

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00413 vom 31. Juli 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-07-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00413

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00413 du 31 juillet 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00413 del 31 luglio 2011

Erwägungen

E. 3

3.1 Die Hausärztin Dr. med. A. ____, Praktische Ärztin, welche die Versicherte noch am Unfalltag behandelte, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 9. Juli 2007 eine Kontusion/Quetschung der Finger II-IV und schrieb die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 13/3.1). Wegen anhaltender Schmerzen und Gefühlsstörungen in der rechten Hand konsultierte die Beschwerdeführerin am 1. Oktober 2007 Dr. med. G. ____, Facharzt für Neurologie. Aufgrund der Ergebnisse einer Neurographie des Nervus medianus diagnostizierte dieser in seinem Bericht vom 2. Oktober 2007 ein ausgeprägtes Carpal-tunnelsyndrom rechts bei wahrscheinlich traumatischer Genese bei Status nach Fingerquetschung II bis IV rechts am 6. Juli 2007 (Urk. 13/3.2). Am 3. Dezember 2007 wurde im B. ____, operativ eine CTS-Spaltung durchgeführt. Da die Schmerzen nach dem Eingriff persistierten, wurde die Beschwerdeführerin Dr. med. H. ____, Facharzt für Chirurgie, zur Weiterbehandlung überwiesen (Urk. 13/3.4, 13/3.7). Dieser liess die rechte Hand der Beschwerdeführerin im Stadspital Waid radiologisch und nuklearmedizinisch abklären (Urk. 13/3.10-3.11) und diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 25. März 2008 neuralgieforme Schmerzen des Nervus medianus rechts bei hochgradigem Verdacht auf CRPS II bei Status nach Quetschtrauma. Weiter hielt er fest, die von der Beschwerdeführerin geäußerten brennenden Schmerzen in der rechten Hand hätten objektiviert werden können. Aufgrund dieser Beschwerden bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine Reoperation sei dringend in Betracht zu ziehen, da von weiteren schmerztherapeutischen Massnahmen keine Besserung zu erwarten sei (Urk. 13/3.9).

3.2 Zwecks Einholung einer Second-Opinion zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit und zu den therapeutischen Optionen ordnete die "Basler" daraufhin eine Begutachtung der Beschwerdeführerin durch Dr. med. I. ____, Facharzt für Handchirurgie und Orthopädische Chirurgie, an (Urk. 13/4.1). Im entsprechenden Gutachten vom 19. Mai 2008 diagnostizierte dieser eine Quetschverletzung der rechten Hand mit richtunggebender Verschlimmerung eines wahrscheinlich vorbestehenden aber asymptomatischen Carpal-tunnelsyndroms rechts sowie die Entwicklung eines CRPS I im Anschluss an die unvollständige operative Carpal-tunnelspaltung rechts am 14. November 2007. In therapeutischer Hinsicht empfahl er dringend eine rasche Revisionsoperation der rechten Hand sowie eine psychologische respektive psychiatrische Begleitung der Beschwerdeführerin zur Schmerz-/Traumaverarbeitung. In Anbetracht der aktuellen Umstände sei eine Teilarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Küchenmitarbeiterin kurz- wie auch mittelfristig nicht realisierbar (Urk. 13/4.5).

3.3. Am 8. September 2008 erfolgte durch Dr. med. J.____, Facharzt für Handchirurgie, die operative Revision des Carpalkanals rechts mit erneuter Spaltung des Carpaldaches, mikroskopischer Neurolyse des Nervus medianus und Einschneiden des Nervs im distal gestielten Unterarmfaszienlappen (Urk. 13/3.23). Im Rahmen einer klinischen Verlaufskontrolle bei Dr. J.____ am 31. Oktober 2008 klagte die Beschwerdeführerin weiterhin über Gefühlsstörungen in den Fingern II bis IV und insgesamt eher zunehmende, auch belastungsabhängige Schmerzen (Urk. 13/3.18). Die Untersuchung vom 9. Dezember 2008 ergab eine aus subjektiver Sicht nicht viel bessere Situation. Dr. J.____ erhob eine in leichter Verbreiterung reizlos verheilte Operationsnarbe. Die Hand war nicht überwärmt, das Kolorit seitengleich, die Finger konnten voll gestreckt und zum vollen Faustschluss geführt werden. Über dem Nervus medianus konnte kein Tinelzeichen festgestellt werden (Urk. 13/3.25).

3.4. Am 12. Februar 2009 wurde das pluridisziplinäre Gutachten der C.____ erstattet. Das Gutachten gliedert sich in einen Hauptteil vom 12. Februar 2009, in welchem die fachärztlich-chirurgischen Untersuchungsbefunde vom 12. Februar 2009 und die entsprechende Beurteilung des Dr. D.____ sowie die interdisziplinären Schlussfolgerungen enthalten sind (Urk. 13/4.22), und ein am 16. März 2009 von Dr. E.____ erstelltes ausführliches psychiatrisches Fachgutachten, welches ebenfalls auf Untersuchungsbefunden vom 12. Februar 2009 basiert (Urk. 13/4.24).

Die Beschwerdeführerin berichtete dem chirurgischen Gutachter Dr. D.____, unter anhaltenden Schmerzen im rechten Arm mit Überempfindlichkeit der Finger II, III und IV, Schmerzen im Handballen und einer Verminderung der Sensibilität im rechten Unter- und Oberarm zu leiden. Die Schmerzen entsprächen Werten zwischen 7 und 10 auf der Schmerzskala. Sie könne den rechten Arm nicht mehr einsetzen. An objektiven Befunden fand Dr. D.____ eine Medianusneuropathie mit vermehrter Druckempfindlichkeit der Finger II, III und IV, des rechten Handballens und des distalen Anteils der Hohlhandnarbe vor. Ein positives Tinel-Zeichen konnte nicht erhoben werden. Der Faustschluss war uneingeschränkt möglich, ebenso die Extension der Finger und die Beweglichkeit der Handgelenke. An der rechten Hand fanden sich keine Zeichen für eine Dystrophie, Hauttemperatur und Hautkolorit waren normal, und es bestand keine vermehrte oder verminderte Schweissabsonderung. Die Umfangmasse zeigten einen grösseren Umfang des rechten Armes, was bei einer Rechtshänderin zu erwarten war. Schonungszeichen waren nicht vorhanden. Dr. D.____ verwies in seinem Gutachten sodann auf die Ergebnisse einer neurologischen Untersuchung mit klinischen und apparativen Methoden vom 4. Februar 2009 bei Dr. med. K.____. Diese habe bei den somatosensibel evozierten Potenzialen Normalbefunde ergeben. Insgesamt hätten sich die Befunde gegenüber der Voruntersuchung leicht gebessert. Nach Ansicht von Dr. K.____ könnten die erhobenen Restbefunde Missempfindungen und Schmerzen im Medianusversorgungsgebiet der rechten Hand verursachen, jedoch das ganze Ausmass der Schmerzsymptomatik und der angegebenen diffusen Sensibilitätsminderung nicht erklären (vgl. Urk. 13/7.27). Dr. D.____ gelangte ebenfalls zur Einschätzung, dass die geklagten Schmerzen angesichts der objektiven Befunde und der Anamnese im angegebenen Ausmass nicht nachvollziehbar seien. Zudem wies er im Gutachten auf folgende Inkonsistenzen hin: Die hinsichtlich des Umfangs deutliche Dominanz des rechten Armes stehe im Widerspruch zur Aussage der Beschwerdeführerin, dass sie den rechten Arm nicht einsetzen könne. Angesichts der erhobenen normalen somatosensiblen

Potenziale sei die angegebene verminderte Sensibilität im rechten Vorder- und Oberarm nicht erklärbar. Abschliessend wies Dr. D. ___ darauf hin, die von ihm erhobenen chirurgischen Befunde stimmten mit den zuletzt festgestellten Befunden des operierenden Handchirurgen Dr. J. ___ und der Neurologin Dr. K. ___ überein (Urk. 13/4.22 S. 5 ff.).

Der psychiatrische Gutachter Dr. E. ___, welcher die Beschwerdeführerin am 12. Februar 2009 zusammen mit Dr. D. ___ untersuchte, erhob eine leicht gedrückte Grundstimmung mit leicht vermindertem Antrieb. Weiter fielen ihm Hinweise auf eine ausgeprägt ängstliche Schmerzverarbeitung, eine deutliche Katastrophisierung der Schmerzen und eine fordernd-vorwurfsvolle sowie passive Heilungserwartung auf. Die Beschwerdeführerin sei gedanklich auf die körperlichen Beschwerden eingengt. Weiter stellte Dr. E. ___ eine ausgeprägte Tendenz zur Selbstbeobachtung körperlicher Vorgänge im Sinne einer Aufmerksamkeitsfokussierung fest. Die Ergebnisse der psychometrischen Untersuchung mit der Hamilton Depressionsskala sowie dem Montgomery Asberg Depression Rating Scale entsprachen einem leichtgradig depressiven Syndrom. Dr. E. ___ diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit ängstlichen und depressiven Anteilen (ICD-10: F43.22) sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung, welche keine psychische Störung im engeren Sinne, sondern eher eine Störung der Anpassung an körperliche Beschwerden darstelle. Aufgrund dieses einem leichtgradig ausgeprägten Syndrom entsprechenden Beschwerdebilds seien der Beschwerdeführerin Willensanstrengungen zur Überwindung der Schmerzproblematik leicht erschwert, aber sicher nicht verunmöglichlicht. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer Verminderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer den körperlichen Limitationen optimal angepassten Tätigkeit von 20 % auszugehen. Ferner wies Dr. E. ___ auf ungünstige psychologische Kontextfaktoren hin, welche unfallfremd seien und das Beschwerdebild ebenfalls - allerdings ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - beeinflussten: der erkrankte Ehemann, die Doppelbelastung bei der Arbeit/im Haushalt, eine unbewusste Entschuldigshaltung, die unerwartete krankheitsbedingte Kündigung des Arbeitsverhältnisses sowie das laufende versicherungsrechtliche Verfahren (Urk. 13/4.24).

In der interdisziplinären Schlussbetrachtung attestierten die Gutachter der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer sowie somatischer Sicht eine gesamthafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit als Küchenmitarbeiterin mit einem Beschäftigungsgrad von 40 %. Eingeschränkt seien vor allem das Heben von schwereren Gewichten, etwa von schweren Pfannen, und ständige rotierende Einsätze der rechten Hand (Urk. 13/4.22 S. 12).

Dr. med. L. ___, Facharzt für Psychiatrie, und lic. phil. M. ___, Psychologin FSP, behandelten die Beschwerdeführerin ab dem 23. Oktober 2008 psychotherapeutisch. Im Verlaufsbericht vom 23. April 2009 erwähnten sie folgende Diagnosen: Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22); Probleme in Verbindung mit der Berufstätigkeit; Ereignisse, die den Verlust des Selbstwertgefühls in der Kindheit zur Folge haben. Die Beschwerdeführerin leide unter chronischen Armschmerzen, welche zu einem ängstlich-depressiven Zustandsbild geführt hätten. Gleichzeitig erschwerten die anhaltenden Schmerzen eine Stabilisierung der psychischen Symptome. Die psychischen Einschränkungen wirkten sich in Form von verminderter Belastbarkeit, Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und

Konzentrationseinbußen, Schlafstörungen, rascher Ermüdbarkeit sowie von chronischen Schmerzen im rechten Arm auf die Arbeitsfähigkeit aus, wobei aus klinisch-psychologischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Hilfskassierin von 60 % auszugehen sei (Urk. 3/17; vgl. auch den Bericht vom 30. Juli 2009 [Urk. 13/3.31]).

Die Hausärztin Dr. A. erwähnte im Verlaufsbericht vom 5. August 2009 die bekannten subjektiven Beschwerden. Als objektive Befunde nannte sie - gestützt auf eine neurologische Beurteilung in der Hirslinden Klinik - eine Verhärtung und eine starke Druckdolenz im Bereich des rechten Carpalkanals, weshalb das Tinelzeichen nicht konklusiv beurteilbar gewesen sei, eine leicht gerötete Operationsnarbe sowie eine leichte Rötung und Schwellung der rechten Hand im Seitenvergleich. Weiter bestand gemäss Dr. A. eine etwas verminderte Berührungsempfindung im Bereich des rechten Armes und der rechten Hand und eine verminderte Schmerzempfindung im Medianus-Versorgungsgebiet der rechten Hand. Die Kraftgrade in der rechten Hand sowie die Muskeleigenreflexe seien normal gewesen. Die Hausärztin diagnostizierte ein mittelschweres sensomotorisches demyelinisierendes Carpaltunnelsyndrom rechts bei anamnestischem Verdacht auf eine Überlappung mit einem CRPS. Die bisherigen therapeutischen Massnahmen (Physio-, Ergo- Psychotherapie und medikamentöse Behandlung) hätten im Verlauf eher zu einer Verstärkung der Schmerzsymptome geführt (Urk. 13/3.33). Im Unfallschein attestierte die Hausärztin der Beschwerdeführerin weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/6.44).

Im Verlaufsbericht vom 30. August 2009 teilte Dr. H. der "Basler" mit, dass er die beiden Gutachten der Dres. D. und E. studiert habe. Seiner Meinung nach seien die Beurteilungen korrekt, er habe dem nichts beizufügen (Urk. 13/3.34).

E. 4

4.1 Die "Basler" teilte der Beschwerdeführerin vor Anordnung der pluridisziplinären Begutachtung durch die Dres. D. und E. mit Schreiben vom 9. Dezember 2008 die Namen der Gutachter und den an sie gerichteten Fragenkatalog mit und wies die Beschwerdeführerin darauf hin, dass sie Ablehnungsgründe gegen die Gutachter geltend machen und den Gutachtern Zusatzfragen stellen könne (Urk. 13/4.8). Das Gutachten der Dres. D. und E. erfüllt somit die verfahrensrechtlichen Anforderungen an ein Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG. Es handelt sich dabei - offenbar entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin - mitnichten um einen gewöhnlichen Bericht versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen. Entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung kann von den gutachterlichen Schlussfolgerungen nur abgewichen werden, wenn konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vorstehend Erwägung 1.4.2).

4.2 Das pluridisziplinäre Gutachten der C. vom 12. Februar beziehungsweise 16. März 2009 ist für die streitigen Belange umfassend, erging in Kenntnis der Vorakten und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden, enthält begründete Schlussfolgerungen und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein (vgl. vorstehend Erwägung 1.4.1).

Die vom chirurgischen Gutachter Dr. D. erhobenen organisch-pathologischen Befunde in der rechten Hand stimmen mit den

Untersuchungsbefunden, welche in den Berichten des behandelnden Handchirurgen Dr. J. ___ aufgeführt werden, überein. Auch der behandelnde Schmerzspezialist und Chirurg Dr. H. ___ erklärte sich in seinem Bericht vom 30. August 2009 ausdrücklich mit der Beurteilung des chirurgischen Gutachters einverstanden. Die Divergenz zur Beurteilung von Dr. I. ___, welcher sein handchirurgisches Gutachten am 19. Mai 2008 zu Händen der "Basler" erstellte und aufgrund der Diagnose eines Carpaltunnelsyndroms rechts mit Entwicklung eines CRPS I von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausging, lässt sich dadurch erklären, dass anlässlich der Exploration durch Dr. I. ___ die Reoperation des rechten Carpalkanals durch Dr. J. ___ noch nicht erfolgt war. Im Anschluss an die zweite Operation vom 8. September 2008 besserte sich das Beschwerdebild in der rechten Hand aus objektiver Sicht, wie der Verlaufsbericht von Dr. J. ___ vom 9. Dezember 2008 und die gleichlautenden, späteren Beurteilungen im Gutachten von Dr. D. ___ vom 12. Februar 2009 und im Bericht von Dr. H. ___ vom 30. August 2009 zeigen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann sind das psychiatrische Gutachten des Dr. E. ___ und die im Gutachten vom 12. Februar 2009 enthaltene interdisziplinäre psychiatrisch-chirurgische Beurteilung, dass es der Beschwerdeführerin zumutbar sei, in der bisherigen Tätigkeit als Köchenmitarbeiterin 50 % des bisherigen Arbeitspensums von 40 % eines Vollzeitpensums zu leisten, überzeugend. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil die Gutachter Inkonsistenzen im Verhalten der Beschwerdeführerin und Widersprüche zwischen den subjektiven Beschwerdeangaben und den objektiven Untersuchungsbefunden Rechnung trugen - Faktoren, welche im Bereich des Sozialversicherungsrechts regelmässig zu keiner Minderung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit führen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der von den behandelnden Psychotherapeuten lic. phil. M. ___ und Dr. L. ___ im Bericht vom 23. April 2009 attestierten Arbeitsunfähigkeit von 60 % ist zunächst zu beachten, dass damit auch die chronischen Schmerzen im rechten Arm berücksichtigt wurden. Insofern weicht ihre Beurteilung nur unwesentlich von der psychiatrisch-chirurgischen Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit der Gutachter Dres. D. ___ und E. ___ ab - sofern davon ausgegangen wird, dass sich die 60%ige Arbeitsunfähigkeit auf das von der Beschwerdeführerin bisher versehene 40 %-Pensum und nicht auf ein Vollzeitpensum bezieht, was aufgrund des Berichts unklar bleibt. Sodann ist aus dem Bericht vom 23. April 2009 zu schliessen, dass die behandelnden Psychotherapeuten bei der Beurteilung der Leistungsminderung der Beschwerdeführerin weitgehend auf deren subjektive Angaben abstellten. Im Bericht fehlen nämlich Anhaltspunkte dafür, dass die Therapeuten sich kritisch mit den Aussagen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt hätten - was aus versicherungsmedizinischer Sicht unabdingbar ist - und dass sie, wie Dr. E. ___, psychometrische Tests durchgeführt hätten und/oder auf eine zuverlässige Beurteilung der somatischen Befunde hätten abstellen können. Aus diesen Gründen lässt sich ihre Beurteilung der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit nicht präferend nachvollziehen, und sie ist nicht geeignet, die Zuverlässigkeit des pluridisziplinären Gutachtens D. ___/E. ___ in Frage zu stellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die von der Hausärztin Dr. A. ___ im Unfallschein attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit vermag die Beweiskraft des pluridisziplinären Gutachtens ebenfalls nicht zu erschüttern. Eine nachvollziehbare Begründung für die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit hat sie nämlich nicht geliefert. Sodann stimmen die von Dr. A. ___ im Verlaufsbericht vom 5. August 2009 erwähnten Befunde in der rechten

Hand, insbesondere betreffend deren Funktion, weitgehend mit den Untersuchungsergebnissen des chirurgischen Gutachters Dr. D.____ überein, wobei auch bei Dr. A.____ der Eindruck entsteht, dass sie die Angaben der Beschwerdeführerin ohne kritische Prüfung übernommen und im Bericht wiedergegeben hat. Die im Bericht vom 5. August 2009 erwähnte leichte Rötung und Schwellung der rechten Hand im Seitenvergleich ist offensichtlich dem Bericht der Neurologin Dr. K.____ vom 5. Februar 2009 entnommen (Urk. 13/7.27), deren Beurteilung der neurologischen Situation im Gutachten D.____/E.____ übernommen wurde (vgl. Urk. 13/4.22 S. 10 f.). Konkrete Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter D.____/E.____ sprechen würden, ergeben sich aus dem Bericht von Dr. A.____ nicht.

4.3 Die weiteren von der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten ins Feld geführten Argumente sind ebenfalls nicht geeignet, dessen Beweiskraft in Frage zu stellen. Der Einwand, dass die vom Psychiater attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % zu derjenigen aus orthopädisch-chirurgischer Sicht von 50 % zu addieren sei, widerspricht sowohl dem klaren Wortlaut im Gutachten, wonach die attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gesamthaft unter Berücksichtigung der psychiatrischen und somatischen Befunde gilt (Urk. 13/4.22 S. 12), als auch der konstanten Rechtsprechung, dass attestierte Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer und somatischer Beschwerden in der Regel nicht kumuliert werden können. Wenn die Beschwerdeführerin sodann geltend macht, selbst die Invalidenversicherung sei im Vorbescheid vom 16. Oktober 2009 von einer Einschränkung im Erwerbsbereich von 100 % bis 31. Mai 2009 sowie von 52 % ab 1. Juni 2009 ausgegangen, so ist ihr Folgendes zu entgegen: Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades hat die Invalidenversicherung auf die Stellungnahme von Dr. med. N.____, Facharzt für Arbeitsmedizin vom Regionalen Ärztlichen Dienst, vom 9. Juni 2009 abgestellt, welcher unter anderem gestützt auf das Gutachten der Dres. D.____ und E.____ zur Einschätzung gelangte, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit bis Ende Februar 2009 100%ig arbeitsunfähig gewesen und ab März 2009 zu 50 % arbeitsunfähig sei (Urk. 13/7.21 S. 7). Die Berücksichtigung erwerblicher Faktoren bei der Invaliditätsbemessung führte zum Invaliditätsgrad - nicht zu verwechseln mit der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit - von 52 % (Urk. 13/7.20), wobei die Rechtsgrundlagen im Bereich der Invalidenversicherung vorsehen, dass die von Dr. N.____ vertretene Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Erwerbsfähigkeit per 1. März 2009 erst berücksichtigt werden kann, wenn sie drei Monate andauert hat, also per 1. Juni 2009 (Urk. 13/7/19).

4.4 Die Einschätzung der Gutachter wird sodann auch nicht dadurch gemindert, dass der vertragliche Beschäftigungsgrad bei der bisherigen Arbeitgeberin 45 % und nicht wie von ihnen angenommen 40 % betrug (Urk. 13/3.1; vgl. auch Urk. 13/7.22 S. 2: Die Beschwerdeführerin gab der Invalidenversicherung an, das Arbeitspensum habe immer leicht variiert und effektiv zwischen 40 und 50 % gelegen). Die Gutachter gingen bei der Arbeitsfähigkeitsbemessung nämlich von einem Arbeitstag von 9 Stunden und dementsprechend von 45 Stunden pro Woche aus (Urk. 13/4.22 S. 12), was bei einem 40%-Pensum 18 Arbeitsstunden pro Woche entspricht. Geht man von der tieferen vertraglichen Arbeitszeit von 42,5 Stunden pro Woche aus, ergibt sich beim vereinbarten Beschäftigungspensum von 45 % eine Arbeitszeit von 19 Stunden pro Woche. Diese unwesentliche Abweichung gibt keinen Anlass, nicht an der gutachterlich eingeschätzten

50%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit festzuhalten.

4.5. Insgesamt ergeben sich aus den Akten nach dem Gesagten keine konkreten Indizien im Sinne der höchststrichterlichen Rechtsprechung, welche geeignet wären, die Beweiskraft des pluridisziplinären Gutachtens der Dres. D. ___ und E. ___ zu erschüttern. Die "Basler" hat deshalb zu Recht darauf abgestellt, und sie durfte die Taggelder ab 1. Mai 2009 basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausrichten. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur
- Rechtsanwalt Oskar Müller
- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.