Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess {T 7}
U 403/05

Urteil vom 20. Dezember 2006
III. Kammer

Besetzung
Präsident Ferrari, Bundesrichter Lustenberger und Seiler; Gerichtsschreiber Jancar

Parteien
R._____, 1953, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Michael Ausfeld, Weinbergstrasse 18, 8001 Zürich,

gegen

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft, Bundesgasse 35, 3011 Bern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Fürsprecher Peter Bäriswyl, Bubenbergplatz 10, 3011 Bern

Vorinstanz
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Winterthur

(Entscheid vom 6. September 2005)

Sachverhalt:
A.
A.a Die 1953 geborene R._____ ist gelernte Kindergärtnerin. Am 23. Juni 1990 erlitt sie bei einem Auffahrunfall eine erste Distorsion der Halswirbelsäule (HWS). Gemäss dem zuhanden der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft (nachfolgend Mobiliar) erstellten Bericht des Psychiaters Dr. med. H._____, Ärztliche Leitung, Institut für Psychotraumatologie Z._____, vom 16. Juli 2004 war die Versicherte vom 11. April bis 6. Juni 1995 in der Rehaklinik X._____ hospitalisiert, wo folgende Diagnosen gestellt wurden: Status nach Heckauffahrunfall am 23. Juni 1990 mit traumatischer HWS-Distorsion; Cervicovertebralsyndrom bei HWS-Fehlhaltung mit einem hypermobilen Cervicalsegment C4/5 und sonst grösstenteils eingeschränkter HWS-Beweglichkeit; rechtsbetonte Unarthrosen und Spondylose bei C4 bis C7 (max. C5/6); beginnende uncarthrotische Neuroforaminalstenose bei C5/6; multiple cervicocephale Symptome; partielle posttraumatische Belastungsstörung; posttraumatische Anpassungsstörung.
A.b Seit 1. Oktober 1998 arbeitete die Versicherte zu 71 % als Verkäuferin bei der Bäckerei S._____ und war damit bei der Mobiliar unfallversichert. Am 27. April 2000 erlitt sie als Beifahrerin einen Autounfall, bei dem ihrem Ehegatten von einem entgegenkommenden Fahrzeug der Vortritt nicht gewährt wurde, worauf es zu einer seitlich-frontalen Kollision kam. Dr. med. T._____, zu dem sich die Versicherte am 28. April 2000 in Behandlung begab, diagnostizierte im Zeugnis vom 9. Mai 2000 ein leichtes Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS) und am 26. Mai 2000 eine HWS-Distorsion. Bis 8. Mai 2000 war die Versicherte zu 100 %, danach bis 31. Juli 2000 zu 50 % arbeitsunfähig und anschliessend wieder voll arbeitsfähig. Die Mobiliar erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld). Am 11. Dezember 2000 schloss Dr. med. T._____ die Behandlung mit Vorbehalt ab. Ab 26. Juni 2001 war die Versicherte bei Frau U._____ in physiotherapeutischer Behandlung. Am 23. Oktober 2002 diagnostizierte Dr. med. T._____ ein posttraumatisches Cervicalsyndrom. Am 18. Februar 2003 meldete die Versicherte der Mobiliar einen Rückfall zum

Unfall vom 27. April 2000. Gemäss dem Unfallschein UVG war sie seit 6. April 2003 zu 50 % arbeitsunfähig. Zur Abklärung des Sachverhalts holte die Mobiliar diverse Arztberichte ein, unter anderem denjenigen des Psychiaters Dr. med. H._____ vom 16. Juli 2004. Mit Verfügung vom 12. Juli 2004 verneinte sie einen Leistungsanspruch. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Entscheid vom 15. Dezember 2004 ab, weil der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den Beschwerden ab 12. Dezember 2000 zu verneinen sei. Die Leistungen seien demnach zu Recht per 11. Dezember 2000 eingestellt worden.
B.
Die hiegegen eingereichte Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Entscheid vom 6. September 2005 ab.
C.
Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde beantragt die Versicherte die Aufhebung des kantonalen Entscheides und die Rückweisung der Sache an das kantonale Gericht zwecks Zusprechung der gesetzlichen Leistungen. Sie legt neu eine Stellungnahme des Psychiaters Dr. med. H._____ vom 13. September 2005 auf.
Am 31. Oktober 2005 reicht die Versicherte ein zuhanden der IV-Stelle des Kantons Zürich erstattetes psychiatrisches Gutachten des Psychiatrie-Zentrums Y._____ vom 13. September 2005 ein.
Die Mobiliar schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Gesundheit auf eine Vernehmlassung verzichtet.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Mit Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2004 verneinte die Mobiliar eine über den 11. Dezember 2000 hinausgehende Leistungspflicht für die Folgen des Unfalls vom 27. April 2000, weil der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den Beschwerden seither zu verneinen sei.
Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten. Das ATSG ist anwendbar, soweit es um allfällige Leistungen ab 1. Januar 2003 geht. Für den Zeitraum davor gilt altes Recht (BGE 130 V 329; Urteil W. vom 1. März 2006 Erw. 2, U 153/05).
2.
2.1 Das kantonale Gericht hat die Rechtsprechung zu dem für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod; BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, je mit Hinweisen), zur vorausgesetzten Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 127 V 102 Erw. 5b/aa, je mit Hinweisen), bei psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) sowie bei Folgen eines Unfalls mit Schleudertrauma der HWS (BGE 122 V 415, 117 V 359 ff.; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 [Urteil C. vom 15. März 2005, U 380/04]) bzw. einer diesem äquivalenten Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle im Besonderen zutreffend dargelegt. Gleiches gilt zum Begriff des Rückfalls (Art. 11 UVV; BGE 127 V 457 Erw. 4b, 118 V 296 f. Erw. 2c und d; SVR 2003 UV Nr. 14 S. 43 Erw. 4 [Urteil E. vom 20. März 2003, U 86/02]; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 Erw. 2) und zum Beweiswert von Arztberichten (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). Darauf wird verwiesen.
2.2
2.2.1 Zu ergänzen ist, dass bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden rechtsprechungsgemäss (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb mit Hinweisen) wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein HWS-Schleudertrauma, eine diesem äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. dazu: BGE 119 V 337 Erw. 1, 117 V 360 Erw. 4b) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 Erw. 6a und 382 Erw. 4b festgelegten Kriterien (BGE

123 V 99 Erw. 2a mit Hinweisen). Gleiches gilt, wenn die im Anschluss an den Unfall
auftretenden psychischen Störungen nicht zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehören. Erforderlichenfalls ist vorgängig der Adäquanzbeurteilung zu prüfen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um blosse Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbstständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind (RKUV 2001 Nr. U 412 S. 80 [Urteil B. vom 12. Oktober 2000, U 96/00]). Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 [Urteil W. vom 18. Juni 2002, U 164/01]schliesslich dargelegt hat, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nur dann im Sinne von BGE 123 V 99 Erw. 2a unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall zu beurteilen, wenn die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufweist. Wird die Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 99 Erw. 2a in einem späteren Zeitpunkt angewendet, ist zu prüfen, ob im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind. Nur wenn dies zutrifft, ist die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu beurteilen (Urteil C. vom 19. September 2006 Erw. 4.1, U 60/06).
Nach der Rechtsprechung ist für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Gesundheitsschaden und Unfallereignis nicht entscheidend, ob die im Anschluss an ein HWS-Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung auftretenden Beschwerden medizinisch eher als organischer oder als psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 117 V 364 Erw. 5d/aa). Die Unterscheidung ist jedoch insoweit von Belang, als die Adäquanzbeurteilung nicht nach den für Schleudertraumen und äquivalente Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.), sondern nach den für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) geltenden Regeln zu erfolgen hat (Urteil E. vom 30. März 2005 Erw. 6.1, U 426/04).
2.2.2 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. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Unfälle verschiedene Körperteile betreffen und zu unterschiedlichen Verletzungen führen (RKUV 1996 Nr. U 248 S. 177 Erw. 4b; SVR 2003 UV Nr. 12 S. 36 Erw. 3.2.2 [Urteil E. vom 25. Februar 2003, U 78/02]). Gleiches gilt grundsätzlich betreffend mehrere versicherte Unfälle mit HWS-Schleudertrauma oder äquivalenter Verletzung. Einer nachgewiesenermassen durch einen früheren Unfall verursachten erheblichen Vorschädigung der HWS kann jedoch im Rahmen der Beurteilung der Kriterien gemäss BGE 117 V 367 Erw. 6a Rechnung getragen werden (SVS 2006 3 S. 23 f. [Urteil S. vom 26. April 2006 Erw. 3.2.2 und 3.3.2, U 39/04]).
2.3 Mit dem Inkrafttreten des ATSG am 1. Januar 2003 hat sich am unfallversicherungsrechtlichen Begriff des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhanges sowie dessen Bedeutung als Voraussetzung für die Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung nichts geändert (Urteil K. vom 23. Dezember 2005 Erw. 1.2, U 289/04, mit Hinweisen). Keine materiellrechtliche Änderung beinhaltet auch der redaktionell neu gefasste Unfallbegriff des Art. 4 ATSG (RKUV 2004 Nr. U 530 S. 576 [Urteil F. vom 5. Juli 2004, U 123/04]; Urteil N. vom 21. August 2006 Erw. 1.2, U 360/05).
Im Rahmen der Prüfung der Adäquanz kommt den in Betracht fallenden Leistungsarten (Heilbehandlung, Taggeld, Invalidenrente, Integritätsentschädigung) keine Massgeblichkeit zu (BGE 127 V 104 f. Erw. 5d; erwähntes Urteil U 360/05 Erw. 1.2).
2.4 Im Rahmen eines Rückfalls wirkt sich eine Beweislosigkeit hinsichtlich des natürlichen Kausalzusammenhangs zum Nachteil der versicherten Person aus (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b). Überdies ist festzuhalten, 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 Kausalzusammenhanges zu stellen sind (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 Erw. 1c). Auch im Rahmen der Kausalitätsprüfung bei einem Rückfall gilt die Offizialmaxime (Urteil S. vom 17. Mai 2005 Erw. 2.2, U 13/05).
3.
3.1 Am 11. Dezember 2000 schloss Dr. med. T._____ die Behandlung wegen des am 27. April 2000 erlittenen Schleudertraumas mit Vorbehalt ab. Am 18. März 2003 gab er der Mobiliar betreffend diesen Unfall an, unter Physiotherapie bestehe ein guter, aber langsamer Heilverlauf. Er habe die Versicherte zum Spezialarzt Dr. med. C._____, Rheumatologie FMH, geschickt.
3.2 Im Bericht vom 6. Februar 2002 führte Dr. med. C._____ aus, seit dem Auffahrunfall im Frühjahr 2000

habe die Versicherte redzidivierende vertebrogene Beschwerden, weswegen sie immer wieder in Behandlung bei der Physiotherapeutin Frau U._____ sei. Anfangs Januar 2002 sei ganz akut und spontan eine Schmerzattacke der ganzen HWS mit Ausstrahlung ins rechte Bein aufgetreten. Im Vordergrund stehe die schmerzhafte HWS-Bewegungseinschränkung und die ausgeprägte muskuläre Verspannung im Schultergürtel. Mit Voltaren und Deanxit sei die Situation wenig besser; Physiotherapie-Serie laufe bereits. Weiter gab er folgende Beurteilung ab: schmerzhafte Bewegungsstörungen der HWS und des cervicothorakalen Übergangs mit ausgeprägter fibromyalgischer Reaktion des Schultergürtels; Diskopathie C5/6; HWS-Fehlhaltung. Die Fortsetzung der Physiotherapie sie hier sicher essenziell.
Im Bericht vom 22. Juli 2002 zuhanden der Versicherungen W._____ diagnostizierte Dr. med. C._____ ein Cervicothorakal-Syndrom, HWS-Fehlhaltung, Diskopathie C5/6 und spondylogene Schultergürteltendomyosen. Verordnet worden seien Physiotherapie und medikamentöse Behandlung. Die letzte Therapieverordnung sei am 13. März 2002 für 6 Behandlungen erfolgt. Der Verlauf der letzten drei Monate sei ihm unbekannt.
3.3 Gemäss dem von Dr. med. G._____, Innere Medizin FMH, ausgefüllten Unfallschein war die Versicherte wegen des Unfalls vom 27. April 2000 ab 6. April 2003 zu 50 % arbeitsunfähig.
3.4 Der Neurologe Dr. med. M._____, beratender Arzt der Mobiliar, legte im Aktenbericht vom 23. Juli 2003 dar, über die Zeit vom Februar 2002 bis Februar 2003 existiere keine Dokumentation. Der Rheumatologe habe festgestellt, die Versicherte leide an fibromyalgischen Reaktionen des Schultergürtels. Hiezu gehörten auch schmerzhafte HWS-Bewegungsstörungen bis sogar zum Kopfweh vom Spannungstyp. Hier liege eine krankhafte Veranlagung zu Grunde, und es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die heutigen Beschwerden auf den Unfall vom 27. April 2000 zurückgingen.
3.5 Der Neurologe Dr. med. J._____ diagnostizierte im Bericht vom 16. Januar 2004 einen Status nach HWS-Distorsionstrauma 6/90 und 4/00, eine Angst- und Panikstörung sowie ein mässiges Cervicalsyndrom. Weiter gab er an, aktuell leide die Versicherte immer wieder unter massiven Angst- und Panikattacken. Der Schlaf sei gestört, sie leide an Lustlosigkeit, Erschöpfung, Appetitmangel sowie einem inneren Unruhegefühl. Fussschmerzen infolge eines Fersensporns hinderten sie am Gehen, was ärztlich behandelt werde. Im Nackenbereich leide die Versicherte wechselnd an Schmerzen, selten auch Kopfschmerzen. Häufig bestünden Augenflimmern und gelegentlich Trümmel. Weiter bestünden Darmprobleme bei Reizdarm und ein Myom, weswegen die Versicherte in ärztlicher Behandlung sei. Klinisch neurologisch bestünden im detaillierten Neurostatus keine Auffälligkeiten. Betreffend die HWS legte er dar: Kinn Jugulum Abstand 4/20 cm; druckdolente Nackenstrukturen im mittleren Bereich; Rotation in Mittelstellung rechts 50°, links 55°; Lateralflexion links 35°, rechts 30°; Kopfgelenke gut beweglich. Weiter führte Dr. med. J._____ aus, im Vordergrund der Beschwerden stehe jetzt eine ausgeprägte Angst- und Paniksituation, die seit dem ersten Unfall 1996
(recte 1990) bestanden habe und nach dem zweiten Unfall massiv aktiviert worden sei. Weiter finde er auf der somatischen Ebene ein mässig ausgeprägtes Cervicalsyndrom rechtsbetont mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit. Sobald die Situation mit den Angst- und Panikattacken etwas unter Kontrolle sei, könne wieder mit einer geeigneten Therapie für das Cervicalsyndrom (Physiotherapie oder Feldenkrais) begonnen werden. Bis 15. Januar 2004 habe sich unter anxiolytischer medikamentöser Therapie und der Psychotherapie eine deutliche Tendenz zur Stabilisierung gezeigt.
3.6 Der Psychiater Dr. med. H._____ legte im Bericht zuhanden der Mobiliar vom 16. Juli 2004 dar, auf Grund seiner Untersuchung im Oktober 2003 habe er eine beeinträchtigende Angststörung mit Panikattacken aber auch Symptomen des Wiedererlebens sowie depressive Äquivalente gefunden. Zusätzlich hätten eine erhebliche Verunsicherung und affektive Labilisierung bestanden. Er beurteile die psychische Störung als psychoreaktiv. Bei der Reaktion spielten die beiden Unfälle eine Rolle, die zumindest subjektiv eindrücklich gewesen seien. Die Reaktion erfolge aber auch auf die Unfallfolgen (Schmerzsyndrom, Verdacht auf kognitive Störungen, Einschränkung der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit, konsekutiv Überforderungssituationen). Diagnostisch sei von einer Panikstörung (ICD-10: F41.0) und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0) auszugehen. Beim Beginn der ambulanten Psychotherapie am 17. November 2003 habe sich die psychische Problematik massiv verstärkt, weshalb zwei Sitzungen pro Woche hätten durchgeführt werden müssen. Im Januar 2004 habe die Frequenz auf eine Wochensitzung reduziert werden können, da eine Beruhigung gelungen sei. Das depressive Syndrom habe sich aufgehellt, die
Angstsymptomatik sei nicht mehr so dramatisch, aber nach wie vor vorhanden. Die Indikation für die Weiterführung der ambulanten Psychotherapie sei gegeben, ansonsten eine Verschlechterung drohe. Nach dem Unfall habe nach seinem Wissen keine neuropsychologische Beurteilung stattgefunden. Eine solche sei unabdingbar

notwendig, um den Einfluss dieses Ereignisses insbesondere betreffend die Arbeitsfähigkeit abzuschätzen.
Im Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 16. Juli 2004 stellte Dr. med. H._____ folgende Diagnosen: Status nach HWS-Distorsiontrauma 1990 und 2000 mit: chronischem Schmerzsyndrom im Kopf- und Nackenbereich, Verdacht auf neuropsychologische Funktionsstörung, Panikstörung (ICD-10: F41.0), rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.0). Die Arbeitsfähigkeit könne durch Psychotherapie verbessert werden. Die Arbeitsfähigkeit sei interdisziplinär zu beurteilen; als Entscheidungsgrundlage fehle noch eine neuropsychologische Untersuchung.
In der letztinstanzlich aufgelegten Stellungnahme vom 13. September 2005 führte Dr. med. H._____ unter anderem aus, entgegen der vorinstanzlichen Duplik der Mobiliar habe er im an sie gerichteten Bericht vom 16. Juli 2004 die Angst- und Panikreaktion nicht auf eine krankhafte Veranlagung zurückgeführt. Weiter sei es bei einem HWS-Distorsionstrauma geradezu die Regel, dass eine klinische neurologische Untersuchung keine Befunde ergebe, die neuropsychologische Untersuchung dann aber trotzdem Defizite erheben könne. Für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei einem Status nach HWS-Distorsionstrauma mit nachfolgend protrahiertem Verlauf sei eine neuropsychologische Untersuchung ein Muss.
3.7 Das Psychiatrie-Zentrum Y._____ diagnostizierte im letztinstanzlich eingereichten Gutachten zuhanden der IV-Stelle vom 13. September 2005 (beruhend auf Untersuchungen vom 26. April sowie 4. und 9. Mai 2005) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11; Dres. med. K._____ und G._____); Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01); Status nach kraniozervikalen Beschleunigungstraumen 1990 und 2000. Im Jahre 2003 sei eine Behandlung der "mittelgradigen reaktiven Depression mit ausgeprägter körperlicher Erschöpfung" beim Psychiater Dr. med. K._____ veranlasst worden. Da diese Behandlung in der Wahrnehmung der Versicheren nicht erfolgreich verlaufen sei, werde sie seit November (recte 18. Oktober) 2003 im Institut für Psychotraumatologie Z._____ durch Frau lic. phil. L._____ und Dr. med. H._____ behandelt. Die Versicherte leide seit über 15 Jahren rezidivierend an Symptomen wie Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen, Nackensteife, depressiver Verstimmung, Leistungseinbussen, Schlaf- und Sehstörungen, Geräusch- und Geruchsempfindlichkeit, Schwindel und Übelkeit. Diese Symptome könnten als Folge von Kraniozervikaltraumen auftreten und in ca. 10 %
der Fälle chronifizieren. Bei der Versicherten seien die Beschwerden in zeitlichem Zusammenhang mit den beiden Schleudertraumata sowie den Traumatisierungen im vergangenen Jahr durch den Unfall des Sohnes und den Herzinfarkt des Ehemannes aufgetreten. Ein kausaler Zusammenhang der Beschwerden und den Traumatisierungen sei als wahrscheinlich anzunehmen. Psychisch imponiere derzeit eine mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom einer rezidivierenden depressiven Störung, die durch die potentiell lebensbedrohlichen Ereignisse des Unfalls des Sohnes im Herbst 2004 (Fahrradunfall mit Schädelhirntrauma) und des Herzinfarkts des Ehemannes 2005 zusätzlich verstärkt worden sei. Die Symptome der darüber hinaus diagnostizierten Agoraphobie seien für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ohne Belang. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde bewirkt durch Konzentrationsstörungen, Gedankenkreisen, Durchschlafstörung, affektive Labilität, herabgesetzte Stimmungslage, Insuffizienzgefühle sowie erhebliche Zukunfts- und Existenzängste. Diese seien Symptome der Panikstörung und der mittelgradigen depressiven Reaktion. Zusammenfassend werde auf Grund des aktuellen Beschwerdebildes von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % ausgegangen. Inwieweit
sich diese nach Verarbeitung der neu hinzugekommenen retraumatisierenden Ereignisse (Unfall des Sohnes, Herzinfarkt des Ehemannes) noch verändern werde, müsse abgewartet werden. Es müsse mit einer langfristigen partiellen Arbeitsunfähigkeit gerechnet werden. Eine mittel- bis langfristig vollständige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit werde prognostisch als wenig wahrscheinlich erachtet. Die Versicherte behandle die Beschwerden mit Körpertherapien (Feldenkrais, Atemtherapie, Gymnastik, Krafttraining), Gesprächspsychotherapie und Psychopharmakatherapie in ambulantem Rahmen. Sie unterziehe sich dabei aktuell einer adäquaten Therapie. Allenfalls könnte ein stationärer psychiatrischer Behandlungsversuch zu einer weiteren Verbesserung des psychischen Zustandes führen. Dr. med. K._____, behandelnder Psychiater von April bis Oktober 2003, habe die Versicherte in jener Zeit zu 100 % als arbeitsunfähig erachtet. Dr. med. H._____, der die Versicherte aktuell behandle, habe zum Grad der Arbeitsfähigkeit im IV-Bericht vom 12. Mai 2004 nicht Stellung genommen. Aus der aktuellen Arbeitsfähigkeit von 30 % und den Angaben der Versicherten schlössen sie auf eine positive Wirkung der Therapie bei Dr. med. H._____, zumal trotz neu
hinzugekommener traumatisierender Ereignisse im vergangenen Jahr die 30%ige Arbeitsfähigkeit habe beibehalten werden können. Separat beurteilt werden müsse die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf Grund des

körperlichen Gesundheitsschadens, welche durch die Distorsionstraumen verursacht worden sei. In den ihnen zur Verfügung gestellten IV-Arztberichten der Dres. med. J._____ und G._____ nach dem zweiten Distorsionstrauma werde unter somatischen Gesichtspunkten von einer Arbeitsfähigkeit von 25 % bis 30 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ausgegangen. Diese somatischen Gesichtspunkte könnten sie nicht weiter würdigen.
4.
4.1 Die Vorinstanz hat - noch in Unkenntnis des soeben (Erw. 3.7) erwähnten Gutachtens - erwogen, die Frage, ob die aktuellen Beschwerden der Versicherten zum Autounfall vom 27. April 2000 natürlich kausal seien, werde in den Arztberichten nicht rechtsgenüglich beantwortet. Dies könne indessen ebenso offen bleiben wie die Frage, ob die Versicherte eine HWS-Distorsion erlitten habe. Entsprechende Beeinträchtigungen seien nämlich im Vergleich zur psychischen Problematik (massive Angst- und Panikstörung sowie depressive Störung) in einem solchen Mass in den Hintergrund getreten, dass die Adäquanzbeurteilung nach der für psychische Unfallfolgen geltenden Rechtsprechung vorzunehmen sei. Der Unfall vom 27. April 2000 sei als mittelschwer zu qualifizieren. Von den sieben Adäquanzkriterien seien höchstens zwei, nämlich besonders dramatische Begleitumstände und besondere Eindrücklichkeit des Unfalls sowie körperliche Dauerschmerzen, zu bejahen. Da sie nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt seien, sei die Adäquanz zu verneinen.
4.2 Die Versicherte macht im Wesentlichen geltend, die Adäquanz sei nach der Schleudertraumapraxis zu beurteilen, da sie am 27. April 2000 eine schleudertraumaähnliche HWS-Verletzung erlitten habe. Vom 25. Juni 2001 bis 16. Mai 2003 sei sie wegen der daraus resultierenden Beschwerden in Behandlung gewesen, womit sich die Vorinstanz gar nicht befasst habe. Weiter sei eine neuropsychologische Begutachtung durchzuführen, wie dies der Psychiater Dr. med. H._____ in den beiden Berichten vom 16. Juli 2004 verlangt habe. Gesamthaft sei die Sache nicht spruchreif, wobei die Mobiliar die Untersuchungsmaxime verletzt habe.
5.
Auch wenn die Untersuchungen im Rahmen des Gutachtens des Psychiatrie-Zentrums Y._____ vom 13. September 2005 (Erw. 3.7 hievor) rund 4 ½ Monate nach dem massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 15. Dezember 2004 (BGE 129 V 169 Erw. 1) erfolgten, ist das Gutachten - wie die folgenden Erwägungen zeigen - zusammen mit den übrigen Arztberichten geeignet, die Beurteilung bezogen auf diesen Zeitpunkt zu beeinflussen (BGE 121 V 366 Erw. 1b, 99 V 102, je mit Hinweisen). Es ist demnach zu berücksichtigen.
6.
6.1 Gemäss dem Zeugnis des Dr. med. T._____ vom 9. Mai 2000 erlitt die Versicherte am 27. April 2000 ein leichtes Schleudertrauma; die Beweglichkeit der HWS sei leicht eingeschränkt gewesen. Im HWS-Zusatzfragebogen der Mobiliar diagnostizierte er am 26. Mai 2000 eine HWS-Distorsion. Weiter gab er an, die Versicherte habe nach dem Unfall und bei der 1. Konsultation am 28. April 2000 an wenig Schwindel, an Spontanschmerzen im Kopf okzipital und im Nacken rechts und links sowie an leichter Bewegungseinschränkung der HWS gelitten. Vor diesem Unfall sei sie bezüglich der HWS voll leistungsfähig und beschwerdefrei gewesen.
6.2 Nach dem Gesagten trat innerhalb der von der Rechtsprechung anerkannten Latenzzeit von höchstens 72 Stunden (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 f.; Urteil S. vom 27. April 2006 Erw. 4.1.1, U 393/05) das für ein HWS-Schleudertrauma bzw. eine HWS-Distorsion typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden auf (vgl. BGE 117 V 360 Erw. 4b). Von einer HWS-Distorsion gingen auch der Neurologe Dr. med. J._____, der Psychiater Dr. med. H._____ und das Psychiatrie-Zentrum Y._____ (Erw. 3.5-3.7 hievor) aus.
Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin am 27. April 2000 eine solche Verletzung erlitten hat. Die Mobiliar ist denn auch im Einspracheentscheid davon ausgegangen, dass die Versicherte auf Grund der nach dem Unfall festgestellten Beschwerden ein geringes Schleudertrauma erlitten habe.
7.
7.1
7.1.1 Der Neurologe Dr. med. J._____ führte am 16. Januar 2004 aus, im Vordergrund der Beschwerden stehe jetzt eine ausgeprägte Angst- und Paniksituation, die seit dem ersten Unfall bestanden habe und nach dem zweiten Unfall massiv aktiviert worden sei. Weiter finde er auf der somatischen Ebene ein mässig ausgeprägtes Cervicalsyndrom rechtsbetont mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit (Erw. 3.5 hievor). Aus den beiden Berichten des Dr. med. H._____ zuhanden der Mobiliar und der IV-Stelle vom 16. Juli 2004 und dem

zuhanden der IV-Stelle erstellten Gutachten des Psychiatrie-Zentrums Y._____ vom 13. September 2005 ergibt sich, dass die Versicherte an einem psychischen Gesundheitsschaden leidet und deswegen seit April 2003 in psychiatrischer Behandlung ist (Erw. 3.6 f. hievor).
7.1.2 Im Gutachten des Psychiatrie-Zentrums Y._____ vom 13. September 2005 wurde weiter ausgeführt, aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30 %, was auf die positive Wirkung der beim Psychiater Dr. med. H._____ seit November (recte Oktober) 2003 durchgeführten Behandlung zurückzuführen sei. Weiter wurde in der Expertise dargelegt, in den ihnen zur Verfügung gestellten IV-Arztberichten der Dres. med. J._____ und G._____ werde unter somatischen Gesichtspunkten von einer Arbeitsfähigkeit von 25 % bis 30 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ausgegangen. Diese somatischen Gesichtspunkte könnten sie nicht weiter würdigen (Erw. 3.7 hievor). Aus diesen Darlegungen im Gutachten scheint sich e contrario zu ergeben, dass die somatisch verursachte Arbeitsunfähigkeit gleich oder sogar höher ist als die psychisch bedingte.
Festzuhalten ist weiter, dass das Gutachten unter anderem auf folgende Berichte als Beurteilungsgrundlage verwies: des Psychiaters Dr. med. K._____ vom 6. September 2003, des Gastroenterologen Dr. med. E._____ vom 15. August 2003, des Internisten Dr. med. G._____ vom 29. Mai 2004 (zuhanden der IV-Stelle) und des Neurologen Dr. med. J._____ vom 12. Juni 2004 (zuhanden der IV-Stelle). Weiter erwähnte das Gutachten einen IV-Arztbericht des Dr. med. H._____ vom 12. Mai 2004. Alle diese Arztberichte befinden sich indessen nicht bei den Akten der Mobiliar. Von Dr. med. G._____ liegt nur der ab 6. März 2003 bis 27. Mai 2004 ausgefüllte Unfallschein (Erw. 3.3. hievor) und von Dr. med. J._____ nur der Bericht zuhanden der Mobiliar vom 16. Januar 2004 auf (Erw. 3.5 hievor). Es fehlen mithin insbesondere die IV-Berichte der Dres. med. G._____ vom 29. Mai 2004 und J._____ vom 12. Juni 2004, gemäss welchen laut dem Gutachten vom 13. September 2005 die somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit gleich gross oder sogar höher sein soll als die psychisch bedingte.
7.2 Die Mobiliar und die Vorinstanz fällten ihren Entscheid mithin ohne Kenntnis wichtiger Vorakten (Anamnese; BGE 125 V 352 Erw. 3a). Sie wussten auf Grund des bei den UV-Akten liegenden Berichts des Dr. med. H._____ zuhanden der IV-Stelle vom 16. Juli 2004, dass das IV-Verfahren im Gange war. Sie hätten demnach die IV-Akten beiziehen sollen, zumal auch im Rahmen der Kausalitätsprüfung bei einem Rückfall die Offizialmaxime gilt (Urteil S. vom 17. Mai 2005 Erw. 2.2, U 13/05).
8.
8.1
8.1.1 Ohne die fehlenden Arztberichte kann nicht rechtsgenüglich beurteilt werden, ob bis zum Beurteilungszeitpunkt (15. Dezember 2004) die Folgen des am 27. April 2000 erlittenen HWS-Distorsionstraumas im Vergleich zur psychischen Problematik ganz in den Hintergrund getreten sind (Erw. 2.2.1 hievor). Die Mobiliar hat diese Arztberichte bzw. die IV-Akten beizuziehen und die Frage der somatisch bedingten Arbeits(un)fähigkeit zu klären.
Weiter hat sie zu prüfen, ob zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 27. April 2000 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (vgl. auch Urteil F. vom 16. Oktober 2006 Erw. 4.2.2, U 459/05), wobei es diesbezüglich genügt, dass der Unfall lediglich eine Teilursache oder eine mittelbare Ursache der Beschwerden ist (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 121 V 329 Erw. 2a; nicht publizierte Erw. 3a des Urteils BGE 127 V 491). Erst nach dieser Prüfung kann beurteilt werden, ob ein Rückfall oder eine seit dem Unfall ununterbrochen andauernde Beeinträchtigung vorliegt, was Auswirkungen auf die Beweislast (Erw. 2.4 hievor) hat sowie auf die Frage, für welchen Zeitraum zu prüfen ist, ob die psychischen Beschwerden dominieren.
8.1.2 Ob die Leiden 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; vgl. auch erwähntes Urteil U 360/05 Erw. 3.4). Im Rahmen der Adäquanzprüfung wird die Mobiliar zu der in Erw. 2.2.2 hievor angeführten Rechtsprechung Stellung zu nehmen haben.
8.1.3 Falls die ergänzenden Abklärungen ergeben, dass auf den Unfall vom 27. April 2000 zurückzuführende Defizite vorliegen, die sich einer organisch fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung zuordnen lassen, würden sich der natürliche und der adäquate Kausalzusammenhang rechtsprechungsgemäss weitgehend decken (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb mit Hinweisen; erwähntes Urteil U 360/05 Erw. 3.4).
8.2 Unter den gegebenen Umständen kann der Einschätzung des Dr. med. M._____ vom 23. Juli 2003 (Erw.

3.4 hievor) für sich allein nicht gefolgt werden, da er die Versicherte nicht selber untersucht hat und die Beweisanforderungen an einen Aktenbericht nicht erfüllt sind (vgl. auch Urteil F. vom 16. Oktober 2006 Erw. 5.1, U 459/05, mit Hinweisen). Unrichtig ist zudem seine Aussage, für die Zeit von Februar 2002 bis Februar 2003 existiere keine Dokumentation (vgl. Erw. 3.2 hievor).

9.

Im Hinblick auf das weitere Vorgehen ist zudem Folgendes festzuhalten:

9.1

9.1.1 Die Vorinstanz hat den Unfall vom 27. April 2000 als mittelschwer qualifiziert. Die Mobiliar macht geltend, es sei von einem leichten Unfall auszugehen.

9.1.2 Im Unfallaufnahmeprotokoll vom 27. April 2000 legte die herbeigerufene Kantonspolizei zum Unfallhergang dar, N._____ sei von A._____ Richtung B._____ gefahren. Da er zu schnell gewesen sei, habe er nicht rechtzeitig anhalten können, um dem von rechts kommenden Fahrzeug, in dem die Versicherte als Beifahrerin gesessen sei, den Vortritt zu gewähren. Durch ein Ausweichmanöver nach links habe er eine Frontalkollision verhindern können. An beiden Fahrzeugen sei Sachschaden entstanden. N._____ sei unverletzt gewesen, die Versicherte und ihr Ehemann seien leicht verletzt worden. Im Polizeirapport vom 3. Mai 2000 wurde ausgeführt, die Beteiligten hätten am Unfallort auf das Eintreffen der Polizei gewartet. Da der Beteiligte und seine Beifahrerin über Schmerzen im Bereich der HWS geklagt hätten, seien sie durch eine Drittperson umgehend zu einem Arzt gefahren worden. Beide Fahrzeuge hätten Totalschaden erlitten.

Nach dem Gesagten zogen sich die Unfallbeteiligten keine äusseren Verletzungen zu. Das Fahrzeug, in dem die Versicherte sass, erlitt einen Frontschaden, wobei der Vorbau verschoben wurde; beide Türen vorn, das Dach, der Motor und das Getriebe waren in Ordnung (vgl. beiliegende Fotos sowie den Bericht des Fahrzeugexpertendienstes der Versicherung Q._____ vom 3. Mai 2000). Dass das Fahrzeug Totalschaden erlitt, belegt keinen besonders schweren Aufprall, sondern ist auf den geringen Zeitwert des fünfjährigen Fahrzeugs zurückzuführen, weshalb sich eine Reparatur nicht mehr lohnte (vgl. auch Urteil K. vom 11. Februar 2004 Erw. 5.3, U 97/03).

9.1.3 Unter den gegebenen Umständen ist der Unfall vom 27. April 2000 insgesamt als mittelschwer zu qualifizieren. Um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen oder gar einen schweren Unfall handelt es sich nicht (vgl. auch Urteile M. vom 21. April 2006 Erw. 4.1, U 51/05, und B. vom 22. Juli 2004 Erw. 5.1, U 317/03).

Damit die Adäquanz des Kausalzusammenhangs organisch nicht nachweisbarer Unfallfolgen bejaht werden kann, muss ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden sieben Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein oder die zu berücksichtigenden Kriterien müssen in gehäufter oder auffallender Weise gegeben sein (BGE 115 V 140 f. Erw. 6c/aa und bb, 117 V 367 f. Erw. 6a und b; Urteil E. vom 30. März 2005 Erw. 7.1, U 426/04, mit Hinweis).

9.2

9.2.1 Die Vorinstanz hat erwogen, der Unfall vom 27. April 2000 habe sich nicht unter besonderes dramatischen Begleitumständen ereignet; eine nachgerade besondere Eindrücklichkeit sei ebenfalls nicht ersichtlich. Ob Begleitumstände vorhanden gewesen seien, die objektiv geeignet gewesen seien, zu einer psychischen Beeinträchtigung zu führen, hänge vom Gewicht ab, dass der Staubentwicklung, welche die Versicherte als Zeichen für ein ausgebrochenes Feuer interpretiert habe, zugemessen werde. Dies rechtfertige es, das Kriterium als erfüllt anzusehen, wenn auch nicht in ausgeprägter Weise.

9.2.2 Das subjektive Empfinden bzw. Angstgefühl der versicherten Person fällt bei der Beurteilung der Unfallschwere ausser Betracht, da nicht das Unfallerlebnis, sondern das objektivierte Unfallereignis massgebend ist (erwähntes U 426/04 Erw. 7.2.1, mit Hinweisen). Der Unfall hat sich auf Grund der Aktenlage objektiv betrachtet nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet und war auch nicht von besonderer Eindrücklichkeit.

Hieran ändert nichts, dass die Autotür auf der Seite der Beschwerdeführerin blockiert war und sie die durch die Airbagexplosion ausgelöste Staubwolke als drohenden Brand interpretierte und in Panik geriet. Gleiches gilt für den Umstand, dass die beiden Fahrzeuge Totalschaden erlitten (vgl. auch erwähntes U 426/04 Erw. 7.2.1).

9.3 Ob die übrigen Adäquanzkriterien erfüllt sind, kann hinreichend erst nach dem Ergebnis der ergänzenden Abklärungen beurteilt werden (Erw. 8 hievor).

10.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 134 OG). Entsprechend dem Verfahrensausgang hat die obsiegende Beschwer-

deführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Mobiliar (Art. 159 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit Art. 135 OG). Der Umstand, dass die Sache an die Mobiliar und nicht, wie beantragt, an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, rechtfertigt keine Reduktion der Parteientschädigung.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.
In teilweiser Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde werden der Entscheid des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 6. September 2005 und der Einspracheentscheid vom 15. Dezember 2004 aufgehoben und es wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch neu verfüge.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung von Fr. 2500.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4.
Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich wird über eine Parteientschädigung für das kantonale Verfahren entsprechend dem Ausgang des letztinstanzlichen Prozesses zu befinden haben.
5.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 20. Dezember 2006

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der III. Kammer: Der Gerichtsschreiber: