

Bundesgericht  
Tribunal fédéral  
Tribunale federale  
Tribunal federal

{T 0/2}  
8C\_266/2008

Urteil vom 22. August 2008  
I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung  
Bundesrichter Ursprung, Präsident,  
Bundesrichter Frésard, nebenamtliche Bundesrichterin Buerki Moreni,  
Gerichtsschreiber Grunder.

Parteien  
E. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer, vertreten durch Advokat Dr. Claude Schnüriger, Aeschenvorstadt 77, 4051 Basel,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern,  
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand  
Unfallversicherung,

Beschwerde gegen den Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 4. Februar 2008.

Sachverhalt:

A.

Der 1972 geborene E. \_\_\_\_\_ arbeitete seit 11. Juli 1997 bei der Firma M. \_\_\_\_\_ AG, Backwarenfabrikation, als Betriebsangestellter und war dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert. Am 30. Juli 1999 stiess ein von hinten herannahendes Fahrzeug in das Heck des vom Versicherten gelenkten, vor einem Fussgängerstreifen zum Stillstand gebrachten Personenwagens (vgl. Unfallmeldung vom 3. August 1999). Im gleichentags aufgesuchten Universitätsspital X. \_\_\_\_\_ wurden eine eingeschränkte Inklination mit Streckhaltung der Halswirbelsäule (HWS) sowie Spontan- und Druckdolenz in der gesamten Hals- und Schultergürtelmuskulatur mit Übelkeit und Unwohlsein ohne radiologisch nachweisbare frische ossäre Läsionen festgestellt (Berichte vom 30. Juli, 8. und 21. September 1999 sowie 10. Februar 2000; vgl. auch Auskünfte des prakt. Arzt S. \_\_\_\_\_, vom 20. August 1999 und des prakt. Arzt C. \_\_\_\_\_, vom 23. August 1999 und 21. Februar 2000). Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung; Taggeld). Im Januar 2000 trat in Zusammenhang mit den einschliessenden Kopf- und Nackenschmerzen eine Visusverminderung mit Akkomodationsschwäche auf (Bericht des prakt. Arzt

C. \_\_\_\_\_ vom 12. März 2000), die laut Angaben der Frau Dr. med. R. \_\_\_\_\_, Augenärztin FMH, vom 6. April 2000, welche den Versicherten am 4. und 5. April 2000 spezialärztlich untersuchte, teilweise in Zusammenhang mit dem Unfall stand und mit angepassten Brillengläsern gebessert werden konnte (vgl. auch Stellungnahme des Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt Ophthalmologie, Ärzteteam Unfallmedizin, SUVA, vom 1. Mai 2000).

Am 6. April 2000 fuhr im Tunnel Y. \_\_\_\_\_ ein Automobil in das Heck des vom Versicherten gelenkten, stark abgebremsten Personenwagens (vgl. Rapport der Kantonspolizei X. \_\_\_\_\_ vom 27. April 2000). Prakt. Arzt C. \_\_\_\_\_ berichtete am 10. und 17. April sowie 5. Juni 2000, die vorbestehenden Nackenverspannungen hätten sich verstärkt, begleitet von Kopfschmerz, vermehrtem Drehschwindel, Malaise, Gliederschmerzen sowie schmerz- und stressbedingten Schlafstörungen (vgl. auch Bericht des Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Neurologie FMH, vom 18. Mai 2000). Mit den in der Rehaklinik I. \_\_\_\_\_ vom 28. Juni bis 26. Juli 2000 stationär (Bericht vom 5. September 2000) und der beim Psychiatrischen Zentrum Z. \_\_\_\_\_ (Im Folgenden: PZZ) ab 24.

Oktober 2000 ambulant durchgeführten Therapien konnte keine Besserung der Symptomatik erzielt werden (Berichte vom 18. Dezember 2000 und 3. Mai 2001). Der von prakt. Arzt C. \_\_\_\_\_ wegen Tinnitus, Schwindel und Gehörsverminderung konsultierte (vgl. Bericht vom 19. November 2000) Dr. med. T. \_\_\_\_\_, Spezialarzt FMH, Ohren-, Nasen- Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, hielt im Bericht vom 4. Dezember 2000 fest, gesamthaft gesehen zeige der Explorand im ORL-Bereich auch Auswirkungen eines HWS-

Beschleunigungstraumas mit multiplen organischen und funktionellen Beeinträchtigungen. Anlässlich einer Untersuchung vom 8. März 2001 gelangte Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. W. \_\_\_\_\_, SUVA, in Übereinstimmung mit dem Bericht des prakt. Arzt C. \_\_\_\_\_ vom 22. Januar 2001 zum Schluss, es habe sich ein schlechter stationärer Zustand etabliert; aufgrund des therapieresistenten cervicogenen und generalisierten Schmerzsyndroms mit massiven Begleitsymptomen wie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Drehschwindel, Nausea, depressiven Verstimmungen und vegetativen Reaktionen sei fraglich, ob der Versicherte noch fähig sei, irgendwelche berufliche Tätigkeiten auszuüben. Er empfahl, einen Bericht des PZZ einzuholen. Nach weiteren Stellungnahmen des prakt. Arzt C. \_\_\_\_\_ vom 8. April 2001, des Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 6. Juni 2001 sowie der Frau Dr. phil. O. \_\_\_\_\_, Neuropsychologisches Ambulatorium, vom 15. Januar 2002 holte die SUVA eine Expertise des Dr. med. A. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 21. Januar 2002 ein, der eine chronische Craniocervicalgie und -brachialgie ohne neurologische Ausfälle mit nicht interpretierbaren neuropsychologischen Beschwerden und massiver somatoformer Beschwerdeausbreitung sowie

funktioneller, zum Teil depressiver, psychiatrisch zu begutachtender Überlagerung feststellte. Die organische Kernsymptomatik (schmerzhafte Verspannungen am Schultergürtel und Bewegungseinschränkungen, ferner: Schwindel, Tinnitus und Kopfschmerzen) sei Teil des typischen Beschwerdebildes nach HWS-Distorsion. Hinsichtlich der vom Versicherten weiter angegebenen Beschwerden im Bereich des Kehlkopfes mit Refluxbeschwerden führte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, ORL & Phonatrie FMH, aus, einer der Hauptgründe stelle die multiple Einnahme von Schmerzmitteln und anderen Medikamenten dar (Bericht vom 25. Januar 2002; vgl. auch Stellungnahme dazu des Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie sowie Arbeitsmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin der SUVA, vom 13. März 2002). Nach Absprache mit dem Rechtsvertreter des Versicherten holte die SUVA das psychiatrische Gutachten des Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. Juni 2002 ein, welcher eine aktuell bestehende Arbeitsunfähigkeit von 40 % postulierte (vgl. auch Stellungnahme dazu der Frau Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, SUVA Versicherungsmedizin, vom 9. April 2003).

Aufgrund von Anhaltspunkten in der neurologischen Expertise des Dr. med. A. \_\_\_\_\_ vom 21. Januar 2002 liess die SUVA den Versicherten, mit Einverständnis des Rechtsvertreters, schliesslich auch orthopädisch begutachten (Expertise des Universitätsspitals X. \_\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Dres. med. B. \_\_\_\_\_, Ass.-Arzt, Oberarzt P. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_, Professor, Klinikdirektor, vom 8. Juli 2004 mit Ergänzungsbericht vom 1. Februar 2005).

Mit Verfügung vom 19. Mai 2005 stellte die SUVA die Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung ab 1. Juni 2005 unter anderem mit der Begründung ein, aufgrund der medizinischen Untersuchung des Dr. med. B. \_\_\_\_\_ lägen keine behandlungsbedürftigen Unfallfolgen mehr vor; die geklagten, medizinisch nicht erklärbaren Beschwerden seien von psychischen Faktoren bestimmt, welche nicht in einem kausalen Zusammenhang mit den Unfällen stünden. Eine Einsprache wies die SUVA ab (Einspracheentscheid vom 19. Januar 2006).

B.

Die hiegegen eingereichte Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich ab (Entscheid vom 4. Februar 2008).

C.

Mit Beschwerde lässt E. \_\_\_\_\_ beantragen, unter Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids seien ihm auch nach dem 1. Juni 2005 die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Zudem lässt er das von der Invalidenversicherung eingeholte Gutachten des Dr. med. Q. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 21. Mai 2007 sowie die von ihm bestellte neurologische Expertise des Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 20. März 2008 auflegen.

Die SUVA schliesst auf Abweisung der Beschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Erwägungen:

1.

1.1 Gestützt auf Art. 99 Abs. 1 BGG, wonach neue Tatsachen und Beweismittel nur so weit vorgebracht werden dürfen, als erst der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt, stellt sich die Frage, ob die letztinstanzlich innerhalb der Beschwerdefrist (vgl. Art. 100 Abs. 1 BGG) neu eingereichten medizinischen Gutachten der Dres. med. Q. \_\_\_\_\_ vom 21. Mai 2007 und H. \_\_\_\_\_ vom 20. März 2008 unzulässige Nova im letztinstanzlichen Verfahren sind.

1.2 Nach Art. 97 Abs. 2 BGG kann jede unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gerügt werden, wenn sich die Beschwerde gegen einen Entscheid über die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung richtet. Das Bundesgericht ist dabei nicht an die Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz gebunden (Art. 105 Abs. 3 BGG). Ob aus dieser Rechtslage zu schliessen ist, dass neue tatsächliche Vorbringen zuzulassen sind, sofern sie form- und fristgerecht in den Prozess eingebracht werden, muss hier mit Blick auf die nachfolgenden Erwägungen sowie den Ausgang des Verfahrens nicht weiter nachgegangen werden.

2.

Nicht streitig ist, dass der Beschwerdeführer sowohl beim Unfall vom 30. Juli 1999 wie auch demjenigen vom 6. April 2000 ein Schleudertrauma der HWS erlitten hat. Prozessthema bildet die Frage, ob die daraus resultierenden Folgen auch nach dem 1. Juni 2005 weiterbestanden und daher Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung begründet haben.

2.1 Die Vorinstanz kam zum Schluss, aufgrund der medizinischen Unterlagen stehe fest, dass keine organisch objektivierbaren Befunde vorlägen, welche die gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausreichend zu erklären vermöchten. Die psychische Problematik habe klar im Vordergrund gestanden, weshalb die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Regeln zu erfolgen habe. Ausgehend davon, dass die psychisch bedingten Leiden ab Januar 2002 überhand genommen hätten, seien gesamthaft betrachtet lediglich zwei der sieben erforderlichen Adäquanzkriterien erfüllt gewesen, weshalb der Kausalzusammenhang zwischen den ab 1. Juni 2005 weiter geltend gemachten Beschwerden mit den Unfällen zu verneinen sei.

2.2 Demgegenüber wird in der bundesgerichtlichen Beschwerde vorgebracht, weder die SUVA noch die Vorinstanz hätten zur Frage, ob den psychischen Beeinträchtigungen eindeutige Dominanz zukomme, ärztliche Stellungnahmen eingeholt. Laut letztinstanzlich aufgelegtem Gutachten des Dr. med H. \_\_\_\_\_ sei das psychische Krankheitsbild als reaktiv zu den somatischen Beschwerden zu verstehen, und nicht umgekehrt. Die Vorinstanz übersehe, dass hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Fachrichtung unterschiedliche Auffassungen bestünden. So habe Dr. med. A. \_\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bestätigt, wogegen Dr. med. B. \_\_\_\_\_ keine Einschränkungen annehme. Es fehle an einem multidisziplinären medizinischen Konsilium, gestützt auf welches die Ursachen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zuverlässig beurteilt werden könnten. Die Sache sei daher an die Vorinstanz zurückzuweisen. Auch wenn diesem Antrag nicht stattgegeben werde, sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den Unfällen und den medizinisch festgestellten, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden gesundheitlichen Beschwerden zu bejahen.

3.

3.1

3.1.1 Es steht aufgrund der Akten fest, dass trotz umfangreicher medizinischer Abklärungen kein Korrelat gefunden werden konnte, welches die vielfältigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinreichend zu erklären vermöchte. Weil der Beschwerdeführer bei den Unfällen vom 30. Juli 1999 und 6. April 2000 unstrittig und medizinisch bestätigt ein Schleudertrauma der HWS erlitt, hat die Adäquanzbeurteilung grundsätzlich nach der Rechtsprechung gemäss BGE 134 V 109 zu erfolgen, welche für die Beurteilung der Kriterien der Adäquanz nicht zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden differenziert (zum Ganzen auch BGE 119 V 335; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 E. 3 [U 160/98]).

3.1.2 Natürlich unfallkausale psychische Beschwerden nach einem Unfall mit Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule (oder einem äquivalenten Verletzungsmechanismus) dürfen aber nicht unterschiedslos, ohne nähere Betrachtung ihrer Pathogenese, nach den Kriterien gemäss BGE 117 V 359 E. 6a S. 366 auf ihre Adäquanz hin überprüft werden. Abweichend ist zum Beispiel zu verfahren, wenn nicht von einem vielschichtigen somatisch-psychischen Beschwerdebild - das heisst von einem komplexen Gesamtbild unfallbedingter psychischer Beschwerden und ebenfalls unfallkausaler

organischer Störungen - gesprochen werden kann, das einer Differenzierung kaum zugänglich ist (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 327 E. 3 [U 273/99]). In solchen Fällen ist die Prüfung der adäquaten Kausalität unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 und 403 E. 5 S. 407 vorzunehmen, das heisst, psychische Komponenten bleiben bei der Beurteilung und Gewichtung der einzelnen Kriterien unberücksichtigt. Wenn die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Schleudertraumas gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur ausgeprägten psychischen Problematik aber unmittelbar nach dem Unfall ganz in den

Hintergrund treten oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben, ist die Prüfung der adäquaten Kausalität praxismässig unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall gemäss BGE 115 V 133 ff. vorzunehmen (BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103, 123 V 98 E. 2a S. 99; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 [U 164/01]; Urteil U 66/04 vom 14. Oktober 2004 E. 5.1). Ebenfalls nach BGE 115 V 133 vorzugehen ist, wenn bei einer versicherten Person bereits vor dem Unfall psychische Beschwerden vorlagen, die durch das Unfallereignis verstärkt wurden (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3c [U 273/99]).

### 3.2

3.2.1 Dr. med. A.\_\_\_\_\_ hielt im neurologischen Gutachten vom 21. Januar 2002 unter der Rubrik "Beurteilung" fest, anlässlich seiner Exploration des Versicherten sei "das psychiatrische Bild weitaus im Vordergrund gestanden"; der neurologische Status sei normal gewesen; auch hirnelektrisch habe er keine Hinweise für irgendwelche Funktionsstörungen traumatischer oder anderweitiger Art finden können. Die Befunde an den Weichteilen seien widersprüchlich. Zum einen liess sich der Explorand nicht untersuchen und reagierte auf kleinste Berührungen mit massiven Muskelanspannungen, mit Würgen, Husten und Schmerzäusserungen, sodass eine vernünftige Palpation des Achsenskeletts, insbesondere des Nackens nicht möglich war. Im Kontrast dazu bewegte er sich, wenn er sich unbeobachtet wähnte, normal, er kleidete sich flüssig und zielgerichtet an und bewegte dabei den Kopf ungehindert. Auffallend war schliesslich die ausserordentliche vegetative Dysregulation mit Mundtrockenheit, Tachykardie, Schwitzen, Zittern und Frieren. Ob diese rein psychogen bedingt waren oder eine Wirkung der eingenommenen Medikamente (insbesondere Tramal) vorlag, konnte Dr. med. A.\_\_\_\_\_ nicht abschliessend beurteilen. Bei der Beantwortung des Fragenkatalogs erwähnte

er, dass organische Kernbeschwerden (schmerzhafte Verspannungen am Schultergürtel mit Bewegungseinschränkungen, Schwindel, Tinnitus und Kopfschmerzen) bestünden, die als Teil der erlittenen HWS-Distorsionstraumen anzusehen und ohne Zweifel unfallkausal seien. Weitere bestimmte, dem typischen Beschwerdebild zuzuordnende psychische und neuropsychologische Beschwerden seien ebenfalls unfallbedingt, eine Trennung von anderen reaktiven psychischen Beschwerden sei ohne fachpsychiatrische Abklärung, auch hinsichtlich der Frage, ob ein Vorzustand oder eine biographische Prädisposition vorliege, nicht möglich. Unter Berücksichtigung der mutmasslichen Weichteilbeschwerden, welche rheumatologisch weiter abzuklären seien, könnte der Versicherte wieder zu 50 % arbeiten.

3.2.2 Das Universitätsspital X.\_\_\_\_\_ (Dres. med. B.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ und Prof. L.\_\_\_\_\_) kam im Gutachten vom 8. Juli 2004 (mit Zusatzbericht vom 1. Februar 2005) zum Schluss, dass das Ausmass der geschilderten und demonstrierten Beschwerden in Widerspruch zu der sehr gut ausgebildeten Muskulatur an Rücken und Extremitäten trotz anamnestisch langjähriger beschwerdebedingter Inaktivität mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit sowie angegebener Notwendigkeit fremder Hilfe im Haushalt und Garten stehe. Die cervicospondylogenen/-cephalen Beschwerden seien zum aktuellen Zeitpunkt nach knapp vier Jahren bei Fehlen beschwerderelevanter klinischer und radiologischer Befunde nur möglicherweise auf die Unfälle zurückzuführen. Aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Inwieweit die psychiatrischen Diagnosen unfallkausal seien und die Beschwerden unterhielten, sei nicht Gegenstand der rheumatologischen Beurteilung.

3.2.3 Im psychiatrischen Gutachten des Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 21. Mai 2007 wird ausführlich eine von der Invalidenversicherung eingeholte Expertise des Spital V.\_\_\_\_\_ (Dres. med. J.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt, und U.\_\_\_\_\_, Chefarzt), vom 14. Mai 2006 zitiert. Darin wird erwähnt, die klinisch-rheumatologischen wie auch klinisch-neurologischen Befunde hätten keine Hinweise auf pathologische Funktionen ergeben. Die in den Laboruntersuchungen festgestellten, leicht entzündlichen (schon nach kurzer Zeit abgeklungenen) Werte seien im Rahmen einer Grippeinfektion zu interpretieren. Es sei ausserordentlich schwierig, für das aktuelle Beschwerdebild eine Ursache zu finden. Ein einzelnes Ereignis sei dafür nicht verantwortlich zu machen. Der gesamte Verlauf nach den zwei Unfällen sei ungewöhnlich. Das Nichtansprechen auf irgendwelche Behandlungen bei fehlenden pathologischen (insbesondere neurologischen) klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunden lasse keine sicheren Rückschlüsse auf die Ursache der geschilderten

Beschwerden zu. Die Inkonsistenzen in der Beschwerdeschilderung zögen sich wie ein roter Faden durch die gesamte medizinische Aktenlage. Aus rheumatologisch-neurologischer Sicht sei der Explorand für eine mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig.

3.2.4 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. N. \_\_\_\_\_ hielt in der Expertise vom 27. Juni 2002 fest, auf der Ebene der somatischen Beschwerden bestehe eine sogenannte "Belle Indifférence"; der Versicherte schildere schwerste Schmerzen mit grosser Distanziertheit, so als spräche er von einer Drittperson. Die Zusammensetzung, Ausprägung und Charakteristik der Beschwerden sprächen eindeutig für das Vorliegen einer psychosomatischen Krankheit. Zum einen bestehe auf affektiver Ebene eine vorwiegend apathisch-gehemmte, allerdings noch modulationsfähige Stimmungslage, welche als sekundäre Entwicklung auf die psychosomatische Erkrankung zu verstehen sei. Zum anderen lägen im kognitiven Bereich subjektive, wechselhaftige und in Abhängigkeit von den Schmerzen stehende Einschränkungen auf allen Ebenen vor, wozu auch noch eine histrionische Komponente und ein abusiver Gebrauch des Opioids Tramal hinzukämen. Insgesamt sei von einem labilen psychischen Gleichgewicht bei kombinierter Persönlichkeitsstörung (histrionisch-narzisstisch) auszugehen, welche durch die Unfälle zur Dekompensation gebracht worden sei.

3.2.5 Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ kam im Gutachten vom 21. Mai 2007 zum Schluss, es liege eine leichte depressive Störung (ICD-10: F32.0) mit depressiver Verstimmung, Freud- und Interesselosigkeit, Klagsamkeit, Verzweiflung, Hoffungslosigkeit sowie Insuffizienz- und Minderwertigkeitsgefühlen vor, die reaktiv auf die Unfälle, die chronischen Schmerzen und die psychosoziale Situation aufgetreten sei. Die früher festgestellten mittelschweren neuropsychologischen Beeinträchtigungen seien im Zeitpunkt der von ihm durchgeführten vier Untersuchungen nicht ersichtlich gewesen. Zum anderen leide der Explorand an einer Panikstörung (ICD-10: F41.0) mit den üblichen Symptomen (wie Schwitzen, Angst, Zittern, beschleunigte Atmung, Atemnot), aber auch mit Panikattacken (der Explorand reisse sich die Kleider vom Leib), die im Wesentlichen Folge der Angst eines kardiovaskulären Krankheitsgeschehens seien. Eine somatoforme Schmerzstörung könne nicht diagnostiziert werden, da die massiven Schmerzen mit dem medizinisch geäusserten Verdacht auf eine Vaskulitis somatisch weitgehend erklärt seien. Ebensowenig liege mangels anamnestisch feststellbarem Beginn in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter eine Persönlichkeitsstörung vor; vielmehr sei die

Reaktionsbreite und das Finden von Lösungen lediglich unter Druck und in Schwierigkeiten verringert, so dass die dabei erkennbaren histrionischen, narzisstischen und ängstlich vermeidenden Persönlichkeitszüge sich lediglich stärker zeigten. Schliesslich könne hypothetisch die heftige somatische Reaktion mit grossen Schmerzen auf die zwei Unfälle teilweise auf eine Retraumatisierung zurückgeführt werden. Diese Hypothese könne nur in einer mehrjährigen Therapie überprüft werden und habe zum Zeitpunkt der aktuellen Exploration keine konkrete Relevanz bezüglich diagnostischer Einschätzung respektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

### 3.3

3.3.1 Aufgrund dieser Unterlagen ist festzustellen, dass spätestens im Zeitpunkt bei Erlass des Einspracheentscheids vom 19. Januar 2006, welcher praxisgemäss die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 129 V 167 E. 1 S. 169 mit Hinweis auf BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), aus rheumatologischer und neurologischer Sicht keine Beschwerden mehr festgestellt werden konnten, welche auch nur indirekt mit den bei den Unfällen vom 30. Juli 1999 und 6. April 2000 durchgemachten HWS-Schleudertraumen in Zusammenhang standen. Die anderslautenden Beurteilungen des behandelnden Hausarztes prakt. Arzt C. \_\_\_\_\_ und des Neurologen Dr. med. H. \_\_\_\_\_ ändern daran nichts. Der im Anhang zum Gutachten des Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ vom 21. Mai 2007 auszugsweise wiedergegebenen Expertise des Spital V. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2006 ist unter anderem zu entnehmen, dass die seit den Unfällen von diesen Ärzten ohne Unterbruch attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit dem subjektiven Befinden des Versicherten, nicht aber den objektiv erheblichen Befunden entsprochen haben. Dieser Schlussfolgerung ist angesichts der Aktenlage ohne weiteres beizupflichten. Den Vorbringen in der letztinstanzlichen Beschwerde ist zu entgegnen, dass der Neurologe

Dr. med. A. \_\_\_\_\_ (Gutachten vom 21. Januar 2002) bei seiner Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit (50 %) weichteilrheumatische Beschwerden unterstellte, die fachmedizinisch weiter abzuklären waren. Insgesamt ist festzustellen, dass aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründbar ist; aufgrund der psychiatrischen Befunde besteht eine Einschränkung von 40 % (vgl. Gutachten des Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 27. Juni 2002) oder 30 % (vgl. Gutachten des Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ vom 21. Mai 2007). Unter diesen Umständen ist von der beantragten interdisziplinären Begutachtung abzusehen.

3.3.2 Wird mit der Vorinstanz auf die Darlegungen des Dr. med. N. \_\_\_\_\_ (Gutachten vom 27. Juni 2002) abgestellt, wonach die zwei Unfälle im wesentlichen eine psychische Symptomatik einer vorbestandenen Persönlichkeitsstörung auslösten, muss eher angenommen werden, dass über den

gesamten Verlauf des Krankheitsgeschehens von den Unfällen bis zum Beurteilungszeitpunkt (Erlass des Einspracheentscheids) gesehen der psychische Gesundheitsschaden im Vordergrund gestanden hat. Auf diese Auffassung deuten auch die Ausführungen des Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ (Gutachten vom 21. Mai 2007) hin, wonach die Panikstörung in Zusammenhang mit einer offenbar zeitlich deutlich nach den Unfällen aufgetretenen und unfallfremden Vaskulitis entstanden ist (vgl. auch Gutachten des Dr. med. A. \_\_\_\_\_ vom 21. Januar 2002, der eine Tachykardie erwähnt), welche die vom Exploranden angegebenen Ängste hinreichend zu erklären vermochte. Auf der anderen Seite hat Dr. med. Q. \_\_\_\_\_ überzeugend dargelegt, dass es für die Diagnostizierung einer Persönlichkeitsstörung an einem anamnestisch feststellbaren Beginn in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter fehlt. Sodann liegt gemäss beiden psychiatrischen Gutachtern eine affektive Störung (Depression) vor, die als reaktiv zu den Unfällen vom 30. Juli 1999 und 6. April 2000 und deren Folgen aufgetreten, und damit als Teil des typischen Beschwerdebildes nach HWS-Schleudertrauma anzusehen ist. Insgesamt betrachtet ist daher fraglich, ob die psychische Problematik schon unmittelbar nach den Unfällen vom 30. Juli 1999 und 6. April 2000 oder über den gesamten Krankheitsverlauf gesehen eindeutige Dominanz aufgewiesen hat. Ob unter solchen Umständen ein Ausnahmefall im Sinne der dargelegten Rechtsprechung zur Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs nach der Schleudertraumapraxis vorliegt (vgl. E. 3.1.2) kann allerdings offenbleiben, da es jedenfalls an der Adäquanz des Kausalzusammenhangs mangelt (E. 4).

#### 4.

##### 4.1

4.1.1 Das Bundesgericht hat in BGE 134 V 109 (Urteil U 394/06 vom 19. Februar 2008), wie der Beschwerdeführer richtig bemerkt hat, 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. Am Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung bei Unfällen mit solchen Verletzungen wird festgehalten (E. 7-9 S. 118 ff. des erwähnten Urteils). 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 sind nicht zu ändern (E. 10.1 S. 126). Das Bundesgericht hat aber die adäquanzrelevanten Kriterien teilweise modifiziert. Dies betrifft zunächst das Kriterium der "ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung", das nur dann vorliegt, wenn nach dem Unfall fortgesetzt spezifische und die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung im Zeitraum bis zum Fallabschluss notwendig gewesen war (E. 10.2.3 S. 128). Weiter wird für die Erfüllung des Kriteriums "Dauerbeschwerden" vorausgesetzt,

dass diese erheblich sind, was aufgrund glaubhaft geltend gemachter Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person im Lebensalltag erfährt, zu beurteilen ist (10.2.4 S. 128 f.). Hinsichtlich des Kriteriums "Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit" ist nicht die Dauer an sich, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche massgeblich, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt (E. 10.2.7 S. 129).

Zusammenfassend hat das Bundesgericht den Katalog der bisherigen adäquanzrelevanten Kriterien (BGE 117 V 359 E. 6a S. 367, 369 E. 4b S. 383) in BGE 134 V 109 wie folgt neu gefasst (E. 10.3 S. 130):

obesonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;

odie Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;

ofortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;

oerhebliche Beschwerden;

oärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;

oschwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;

oerhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

4.1.2 Tritt im Anschluss an zwei oder mehrere Unfälle eine psychische Fehlentwicklung ein, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs grundsätzlich für jeden Unfall gesondert gemäss der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, wie die Vorinstanz zutreffend festgehalten hat. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn die Unfälle verschiedene Körperteile betreffen und zu unterschiedlichen Verletzungen führen (RKUV 1996 Nr. U 248 S. 177 E. 4b [U 213/95]; SVR 2003 UV Nr. 12 S. 36 E. 3.2.2 [U 78/02]). Auch in Fällen, in welchen die versicherte Person mehr als einen Unfall mit Schleudertrauma der HWS oder gleichgestellter Verletzung erlitten hat, ist die Adäquanz prinzipiell für jeden Unfall gesondert zu beurteilen (SVR 2007 UV Nr. 1 S. 1 E. 3.2.2 und 3.3.2 [U39/04]). Nicht generell ausgeschlossen ist, die wiederholte Betroffenheit desselben

Körperteils bei der Adäquanzprüfung zu berücksichtigen. Letzteres ist insbesondere dann denkbar, wenn die Auswirkungen der verschiedenen Ereignisse auf gewisse Beschwerden und/oder auf Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit nicht voneinander abgegrenzt werden können. Der hinreichend nachgewiesenen, durch einen früheren versicherten Unfall verursachten dauerhaften Vorschädigung der HWS

kann diesfalls im Rahmen der Beurteilung der einzelnen Kriterien Rechnung getragen werden (zum Ganzen: SVR 2007 UV Nr. 1 S. 1 E. 3.3.2 mit Hinweisen [U 39/04]).

#### 4.2

4.2.1 Die nach dem Unfall vom 30. Juli 1999 aufgetretenen gesundheitlichen Beschwerden sind gemäss ärztlichen Auskünften durch den zweiten Unfall vom 6. April 2000 verstärkt worden. Unter diesen Umständen ist den gesundheitlichen Folgen der zwei Unfälle gemäss der in vorstehender E. 4.1.2 zitierten Rechtsprechung im Rahmen der Beurteilung der einzelnen Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen.

4.2.2 Die Vorinstanz hat die zwei Auffahrunfälle vom 30. Juli 1999 und 6. April 2000 unter Berücksichtigung des augenfälligen Geschehensablaufs und den sich entwickelten Kräften (vgl. biomechanische Kurzbeurteilungen [Triage] der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik, c/o Institut für biomedizinische Technik, Universität und ETH X. \_\_\_\_\_, vom 15. Januar 2001) als mittelschwer an der Grenze zu den leichten Unfällen zugeordnet. Diese Beurteilung, welche in Übereinstimmung mit der Praxis zu vergleichbaren Ereignissen (vgl. Sachverhalt und E. 4.3.1 f. des Urteils U 239/06 vom 12. April 2007 mit Hinweis auf die in RKUV 1998 Nr. U 307 S. 448 [U 169/97] erwähnte Kasuistik) steht, wird letztinstanzlich zu Recht nicht beanstandet. Von den weiteren, objektiv fassbaren und unmittelbar mit den Unfällen in Zusammenhang stehenden oder als Folge davon erscheinenden Umständen, welche als massgebende Kriterien in die Gesamtwürdigung einzubeziehen sind, müssten demnach für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber mehrere in gehäufte Weise gegeben sein. Dabei räumt der Beschwerdeführer explizit ein, dass weder das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder

besonderen Eindrücklichkeit der Unfälle noch dasjenige einer ärztlichen Fehlbehandlung vorliegen.

4.2.3 Gemäss BGE 134 V 109 genügt die Annahme eines HWS-Schleudertraumas für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der dafür typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86, U 339/06, E. 5.3; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236, U 380/04, E. 5.2.3 mit Hinweisen). Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (SVR 2007 UV Nr. 26 S. 86, U 339/06, E. 5.3; RKUV 2003 Nr. U 489 S. 357, U 193/01, E. 4.3 mit Hinweisen). Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma, der äquivalenten Verletzung der HWS oder dem Schädel-Hirntrauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127 f.).

Solche Umstände liegen hier insofern vor, als der Versicherte in relativ kurzem zeitlichen Abstand (etwas mehr als acht Monate) zwei Schleudertraumen der HWS erlitten hat. In einem ähnlichen Fall legte das Eidgenössische Versicherungsgericht dar, es entspreche der allgemeinen Lebenserfahrung, dass pathologische Zustände nach HWS-Verletzungen bei erneuter Traumatisierung ausserordentlich stark exazerbieren können. Eine HWS-Distorsion, welche eine bereits durch einen früheren versicherten Unfall erheblich vorgeschädigte HWS betrifft, ist demnach speziell geeignet, die typischen Symptome hervorzurufen, und deshalb als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren (SVR 2007 UV Nr. 1 S. 1 E. 3.4.2 [U 39/04]). Hier ist allerdings fraglich, ob der erste Unfall vom 30. Juli 1999 eine erhebliche und dauerhafte Schädigung der HWS zur Folge hatte (vgl. Gutachten des Dr. med. A. \_\_\_\_\_ vom 21. Januar 2002). Fest steht, dass es beim zweiten Unfall zu einer Verstärkung der Symptomatik kam. Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung ist demnach zu bejahen.

4.2.4 Hinsichtlich der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist zunächst darauf hinzuweisen, dass viele der ärztlich angeordneten Massnahmen einzig der Abklärung des Gesundheitszustandes dienten. Vom 28. Juni bis 26. Juli 2000 erfolgte ein Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik I. \_\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 5. September 2000). Ansonsten beschränkte sich die ärztliche Behandlung auf ambulante Physio- und Psychotherapie mit Verordnung von Medikamenten, ohne dass die angegebenen Beschwerden wesentlich beeinflusst werden konnten. Dr. med. N. \_\_\_\_\_ erwähnte in diesem Zusammenhang im psychiatrischen Gutachten vom 27. Juni 2002 eine "Belle Indifférence"; der Versicherte schilderte schwerste Schmerzen mit grosser Distanziertheit, so als spräche er von einer Drittperson. Laut Gutachten des Universitätsspitals X. \_\_\_\_\_ (Dres. med. B. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ und Prof. L. \_\_\_\_\_) vom 8. Juli 2004 waren aus somatischer Sicht keine weiteren medizinischen Massnahmen, welche eine wesentliche Verbesserung der Symptomatik

bewirken könnten, anzubieten. Die empfohlene psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung wurde offenbar wiederaufgenommen oder weitergeführt (vgl. Gutachten des Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 21. Mai 2007).

Insgesamt betrachtet ist eine fortgesetzt spezifische, nicht aber eine belastende ärztliche Behandlung anzunehmen.

4.2.5 Erhebliche Beschwerden lagen nicht vor, weil angesichts der Feststellungen in den Gutachten des Dr. med. A.\_\_\_\_\_ vom 21. Januar 2002, des Universitätsspitals X.\_\_\_\_\_ (Dres. med. B.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ und Prof. L.\_\_\_\_\_) vom 8. Juli 2004 sowie des Spital V.\_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2006 (zitiert im Anhang des Gutachtens des Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 21. Mai 2007) keine Befunde erhoben werden konnten, welche die als massiv geschilderten Beschwerden auch nur annähernd zu erklären vermochten. Zudem ist auch in diesem Zusammenhang auf die von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ (psychiatrisches Gutachten vom 27. Juni 2002) erwähnte "Belle Indifférence" hinzuweisen. Hinsichtlich der psychiatrischen Befunde ist zudem eine allfällige Persönlichkeitsstörung wie auch eine Panikstörung bei der Adäquanzbeurteilung ausser Acht zu lassen (vgl. E. 3.3.2 hievore). Die von den Gutachtern (Dres. med. N.\_\_\_\_\_ vom 27. Juni 2002 und Q.\_\_\_\_\_ vom 21. Mai 2007) weiter diagnostizierte leichte depressive Störung stellt für sich allein keine derart schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung dar, dass das in Frage stehende Kriterium zu bejahen wäre.

4.2.6 Weiter ist weder aufgrund der Akten noch der Vorbringen in der letztinstanzlichen Beschwerde ersichtlich, inwiefern ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen vorliegen sollen.

4.2.7 Zu prüfen ist schliesslich, ob das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen gegeben ist. Der Beschwerdeführer macht hiezu geltend, er habe nach dem ersten Unfall vom 30. Juli 1999 gemäss ärztlicher Empfehlung die Berufstätigkeit bei der Firma M.\_\_\_\_\_ AG bereits am 26. September 1999 zu einem hälftigen Pensum wieder aufgenommen. Wegen Verstärkung der Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schwindel und Übelkeit habe er die Arbeit am nächsten Tag niederlegen müssen. Nach dem zweiten Unfall vom 6. April 2000 sei eine weitere Berufstätigkeit nicht mehr möglich gewesen.

Diese Schlussfolgerung ist mit der medizinischen Aktenlage nicht in Einklang zu bringen. Wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.3.1), ist gemäss Gutachten des Universitätsspitals X.\_\_\_\_\_ vom 8. Juli 2004 mit Zusatzbericht vom 1. Februar 2005 sowie des Spitals V.\_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2006 (zitiert im Gutachten des Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ vom 21. Mai 2007) aus somatischer Sicht zumindest in einer mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben. Die vom neurologischen Gutachter Dr. med. A.\_\_\_\_\_ (Expertise vom 21. Januar 2002) angegebene hälftige Arbeitsunfähigkeit beruhte auf der Annahme, dass fachmedizinisch weiter abzuklärende weichteilrheumatische Beschwerden vorliegen konnten. Gemäss den psychiatrischen Ergebnissen der Dres. med. N.\_\_\_\_\_ (Gutachten vom 27. Juni 2002) und Q.\_\_\_\_\_ (Gutachten vom 21. Mai 2007) war der Versicherte seit den Unfällen vom 30. Juli 1999 und 6. April 2000 zu 40 % oder 30 % dauernd arbeitsunfähig, wobei diese Einschätzungen auch auf unfallfremden Faktoren beruhten (Persönlichkeitsstörung; Panikstörung). Selbst wenn eine langdauernde teilweise Arbeitsunfähigkeit bejaht würde, ist das zu prüfende Kriterium nicht erfüllt, weil ohne weiteres feststeht, dass der Versicherte

nie ernsthafte Anstrengungen unternahm, sich in den Arbeitsmarkt wieder einzugliedern.

4.3 Insgesamt betrachtet liegen höchstens zwei (Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung und allenfalls fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung) der massgeblichen sieben Adäquanzkriterien gemäss BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130 vor, wobei eine besondere Ausprägung nicht gegeben ist. Der adäquate Kausalzusammenhang der Unfälle vom 30. Juli 1999 und 6. April 2000 mit den über den 1. Juni 2005 hinaus geklagten gesundheitlichen Beschwerden ist daher in Bestätigung des vorinstanzlichen Ergebnisses zu verneinen.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.  
Die Beschwerde wird abgewiesen.
2.  
Die Gerichtskosten von Fr. 750.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.
3.  
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 22. August 2008

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung  
des Schweizerischen Bundesgerichts  
Der Präsident: Der Gerichtsschreiber:

Ursprung Grunder