf Gautschi, Ulrichstrasse 14, 8032 Zürich,

gegen

Winterthur Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft, Generaldirektion, General Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Fürsprecher René W. Schleifer, Stampfenbachstrasse 42, 8006 Zürich

Vorinstanz
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Winterthur

(Entscheid vom 28. Februar 2005)

Sachverhalt:
A.
Der 1964 geborene W._____ arbeitete seit 1995 als Koch bei der Firma Z._____ und war damit bei den Winterthur Versicherungen (nachfolgend Winterthur) unfallversichert. Am 28. Juni 1996 warf ein Arbeitskollege mit einem zu einem Abfalleimer gehörenden Metallring von 50 cm Durchmesser und 830 g Gewicht nach dem Versicherten und traf ihn am Kopf. Die entstandene Platz(Riss-)wunde wurde im Universitätsspital U._____ notfallmässig versorgt. Am 15. September 1996 diagnostizierte Dr. med. T._____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, eine Schädelkontusion und eine Rissquetschwunde an Schädel und Lippe. Am 27. Dezember 1996 führte er aus, die Kopfschmerzen seien minimal; die Behandlung könne abgeschlossen werden. Eine Arbeitsunfähigkeit bestand bis anhin nicht. Ab 27. April 1998 wurde der Versicherte von Dr. med. T._____ wegen Leistungsschwäche bei Kopfschmerzen zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben. Seit 3. Juni 1998 war er beim Neurologen Dr. med. H._____ in Behandlung, der am 29. September 1998 therapieresistente postkontusionelle Cephalea (Contusio capitis) diagnostizierte. Vom 20. Juli bis 10. August 1998 wurde er in der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals U._____ behandelt, wo eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) diagnostiziert wurde. Seit 9. September 1998 war er bei der Psychiaterin Frau Dr. med. S._____ in Behandlung, die am 3. Dezember 1998 einen starken Leidensdruck infolge Kopfschmerzen nach Trauma, in der Folge depressive Verstimmung mit starker Antriebsstörung sowie eine Hypertonie diagnostizierte; seit 9. September sei er als Koch zu 50 % arbeitsunfähig. Der beratende Arzt der Winterthur, Dr. med. Y._____, FMH Chirurgie, verneinte am 20. Oktober 1998 mangels Brückensymptomen eine Kausalität zwischen der Behandlung ab 3. Juni 1998 und dem Unfall vom 28. Juni 1996; die Beschwerden seien eventuell bedingt durch Hypertonie. Die Winterthur lehnte die Übernahme weiterer Be-

handlungen seit 3. Juni 1998 ab (Mitteilung vom 2. November 1998), stellte dann aber am 7. Dezember 1998 weitere Abklärungen in Aussicht.

Am 8. Dezember 1998 erlitt der Versicherte einen Unfall, als ihn der Ehemann einer Arbeitskollegin, mit der er eine ausserehelichе Beziehung unterhielt, mit dem Personenwagen verfolgte und dabei insgesamt viermal mit seinem Auto kollidierte. Tagsdarauf suchte er Dr. med. T._____ auf, der eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäulen(LWS)-Gelenke sowie eine Kontusion mit Exkoriationen am linken Unterschenkel diagnostizierte und von 100%iger Arbeitsunfähigkeit ausging. Weiter beschrieb er eine vorbestehende ernsthafte Kopfwehproblematik (Bericht vom 1. Januar 1999). Im Röntgenbericht vom 4. Mai 1999 gab der Neurologe Dr. med. H._____ folgende Beurteilung ab: Einengung des rechten Foramens C5/6, kein Nachweis einer Diskushernie oder fokalen Protrusion, leichte rotatorische Fehlstellungen C4 bis C6 von rechts nach links, etwas vermehrte Hyperlordosierung und diskrete Retroposition C5 gegenüber C6, sowie diskrete linkskonvexe Skoliose mit Scheitelpunkt C6, wahrscheinlich Ausdruck der muskulären Dysbalance. Die Winterthur erbrachte für die nach diesem Unfall entstandene Arbeitsunfähigkeit ein Taggeld von 50 % und übernahm die Heilungskosten. Per Ende Januar 1999 kündigte die Firma Z._____ das
Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten. Die Winterthur holte weitere Arztberichte und ein unfallanalytisches Gutachten des Dipl. Ing. (FH) T._____, Unfallanalytiker, vom 25. Juni 1999 sowie eine biomechanische Beurteilung des Prof. Dr. med. A._____, FMH für Rechtsmedizin Forensische Biomechanik, vom 3. August 1999 ein. Weiter zog sie das im IV-Verfahren erstellte Gutachten des Zentrums für Medizinische Begutachtung (ZMB) vom 12. August 1999 mit Ergänzung vom 17. November 1999 bei. Mit Verfügung vom 19. Oktober 1999 stellte die Winterthur bezüglich des Unfalls vom 8. Dezember 1998 die Heilungskosten- und Taggeldleistungen per 31. Juli 1999 ein und verneinte mangels Kausalität weitere Ansprüche (Invalidenrente/Integritätsentschädigung). Sie führte aus, die Analgetika-Therapie stehe bis zu diesem Datum im natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis, die antihypertensive Therapie und die antidepressive Behandlung hingegen nicht. Weiter sei die adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und den psychischen bzw. psychosomatischen Beschwerden zu verneinen. Dagegen erhoben der Versicherte und die Helsana Versicherungen AG als Krankenversicherer Einsprache. In der Folge beauftragte die Winterthur die Rehaklinik B._____ mit einer
Begutachtung, die am 26. März 2002 erstattet wurde. Weiter holte die Winterthur eine Stellungnahme ihres beratenden Psychiaters Dr. med. R._____ vom 28. August 2002 ein. Mit Verfügung vom 11. Oktober 2002 stellte sie die Heilkostenleistungen für den Unfall vom 28. Juni 1996 per 30. April 1998 ein, da kein natürlicher Kausalzusammenhang mit den geklagten Beschwerden mehr bestehe. Selbst wenn er zu bejahen wäre, mangelte es an der adäquaten Kausalität zu den psychischen Beschwerden. Deshalb leiste sie für die seit 27. April 1998 vorhandene Arbeitsunfähigkeit keine Taggelder mehr; es bestehe auch kein Anspruch auf Invalidenrente oder Integritätsentschädigung. Auf die Rückforderung bereits bezahlter Heilungskosten nach dem 30. April 1998 werde verzichtet. Mit weiterer Verfügung gleichen Datums stellte sie die Heilungskosten- und Taggeldleistungen für den Unfall vom 8. Dezember 1998 per 31. Juli 1999 ein, da seither kein natürlicher Kausalzusammenhang mit den Beschwerden mehr gegeben sei. Dies führe auch zur Verneinung des Anspruchs auf Heilkostenleistungen, Taggelder, Invalidenrente und Integritätsentschädigung. Die ohne Präjudiz vom 1. November 2000 bis 31. August 2002 erbrachten Taggelder würden soweit zurückgefordert, als sie
zusammen mit erzielten Einkommen und jeglichen anderen Versicherungsleistungen per 31. August 2002 zu einer Überdeckung führten. Auf die gegen beide Verfügungen vom 11. Oktober 2002 erhobene Einsprache hin holte die Winterthur eine Stellungnahme ihres beratenden Psychiaters Dr. med. C._____ vom 2. Juli 2003 ein. Mit Entscheid vom 23. Juli 2003 wies sie die Einsprache ab.

Am 6. April 2001 erlitt der Versicherte einen weiteren Unfall, bei dem er sich den Fuss vertreten hatte und bis 24. Juni 2001 arbeitsunfähig gewesen war. Dieser Unfall wurde vom Unfallversicherer des Alters- und Pflegeheims L._____ bearbeitet, wo der Versicherte vom 6. Dezember 2000 bis 15. April 2001 zu 50 % als Koch angestellt war.

B.

Gegen den Einspracheentscheid vom 23. Juli 2003 reichte der Versicherte beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Beschwerde ein. Mit Eingabe vom 6. November 2003 brachte er vor, er sei am 18. März 2003 erneut verunfallt. In diesem Rahmen habe die SUVA als Versicherer bei Prof. Dr. med. A._____ ein Bio-

mechanisches Gutachten (recte: Biomechanische Kurzbeurteilung [Triage]) vom 11. August 2003 eingeholt, woraus hervorgehe, dass auf Grund der Akten aus dem 1998er Unfall im Zeitpunkt des erneuten Unfalls vom 18. März 2003 noch Beschwerden angedauert hätten. Die Winterthur schloss auf Abweisung der Beschwerde. Mit Entscheid vom 28. Februar 2005 wies das kantonale Gericht die Beschwerde ab.
C.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt der Versicherte, in Aufhebung des kantonalen Entscheides sei die Winterthur zu verpflichten, ihm auch nach dem 31. Juli 1999 die gesetzlich geschuldeten Leistungen (insbesondere Taggelder, Heilbehandlungskosten, eventuell Rente und Integritätsentschädigung) auszurichten.

Die Winterthur schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung verzichtet.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
1.1 Die Winterthur hat mit einer ersten Verfügung vom 19. Oktober 1999 die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen für das Unfallereignis vom 8. Dezember 1998 per 31. Juli 1999 eingestellt und den Anspruch auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung verneint. Auf Einsprache hin nahm sie weitere medizinische Abklärungen vor. Gestützt darauf erliess sie am 11. Oktober 2002 eine neue Verfügung betreffend das Ereignis vom 8. Dezember 1998, mit der sie diejenige vom 19. Oktober 1999 im Ergebnis bestätigte und zusätzlich festlegte, die ohne Präjudiz vom 1. November 2000 bis 31. August 2002 erbrachten Taggelder würden soweit zurückgefordert, als sie zusammen mit erzielten Einkommen und jeglichen anderen Versicherungsleistungen per 31. August 2002 zu einer Überdeckung führten. Weiter legte sie dar, im Einspracheverfahren sei man mit dem Rechtsvertreter des Versicherten übereingekommen, die Sache nochmals zu prüfen. Gegen die Verfügung vom 11. Oktober 2002 erhob der Versicherte Einsprache, welche die Winterthur mit Entscheid vom 23. Juli 2003 abwies.
1.2 Ein Versicherer, der dem Einsprachebegehren im Wesentlichen entsprechen will, hat die Möglichkeit, die einspracheweise angefochtene Verfügung - innert kurzer Frist - zu widerrufen, eine neue Verfügung zu erlassen und festzustellen, dass die Einsprache gegenstandslos geworden ist. In dieser neuen Verfügung, welche wiederum der Einsprache unterliegt, wird auch über allfällige nicht gegenstandslos gewordene Punkte befunden (BGE 131 V 413 Erw. 2.2.1, 125 V 121 Erw. 3a; Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 52 Rz 23 mit Hinweis). Werden auf Einsprache hin neue Erhebungen vorgenommen, ist deren Ergebnis in die Beurteilungsgrundlagen eines reformatorischen, instanzabschliessenden Einspracheentscheides einzubeziehen (BGE 131 V 413 Erw. 2.2.2).
Die Winterthur ist nicht in diesem Sinne vorgegangen. Denn sie hat die Verfügung vom 19. Oktober 1999 nicht innert kurzer Frist widerrufen, um den materiellen Einsprachebegehren zu entsprechen. Vielmehr hat sie neue Abklärungen vorgenommen, deren Ergebnis aber nicht in einen Einspracheentscheid, sondern zunächst wieder in die neue Verfügung vom 11. Oktober 2002 einbezogen.

Da die Winterthur indessen auf Einsprache hin den Entscheid vom 23. Juli 2003 erlassen hat und ihr Vorgehen in formeller Hinsicht nicht beanstandet wird, hat es damit sein Bewenden, zumal eine Rückweisung zu einem unnötigen formalistischen Leerlauf führen würde (vgl. auch BGE 116 V 187 Erw. 3d; Urteil B. vom 5. Dezember 2005 Erw. 3.2, U 299/04).
2.
Mit Einspracheentscheid vom 23. Juli 2003 stellte die SUVA die Leistungen aus dem Unfall vom 28. Juni 1996 auf den 30. April 1998 und diejenigen aus dem Ereignis vom 8. Dezember 1998 per 31. Juli 1999 ein. Der Versicherte verlangt Leistungen auch nach dem 31. Juli 1999.

Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten. Die Vorinstanz hat richtig erkannt, dass für den Zeitraum davor altes Recht gilt. Das ATSG ist anwendbar, soweit es um allfällige Leistungen ab 1. Januar 2003 geht (BGE 130 V 329; Urteil H. vom 14. Juli 2005 Erw. 2, U 199/04).
3.
3.1 Das kantonale Gericht hat die Rechtsprechung zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krank-

heit, Invalidität, Tod; BGE 129 V 181 Erw. 3.1 mit Hinweisen), zur vorausgesetzten Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (BGE 129 V 181 Erw. 3.2 mit Hinweis), bei psychischen Unfallfolgen (BGE 129 V 183 Erw. 4.1, 115 V 133 ff.; vgl. uch RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 [Urteil W. vom 18. Juni 2002, U 164/01]) sowie Folgen eines Unfalls mit HWS-Schleudertrauma (BGE 122 V 415, 117 V 359 ff.; vgl. auch RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79 [Urteil B. vom 12. Oktober 2000, U 96/00]) bzw. einer diesem äquivalenten Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle zutreffend dargelegt. Gleiches gilt zum Dahinfallen der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2, 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b, je mit Hinweisen; Urteile C. vom 3. Januar 2006 Erw. 2, U 320/05, und M. vom 28. September 2005 Erw. 1.2, U 248/05) und zu dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 153 Erw. 2.1 mit
Hinweis). Darauf wird verwiesen.
3.2 Zu ergänzen ist, dass die Normen des am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen ATSG gegenüber der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Rechtslage keine substanziellen Änderungen bringen. Insbesondere die Definitionen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG), der Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), der Invalidität (Art. 8 ATSG) und des Invaliditätsgrades (Art. 16 ATSG) entsprechen den bisherigen, in der Unfallversicherung von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen und Grundsätzen. Keine materiellrechtliche Änderung beinhaltet auch der redaktionell neu gefasste Unfallbegriff des Art. 4 ATSG (RKUV 2004 Nr. U 529 S. 572 [Urteil G. vom 22. Juni 2004, U 192/03], Nr. U 530 S. 576 [Urteil F. vom 5. Juli 2004, U 123/04]; Urteil M. vom 28. September 2005 Erw. 1.2, U 248/05; vgl. auch BGE 130 V 343 ff.).

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet sowie ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, RKUV 2003 Nr. U 487 S. 345 f. Erw. 5.1 [Urteil B. vom 5. Juni 2003, U 38/01], je mit Hinweisen).
4.
4.1 Im ZMB-Gutachten vom 12. August 1999 (mit Ergänzung vom 17. November 1999) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: chronisches cervico-cephales Syndrom links betont, chronisches cervico-brachiales Syndrom links (bei leichter Einengung des rechen Foramens C5/6 und leichter rotatorischer Fehlstellung C4 bis C6 nach links), rezidivierende leichte lumbo-sacrale Schmerzen bei erheblichem Rundrücken, anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei narzisstischer Persönlichkeitsstörung, psychische Fehlentwicklung mit depressiven dysphorischen Anteilen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein leichter Hohlballenfuss beidseits, eine arterielle Hypertonie, Spannungstyp-Kopfschmerzen sowie ein Status nach Contusio capitis. Nach dem Unfall im Jahre 1996 (Contusio capitis) sei der Versicherte etwas 10 Monate arbeitsunfähig gewesen und habe danach seine Tätigkeit wieder voll aufnehmen können. Nach dem Unfall vom 8. Dezember 1998 sei er zu 100 % krank geschrieben gewesen. Neurologisch hätten keine nennenswerten Befunde erhoben werden können, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten; vor allem bestünden keine Hinweise auf eine Radikulopathie. Aus rein somatischer Sicht seien dem Versicherten wegen der
Fehlform der Wirbelsäule nur ausgesprochene Schwerarbeiten nicht zumutbar. Psychiatrischerseits habe er nach dem Unfall im Jahre 1996 an wenig beeinflussbaren Kopfschmerzen gelitten. Nach ca. 2 Jahren sei er zusätzlich psychisch depressiv dekompensiert und habe sich in psychiatrische Behandlung begeben sowie mit Suizidgedanken reagiert. Seither werde er erfolgreich mit Antidepressiva behandelt. Nach dem Ereignis vom 8. Dezember 1998 hätten zusätzlich zu den Kopf- noch Nacken- sowie Armschmerzen links mit Ameisenlaufen daselbst subjektiv zugenommen. Gleichzeitig habe der Versicherte vom Arbeitgeber die Kündigung erhalten. Die neuropsychologische Untersuchung gebe Hinweise auf ein vorbestehendes frühkindliches psychoorganisches Syndrom; gegenwärtig bestehe diesbezüglich keine relevante Funktionsstörung. Es sei von einer narzisstischen Persönlichkeit auszugehen, die zur Zeit in schwierigen psychosozialen Umständen stehe. Einige juristische Belange, die persönliche Beziehungssituation und die beruflichen Absichten seien noch nicht definitiv gelöst. Die ganze Ungewissheit habe eine leichte depressive Symptomatik mit dysphorischen Anteilen ausgelöst. Psychiatrischerseits müsse ein labiles pathologisches Geschehen angenommen werden,
weshalb aus somatischer und psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit als Koch von mindestens 70 % bestehe.

4.2 Seit 9. September 1998 war der Versicherte bei der Psychiaterin Frau Dr. med. S._____ in Behandlung. Am 5. Juli 2000 diagnostizierte sie ein reaktiv depressives Geschehen, einen Status nach Schleudertrauma, eine posttraumatische Belastungsstörung (im Anschluss an das Trauma vom 8. Dezember 1998), Kopfschmerzen (bereits seit Trauma im Sommer 1996), Nackenschmerzen und Schmerzen lumbal (im Anschluss an das Trauma vom Dezember 1998) sowie Hypertonie. Nach seinen Angaben erlebe der Versicherte das Ereignis vom 8. Dezember 1998 immer wieder in nächtlichen Albträumen und erwache deshalb. Tagsüber sei er müde und habe Konzentrationsschwierigkeiten. Er habe nach wie vor starke Kopfschmerzen. Seit 8. Dezember 1998 bestünden Schmerzen im Nacken und lumbal sowie ausstrahlende Schmerzen und Kribbeln in Arm und Hand links. Das Schleudertrauma wirke sich negativ auf den Heilungsverlauf der Depression aus. Diese wiederum könne das posttraumatische Geschehen beeinflussen. Die Depression sei jedoch als Reaktion auf das Trauma im Jahre 1996 aufgetreten. Der Unfall vom 8. Dezember 1998 habe dieses depressive Geschehen erneut alimentiert. Da 1½ Jahre nach dem Schleudertrauma noch keine Besserung eingetreten sei, die Situation sich eher
verschlechtert habe (posttraumatische Belastungsstörung) sowie persistierende Schmerzen cervical und lumbal bestünden, sei mit grösster Wahrscheinlichkeit mit einem bleibenden Nachteil zu rechnen. Der Versicherte arbeite zur Zeit zu 50 % als Lagerist, was jedoch nur mit einer auf Dauer unbefriedigenden Medikation möglich sei.
4.3 Im Rahmen der Begutachtung in der Rehaklinik B._____ vom 26. März 2002 wurde der Versicherte neurologisch, neuropsychologisch und psychiatrisch abgeklärt.
4.3.1 Im neuropsychologischen Bericht vom 10. August 2001 legten der Neurologe Dr. med. N._____, Leitender Arzt Neurorehabilitation, und der Neuropsychologe Dr. phil. P._____ dar, es liege eine leichte multikausale Störung mit im Vordergrund stehender verminderter Belastbarkeit und Aufmerksamkeitsschwankungen vor. Es träten zunehmende Kopfschmerzen und Ermüdung nach 2 Stunden Belastung auf. Kognitiv seien Aufmerksamkeitsprobleme vordergründig. Affektiv finde sich eine reaktive psychische Belastungsproblematik. Inwieweit hirnorganische Ursachen vorlägen, könne heute nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. In der Regel bildeten sich neuropsychologische Symptome nach einer Kopfkontusion (1996) oder einer HWS-Distorsion (1998) bei den meisten Patienten folgenlos zurück. Die kognitive Symptomatik (Konzentrations- und Gedächtnisprobleme) sei kurz vor dem zweiten Unfall im Laufe des Jahres 1998 dokumentiert und habe nach dem zweiten Unfall noch zugenommen. Als wahrscheinlichste Ursache dieser Leistungseinschränkungen spielten einerseits die Schmerzsymptomatik eine Rolle, anderseits die reaktive-psychischen Probleme (posttraumatische Belastungsstörung). Daneben würden in der Literatur auch psychosoziale Faktoren
sowie hängige Versicherungs- respektive Gerichtsverfahren als zusätzliche Belastungsfaktoren erwähnt, die zu einer Chronifizierung von neuropsychologischen Symptomen führen könnten.
4.3.2 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 20. September 2001 stellte Dr. med. K._____, Leitender Arzt der Psychosomatischen Abteilung, folgende Diagnosen: Verstimmungszustand mit Ärger, Unruhe und depressiven Elementen, nicht spezifisch einer posttraumatischen Belastungsstörung entsprechend, das Ausmass einer so genannten "Major Depression" sei nicht erreicht (ICD-10: F34.1); wahrscheinliche ungünstige Beeinflussung der Kopfschmerzen auf psychogenem Weg (ICD-10: F54); dysfunktionale Bewältigungsstrategie in Form von Rückzugsverhalten und teilweise Verantwortungsdelegation; vorbestehende leichtere narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.8). Letztere sei im ZMB-Gutachten diagnostiziert worden und könne bestätigt werden. Ebenso sei davon auszugehen, dass die weiterhin vorhandene Kränkung sowie depressive Anteile die Kopfschmerzen (und Konzentration) negativ beeinflussten (im ZMB-Gutachten als "anhaltende somatoforme Schmerzstörung" und "depressiv-dysphorische Anteile" umschrieben). Entgegen Frau Dr. med. S._____ bestehe keine typische posttraumatische Belastungsstörung. Ein entsprechendes Vollbild liege beim Versicherten nicht vor; es bestehe kein Vermeidungsverhalten, der intrusive Symptomenkomplex sei atypisch
ausgeprägt (mehr unspezifische Angsträume, aus denen er nicht erwache; atypische Schilderung eines "Films", der zwar gemäss seinen Angaben sehr häufig komme, das Funktionsniveau aber nicht unterbreche). Zusätzlich seien bei der Schilderung des ganzen Ablaufs keine Zeichen für intrusive Symptome wie vegetative Angstsymptome oder dissoziative Phänomene zu beobachten gewesen. Dass der Versicherte zwar nur untergründig, aber doch fassbar unruhig erscheine (und zum Teil auch aus unklarem Anlass vegetativ mit einer Rötung des ganzen Kopfes reagiere), könne unterschiedliche Ursachen haben. Nicht zu vergessen sei, dass er immer noch in antidepressiver medikamentöser Behandlung stehe und somit nicht unwahrscheinlich sei, dass der vorbestehende depressive Zustand als nur teilweise gebessert gewertet werden müsse; ferner habe er sich in der Untersuchung

gedanklich stark mit den laufenden rechtlichen Vorgängen inklusive der subjektiven Ungerechtigkeit seiner Verurteilung beschäftigt. Eine spezifische psychotraumatische Ursache, die direkt auf die Ereignisse des 8. Dezember 1998 zurückgehe, sei allenfalls eine Teilursache oder eine von mehreren Möglichkeiten, die Unruhe des Versicherten heute medizinisch zu begründen. Aus
psychotraumatologischer Sicht bestehe eine atypische und im Vergleich zum Schweregrad des Vollbildes einer posttraumatischen Belastungsstörung auch deutlich leichtere Störung, die wahrscheinlich nur teilweise in den Ereignissen vom 8. Dezember 1998 wurzle. Die depressive Störung ab Frühjahr 1998 sei mit erheblicher Latenz auf den Unfall vom 28. Juni 1996 aufgetreten. Für diese gebe es auch alternative Erklärungen als diejenigen, die der Versicherte betone (Depression infolge von Kopfschmerzen und erfolglosen medikamentösen Behandlungsversuchen). In die Ereignisse Ende 1998 sei er schon in einem psychisch belasteten, depressiven und diesbezüglich nur teilweise gebesserten Zustand hineingeraten. Eine Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes infolge der Ereignisse in den letzten Tagen vor dem 8. Dezember 1998 sei ebenso wahrscheinlich wie eine weitere Belastung durch Vorgänge danach (Fortsetzung der ehelichen Krise, weiter laufende Konfrontation mit Herrn P. inklusive Vorgänge auf gerichtlicher Ebene). Es sei schwierig, die heutige psychische Störung spezifisch auf die Vorgänge am Abend des 8. Dezember 1998 oder gar eingegrenzt auf die Kollisionsereignisse zurückzuführen. Im Vordergrund stünden reaktive psychogene
Störungsanteile. Einige der charakterlichen und begabungsmässigen Einschränkungen seien konstitutionell bedingt. Die heute noch vorliegende Reaktion auf die zurückliegenden Ereignisse sei vorwiegend von Ärger und nur wenig von psychotraumatologischer Angst geprägt. Insgesamt sie die Verarbeitung der Ereignisse und der daraus resultierenden anfälligen körperlichen Folgen (Schmerzen) in vieler Hinsicht als dysfunktional zu bezeichnen. Eine narzisstische Persönlichkeitsstörung sei wahrscheinlich. Diese habe eine Grundlage für die problematischen Reaktionsmuster in der Auseinandersetzung mit der Ex-Freundin und ihrem Ehemann sowie in der folgenden Ehe-Krise gebildet. Persönlichkeitsstrukturen und dysfunktionale Bewältigung seien eng miteinander verwoben. Die Behandlung bei Frau Dr. med. S._____ sei für die künftige Prognose entscheidend. Eine klare zeitliche Abschätzung könne nicht gemacht werden. Es handle sich jedenfalls um einen längerfristig nötigen Therapieprozess.
4.3.3 Im Schlussgutachten vom 26. März 2002, basierend auf den beiden vorstehenden Teilgutachten und einer neurologischen Untersuchung des Versicherten vom 8. August 2001, stellte der Neurologe Dr. med. N._____ folgende Diagnosen: Status nach schwerer Kopfkontusion 1996 mit persistierenden Kopfschmerzen; Status nach mehrfachem HWS-Distorsionstrauma 12/98 mit persistierender Schmerzproblematik im HWS-Bereich und leichten Gleichgewichtsstörungen; zusätzliche psychoreaktive Störungen mit Verstimmungszuständen, Unruhe und depressiven Elementen, zudem dysfunktionale Bewältigungsstrategie bei vorbestehender leichter narzisstischer Persönlichkeitsstörung. Der Versicherte habe initial eine nicht ganz problemlose Entwicklung in der Jugend durchgemacht, sich später offenbar gut aufgefangen und eine Kochlehre abgeschlossen. Auf diesem Beruf habe er mehrfach gut gearbeitet. Eine anspruchsvollere Tätigkeit als selbstständiger Kurier mit eigener Abrechnung sei offenbar eine gewisse Überforderung gewesen. Der Unfall vom Juni 1996 habe zu einer heftigen Kopfkontusion, jedoch nicht zu einer (milden) traumatischen Hirnverletzung geführt. Bei baldiger Wiederaufnahme der Arbeit hätten allerdings langdauernd Kopfschmerzen persistiert; es sei
anzunehmen, dass auch ohne den 98er Unfall diese Kopfschmerzen weiter beeinträchtigend wären. Andere neurologische Störungen schienen nach diesem Unfall nicht persistiert zu haben. Der Unfall vom Dezember 1998 habe nach der angsterfüllten Verfolgungsjagd zu mehreren kleineren HWS-Distorsionstraumen geführt. Auch diesmal sei es nicht zu einer milden traumatischen Hirnverletzung gekommen. Im Nachhinein hätte allerdings vorwiegend bewegungsabhängige HWS-Schmerzen persistiert, heute noch objektivierbar mit diffusen Druckdolenzen im HWS-Bereich und interscapulär. Das seither vorherrschende Beschwerdebild entspreche einem Mischbild einer intermittierend heftigen Schmerzsymptomatik mit komplexen psychoreaktiven Störungen; eine Arbeitsfähigkeit sei seither nicht mehr zu Stande gekommen. Die Beschwerdesymptomatik scheine mehrheitlich unfallkausal zu sein. Ein Teil der Kopfschmerzen stehe überwiegend im natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 28. Juni 1996; ein weiterer Teil der Kopfschmerzen und der Gleichgewichtsstörungen überwiegend wahrscheinlich kausal mit dem Unfall vom 8. Dezember 1998. Krankhafte Vorzustände seien zu verneinen. Die erwähnte leichte narzisstische Persönlichkeitsstörung habe nicht Krankheitswert, bilde
jedoch zusammen mit den vom Versicherten selbst verursachten besonderen Umständen um den Unfall (Fremdbeziehung etc.) eine besondere Belastung und Erschwerung der Umstände. Ein Status quo ante puncto Krankheiten existiere nach dem Gesagten gar nicht, da vor den besagten Unfällen keine Störungen von Krankheitswert

vorhanden gewesen seien. Die unfallfremden Ursachen hätten ohne die Unfallereignisse nicht aus ihrer eigenen Dynamik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit zu den geklagten Beschwerden und zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt. Der Unfall im Jahre 1996 habe für sich allein zu keiner Arbeitsunfähigkeit als Koch geführt. Derjenige vom Dezember 1998 habe initial während einer bestimmten Zeit (nicht bestimmbar) zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit als Koch, später zu einer Teilarbeitsfähigkeit von 56 % (d.h. Arbeitsunfähigkeit von 34 %) geführt. Diesen Wert würden sie ab Januar 2001 als gültig ansehen; eine genaue Abstufung vorher sei unmöglich. In der derzeitigen Arbeit als Lagermitarbeiter und in anderen angepassten Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Weitere Psychotherapie sei notwendig, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ungewiss.

4.4 Der beratende Psychiater der Winterthur, Dr. med. R._____, legte im Aktenbericht vom 28. August 2002 zum Gutachten der Rehaklinik B._____ dar, die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Distorsionstraumas gehörenden Beeinträchtigungen seien im Vergleich zur psychischen Problematik und der vom Versicherten selbst verursachten Umstände eher ganz in den Hintergrund getreten. Die Vorzustände seien massiv, einerseits die eindeutige Persönlichkeitsstörung. Im Gegensatz zum Gesamtgutachten des Dr. med. N._____ handle es sich nach Rückfrage bei Dr. med. K._____, der das Gesamtgutachten weder gesehen noch unterzeichnet habe, um eine narzisstische Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert - insbesondere im Zusammenhang mit der höchst komplexen psychosozialen Situation des Versicherten zur Zeit des zweiten Unfalls mit massiven psychoreaktiven Beschwerden -, die wie die geklagten persistierenden Kopfschmerzen durchaus auch ohne den Unfall bestehen könnte. Von einer posttraumatischen Belastungsstörung könne überhaupt nicht die Rede sein (erstmals als mögliche Diagnose erst nach Jahren erwähnt).

4.5 Der beratende Psychiater der Winterthur, Dr. med. C._____, führte im Aktenbericht vom 2. Juli 2002 aus, das geklagte Beschwerdebild umfasse alle möglichen Bereiche (Nacken-, Kopf- und Schulterschmerzen, Kieferverkrampfung, Schwindel beim Heben von Gewichten, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Gewichtszunahme, nächtliches Schwitzen, Magenbrennen, Albträume und Lärmempfindlichkeit). Dies gehe weit über das typische Beschwerdebild bei HWS-Distorsionsverletzungen hinaus. Zusammen mit den mannigfachen unfallfremden Faktoren lege das Beschwerdebild den Schluss nahe, dass die Folgen eines HWS-Distorsionstraumas gänzlich in den Hintergrund getreten seien. Etwas verwirrlich sei, dass Dr. med. K._____ bei der Fragenbeantwortung auf das interdisziplinäre Schlussgutachten hinweise in der Meinung, er werde dort einbezogen. Aus der Tatsache, dass Dr med. N._____ das Schlussgutachten allein unterzeichnet und eine deutlich andere Beurteilung als Dr. med. K._____ vorgenommen habe, müsse geschlossen werden, dass Letzterer nicht einbezogen worden sei. Die Bejahung der Unfallkausalität durch Dr. med. N._____ widerspreche diametral den Ausführungen des Dr. med. K._____ und sei bezüglich beider Unfälle nicht erwiesen.

5.

Die Vorinstanz hat im Wesentlichen erwogen, in einer gesamthaften Würdigung der ärztlichen Einschätzungen erscheine der Zusammenhang der im Frühjahr 1998 eingetretenen psychischen Dekompensation mit dem Unfallereignis vom 28. Juni 1996 durch die zeitliche Distanz und die zwischenzeitliche psycho-soziale Entwicklung soweit gelockert, dass eine natürliche Kausalität nicht mehr überwiegend wahrscheinlich sei. Die Winterthur habe die diesbezüglichen Leistungen demnach zu Recht auf den 30. April 1998 eingestellt. Weiter könne offen bleiben, ob die Kollisionen vom 8. Dezember 1998 allenfalls im Sinne einer Teilkausalität zur nachfolgenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes beigetragen hätten. Selbst wenn dies in einem gewissen Mass und im Sinne eines auslösenden Faktors zu bejahen wäre, seien allfällige unfallkausale Anteile an der psychischen Gesamtsituation im Sommer 1999 durch die dysfunktionale Verarbeitung der weiteren Belastungen, insbesondere die andauernden Auseinandersetzungen mit dem Ehemann der Freundin und die eigene Ehekrise, abgelöst worden. Eine natürliche Kausalität der über den 31. Juli 1999 hinaus bestehenden psychischen Beschwerden mit dem Unfall vom 8. Dezember 1998 sei demnach nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Auffassung des Dr. med. N._____, die Beschwerden seien mehrheitlich unfallkausal, sei nicht näher begründet und berücksichtige nicht die weitere Entwicklung nach dem 8. Dezember 1998.

6.

Streitig ist mithin als Erstes der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den versicherten Unfällen vom 28. Juni 1996 und 8. Dezember 1998 sowie den seit 1. Mai 1998 respektive 1. August 1999 weiterhin bestehenden Gesundheitsstörungen.

6.1 Hinsichtlich des Ereignisses vom 8. Dezember 1998 (mehrere Auffahrunfälle) diagnostizierte Dr. med.

T._____ unter anderem eine HWS-Distorsion mit Begleitdiagnose Depression. Zirka eine Stunde nach dem Unfall sei Schwindel aufgetreten, der bei der Untersuchung am 9. Dezember 1998 angedauert habe. Weiter stellte er einen Spontanschmerz am Kopf occipital, Parästhesien beider Arme und Hände wechselnder Intensität sowie eine ca. 30%ige Einschränkung der HWS-Beweglichkeit fest (Berichte vom 1. und 2. Januar 1999 sowie 10. und 20. März 1999). Die Neurologische Klinik des Universitätsspitals U._____, wo der Versicherte am 19. Januar 1999 untersucht wurde, ging im Bericht gleichen Datums von einem Schleudertraumamechanismus am 8. Dezember 1998 aus. Der Versicherte habe danach an Schwindel (während 2 bis 3 Tagen), etwas Nausea, Schmerzen am linken Unterschenkel prätibial, Nackenschmerzen von okzipital nach bifrontal, Taubheitsgefühl DIG III bis V (ganze Finger, ca. 3 bis 4 Mal täglich, bei forcierter Bewegung wieder gut, rechte Hand bei gleicher Lokalisation seltener), ziehenden Schmerzen ventralbetont am Ober- und Unterarm sowie Stechen im Kreuzbereich gelitten. Nach dem Gesagten trat innerhalb der von der Rechtsprechung
anerkannten Latenzzeit das für ein HWS-Schleudertrauma bzw. eine -Distorsion als äquivalente Verletzung typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden auf (BGE 117 V 360 Erw. 4b; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2; Urteil A. vom 24. Oktober 2005 Erw. 4.2.1, U 90/05). Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer am 8. Dezember 1998 eine solche Verletzung erlitten hat (vgl. auch Erw. 6.4 hienach).
6.2 Aus nachfolgenden Gründen stellen indessen die ärztlichen Unterlagen keine hinreichende Grundlage zur Beurteilung der natürlichen Kausalität dar.
6.2.1 Eine erste Diskrepanz besteht darin, dass Frau Dr. med. S._____ von einer posttraumatischen Belastungsstörung im Anschluss an den Unfall vom 8. Dezember 1998 ausging (Erw. 4.2 hievor), während Dr. med. K._____ diese Diagnose ebenso verwarf wie Dr. med. R._____ (Erw. 4.3.2 und und 4.4 hievor).

Zum anderen bestehen divergierende Auffassungen zur natürlichen Kausalität zwischen den versicherten Unfällen und den anhaltenden Beschwerden: von der behandelnden Psychiaterin Frau Dr. med. S._____ (Erw. 4.2 hievor) und vom neurologischen Gutachter Dr. med. N._____ (Erw. 4.3.3 hievor) wurde sie bejaht, während die diesbezüglichen Angaben des psychiatrischen Experten Dr. med. K._____ nicht hinreichend klar sind (Erw. 4.3.2 hievor und 6.2.3 hienach). Die Dres. med. R._____ und C._____ verneinten die natürliche Kausalität unter Berufung auf die Angaben des Dr. med. K._____ (Erw. 4.4 f. hievor).
6.2.2 Im Rahmen der Begutachtung durch die Rehaklinik B._____ beauftragte die Winterthur den Neurologen Dr. med. N._____ als federführenden Experten, bei den jeweiligen Fachärzten neuropsychologische und psychiatrische Gutachten einzuholen.
Dr. med. N._____ nahm im Schlussgutachten vom 26. März 2002 auch zur natürlichen Kausalität der psychischen Beschwerden Stellung (Erw. 4.3.3 hievor) ohne den psychiatrischen Mitexperten Dr. med. K._____ in die Konklusion des Gutachten im Rahmen einer multidisziplinären Konsens-Konferenz mit einzubeziehen. Vielmehr steht unbestrittenermassen fest, dass Dr. med. K._____ das von Dr. med. N._____ allein verfasste Schlussgutachten vom 26. März 2002 weder gesehen noch unterschrieben hat. Unter diesen Umständen überzeugt die Expertise nicht.
6.2.3 Im Weiteren ist die Beurteilung des Dr. med. K._____ hinsichtlich der natürlichen Kausalität nicht hinreichend klar.

Zum Unfall vom 28. Juni 1996 legte er dar, für die mit erheblicher Latenz erst ab Frühjahr 1998 eingetretene depressive Dekompensation gebe es auch andere Erklärungen als diejenigen, die der Versicherte betone (Depression infolge von Kopfschmerzen und erfolglosen medikamentösen Behandlungsversuchen). Bezüglich der Ereignisse vom 8. Dezember 1998 führte er aus, es sei schwierig, die heute bestehende psychische Störung spezifisch darauf oder gar eingegrenzt auf die Kollisionen zurückzuführen. Die noch vorliegende Reaktion auf die zurückliegenden Ereignisse sei vorwiegend von Ärger und nur wenig von psychotraumatologischer Angst geprägt. Insgesamt sei die Verarbeitung der Unfälle und der daraus resultierenden körperlichen Folgen (Schmerzen) in vieler Hinsicht als dysfunktional zu bezeichnen. Eine narzisstische Persönlichkeitsstörung sei wahrscheinlich. An anderer Stelle gab Dr. med. K._____ indessen an, eine psychotraumatische Ursache, die direkt auf die Ereignisse des 8. Dezember 1998 zurückgehe, sei allenfalls eine Teilursache oder eine von mehreren Möglichkeiten; aus psychotraumatologischer Sicht bestehe eine atypische und im Vergleich zum Schweregrad des Vollbildes einer posttraumatischen Belastungsstörung auch deutlich
leichtere Störung, die wahrscheinlich nur teilweise in den Ereignissen vom 8. Dezember 1998 wurzle.

Aufgrund dieser Ausführungen ist der Wegfall jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Es ist nicht auszuschliessen, dass die Unfälle zumindest eine Teilursache der Beschwerden sind, was für die Bejahung der natürlichen Kausalität genügt (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 121 V 329 Erw. 2a; RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79 [Urteil B. vom 12. Oktober 2000, U 96/00]; Urteil S. vom 16. Dezember 2005 Erw. 3.2, U 294/05).
6.2.4 Auf die Angaben der Frau Dr. med. S._____ vom 5. Juli 2000 kann für sich allein nicht abgestellt werden, da sie bloss im Rahmen eines ärztlichen Zwischenberichts abgegeben wurden, dem eine substanziierte Begründung abgeht. Zudem ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc; Urteil F. vom 9. Februar 2006 Erw. 4, I 736/05).
6.2.5 Die Berichte der Dres. med. R._____ vom 28. August 2002 und C._____ vom 2. Juli 2003 können ebenfalls nicht als ausschlaggebende Entscheidungsgrundlage herangezogen werden, weil sie den Versicherten nicht selber untersucht haben und die Beweisanforderungen an einen Aktenbericht angesichts des unklaren Sachverhalts nicht erfüllt sind (Urteile M. vom 3. Januar 2006 Erw. 4.2.3, I 633/05, und U. vom 5. Dezember 2005 Erw. 5.3, U 324/05, mit Hinweisen).

Hievon abgesehen ist die Stellungnahme des Dr. med. R._____ bezüglich der natürlichen Kausalität nicht rechtsgenüglich. Er gab an, es bestehe eine narzisstische Persönlichkeitsstörung mit höchst komplexer psychosozialer Situation zur Zeit des zweiten Unfalls und massiven psychoreaktiven Beschwerden, die inkl. die geklagten persistierenden Kopfschmerzen durchaus auch ohne den Unfall bestehen könnten (Erw. 4.3.4 hievor). Entgegen dieser "Kann-Formulierung" ist aber massgebend, ob die Störungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr unfallkausal sind (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2; Urteil C. vom 3. Januar 2006 Erw. 2, U 320/05).
6.3 Mangels Schlüssigkeit des Gutachtens der Rehaklinik B._____ vom 26. März 2002 (Erw. 6.2.2 hievor) sowie angesichts der widersprüchlichen und unklaren medizinischen Aktenlage kann die Frage, ob es sich bei den seit 1. Mai 1998 und 1. August 1999 bestehenden Gesundheitsstörungen zumindest teilweise um natürlich kausale Folgen der versicherten Unfälle vom 28. Juni 1996 und 8. Dezember 1998 handelt, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beantwortet werden. Anderseits ist auch das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung der Unfälle nicht belegt.

Aus dem unfallanalytischen Gutachten des Dipl. Ing. (FH) T._____ vom 25. Juni 1999 sowie der Biomechanischen Beurteilung des Prof. Dr. med. A._____ vom 3. August 1999 betreffend das Ereignis vom 8. Dezember 1998 kann nichts abgleitet werden. Gleiches gilt hinsichtlich der vom Versicherten angerufenen Biomechanischen Kurzbeurteilung (Triage) des Prof. Dr. med. A._____ vom 11. August 2003 betreffend einen weiteren Unfall vom 18. März 2003, zumal Prof. Dr. med. A._____ den Versicherten nicht selbst untersucht hat. Denn unfallanalytische Erkenntnisse und biomechanische Überlegungen vermögen allenfalls gewichtige Anhaltspunkte zur mit Blick auf die Adäquanzprüfung (Erw. 6.4 hienach) relevanten Schwere des Unfallereignisses zu liefern; sie bilden jedoch für sich allein in keinem Fall eine hinreichende Grundlage für die Beurteilung der natürlichen Kausalität (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 359 mit Hinweisen [Urteil A. vom 24. Juni 2003, U 193/01]; Urteil O. vom 14. Dezember 2005 Erw. 3.1, U 341/04).

Damit erweist sich der Sachverhalt als ungenügend abgeklärt, weshalb der kantonale Entscheid und der Einspracheentscheid aufzuheben sind. Nachdem die Winterthur bereits ein medizinisches Gutachten durchführen liess, rechtfertigt es sich, die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ein Gerichtsgutachten einhole (vgl. BGE 122 V 163 Erw. 1d in fine; vgl. auch Urteile T. vom 9. August 2004 Erw. 2.3, U 347/03, und K. vom 16. Juni 2004 Erw. 2.2.2, I 611/03).

Abzuklären ist, an welchen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Versicherte über den 30. April 1998 und 31. Juli 1999 hinaus litt und ob diese in natürlicher Kausalität zu den Unfällen vom 28. Juni 1996 respektive 8. Dezember 1998 standen. Bejahendenfalls ist zu untersuchen, ob und allenfalls in welchem Ausmass diese Leiden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und Integrität hatten und ob von einer Fortsetzung der Heilbehandlung

noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten gewesen war.
6.4 Ob die geklagten Beschwerden adäquat kausale Unfallfolgen sind, ist - falls der natürliche Kausalzusammenhang auf Grund der ergänzenden medizinischen Abklärungen zu bejahen ist - erst nach Abschluss des allenfalls unfallbedingt noch erforderlichen, normalen Heilungsprozesses zu prüfen (in HAVE 2004 S. 119 zusammengefasstes Urteil K. vom 11. Februar 2004, U 246/03; Urteil S. vom 4. Mai 2005 Erw. 4, U 372/04, mit Hinweisen).
Ebenso lässt sich die Frage, ob die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Distorsionstraumas gehörenden Verletzungen (Erw. 6.1 hievor) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, und demgemäss die Adäquanzbeurteilung nach den in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa aufgestellten Grundsätzen für Unfälle mit psychischen Folgeschäden vorzunehmen wäre, erst nach erfolgter medizinischer Abklärung beurteilen.
7.
Das Verfahren ist kostenlos (Art. 134 OG). Dem obsiegenden Beschwerdeführer steht eine Parteientschädigung zu (Art. 135 in Verbindung mit Art. 159 Abs. 1 und 2 OG).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Entscheid vom 28. Februar 2005 aufgehoben und die Sache an das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich zurückgewiesen wird, damit es, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über die Beschwerde neu entscheide.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 2500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 1. März 2006
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der IV. Kammer: Der Gerichtsschreiber: