



**Fall-Nr.:** UV 2008/131  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.04.2020  
**Entscheiddatum:** 15.07.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 15.07.2009**

**Art. 6 UVG. Art. 6 ATSG. Art. 24 UVG: Prüfung der Einstellung von Leistungen bzw. der Festlegung der Arbeitsfähigkeit und der Integritätsentschädigung durch den Unfallversicherer (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Juli 2009, UV 2008/131).**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 15. Juli 2009

in Sachen

K.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, Waisenhausstrasse 17,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

Branchen Versicherung, Irisstrasse 9, Postfach, 8032 Zürich,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adelrich Friedli, Stationsstrasse 66a,  
8907 Wettswil,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a K. \_\_\_ war als Produktionsmitarbeiter bei der A. \_\_\_ angestellt und bei den Metzger-Versicherungen (seit 1. Januar 2007: Branchen-Versicherung) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich am 6. September 2005 beim Fleischabfüllen die rechte Hand im Abfüllrohr einklemmte und dabei offene gelenknahe Endgliedfrakturen der Finger III und IV erlitt. Die Verletzung wurde am nachfolgenden Tag in der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG; nachfolgend Klinik für Handchirurgie KSSG) operativ behandelt (act. MV 1, act. M2 und M3). Bei der klinisch-radiologischen Verlaufskontrolle vom 12. Oktober 2005 stellten die Ärzte der Klinik für Handchirurgie KSSG reizlose Pincracke-Stellen, reizlose Narbenverhältnisse, eine mässiggradige Schwellung des Handrückens sowie Schmerzen bei Bewegung im Grundgelenk und im proximalen Interphalangealgelenk (PIP) fest (act. M6). Die Branchen-Versicherung erbrachte für den Unfall vom 6. September 2005 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen). Mit Verfügung vom 17. Juli 2006 gab sie dem Rechtsvertreter des Versicherten die Leistungseinstellung per 31. Mai 2006 mit Hinweis auf den fehlenden adäquaten Unfallkausalzusammenhang bekannt und sprach dem Versicherten eine Integritätsentschädigung auf der Basis eines Integritätsschadens von 5% zu (act. MV48). Die hiergegen erhobene Einsprache wies die Branchen-Versicherung mit Einspracheentscheid vom 1. Dezember 2006 ab (act. MV62). Die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 18. September 2007 teilweise gut und wies die Angelegenheit zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurück (UV 2007/34). Auf eine gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde der Branchen-Versicherung trat das Bundesgericht mit Urteil vom 3. Juli 2008 (8C\_643/2007) nicht ein.

A.b Gemäss Darlegungen des Versicherten gegenüber dem zuständigen Unfallversicherer (Suva) ereignete sich am 26. September 2006 ein weiterer Unfall



(Treppensturz). Sodann gab der Versicherte bekannt, dass er ab 1. Juni 2006 Taggelder der Arbeitslosenversicherung erhalten habe (act. M64). Gestützt auf ein zuhanden der Invalidenversicherung erstelltes Gutachten der Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH (ABI), Basel, vom 29. April 2008 bestätigte die Branchen-Versicherung mit Verfügung vom 1. September 2008 die Leistungseinstellung auf den 31. Mai 2006 sowie die Integritätsentschädigung auf der Basis eines Integritätsschadens von 5% (act. MV95). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (act. MV99) wies die Branchen-Versicherung mit Einspracheentscheid vom 13. Oktober 2008 (act. MV101) ab.

B.

B.a Gegen diesen Einspracheentscheid liess der Versicherte durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, St. Gallen, Beschwerde erheben mit den Anträgen, der Entscheid sei insofern aufzuheben, als die Leistungen per 31. Mai 2006 eingestellt und eine Integritätsentschädigung von mehr als 5% abgewiesen worden sei. Ihm seien auch ab dem 1. Juni 2006 Leistungen (Taggelder, Ersatz Heilungskosten) zu erbringen. Zudem sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, den Rentenanspruch zu prüfen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, eine weitere Begutachtung durch eine unabhängige Gutachterstelle in Auftrag zu geben. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter unter anderem aus, das ABI-Gutachten erfülle die klaren Vorgaben hinsichtlich der noch abzuklärenden Fragen gemäss Entscheid des Versicherungsgerichts vom 18. September 2007 nicht und dürfe auch nicht als Grundlage für eine Einstellung des Beschwerdeführers in seiner Leistungsberechtigung herangezogen werden. Dem Beschwerdeführer sei nicht die Möglichkeit geboten worden, Zusatzfragen zu stellen bzw. sicherzustellen, dass die Fragen gemäss Entscheid des Versicherungsgerichts beantwortet würden. Damit sei das Gutachten ohne Wahrung der Parteirechte des Beschwerdeführers erstellt worden. Sodann räume die Beschwerdegegnerin selbst ein, dass die ABI-Gutachter nicht explizit zur Frage eines möglichen CRPS bzw. einer Tendovaginitis stenisans Stellung genommen hätten. Das psychiatrische Teilgutachten habe sich nicht weiter mit der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, auseinandergesetzt. Es lägen offensichtlich zwei sich diametral gegenüberstehende Gutachten vor. Angesichts des Umstandes, dass Dr. B.\_\_\_\_ den



## St.Galler Gerichte

Beschwerdeführer bereits seit Dezember 2007 betreue, könne ihre Einschätzung nicht ohne weiteres unbeachtet bleiben. Es dürfe und müsse erwartet werden, dass nachvollziehbar ausgeführt werde, weshalb auf das Gutachten des ABI abgestellt worden sei und nicht auf die Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_. Indem sich die Beschwerdegegnerin nicht mit dem Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ auseinandergesetzt und nicht einmal ansatzweise nachvollziehbar begründet habe, weshalb ihrer Einschätzung nicht gefolgt werden könne, habe sie willkürlich gehandelt. Das ABI-Gutachten müsse auch deshalb als unvollständig bezeichnet werden, weil auf die gemäss Entscheid des Versicherungsgerichts vom 18. September 2007 zu beantwortende Frage, ob ein Morbus Sudeck bzw. ein CRPS vorliege, nicht näher und ausdrücklich eingegangen werde. Für die Beantwortung der Frage, ob ein Morbus Sudeck bzw. CRPS vorliege, wäre ein rheumatologisches Fachgutachten erforderlich gewesen. - Mit Eingabe vom 19. November 2008 reichte der Rechtsvertreter einen weiteren ärztlichen Bericht vom 30. Oktober 2008 ein (act. G 3).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 22. November 2008 beantragte Rechtsanwalt lic. iur. Adelrich Friedli, Wettswil, in Bestätigung des Einspracheentscheids vom 13. Oktober 2008 seien die Rechtsbegehren des Beschwerdeführers abzuweisen. Der Beschwerdeführer sei zu verpflichten, der Beschwerdegegnerin die ihm mit Zwischenentscheid vom 18. September 2007 zugesprochene Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zurückzuerstatten. Zur Begründung legte der Rechtsvertreter unter anderem dar, mit dem ABI-Gutachten seien die im Urteil vom 18. September 2007 geäusserten Zweifel an der Schlüssigkeit der medizinischen Aktenlage ausgeräumt worden. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Verfahren der Invalidenversicherung seine Mitwirkungsrechte habe wahren können. Im Bestreitungsfall werde der Beizug der IV-Akten beantragt. Da der Beschwerdeführer ausser der abgegoltenen Integritätseinbusse keine weitere Gesundheitsstörung zu beklagen habe, erübrige sich die im Zwischenentscheid vom 18. September 2007 angeordnete Abklärung der Unfallkausalität einer solchen. Folglich sei auch nicht ersichtlich, inwiefern dabei Mitwirkungsrechte des Beschwerdeführers hätten beschnitten werden können.

B.c Mit Replik vom 15. Dezember 2008 und Duplik vom 15. Januar 2009 bestätigten die Parteien ihre Standpunkte.



Erwägungen:

1.

1.1 Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen (Taggelder, Heilungskosten) auf Ende Mai 2006 zu Recht einstellte und ob der Integritätsschaden mit 5% richtig bemessen wurde. Die rechtlichen Grundlagen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs und der Ausrichtung von Taggeldern und Heilungskosten sowie die Voraussetzungen der Leistungseinstellung wurden in dem in Rechtskraft erwachsenen Entscheid des st. gallischen Versicherungsgerichts vom 18. September 2007 (UV 2007/34, Erw. 1) dargelegt; hierauf ist zu verweisen.

1.2 Anlässlich der Nachkontrolle vom 18. Januar 2006 äusserten die Ärzte der Klinik für Handchirurgie KSSG den Verdacht auf einen beginnenden Morbus Sudeck der rechten Hand. Gleichzeitig bestätigten sie eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maschinist, bei der der Versicherte ständig Gegenstände um 30 kg heben und verschieben müsse. Hingegen spreche nichts mehr gegen Arbeiten, bei denen die rechte Hand geschont werden könne (act. M12). Die Nachkontrolle vom 14. Februar 2006 ergab sodann reizlose, sehr schön abgeheilte Wundverhältnisse. Die aktive Flexion und Extension der Hand war hingegen deutlich reduziert. Der Verdacht auf einen Morbus Sudeck liess sich aber nicht erhärten. Vielmehr ging Dr. med. C.\_\_\_\_ von einer Inaktivitätsatrophie aus und erachtete eine baldige Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess als am sinnvollsten (act. M13). Der am 13. Februar 2006 gestartete Arbeitsversuch im angestammten Beruf misslang infolge starker Schmerzen. Auch ein 25%iger Arbeitsversuch ab 4. April 2006 brach der Beschwerdeführer infolge zu starker Schmerzen ab. Per Ende Mai 2006 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis (act. M18). Am 5. Mai 2006 wurde der Beschwerdeführer durch Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH Chirurgie, spez. Handchirurgie, Handchirurgie Zentrum Aarau, untersucht. Die klinische Untersuchung zeigte gemäss Gutachten vom 8. Mai 2006 einen Druckschmerz über dem A1-Ringband an der Basis des 4. Fingers. Der Gutachter erhob daraus folgend den somatischen Nebenbefund von Zeichen einer Tendovaginitis stenosans, die er als "möglicherweise unfallunabhängig" beurteilte (act. M21).



Prof. D.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie, spez. Handchirurgie, äusserte sich in der Besprechung vom 23. Oktober 2006 im Sinn eines ungenügenden Nachweises einer Unfallkausalität. Die Ursache einer allfälligen Tendovaginitis stenosans könne dadurch erklärt werden, dass es durch die Endgliedfraktur des Ringfingers zu einer Einblutung gekommen sei und sich in der Folge eine Tendovaginitis entwickelt hätte. Dies sei jedoch lediglich eine mögliche Erklärung. Eine unfallbedingte Tendovaginitis stenosans komme in der vorliegenden Situation eher selten vor, weshalb ein Zusammenhang der gestellten Verdachtsdiagnose zum Unfallereignis vom 7. September 2005 (richtig: 6. September 2005) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben sei. Seines Erachtens stehe der fragliche Gesundheitsschaden nur möglicherweise mit dem Unfallereignis bzw. den Unfallfolgen im Zusammenhang (act. M28). Dr. med. E.\_\_\_\_, Interdisziplinäre medizinische Dienste, Palliativzentrum des KSSG, bestätigte im Bericht vom 31. Oktober 2006 auf die Frage, ob eine Fehlverarbeitung vorliege, eine Chronifizierung der Schmerzen. Dadurch sei es zu einer Mitbeteiligung des Sympaticus gekommen, was zu Schwellungszuständen, vermehrtem Schwitzen sowie zu Schmerzen, dies im Sinn eines CRPS, und zu neuropathischen Schmerzen in den ulnaren drei Fingern führe. Somit sei aus seiner Sicht nicht von einer Fehlverarbeitung, sondern von einer Verselbständigung der Schmerzerkrankung zu sprechen. Die Kausalität sei für ihn klar gegeben. Die Schmerzen hätten mit dem Unfall begonnen. Zwar hätten die Finger gerettet werden können. Die Chronifizierung des Schmerzes habe damit jedoch nicht verhindert werden können. Dass die neuropathischen Schmerzen erst nach dem Unfall (mit Latenz) aufgetreten seien, sei geradezu charakteristisch für diese Art von Schmerzen und spreche keineswegs gegen die Kausalität. Die immer wieder zunehmenden Schmerzen im Bereich des gesamten Arms und der Schulter im Sinn eines Schulter-Arm-Syndroms seien durch die Immobilität der rechten Hand bedingt und stünden damit auch in Zusammenhang mit dem Unfall. An der Kausalität bestehe für ihn keinerlei Zweifel. Es würden Medikamente zur Behandlung des neuropathischen Schmerzes eingesetzt. Eine Physiotherapie wäre sinnvoll, damit sich der Schmerz nicht zu einem Schulter-Arm-Syndrom ausweite. Ebenso wäre es sinnvoll, wenn der Beschwerdeführer an einem Schmerzprogramm teilhaben könnte, bei welchem die Chronifizierung und das Verständnis für den Schmerz erklärt und ihm psychologische und physiotherapeutische Unterstützung gegeben werde (act. M30).



1.3 Im Entscheid vom 18. September 2007 (UV 2007/34) hielt das Versicherungsgericht fest, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 6. September 2005 nicht den Zeigefinger, sondern den 3. und 4. Finger verletzt und Prof. Dr. D.\_\_\_\_ in Übereinstimmung damit von einer Tendovaginitis stenosans des 4. Fingers gesprochen habe. Die Bejahung der Unfallkausalität durch die Ärzte der Klinik für Handchirurgie KSSG erscheine damit nicht ohne weiteres schlüssig. Es erscheine angezeigt, die Frage des Vorliegens einer Tendovaginitis stenosans und deren Ursache sowie die Notwendigkeit diesbezüglicher weiterer Heilbehandlungen nochmals umfassend medizinisch abzuklären (Entscheid, a.a.O., Erw. 3b). Unklar sei die Aktenlage ausserdem hinsichtlich des Vorliegens eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS). Synonym verwendete Bezeichnungen dieser Gesundheitsstörung seien insbesondere Morbus Sudeck, sympathische Reflexdystrophie sowie Algodystrophie. Das CRPS sei dadurch gekennzeichnet, dass es nach äusserer Einwirkung (z.B. Traumen, Operationen und Entzündungen) über längere Sicht zu einer Dystrophie und Atrophie von Gliedmassen komme. Als Symptome würden Durchblutungsstörungen, Ödeme, Hautveränderungen, Schmerzen und schliesslich Funktionseinschränkungen auftreten (vgl. Wikipedia - Komplexes regionales Schmerzsyndrom; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl. Berlin 2002, S. 1421; MSD-Manual, Urban & Fischer, 2000, S. 1664). Obwohl die Ärzte der Klinik für Handchirurgie KSSG im Bericht vom 14. Februar 2006 das Vorliegen eines Morbus Sudeck letztlich verneint hätten (act. M13), sei verbunden mit dem früheren Bericht vom 20. Januar 2006 (act. M12) doch zu vermerken, dass sie die Diagnose eines Morbus Sudeck zunächst in Erwägungen gezogen und immerhin das Bestehen einer Atrophie - wenn auch verursacht durch eine Inaktivität und damit offensichtlich nicht durch den Unfall - bestätigt hätten. Zur Diskussion stehe sodann das Bestehen eines Morbus Sudeck bzw. eines CRPS eindeutig wieder mit dem Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ (Entscheid, a.a.O., Erw. 3c). Dr. E.\_\_\_\_ spreche zwar in seinem Bericht von einer starken, offensichtlich unfallfremden psychosozialen Belastungssituation. Eine psychiatrische Abklärung sei jedoch bis heute nicht durchgeführt worden. Von Prof. Dr. D.\_\_\_\_ werde ein Morbus Sudeck bzw. ein CRPS nicht mehr in Erwägung gezogen. Dennoch enthalte sein Gutachten ungereimte Aussagen mit Blick auf ein Vorliegen bzw. Nichtvorliegen eines Morbus Sudeck. So halte Prof. Dr. D.\_\_\_\_ zum einen fest, es



liege eine erhebliche Tendenz zur Symptomausweitung vor, die vom Beschwerdeführer als invalidisierendes Schmerzsyndrom wahrgenommen werde, für welches aber klinisch kaum ein vernünftiges Korrelat zu finden sei. Diese Entwicklung sei voll im Gange. Insgesamt sei die Quetschverletzung der Fingerendglieder ordentlich verheilt. Die Ursache für die Schmerzen sei kaum objektivierbar (act. M21). Andererseits spreche er von einer glaubhaften Schmerzhaftigkeit, die den kraftvollen Einsatz der rechten Hand und den Einsatz der rechten Hand in Kälteexpositionen oder feuchtem Arbeitsmilieu noch nicht anraten lasse. Insofern sei die Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch um einen Drittel eingeschränkt (act M21). Dass Prof. D.\_\_\_\_ den Gesundheitsschaden eines Morbus Sudeck bzw. eines CRPS in seiner Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 23. Oktober 2006 nicht thematisiert habe, vermöge nicht als Hinweis gegen ein CRPS zu gelten, scheine er sich doch einzig zu dem von Prof. Dr. D.\_\_\_\_ diskutierten Gesundheitsschaden der Tendovaginitis stenosans zu äussern. Nachdem betreffend das Vorliegen eines CRPS bzw. Morbus Sudeck die Aktenlage unklar sei, erscheine es gerechtfertigt, auch diesbezüglich nochmals eine umfassende Beurteilung durchzuführen. Dies insbesondere auch mit Blick auf die Adäquanzbeurteilung allfälliger psychischer Unfallfolgen. Würden in Folge eines nachgewiesenen Morbus Sudeck bzw. eines CRPS sekundäre psychische Störungen hinzutreten, sei zu beachten, dass die Eignung, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, einem Morbus Sudeck grundsätzlich zugestimmt werden müsse (Entscheid, a.a.O, Erw. 3c). Im Anschluss an die Prüfung der kausalen Unfallrestfolgen werde die Beschwerdegegnerin auch deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und den Bedarf an weiteren zweckmässigen Heilbehandlungen bzw. den Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeld zu prüfen haben. Gestützt auf die Abklärungsergebnisse werde sich allenfalls auch eine neue Taxierung der Integritätsentschädigung aufdrängen (Entscheid, a.a.O, Erw. 4).

1.4 Eine Abklärung des ABI zuhanden der Invalidenversicherung ergab gemäss Gutachten vom 29. April 2008 die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eines Status nach Quetschverletzung der rechten Hand mit offener Eingliedfraktur des Mittelfingers sowie ein chronisches Schmerzsyndrom an der rechten Hand. Die Gutachter kamen zum Schluss, aus somatisch-neurologischer Sicht bestehe für Arbeiten, welche eine schwere Belastung der rechten Hand erfordern und Arbeiten, welche sehr hohe Anforderungen an die Feinmotorik der rechten Hand stellen würden,



keine zumutbare Arbeitsfähigkeit. Hingegen seien alle leichten bis kurzzeitig mittelschweren Belastungen ohne erwähnte Einschränkung voll zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht könne für die geklagten Beschwerden kein organ-pathologisches Substrat gefunden werden. Bei der psychiatrischen Untersuchung fänden sich keine Anzeichen für eine krankheitswertige psychische Störung. Insgesamt seien dem Beschwerdeführer leichte bis intermittierend schwer belastende, adaptierte Tätigkeiten mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% zumutbar. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (als Hilfsmetzger) bestehe seit dem Unfall vom 7. September 2005 (richtig: 6. September 2005). Die Einschätzung der vollen Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten bestehe seit dem 10. April 2006. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung und der hohen Selbstlimitierung nicht zu empfehlen (act. M34 S. 13-16). Dr. B.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 16. September 2008 die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Arbeitsunfall am 6. September 2005 sowie von andauernden Persönlichkeitsänderungen nach chronischem Schmerzsyndrom. Für die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vollumfänglich arbeitsunfähig. Für adaptierte, leichte bis intermittierend mittelschwer belastende Tätigkeiten sei er zu 50% arbeitsfähig (act. MV99 Beilage).

2.

2.1 Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Es liegen sich widersprechende Einschätzungen vor. Während die behandelnde Psychiaterin Dr. B.\_\_\_\_ von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausging (act. MV99), bescheinigten die ABI-Gutachter für eine adaptierte Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Daraus kann nicht ohne weiteres auf die Notwendigkeit weiterer Sachverhaltsabklärung geschlossen werden. Dies wäre nur dann der Fall, wenn keine der Schätzungen zu überzeugen vermöchte.

2.2 Der Beschwerdeführer beanstandet in formeller Hinsicht, dass ihm von der Beschwerdegegnerin - entgegen der entsprechenden Anordnung im Entscheid des Versicherungsgerichts vom 18. September 2007 - nicht die Möglichkeit geboten worden sei, für die erneute Begutachtung Parteirechte wahrzunehmen. Hätte er davon Kenntnis gehabt, dass das ABI-Gutachten als alleinige Entscheidungsgrundlage beigezogen



würde, hätte er spezifische Zusatzfragen gestellt bzw. sichergestellt, dass die gemäss Entscheid des Versicherungsgerichts zu klärenden Fragen beantwortet würden (act. G 1 S. 5).

In diesem Zusammenhang ist vorweg festzuhalten, dass das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, unter Nichtbeachtung der Anweisungen im Gerichtsentscheid vom 18. September 2007 auf ein von der IV in Auftrag gegebenes Gutachten abzustellen, in formeller Hinsicht zwar nicht unproblematisch erscheint. Hingegen muss das Abstellen auf ein Gutachten anderer Sozialversicherungsträger aus materieller Sicht dennoch zulässig sein, wenn sich aus dem Gutachten eine überzeugende Antwort auf die im Rückweisungsentscheid des Gerichts gestellten Fragen ableiten lässt. Andernfalls käme es zu Mehrfachbegutachtungen, deren Aufwand sich im Ergebnis nicht rechtfertigen liesse.

Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhalts ein Gutachten eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen oder Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG). Die vorgängige Bekanntgabe von Namen von Gutachtern stand vorliegend insofern nicht zur Diskussion, als die Beschwerdegegnerin - was vom Grundsatz her wie erwähnt nicht zu beanstanden ist - ein von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebenes ABI-Gutachten zur Entscheidungsfindung beizog. Zudem sind auch im vorliegenden Verfahren keine triftigen Gründe für die Ablehnung der Gutachter vorgebracht worden (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Rz 11 zu Art. 44 ATSG). Der Vorwurf des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör verletzt, indem es ihm verwehrt geblieben sei, allfällige Zusatzfragen an die Gutachter zu stellen, trifft insofern nicht zu, als nicht ersichtlich ist, inwiefern weitere Fragen hätten beantwortet werden müssen, zumal das Versicherungsgericht im Entscheid vom 18. September 2007 sich zu den offenen Problemen umfassend geäußert hatte. Aus welchem Grund die Beantwortung der vom Versicherungsgericht gestellten Fragen noch durch Ergänzungsfragen sicherzustellen gewesen wäre, erscheint nicht ohne weiteres einleuchtend. Eine allfällige Gehörsverletzung wäre deshalb - soweit eine solche bejaht würde - als nicht besonders gravierend und mithin als heilbar zu bezeichnen. Da sich der Beschwerdeführer sowohl im Einsprache- als auch im



Beschwerdeverfahren zum Ergebnis der ABI-Begutachtung äussern konnte, wäre ein allfälliger Gehörmangel vorliegend als geheilt zu betrachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juli 2007 i/S [8C\_240/2007], Erw. 3.3; BGE 132 V 390 Erw. 5.1 mit Hinweis).

2.3 Der Beschwerdeführer lässt sodann in materieller Sicht einwenden, die ABI-Gutachter hätten nicht explizit zu der vom Versicherungsgericht im Entscheid vom 18. September 2007 aufgeworfenen Frage eines möglichen CRPS (Morbus Sudeck) sowie einer Tendovaginitis stenosans des 4. Fingers Stellung genommen. Aus diesem Grund dürfe das Gutachten des ABI nicht als Grundlage für den Entscheid herangezogen werden (act. G 1 S. 5f). Dazu ist festzuhalten, dass den ABI-Gutachtern unbestrittenermassen sämtliche ärztliche Berichte - insbesondere auch das Gutachten von Prof. D. \_\_\_ vom 8. Mai 2006 mit dem somatischen Nebenbefund von "möglicherweise unfallunabhängigen" Zeichen einer Tendovaginitis stenosans (act. M21) - vorlagen. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass sich der vorerwähnte Befund gemäss Gutachten vom 8. Mai 2006 nicht verifizieren liess, weshalb Prof. D. \_\_\_ als weitere Therapiemassnahme die Klärung des Vorliegens einer Tendovaginitis per Ultraschall und gegebenenfalls eine Ringbandspaltung vorschlug (act. M21 S. 4). Der Arzt hielt sodann fest, es liege eine erhebliche Tendenz zur Symptomausweitung vor, die vom Patienten als invalidisierendes Schmerzsyndrom wahrgenommen werde, für welches aber klinisch kaum ein vernünftiges Korrelat zu finden sei. Insgesamt entstehe der Eindruck, dass hier eine erhebliche Fehlentwicklung drohe (act. M21). Die behandelnden Ärzte der Klinik für Handchirurgie KSSG führten daraufhin im Bericht vom 16. August 2006 aus, der schnellende Finger (Tendovaginitis stenosans am rechten Zeigefinger) habe sich im Verlauf entwickelt. Vor dem Unfall habe dieser nicht bestanden. Es handle sich daher mit grösster Wahrscheinlichkeit um eine Folge des Unfalls bzw. des Quetschtraumas. Wegen des schnellenden Fingers sei vorerst eine Infiltration durchgeführt worden. Sollte diese nicht zu einer Beschwerdelinderung führen, wäre eine operative Revision mit Ringbandspaltung angezeigt (act. MV45). In der Folge hielten die Ärzte der Klinik für Handchirurgie am 26. Oktober 2006 fest, die zwischenzeitlich durchgeführte Infiltration über dem A1-Ringband am Ringfinger habe nichts gebracht. Der vermutete Infekt am DIP-Gelenk habe sich nicht bestätigt. Aus handchirurgischer Sicht könnten keine weiteren Therapien geboten werden (act. M29). Hinsichtlich Morbus Sudeck bzw. CRPS



bestätigte Dr. E.\_\_\_\_ in der Folge am 31. Oktober 2006 Schwellungszustände, vermehrtes Schwitzen, Schmerzen im Sinn eines CRPS sowie neuropathische Schmerzen in den ulnaren drei Fingern. Letztere führte er ursächlich auf den streitigen Unfall zurück (act. M30). Am 19. Dezember 2006 berichtete Dr. E.\_\_\_\_ unter anderem, der Beschwerdeführer sei für ihn sehr schwer fassbar und die Untersuchungsergebnisse schwierig interpretierbar. Die Prüfung der Sensibilität sei für ihn nicht sicher konklusiv. Die Kooperation bei Extension bzw. Flexion der Zehen sei für ihn fraglich. Dass die Symptomatik in der Hand nicht mehr wesentlich verbessert werden könne, habe er dem Beschwerdeführer bereits früher mitgeteilt (act. M31). Dr. E.\_\_\_\_ legte sodann am 21. Mai 2007 unter anderem dar, der körperliche Schmerz des Beschwerdeführers scheine aktuell recht gut im Griff zu sein. Der Gesundheitszustand sei vielmehr durch die stark angespannte finanzielle und versicherungsrechtliche Situation angespannt. Der Patient fühle sich überall "fallen gelassen" und nirgends unterstützt (act. M32). Im Bericht vom 2. November 2007 bestätigte Dr. E.\_\_\_\_ eine unveränderte Schmerzsituation der rechten Hand (act. M33).

Von dieser medizinischen Ausgangslage gingen unbestrittenermassen auch die Gutachter des ABI aus. Sie kamen unter anderem zum Schluss, aus somatisch-neurologischer Sicht hätten sich bei der Untersuchung keine Anhaltspunkte für ein neuropathisches Schmerzsyndrom gefunden. Die vom Exploranden beklagte Sensibilitätsstörung an der rechten Hand könne aus neurologischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Die neurophysiologische Untersuchung sei unauffällig. Auch die vom Exploranden angegebene hochgradige Einschränkung der Motorik an der rechten Hand könne bei unauffälliger Klinik nicht nachvollzogen werden, und es fänden sich bei der Untersuchung diskrepante Beobachtungen. Die Angabe, dass der Explorand die rechte Hand nur noch als Hilfshand einsetzen könne, decke sich nicht mit der Tatsache, dass keine muskuläre Hypotrophie vorliege. Die angegebenen Einschränkungen und Schmerzen der rechten Hand könnten somit aus somatisch-neurologischer Sicht nicht genügend erklärt werden. Es sei jedoch nicht ausgeschlossen, dass gewisse Restbeschwerden tatsächlich vorhanden seien. Eine psychiatrische Morbidität als Grundlage für das geklagte, ausgeweitete Schmerzsyndrom könne ausgeschlossen werden. Es entstehe bei der Untersuchung vielmehr der Eindruck einer bewussten Schmerzausweitung. Auch die durchgeführten Medikamentenspiegel im Blutserum würden zeigen, dass die angegebene Medikation



vom Beschwerdeführer offenbar nicht eingenommen werde, obwohl er angebe, die Medikamente regelmässig einzunehmen. Diese Beobachtung stütze die Annahme einer bewusstseinsnahen Beschwerdeaggravation. Aus psychiatrischer Sicht bestehe wegen fehlenden psychopathologischen Funktionseinschränkungen keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus internistischer Sicht bestünden keine Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. M34 S. 13-16).

2.4 Nachdem Dr. E.\_\_\_\_ vorerst wie erwähnt eine Unfallkausalität von Schmerzen im Sinn eines CRPS sowie von neuropathischen Schmerzen in den ulnaren drei Fingern klar bestätigt hatte (act. M30), stellte er dies nachträglich im Ergebnis wieder zur Diskussion, indem er die Interpretierbarkeit der Untersuchungsergebnisse und die Kooperation des Beschwerdeführers in Frage stellte (act. M31) und den Gesundheitszustand auch durch die angespannte finanzielle und versicherungsmässige Situation beeinträchtigt sah (act. M32). Die von ihm vorgeschlagene psychiatrische Abklärung erfolgte im Rahmen der ABI-Begutachtung und ergab wie dargelegt ebenfalls Diskrepanzen zwischen den Angaben sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers und den Untersuchungsbefunden. Klinische Symptome eines CRPS bzw. Sudecks (vgl. dazu debrunner, a.a.O., S. 695) wurden anlässlich der ABI-Begutachtung, abgesehen von der Angabe eines Dauerschmerzes durch den Beschwerdeführer, nicht vermerkt und psychische Störungen mit Krankheitswert ausdrücklich verneint (vgl. act. M34 S. 7ff). Das ABI-Gutachten setzt sich aus einem internistischen/allgemeinmedizinischen, einem neurologischen und einem psychiatrischen Teil zusammen. Wenn der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers festhält, für die Beantwortung der Frage des Vorliegens eines Morbus Sudeck bzw. eines CRPS wäre ein rheumatologisches Gutachten erforderlich gewesen (act. G 1 S. 9), so ist festzuhalten, dass die Ätiologie und die Mechanismen des CRPS im Einzelnen nicht bekannt sind. Neurogene, vegetative, vaskuläre, humorale und auch psychische Faktoren spielen eine Rolle. Es handelt sich somit um ein multifaktorielles Geschehen (vgl. dazu Alfred m. debrunner, Orthopädische Chirurgie, 4. A., S. 696f), welchem eine rein rheumatologische Abklärung nicht Rechnung tragen würde.

Sodann finden sich die klinischen Symptome einer Tendovaginitis stenisans (vgl. dazu debrunner, a.a.O., S. 768f) im ABI-Gutachten weder aufgrund der Angaben des



Beschwerdeführers noch aufgrund des Befundes bestätigt (vgl. act. M34 S. 6, 8 und 10-12). Die Verständigung auf Deutsch war uneingeschränkt möglich, und der Beschwerdeführer räumte ein, dass seine Beschwerden vollständig erfasst seien (act. M34 S. 9 Ziffer 4.1.2). Im Bericht vom 30. Oktober 2008 hielt im Übrigen auch Dr. E.\_\_\_\_ ausdrücklich fest, dass er eine Problematik im Bereich der Sehnenscheide bzw. ein Sehnenscheidenreiben (als Merkmal der Tendovaginitis stenosans; debrunner, a.a.O., S. 768 unten) nicht habe feststellen können. Dennoch erachtete er eine erneute Vorstellung beim Handchirurgen als gerechtfertigt. Jedoch legte er in demselben Bericht dar, dass er von weiteren operativen Massnahmen wenig halte und deshalb auch keine weiteren Abklärungen durchgeführt werden müssten. Trotzdem wünsche der Patient eine nochmalige Vorstellung beim Handchirurgen (act. G 3.1). Wenn somit die Begründung von weiteren Abklärungen lediglich im diesbezüglichen Wunsch des Beschwerdeführers liegt, so erscheint es gerechtfertigt, auf diese Abklärung zu verzichten, zumal der erwähnte Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ inhaltlich keine vom ABI-Gutachten abweichende Feststellungen enthält. Im Übrigen stellten auch die ABI-Gutachter die Schmerzsituation mit der Unmöglichkeit der Ausübung von Tätigkeiten mit schwerer Belastung der rechten Hand nicht in Abrede. Trotz dieser Einschränkungen erachteten sie jedoch die Ausübung einer adaptierten Tätigkeit in vollem Umfang als zumutbar. Bei dieser Aktenlage brachte das ABI-Gutachten im Ergebnis eine Klärung der vom Versicherungsgericht im Entscheid vom 18. September 2007 angeführten klärungsbedürftigen Punkte, auch wenn die dort aufgeworfenen Kausalitätsfragen den ABI-Gutachtern nicht bekannt waren und Fragen zur Unfallkausalität den Gutachtern auch von Seiten der Beschwerdegegnerin nicht vorgelegt wurden (vgl. dazu act. MV80, MV81).

2.5 Im Weiteren ist festzuhalten, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 Erw. 4; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] I 783/05 vom 18. April 2006 und I 506/00 vom 13. Juni 2001) es nicht zulässt, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil



die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des EVG vom 27. November 2006 [I 663/05], Erw. 2.2.2, vom 2. August 2006 [U 58/06], Erw. 2.2 in fine, und vom 13. März 2006 [I 676/05], Erw. 2.4). Aus dem im Nachgang zum ABI-Gutachten erstellten Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 16. September 2008 ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass die Sachverständigen des ABI einen bestimmten Aspekt des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers allenfalls nicht oder nicht ausreichend gewürdigt haben könnten. Die Gutachter verfügten über eine umfassendere Beurteilungsgrundlage (Akten, interdisziplinäre Abklärung) als die behandelnde Ärztin. Der behandelnde Arzt, der seinen Patienten vor allem dann sieht, wenn das Leiden gerade in einer akuten Phase steht, gewinnt leicht einen anderen Eindruck vom Schweregrad des Gesundheitsschadens als der nicht auf die momentane Behandlungsbedürftigkeit fokussierte Gutachter. Was die von Dr. B.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung betrifft, so setzt diese eine Konfrontation mit einem extremen traumatischen Ereignis voraus. Dieses beinhaltet das direkte Erleben einer Situation, die mit dem Tod, seiner Androhung, einer schweren Verletzung oder deren Androhung zu tun hat. Das Ereignis löst intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen aus. Charakteristische Symptome sind unter anderem das anhaltende Wiedererleben des traumatischen Ereignisses und die andauernde Vermeidung von Situationen, die mit dem Trauma assoziiert sind (Dorsch, Psychologisches Wörterbuch, 14. A., S. 722). Solche Symptome werden weder von Dr. B.\_\_\_\_ beschrieben noch sind sie aus den Akten ersichtlich. Aus den dargelegten Gründen vermag die Arbeitsfähigkeitsschätzung des ABI mehr zu überzeugen als diejenige der behandelnden Ärztin. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 100% für eine adaptierte Tätigkeit ausgegangen.

3.

Selbst wenn beim Beschwerdeführer von einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden auszugehen wäre, müsste - wie nachstehend zu zeigen sein wird - verneint werden, dass dieser in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 6. September 2005 steht. Die Rechtsprechung verlangt für eine Bejahung der Adäquanz im Einzelfall, dass der Unfall objektiv eine gewisse Schwere aufweist



bzw. ernsthaft ins Gewicht fällt. Bei banalen Unfällen, z.B. bei einem gewöhnlichen Sturz oder geringfügigem Anschlagen des Kopfes, kann der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel ohne weiteres verneint werden. Ein leichter Unfall kann nur dann adäquate Ursache einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit sein, wenn die unmittelbaren Unfallfolgen geeignet waren, psychische Störungen hervorzurufen, und wenn die bei Unfällen mittleren Grades herangezogenen Kriterien kumuliert oder in besonderer Schwere auftreten (RKUV 1992, 249). Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, der dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann (BGE 115 V 133 Erw. 6c bb). Der konkret in Frage stehende Unfall vom 6. September 2005 - Einklemmen der Finger III und IV der rechten Hand im Abfüllrohr einer Metzgereimaschine, welche zuerst als Fleischschneidemaschine deklariert und später vom Beschwerdeführer als Metalldetektor [dient der Aussonderung von Fremdkörpern] bezeichnet wurde (act. MV1, M5, M21 S. 2 unten) - lässt sich auch mit Blick auf die unmittelbaren somatischen Unfallfolgen den mittelschweren Ereignissen zuordnen. Damit müssen für die Adäquanzprüfung weitere objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte oder indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung miteinbezogen werden. Dabei sind von Bedeutung das Vorliegen von besonders dramatischen Begleitumständen oder die besondere Eindrücklichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung, körperliche Dauerschmerzen, eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 133 Erw. 6c aa). Beim streitigen Unfall handelte es sich soweit ersichtlich um kein besonders eindruckliches Ereignis; auch von dramatischen Begleitumständen kann nicht gesprochen werden. Die erlittenen Verletzungen waren nicht von besonderer Schwere oder von der Art, die erfahrungsgemäss geeignet ist, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Die Unfallfolgen an der rechten Hand waren gemäss Gutachten von Prof. D. \_\_\_ vom 8. Mai 2006 relativ schön abgeheilt. Der Arzt wies auf die erhebliche Tendenz zur Symptomausweitung hin und schlug weitere Abklärungen, jedoch keine somatischen Behandlungsmassnahmen vor (act. M21 S. 4). Die ABI-



Gutachter gingen wie erwähnt von einer bewusstseinsnahen Beschwerdeaggravation aus und empfahlen keine medizinischen Massnahmen (act. M34 S. 10 und 15). Eine langdauernde Behandlung lässt sich vor diesem Hintergrund nicht bejahen. Auch das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kann nicht als gegeben erachtet werden, indem die ABI-Gutachter wie erwähnt bereits ab 10. April 2006 eine volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit als zumutbar erachteten. Auch wenn im Weiteren das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen als gegeben zu erachten wäre, so würde dies allein für die Bejahung des Kausalzusammenhangs nicht genügen (vgl. BGE 115 V 133 Erw. 6c bb und Urteil des Bundesgerichts vom 4. April 2007 i/S S. [U 92/06], Erw. 4.5 am Schluss). Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass der in Frage stehende Unfall nicht geeignet war, eine psychische Fehlreaktion adäquat kausal zu bewirken. Damit besteht für den Beschwerdeführer kein Anspruch, von der Beschwerdegegnerin Leistungen (Heilbehandlungen, Taggelder, Rente) über die verfügte Leistungseinstellung (31. Mai 2006) hinaus zu erhalten.

4.

4.1 Erleidet eine versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie gemäss Art. 24 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Deren Bemessung richtet sich laut Art. 25 Abs. 1 UVG nach der Schwere des Integritätsschadens. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Spezielle Behinderungen der betroffenen Person bleiben dabei unberücksichtigt (BGE 124 V 35 Erw. 3c, 113 V 221 Erw. 4b). Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalls ab; es geht vielmehr um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 Erw. 1). Die Integritätsentschädigung setzt einen dauernden - voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang bestehenden - Integritätsschaden voraus (vgl. Art. 36 Abs. 1 der Verordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202], BGE 124 V 36 ff. Erw. 4). Nach Art. 36 Abs. 2 UVV wird die Integritätsentschädigung gemäss den Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV bemessen. Die Medizinische Abteilung der SUVA



## St.Galler Gerichte

hat in Weiterentwicklung der dort enthaltenen Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet. Diese Tabellen enthalten Richtwerte, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll; sie sind mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 Erw. 1c mit Hinweis). Insbesondere die Einordnung von Nichtlisten- und kombinierten Fällen eröffnet dem Arzt oder der Ärztin einen grossen Ermessensspielraum, in welchen die Verwaltung bzw. das Gericht nicht ohne Not bzw. nur dann eingreifen soll, wenn die unfallmedizinische Beurteilung im Hinblick auf die Liste im Anhang 3 sachlich nicht gerechtfertigt ist und zu stossenden Ungleichheiten führen würde.

4.2 Prof. D.\_\_\_\_ schätzte den unfallbedingten Integritätsschaden mit Beurteilung der objektivierbaren Unfallfolgezustände an den Endgliedern der Finger III und IV rechts auf höchstens 5% (act. M21 S. 5). Mit Blick auf die Tatsache, dass gemäss Anhang 3 zur UVV der - hier nicht gegebene - Verlust von mindestens zwei Gliedern eines Langfingers oder eines Gliedes des Daumens mit 5% Integritätsschaden taxiert wird (vgl. dazu auch Suva-Tabelle 3), lässt sich die Integritätsschadenschätzung von Prof. D.\_\_\_\_ und die gestützt darauf von der Beschwerdegegnerin zugesprochene Integritätsentschädigung nicht beanstanden.

5.

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

5.2 Die Beschwerdegegnerin lässt beantragen, der Beschwerdeführer sei zu verpflichten, ihr die ihm mit Zwischenentscheid vom 18. September 2007 zugesprochene Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zurückzuerstatten (act. G 5). Dazu ist festzuhalten, dass es sich beim Entscheid des st. gallischen Versicherungsgerichts vom 18. September 2007 nach kantonalem Verfahrensrecht um einen instanzabschliessenden Entscheid handelt, welcher Anspruch auf Parteientschädigung zu begründen vermag. Vorliegend ergab sich dieser, weil die Rückweisung zu weiterer Abklärung und Neuverfügung praxisgemäss (BGE 132 V 215) als Obsiegen betrachtet wird. Daran ändert nichts, dass solche Rückweisungsentscheide in der Terminologie des Bundesgerichts als Zwischenentscheide im Sinn von Art. 93 Abs. 1 BGG



## St.Galler Gerichte

bezeichnet werden, denn das Bundesgerichtsgesetz ist für die kantonale Verwaltungsrechtspflege nicht massgeblich. Eine Rückerstattung der Parteientschädigung kommt damit nicht in Betracht. Soweit der Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin festhält, der Beschwerdeführer habe den Entscheid vom 18. September 2007 und damit die dort zugesprochene Parteientschädigung durch bewusste Aggravation bewirkt (act. G 5 S. 3), ist anzumerken, dass die ABI-Gutachter lediglich von einer bewusstseinsnahen Beschwerdeaggravation sprachen (vgl. act. M34 S. 14). Ein bewusstes Handeln (wider besseres Wissen), welches die Frage der mutwilligen Prozessführung aufwerfen würde, kann damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als belegt gelten.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Rückerstattungsanspruch der Beschwerdegegnerin wird abgewiesen.
3. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.