

**Zu den Voraussetzungen der Anwendung des § 11 SGB VII.
Keine Anwendung, wenn kein Versicherungsfall vorliegt.**

§§ 8 Abs. 1 S. 1; 11 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 3 SGB VII

Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 26.04.2022 – L 3 U 163/20 –
Bestätigung des Urteils des SG Mainz vom 11.08.2020 – S 9 U 138/18 –
Vom Ausgang des Revisionsverfahrens beim BSG – B 2 U 10/22 R - wird berichtet

Die Parteien streiten um die Anerkennung und Entschädigung eines Ereignisses als Arbeitsunfall.

Der 1978 geborene Kläger war bei einem Automobilzulieferer beschäftigt. Am 19.04.2018 half er beim Aufbau der Bestuhlung für eine Betriebsversammlung. Dies ging dergestalt vonstatten, dass aus einer großen Schublade unter einer Bühne Klappstühle herausgehoben und aufgestellt wurden. **Als der Kläger mit seiner linken Hand einen Stapel von 4 Klappstühlen** (Gewicht ca. 20 Kg), die ineinander verhakt waren, **hochhob, verspürte er ein Reißen** und einen starken Schmerz **in der linken Ellenbeuge**. Im D-Arztbericht wird ein Bizepssehnenriss dokumentiert. **Anfangs fand eine Behandlung zulasten der beklagten Berufsgenossenschaft statt.** Dabei erfolgte **bei der am 24.04.2018 durchgeführten Operation eine Schädigung des nervus radialis links**, die zwischenzeitlich wieder weitgehend restituiert ist. Zum 25.04.2018 wurde per Schreiben an den behandelnden D-Arzt die **Behandlung zu Lasten der Unfallversicherung beendet**. Dagegen legte der Kläger am 03.05.2018 Widerspruch ein. Am 08.05.2018 unterzog sich der Kläger einer weiteren Operation.

Gegen die mit Bescheid vom 15.05.2018 erlassene Ablehnung der Anerkennung des fraglichen Ereignisses wendete der Kläger sich per **Widerspruch und** anschließend mit **Klage**.

Diese Rechtsbehelfe, **wie auch die Berufung zum LSG hatten keinen Erfolg.**

Das **LSG sieht die Voraussetzungen für einen Arbeitsunfall nicht als gegeben an.**

Aufgrund der in den Verfahren eingeholten Gutachten seien die Voraussetzungen für den rechtlich wesentlichen Zusammenhang zwischen dem Anheben der Stühle und dem Bizepssehnenriss nicht gegeben. Vielmehr sei hier der **Rückschluss auf eine hochgradige Schadensanlage** erlaubt und davon auszugehen, dass die (klinisch stumme) Degeneration der körperfernen Bizepssehne des Klägers bereits soweit fortgeschritten gewesen sei, dass es nur noch eines rechtlich unerheblichen äußeren Anlasses zu ihrer Ruptur bedurft habe. Für diese Beurteilung sprächen insbesondere auch der intraoperative, wie auch der histologische Befund.

Auch eine Anerkennung der Schädigung des nervus radialis im Zuge der 1. Operation am 24.04.2018 **gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 3) SGB VII scheidet aus.** Im Zuge der Anwendung des § 11 SGB VII **sei es notwendig, dass zuvor ein Versicherungsfall der Unfallversicherung eingetreten ist.** Dies sei vom BSG in den Entscheidungen vom 05.07.2011 – B 2 U 17/10 R – [[UVR 017/2011, S. 1174](#)] und vom 15.05.2012 – B 2 U 31/11 R – [[UVR 015/2012, S. 993](#)] anders bewertet worden. In den zwei Entscheidungen habe das BSG entschieden, dass es für § 11 SGB VII nicht darauf ankomme, dass die Heilbehandlung objektiv notwendig war oder ein Heilbehandlungsanspruch wegen eines Versicherungsfalles nach materiellem Recht tatsächlich bestand, bzw. dass überhaupt ein Versicherungsfall vorgelegen habe.

Dies vermöge den erkennenden Senat allerdings nicht zu überzeugen. Denn in den beiden den BSG Entscheidungen zugrundeliegenden Sachverhalten habe jeweils ein Versicherungsfall zugrunde gelegen, so dass die Ausführungen nur als obiter dictum zu bewerten seien.

Nach Auffassung des LSG verlange § 11 SGB VII vom Wortsinn der Norm, dass Folgen eines Versicherungsfalles nur dann relevant sein können, wenn zuvor auch tatsächlich ein Versicherungsfall eingetreten sei. Weil § 11 SGB VII keinen eigenständigen Versicherungsfall begründen solle, könne es nur auf das Bezugsereignis ankommen, welches denknötwendig objektiv ein Versicherungsfall sein müsse.

Schließlich sei das BSG von diesem obiter dictum in seiner Entscheidung vom 06.09.2018 – B 2 U 16/17 R – [\[UVR 02/2019, S. 63\]](#) wieder abgerückt, indem es zwar weiterhin nicht verlange, dass objektiv die Voraussetzungen eines Versicherungsfalles vorliegen müssten, offenbar aber einen anerkannten Versicherungsfall zur Voraussetzung mache. Sei aber – wie hier – ein Versicherungsfall nicht anerkannt und liege objektiv nicht vor, müsse der Gesundheitsschaden im Sinne des § 11 SGB VII einen eigenständigen Versicherungsschutztatbestand, also einen Anspruch eigener Art ohne Vorliegen eines Versicherungsfalles begründen. (D. K.)

Das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz hat mit Urteil vom 26.04.2022 – L 3 U 163/20 – wie folgt entschieden:

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Anerkennung und Entschädigung eines Arbeitsunfalls.

Der 1978 geborene Kläger war bei dem Automobilzulieferer H -T Automitve GmbH & Co. KG (jetzt: M G GmbH) versicherungspflichtig beschäftigt und Mitglied des Betriebsrates.

Beim Aufbau der Bestuhlung für eine Betriebsversammlung in einer Gemeindehalle in B (B -S -Halle) im Auftrag des Arbeitgebers zog er sich am 19. April 2018 eine Sehnenverletzung am linken Arm zu. Der Kläger hob im Rahmen seiner versicherten Tätigkeit, auf wackeligem Untergrund stehend, einen auf der Seite liegenden Stapel von vier ineinander geschobenen Stühlen (Gewicht ca. 20 kg) mit gestrecktem linken Arm an. Dabei hielt die linke Hand die oberste Stuhllehne während er mit der rechten Hand unter die Sitzfläche des im Stapel zuunterst liegenden Stuhles griff. Als er den Stuhlstapel auf 30 cm Höhe angehoben hatte, verspürte er ein Reißen und einen starken Schmerz in der linken Ellenbeuge. Die liegend gestapelten Stühle befanden sich in einer begehbaren großen Schublade unterhalb der Hallenbühne. Der Boden der Schublade bestand aus einer Spanplatte auf der unter den Stühlen auch zusammengeklappte Tische (Tischplatten) in zwei Reihen übereinander gelagert waren.

Gegenüber dem ärztlichen Sachverständigen Prof. Dr. R gab der Kläger später ergänzend an: Er habe, um die Greifspanne überbrücken zu können, sehr breit greifen müssen und mit der rechten Hand den Stuhlstapel zusammenpressen müssen, da er ja mit der linken Hand nur die obere der vier Lehnen gehalten habe. Beim Abhebevorgang sei die wackelige Unterlage ins Schwingen gekommen, so dass er einen unsicheren Stand gehabt habe. Durch das Wackeln und Schwingen der Unterlage hätten sich die Lehnen der drei unteren Stühle zusätzlich zur Lehne des oberen Stuhls bewegt und seien hin und her geglitten. Etwa in einer Hebehöhe von 30 cm habe er gemerkt, dass in der linken Ellenbeuge etwas reiße. Er habe aber die obere Stuhllehne mit der (linken) Hand nicht losgelassen.

Der Kläger beendete die Tätigkeit nach der Verletzung umgehend und stellte sich beim Durchgangsarzt Dr. Ga (Krankenhaus St. M in B K) vor. Der Unfallchirurg diagnostizierte einen Bizepssehnenabriss links und dokumentierte im Durchgangsarztbericht vom Unfalltag einen Druckschmerz am linken Ellenbogen bei im Seitenvergleich prominent verdichtetem Bizepsbauch und links nicht tastbarer Bizepssehne. Hergang und Befund sprachen für Dr. Ga gegen die Annahme eines Arbeitsunfalls. Er bat die Beklagte ausdrücklich um Überprüfung, ob ein „bgl. versichertes Ereignis“ vorliege.

Eine noch am selben Tag durchgeführte Kernspintomographie (Kernspintogramm, MRT) bestätigte laut Bericht vom 26. April 2018 einen Abriss der distalen (körperfernen) Bizepssehne links mit Retraktion der Sehne um ca. 8 cm nach antebrachial, proximal des Ellenbogengelenks. Außerdem wurde ein perifokales Hämatom im ehemaligen Verlauf der Sehne beschrieben. Ein Knochenmarködem, ein Gelenkerguss und ein Ödem des gemeinsamen Strecksehnenansatzes am Epicondylus radialis sowie des gemeinsamen Beugesehnenansatzes am Epicondylus radialis wurden verneint, ebenso eine Läsion im Sulcus ulnaris bei unauffälliger Darstellung des Nervus ulnaris.

Der Sehnenabriss wurde am 24. April 2018 im Rahmen einer stationären Behandlung im Krankenhaus St. M (Entlassungsberichte vom 26. April 2018 und vom 30. April 2018) in der ärztlichen Verantwortung Dr. Ga operativ refixiert.

Mit Schreiben vom 25. April 2018 teilte die Beklagte Dr. Ga mit, dass die von ihm dokumentierte Einwirkung „eher nicht geeignet gewesen“ sei, den genannten Gesundheitsschaden zu verursachen. Sofern er sich ihren Zweifeln anschließen könne, solle er bitte die weitere Behandlung zu Lasten der Krankenkasse durchführen und sie – die Beklagte – entsprechend informieren.

Dagegen legte der Kläger am 3. Mai 2018 per E-Mail „Widerspruch“ ein, nachdem ihm beim ersten Nachsorgetermin nach der Operation gesagt worden sei, er dürfe nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung weiterbehandelt werden. Daraufhin teilte ihm die Beklagte unter dem 7. Mai 2018 mit, dass es sich bei dem Schreiben nicht um einen Verwaltungsakt im Verhältnis zu ihm gehandelt habe. Es werde in Kürze ein rechtsbehelfsfähiger Bescheid ergehen.

Am 8. Mai 2018 unterzog sich der Kläger einer zweiten Operation im Krankenhaus St. M. Laut Operationsbericht von Dr. Ga erfolgte eine Revision des Operationsgebietes mit Neurolyse wegen eines Supinatorlogensyndroms bei Zustand nach Refixation der distalen Bizepssehne.

Mit Bescheid vom 15. Mai 2018 lehnte die Beklagte die Anerkennung des Ereignisses vom 19. April 2018 als Arbeitsunfall ab. Die Kosten für die medizinische Behandlung des Klägers würden nicht bzw. nicht mehr übernommen. Es bestehe auch kein Anspruch auf Verletztengeld. Zur Begründung wurde ausgeführt, das Anheben der Stühle stelle keinen geeigneten Unfallhergang für einen traumatischen Riss der Bizepssehne dar. Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung seien demnach nicht zu erbringen.

Im anschließenden Widerspruchsverfahren machte der Kläger geltend, es liege sehr wohl ein geeigneter Unfallmechanismus vor. Er habe die Stühle auf einer hier-

für vorgesehenen ausziehbaren Fläche und damit einem sehr wackeligen Untergrund stapeln wollen. Dabei habe er die Stühle nicht einfach nur angehoben, sondern aufgrund des unebenen Untergrundes und des Gewichts der Stühle sei es zu einer plötzlichen Zugbewegung gekommen, die den Riss der Bizepssehne verursacht habe. Im Übrigen habe ihm der Durchgangsarzt bestätigt, dass ein Arbeitsunfall vorliege.

Auf Anforderung der Beklagten zur Erstattung einer Unfallanzeige, erklärte der Arbeitgeber am 27. Juli 2018: Nach seiner Auffassung liege hier aufgrund einer fehlenden äußeren Einwirkung kein Arbeitsunfall vor. Nach Rücksprache mit einer Mitarbeiterin der Beklagten sei man zur Feststellung gelangt, dass es sich nicht um einen Arbeitsunfall handele. Die gleiche Aussage habe der Kläger im Krankenhaus auch schon vom behandelnden Arzt erhalten.

Der von der Beklagten hinzugezogene Beratungsarzt Dr. Wi erklärte in einer Stellungnahme vom 31. Juli 2018: Der Unfallhergang beschreibe eine willentliche physiologische Muskelanspannung unter der es zu einer Kontinuitätsunterbrechung der distalen Bizepssehne gekommen sei. Es sei nicht erkennbar, dass plötzlich unerwartet eine unphysiologische Überlastung des vorgespannten Muskelsehnensystems stattgefunden habe, womit ein unfallbedingter Zusammenhang abzulehnen sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28. August 2018 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück. Mit dem Anheben der Stühle liege schon kein von außen einwirkendes plötzliches Ereignis und damit kein Unfall im Sinne von § 8 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) vor. Solange der Versicherte – wie hier der Kläger – in seiner von ihm gewollt herbeigeführten Einwirkung und damit in seiner Eigenbewegung nicht beeinträchtigt sei, wirke kein äußeres Ereignis auf den Körper ein (unter Berufung auf BSG, Urteil vom 29. November 2011 – B 2 U 10/11 R –). Auch ein unsicherer Stand auf wackeligem oder unebenem

Boden sei nicht geeignet, das fehlende Tatbestandsmerkmal der plötzlichen Einwirkung von außen zu ersetzen. Einer weiteren Bewertung des fraglichen medizinischen Zusammenhangs habe es daher nicht bedurft.

Hiergegen hat der Kläger am 4. September 2018 Klage beim Sozialgericht Mainz Klage erhoben, gerichtet auf die Anerkennung des Ereignisses vom 19. April 2018 als Arbeitsunfall, die Übernahme (nicht näher bezeichneter) Behandlungskosten und die Gewährung einer Rente nach einem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20 v.H. Zur Begründung hat er sein Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren erneuert und vertieft. Insbesondere hat er eine Fotodokumentation über die Nachstellung des Geschehenshergangs vorgelegt. Durch den wackeligen Untergrund habe er das Gleichgewicht verloren. Die Stühle hätten sich hierdurch nicht so anheben lassen, wie er das gerne gehabt hätte. Durch den „Verlust des Bodens und des Gleichgewichts“ aufgrund des schwankenden Untergrundes, stelle sich das Gewicht der Stühle in Einwirkung auf den Arm auch so dar, als wäre dieses von oben heruntergefallen und hätte durch sein Gewicht die entsprechenden Körperteile des Klägers nach unten gezogen. Zumindest sei ein Verhebetrauma, wie vom Landessozialgericht Baden-Württemberg in seinem Urteil vom 19. Juli 2018 – L 6 U 1695/18 – bejaht, anzunehmen.

Das Sozialgericht hat von Amts wegen ein unfallchirurgisches Gutachten bei Prof. Dr. R vom 28. Mai 2019 (Untersuchungstag 23. Mai 2019) eingeholt: Für den Sachverständigen ist es aufgrund des MRT-Berichts vom 19. April 2018 sowie des Entlassungsberichts der operierenden Klinik „ohne Zweifel klar“ erwiesen, dass es sich hier um einen frischen Abriss der körperfernen Bizepssehne handele, der bei dem Ereignis am 19. April 2018 aufgetreten sei. Prof. Dr. R hat auch eine äußere Einwirkung bejaht: Es habe kein ungestörter Hebevorgang, sondern ein von außen kommendes, die Koordination des Hebevorgangs störendes Element vorgelegen, das aus der Schwankung der Unterlage herzuleiten sei. Durch das Schwanken der Standfläche komme es auch aufgrund der Masseträgheit zu nicht mehr synchronen Bewegungen der gehaltenen Last und damit durchaus zu nachvollziehbaren Störungen des geplanten Hebevorgangs. Allerdings lasse sich aus dieser zusätzlichen

Einwirkung unter biomechanischen Gesichtspunkten keine signifikante zusätzliche Zugspannung in der gerissenen Bizepssehne konstruieren. Die distale Bizepssehne werde dadurch beansprucht, dass der Unterarm gegenüber dem Oberarm gegen Widerstand gebeugt werde oder der Unterarm gegen Widerstand nach außen umgewendet werde (Supination). Häufig liege eine Kombinationsbewegung aus beidem vor. Eine unfallbedingte Verletzung der Sehne entstehe nur indirekt, und zwar dann, wenn die durch die Muskelaktion deutlich angespannte Sehne (Halteleistung oder Hebeleistung) zusätzlich unter Überwindung der Muskelkraft schnell gedehnt werde. Unter Berücksichtigung des gehaltenen Gegenstands (20 kg), dem „Kreuzheben“ aus der gebeugten Rumpfhaltung mit weitgehend gestrecktem linken und gebeugten rechten Arm und einer fehlenden erheblichen dynamischen Belastung (kein Fallen und Nachgreifen des Gewichts) sei hier eine verletzungskritische Mehrbelastung (Dehnung) der Bizepssehne zu verneinen. Im Übrigen habe der Kläger angegeben, vor dem Riss der Sehne bereits 80 Stühle bzw. 20 Viererstapel auf die gleiche Art und Weise angehoben zu haben, ohne dass es zu einem Abriss gekommen sei. Der Kläger habe durch die Wiederholung der Bewegung die Möglichkeit gehabt, sich auf den unebenen Untergrund einzustellen. Deshalb könne das Ereignis am 19. April 2018 nicht als wesentliche Mitursache für den Riss der Sehne eingeordnet werden. Am 24. April 2018 sei es intraoperativ wahrscheinlich zu einer Läsion des Nervus radialis gekommen, die sich bei der gutachterlichen Untersuchung aber bereits weitgehend restituiert gezeigt habe.

Das Sozialgericht hat anschließend den Operationsbericht der Arthroskopie vom 24. April 2018 sowie den pathologisch-anatomische Untersuchungsbericht („Gutachten“) dazu vom 25. April 2018 beigezogen und dem Sachverständigen zusätzlich zur Prüfung vorgelegt.

Prof. Dr. R hat daraufhin in einem Ergänzungsgutachten vom 28. Oktober 2020 erklärt, der Operationsbericht und das pathologisch-anatomische Gutachten bekräftigten seine bisherige Bewertung. Denn der Operationsbericht beschreibe die Abrissstelle der Sehne als „kolbig aufgetrieben“ und damit als degenerativ oder regressiv verändert. Dies müsse als Indiz für eine Schadensanlage der Sehne im Sinne

einer bereits vorher bestehenden Schwächung verstanden werden. Auch aus dem pathologisch-anatomischen Gutachten gingen degenerative Veränderungen hervor, die die Festigkeit der Sehne erheblich beeinträchtigten. Unter Berücksichtigung seiner Überlegungen zum biomechanischen Ablauf vertrete er damit (weiterhin) die Auffassung, dass wesentliche Ursache für den Riss der Bizepssehne deren anlagebedingte Schwächung gewesen sei und dem Ereignis selbst nicht die Qualität einer weiteren wesentlichen Mitursache zugemessen werden könne.

Nach Anhörung der Beteiligten zur beabsichtigten Verfahrensweise hat das Sozialgericht die Klage mit Gerichtsbescheid vom 11. August 2020 als unbegründet abgewiesen. Das Ereignis vom 19. April 2018 stelle keinen Arbeitsunfall dar, da es an einem auf dieses Ereignis zurückzuführenden Gesundheitsschaden (Erstschaden) fehle. Denn für den unstreitig vorliegenden Riss der distalen Bizepssehne sei das Ereignis am 19. April 2018 nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit rechtlich wesentliche Ursache. Zur Begründung hat sich die Vorinstanz auf die Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. R gestützt. Die Ausführungen seien für die Kammer anhand der unfallmedizinischen Literatur (unter Verweis auf: Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2017, Seite 424 ff.) nachvollziehbar und in sich schlüssig. Insbesondere sei zu berücksichtigen, dass der Unfallhergang keinen typischerweise anerkennungsfähigen Hergang für den Abriss der distalen Bizepssehne darstelle. Denn dieser fordere eine unphysiologische Belastung, welche überfallartig die angespannte Struktur treffe und diese beanspruche. Hierzu habe Prof. Dr. R ausgeführt, dass auch die Erhöhung der Zugspannung in der distalen Bizepssehne durch die Schwankung des Bodens nicht geeignet sei einen Riss der Sehne hervorzurufen. Denn nach überzeugender Ansicht des Gutachters habe der Kläger den Stuhlstapel die ganze Zeit gehalten womit die Hebekräfte nicht verändert worden seien. An dem dynamischen Aspekt beispielsweise einer Auffangbewegung fehle es somit völlig. Die Einwendungen des Klägers könnten demgegenüber nicht überzeugen. Sofern dieser ausführe, durch den schwankenden Untergrund habe das Gewicht der Stühle seinen Arm wie bei einer fallenden Bewegung nach unten gezogen, könne die Kammer dies angesichts der

ausführlichen und eingehenden Erwägungen des Gutachters zur Biomechanik nicht nachvollziehen. Auch führe das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 19. Juli 2018 – L 6 U 1695/18 – (Verhebetauma eines Bestatters beim Anheben der Leiche) zu keinem anderen Ergebnis; es handele sich um unterschiedliche Einzelfälle.

Gegen den ihm am 17. August 2020 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 11. September 2020 Berufung eingelegt und zunächst sein bisheriges Vorbringen und Begehren erneuert. Entgegen der Annahme Prof. Dr. R habe er nicht zwanzigmal je vier Stühle auf einmal gehoben, sondern ungefähr zwanzigmal je zwei Stühle; als er dann auf einmal vier Stühle habe heben wollen, sei die Sehne gerissen. Auch habe der Sachverständige offengelassen, wie hoch denn das Gewicht hätte sein müssen, um ursächlich für die Verletzung zu sein. Anhand des kurzen und raschen Geschehensablaufs müsse man mit dessen biomechanischer Einordnung vorsichtig sein, insbesondere dürfe man nicht vom Fehlen eines dynamischen Aspekts ausgehen. Soweit die Vorinstanz das Gutachten anhand der unfallmedizinischen Literatur als nachvollziehbar erachtet habe, habe es sich lediglich auf ein Standardwerk der unfallmedizinischen Literatur gestützt. Auch habe sich das Gericht nicht hinreichend mit dem Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 19. Juli 2018 – L 6 U 1695/18 – auseinandergesetzt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mainz vom 11. August 2020 und den Bescheid der Beklagten vom 15. Mai 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. August 2018 aufzuheben und festzustellen, dass das Ereignis vom 19. April 2018 ein Arbeitsunfall und die Schädigung des Nervus radialis links ein versicherter mittelbarer Gesundheitsschaden ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend und verweist zur Begründung auf die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. R .

Der Senat hat die Beteiligten darauf hingewiesen, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Schädigung des Nervus radialis links einen versicherten Gesundheitsschaden im Sinne des § 11 SGB VII darstellen könne.

Daraufhin hat die Beklagte erklärt, eine Anerkennung der operativen Nervenschädigung als mittelbare Unfallfolge im Sinne von § 11 SGB VII scheidet aus. Entscheidend sei, dass der Durchgangsarzt in seinem Bericht vom 19. April 2018 „Zweifel“ am Vorliegen eines Arbeitsunfalls dokumentiert habe und demnach eine Kopie des Berichtes an den Kläger auszuhändigen gehabt habe. Daran ändere auch der Umstand nichts, dass der Kläger zwecks weiterer OP-Planung in die „BG-Sprechstunde“ habe kommen sollen. Ob der Kläger tatsächlich eine Kopie des Durchgangsarztberichtes erhalten habe, ob die Ärzte ihn bereits im Rahmen der Anamnese bei der Erstbehandlung über die „eher“ zu seinen Ungunsten ausfallende Zusammenhangsbeurteilung informiert hätten und ob die Ärzte letztlich schon vor der Operation am 24. April 2018 ihm gegenüber klare Zweifel an einer berufsgenossenschaftlichen Zuständigkeit geäußert oder gar schon mit ihm besprochen gehabt hätten, dass der Eingriff über die Krankenkasse erfolge, gehe mit Gewissheit aus der Verwaltungsakte nicht hervor. Klares Indiz dafür sei aber, dass die Klinik den stationären Aufenthalt nicht mehr mit ihr – der Beklagten – abgerechnet habe, obwohl man die „kritische Anfrage“ vom 25. April 2018 an die Klinik eindeutig erst nach dem Eingriff übermittelt habe. Zudem sei aus der E-Mail des Arbeitgebers vom 28. Juli 2020 [richtigerweise: 27. Juli 2018] ersichtlich, dass der Kläger schon vom behandelnden Arzt davon in Kenntnis gesetzt worden sei, dass keine traumatische Sehnenverletzung vorgelegen habe. Jedenfalls sei bei dieser Ausgangssituation der Kläger in der Nachweispflicht, dass der Durchgangsarzt als Organ des Unfallversicherungsträgers tatsächlich den Eindruck vermittelt habe, dass die empfohlene Operation (noch) als Heilbehandlungsmaßnahme des Unfallversicherungsträgers habe erfolgen sollen.

Der Kläger hingegen hat erklärt, er habe davon ausgehen können, dass es sich um einen berufsgenossenschaftlichen Fall gehandelt habe. Er sei bis eine Woche nach der ersten Operation „als BG-Unfall“ im Krankenhaus behandelt worden; erst danach habe der Arzt erwähnt, „dass es wohl strittig sei“ und er sich einen anderen Arzt zur Weiterbehandlung suchen solle. Als er am 3. Mai 2018 ins Krankenhaus gegangen sei, um für den neuen Arzt den Behandlungsplan für die Weiterbehandlung abzuholen, habe er zum wiederholten Male angesprochen, dass er seine Hand nicht mehr bewegen könne, worauf ihm die Ärzte mitgeteilt hätten, ihn „jetzt doch“ weiter zu behandeln und noch eine Operation durchgeführt werden solle.

Der Senat hat zu dieser Streitfrage eine Auskunft des Chefarztes des Krankenhauses St. M , Durchgangsarzt Dr. Ga , vom 15. März 2021 eingeholt. Danach ist der operative Eingriff am 24. April 2018 wegen einer Ruptur der distalen Bizepssehne links zu Lasten der Beklagten erfolgt; allerdings habe die Beklagte am 25. April 2018 mitgeteilt, dass die Behandlung zulasten der Krankenkasse durchgeführt werden solle. Die Behandlung zulasten des Beklagten sei sodann nach einer postoperativen Behandlung am 27. April 2018 abgebrochen worden. Dem Kläger sei vor dem ersten Eingriff die Beklagte als zuständiger Leistungsträger benannt worden. Der zweite operative Eingriff am 8. Mai 2018 sei zulasten der Krankenkasse durchgeführt worden; auch hierüber sei der Kläger informiert worden.

Außerdem hat der Senat einen Befundbericht bei dem Neurologen Dr. Gr vom 30. Juni 2021 eingeholt, bei dem der Kläger wegen der Verletzung des Nervus radialis vom 7. Juni 2018 bis 7. Januar 2019 in Behandlung stand. Danach hat sich der Befund am 7. Januar 2019 wie folgt dargestellt: „Substanzielle Besserung der Radialisparese jetzt M.brachioradialis mit Kraftgrad 5, M.extensor carpi radialis mit Kraftgrad 3-4, extensor indicis mit Kraftgrad 4-5, extensor digitorum communis mit Kraftgrad 4-5, noch diskrete Hypästhesie im Spatium interosseus 1 sons jedoch insgesamt sehr erfreuliche Entwicklung.“ Dr. Gr hat außerdem einen an ihn gerichteten Arztbrief der Neuroradiologie des Universitätsklinikums H vom 18. September 2018 zu einer MRT-Untersuchung des linken Arms vom selben Tag

vorgelegt, die anhand der bildgebenden Befunde eine vollständige Diskontinuität des Nervus radialis im Bereich der Sehnennaht nicht ausschließen wollten.

Schließlich hat der Senat ein zweites Ergänzungsgutachten bei Prof. Dr. R vom 29. Oktober 2021 eingeholt. Zum neurologischen Schadensbild hat der Sachverständige darin ausgeführt: Der Untersuchungsbefund habe sich vom 7. Januar 2019 (Untersuchung Dr. Gr) bis zum 23. Mai 2019 (gutachterliche Untersuchung) nochmals etwas verbessert. Der objektive Verlauf (Besserung) schließe entgegen der neuroradiologisch geäußerten Vermutung eine Durchtrennung (Diskontinuität mit seitlichem Versatz) aus, weil dann die Funktion des Nervus radialis unwiederbringlich erloschen gewesen wäre. Hier sei eher dem Bericht des Operateurs Dr. Ga zu folgen der bei der Reoperation einen „unverletzten“ Nerven („in Kontinuität und nicht durchtrennt“) beschrieben habe. Die MRT-Untersuchung eines Nerven, vor allem im voroperierten Gebiet, sei eine sehr ungenaue, fehleranfällige Methode, die nicht geeignet sei, hier eine klare Aussage zu treffen. Er halte im Übrigen daran fest, dass es sich hierbei – wenn man den Bizepssehnenabriss als wesentlich mitursächlich durch das Unfallereignis verursacht ansehe – eindeutig nicht um einen eigenständigen Schaden handele, sondern um eine mittelbare Unfallfolge, die wahrscheinlich im Rahmen der operativen Versorgung aufgetreten sei. Zum Unfallgeschehen selbst hat sich Prof. Dr. R wie folgt geäußert: Letztlich sei die biomechanische Bewertung der mit dem streitgegenständlichen Ereignis verbundenen Einwirkung völlig unabhängig davon was der Kläger zuvor getan habe, und beeinflusse die Betrachtung nicht. Mit seinen Ausführungen dazu habe er nur dafür sensibilisieren wollen, dass das Anheben und Tragen eines Stuhlstapels mit vier Stühlen in der vorgegebenen Weise eine arbeitsübliche Handlung und keine außergewöhnliche Belastung für die distale Bizepssehne und den Bizepsmuskel darstelle. Klassifiziere man das Ereignis als „Unfall“ und nicht als „arbeitsüblichen Hebevorgang“, sei es zwar Ursache im naturwissenschaftlichen Sinne, dergestalt, dass im Rahmen des Halte-/Hebevorgangs die distale Bizepssehne abgerissen sei. Der entscheidende Aspekt sei allerdings, dass es nicht die Qualität einer wesentlichen Mitursache habe, da es an einer verletzungskritischen Einwirkung gefehlt habe. Für

diese Bewertung sprächen auch der intraoperative Befund und der histologische Befund.

Der Kläger hält demgegenüber an seiner Auffassung fest. Der Sachverständige beginne seine Kausalbewertung nun zwar mit der Prämisse, das Ereignis hypothetisch als Einwirkung im Sinne des Unfallbegriffs und als Ursache im naturwissenschaftlichen Sinne zu unterstellen, gelange aber dann doch zu dem Ergebnis, dass keine verletzungskritische Einwirkung vorliege. Genau hier zeige sich sein Fehler und widerspreche sich der Gutachter selbst. Denn wenn man hypothetisch das Ereignis als Unfall annehme, müsse man zu dem Ergebnis gelangen, dass eben eine verletzungskritische Einwirkung vorliege.

Zur Ergänzung des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die den Kläger betreffenden Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen. Ihr Inhalt ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung gewesen.

Entscheidungsgründe

Die nach §§ 143 ff. Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat seine Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 15. Mai 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28. August 2018 ist nicht zu beanstanden und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Das Ereignis vom 19. April 2018 ist kein Arbeitsunfall.

1. Soweit die Klage ursprünglich auch auf die Übernahme von Behandlungskosten und die Gewährung von Verletztenrente gerichtet gewesen ist wäre sie unzulässig gewesen (vgl. für die Behandlungsleistungen: BSG, Urteil vom 7. September 2004 – B 2 U 35/03 R – juris, Rn. 12; Urteil vom 30. Januar 2007 – B 2 U 6/06 R – juris, Rn. 11; Urteil vom 15. Februar 2005 – B 2 U 1/04 R – juris, Rn. 13; Urteil vom 7. September 2004 – B 2 U 35/03 R – juris, Rn. 12; Urteil vom 30. Januar 2007 – B 2 U 6/06 R – juris, Rn. 11; für die Rentengewährung: BSG, Urteile vom 16. März

2021 – B 2 U 7/19 R – juris, Rn. 12 ff.; – B 2 U 17/19 R – juris, Rn. 22 ff.). An dem diesbezüglichen Klageantrag hat der Kläger deshalb zu Recht nicht festgehalten.

2. Die Gewährung Verletztengeld hat der Kläger nicht eingeklagt, insofern ist der Ablehnungsbescheid vom 15. Mai 2018 (in Gestalt des Widerspruchsbescheides) bestandskräftig geworden (§ 77 SGG).

3. Soweit die Klage auf die Anerkennung des Ereignisses vom 19. April 2018 als Arbeitsunfall gerichtet ist, ist sie zulässig. Statthafte Klageart ist die kombinierte Anfechtungs- und Feststellungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 i.V.m. § 55 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 3 SGG; so BSG, Urteil vom 27. Juni 2006 – B 2 U 77/06 R – juris, Rn. 8 ff.; vgl. auch: BSG, Urteile vom 15. Februar 2005 – B 2 U 1/04 R – juris, Rn. 13 und vom 28. April 2004 – B 2 U 21/03 R – juris, Rn. 24), alternativ auch die Verpflichtungsklage (vgl. BSG, Urteil vom 5. Juli 2011 – B 2 U 17/10 R – juris -, Rn. 12; Urteil vom 2. April 2009 – B 2 U 29/07 R – juris, Rn. 14; vgl. auch: BSG, Urteil vom 26. Juni 2014 – B 2 U 12/13 R – juris, Rn. 14; Keller, in: Meyer-Ladewig u.a., SGG 13. Aufl. 2020, § 54 Rn. 20b, § 55 Rn. 13c; a.A.: BSG, Urteil vom 15. Februar 2005 – B 2 U 1/04 R – juris Rn. 13).

Entsprechendes gilt für die im Termin zur mündlichen Verhandlung zusätzlich beantragte Anerkennung der Schädigung des Nervus radialis links als versicherter mittelbarer Gesundheitsschaden. Es handelt sich – bezogen auf eine Anerkennung als mittelbare Folge eines Arbeitsunfalls nach § 8 Abs. 1 SGB VII – um eine zulässige Klagerweiterung im Sinne des § 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG, die nicht als (echte) Klageänderung nach § 99 Abs. 1 SGG gilt und auch im Berufungsverfahren zulässig ist.

4. Die insofern zulässige Klage ist indes unbegründet. Ein Arbeitsunfall im Sinne der §§ 7 Abs. 1 Alt. 1, 8 Abs. 1 SGB VII liegt nicht vor.

Gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach den § 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit. Grundsätzlich ist es erforderlich,

dass die Verrichtung, bei der sich der Unfall ereignet hat, einerseits der versicherten Tätigkeit zuzurechnen ist (Zurechnungszusammenhang) und dass die Tätigkeit andererseits den Unfall herbeigeführt hat (Unfallkausalität). Unfälle sind definiert als zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (haftungsbegründende Kausalität). Dass der unmittelbare Gesundheitsschaden den Leistungsfall auslösende Folgen nach sich zieht (haftungsausfüllende Kausalität), ist hingegen für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls selbst nicht notwendig. Voraussetzung für die Berücksichtigung einer Gesundheitsstörung bzw. Funktionseinschränkung als Folge eines Arbeitsunfalls (Unfallfolge) ist demnach insbesondere ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis bzw. dem dadurch eingetretenen Gesundheitserstscha-den (haftungsbegründende Kausalität) und der fortdauernden Gesundheitsstörung (haftungsausfüllende Kausalität). Während die „versicherte Tätigkeit“, die „Verrichtung“, das „äußere Ereignis“ und die „Krankheit“ im Sinne des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vorliegen müssen, genügt für die nach der Theorie der wesentlichen Bedingung zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge die hinreichende Wahrscheinlichkeit, allerdings nicht die bloße Möglichkeit.

Wahrscheinlichkeit bedeutet, dass beim vernünftigen Abwägen aller Umstände die auf die berufliche Verursachung deutenden Faktoren so stark überwiegen, dass darauf die Entscheidung gestützt werden kann. Eine Möglichkeit verdichtet sich dann zur Wahrscheinlichkeit, wenn nach der geltenden ärztlich-wissenschaftlichen Lehrmeinung mehr für als gegen einen Zusammenhang spricht und ernste Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden. Die für den Kausalzusammenhang sprechenden Gründe müssen die gegenteiligen deutlich überwiegen. Beweisrechtlich ist dabei zu beachten, dass es keine Beweisregel gibt, wonach bei fehlender Alternativursache die naturwissenschaftliche Ursache automatisch auch eine wesentliche Ursache ist. Die für die Feststellung dieses Ursachenzusammenhangs genügende hinreichende Wahrscheinlichkeit liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernsthafte Zweifel ausscheiden; die bloße

Möglichkeit einer wesentlichen Verursachung genügt nicht (vgl. BSG, Urteil vom 9. Mai 2006 – B 2 U 1/05 R – juris, Rn. 20).

Nach Maßgabe dieser Grundsätze hat das Sozialgericht, gestützt auf die überzeugende Beurteilung des fachärztlichen Sachverständigen Prof. Dr. R und den damit in Einklang stehenden unfallmedizinischen Erfahrungswerten, zutreffend erkannt, dass der Riss der körperfernen Bizepssehne links kein Gesundheits(erst)schaden im Sinne des Unfallbegriffs der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 8 Abs. 1 Satz 2 SGB VII) ist und hier deshalb kein Arbeitsunfall vorliegt. Der Senat weist insofern die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurück und sieht zur Vermeidung von Wiederholungen nach § 153 Abs. 2 SGG von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab.

Die Berufungsbegründung rechtfertigt eine andere Entscheidung nicht:

Die vorausgegangene Tragebelastung ist, wie Prof. Dr. R im zweiten Ergänzungsgutachten vom 29. Oktober 2021 klargestellt hat, für die biomechanische Betrachtung unerheblich und beeinflusst die Bewertung nicht. Mit seinen Ausführungen dazu im Gutachten vom 28. Mai 2019 wollte Prof. Dr. R nur dafür sensibilisieren, dass das Anheben und Tragen eines Stuhlstapels mit vier Stühlen auch in der hier gegebenen Weise keine außergewöhnliche Belastung für die distale Bizepssehne und den Bizepsmuskel darstellt.

Es ist auch nicht erforderlich, ein genaues Belastungsgewicht bis zu dem die äußere Einwirkung biomechanisch unbedenklich oder eine Grenzbelastung ab dem sie gefährlich wird, zu bestimmen. Denn es handelt sich bei der Bejahung oder Verneinung einer verletzungskritischen äußeren Einwirkung um eine von den konkreten Umständen abhängige medizinische Würdigung, die neben dem Gewicht der Traglast von zahlreichen weiteren Faktoren (Hebe- und Trageweise, Neigungswinkeln, Dynamik der Bewegung, Untergrund, Schwingungen) abhängig ist und die deshalb der sachverständigen fachärztlichen Würdigung im Einzelfall zu überlassen ist. In-

soweit hat der Senat keinen Anlass zu Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Richtigkeit der Beurteilung des äußerst erfahrenen gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. R . Insbesondere ist nicht zu erkennen, dass der Gutachter in Verkennung des kurzen und raschen Geschehensablaufs unbedacht geurteilt und den dynamischen Aspekt der äußeren Einwirkung unberücksichtigt gelassen hätte.

Die Entscheidung des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 19. Juli 2018 – L 6 U 1695/18 – betrifft einen anders gelagerten Einzelfall, der hinsichtlich der Wesentlichkeit der äußeren Einwirkung für den Sehnen Schaden nicht verallgemeinerungsfähig ist und deshalb auch nicht auf den vorliegenden Schadensfall übertragen werden kann.

Die medizinisch anerkannten Erfahrungswerte sind im Lehrbuch von Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit (9. Aufl. 2017) zuverlässig zusammengefasst, so dass es im Normalfall – und so auch hier – nach einer fachärztlichen Würdigung des Einzelfalls und ohne dass von einem Beteiligten abweichende Lehrmeinungen aus der unfallmedizinischen Wissenschaft angeführt werden, zu einer weitergehenden Literaturlauswertung durch den Senat oder einen Sachverständigen keine Veranlassung besteht. Danach (Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 428 f.) stellt ein plötzlicher Schmerz beim Anheben eines Gegenstandes oder eine willentliche Kraftanstrengung, ohne zusätzliche Einwirkung, etwa eine plötzliche passive Bewegung von muskulär fixierten Gelenken oder eine plötzliche, auf die vorgespannte Muskulatur einwirkende Kraft, wie das Auffangen einer schweren Last mit gebeugtem und supinierten Unterarm, keinen geeigneten Unfallmechanismus für eine traumatische Ruptur der distalen Bizepssehne, die in etwa 50 % der Läsionen auf einen anlagebedingten Schaden zurückzuführen sind, dar. Dass dies hier aufgrund des schwankenden Untergrunds anders gewesen sein sollte, erschließt sich angesichts der Ausführungen von Prof. Dr. R nicht.

Vielmehr ist hier der Rückschluss auf eine hochgradige Schadensanlage erlaubt (vgl. Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O. S. 417 f.) und davon auszugehen, dass

die (klinisch stumme) Degeneration der körperfemen Bizepssehne des Klägers bereits so weit fortgeschritten gewesen war, dass es nur noch eines rechtlich unerheblichen äußeren Anlasses zu ihrer Ruptur bedurfte. Für diese Beurteilung sprechen insbesondere auch der intraoperative sowie der histologische Befund. Auch dies hat Prof. Dr. R nachvollziehbar dargelegt. Eine Rechtsvermutung dafür, dass die versicherte Verrichtung wegen ihrer objektiven Mitverursachung der Einwirkung auch rechtlich wesentlich war, besteht nicht (BSG, Urteil vom 13. November 2012 – B 2 U 19/11 R – a.a.O.; Urteil vom 24. Juli 2012 – B 2 U 9/11 R – juris, Rn. 34).

Zuzustimmen ist dem Kläger – und insofern kann er sich auf die Ausführungen des Landessozialgerichts Baden-Württemberg im vorgenannten Urteil berufen – allerdings darin, dass hier, entgegen der von der Beklagten in dem angefochtenen Bescheid gegebenen Begründung, ein Arbeitsunfall nicht schon in Ermangelung eines äußeren Ereignisses verneint werden kann. Denn durch Erhöhung der Zugspannung in der distalen Bizepssehne durch die auftretenden Bodenschwankungen lag hier (anders als bei einer selbstgesteuerten Zugbremsung, vgl. BSG, Urteil vom 29. November 2011 – B 2 U 10/11 R – juris, Rn. 16) ein die Koordination des Hebevorgangs störendes Element und keine vom Willen des Versicherten getragene und gesteuerte Eigenbewegung mehr vor. Das Vorliegen eines äußeren Ereignisses ist aber weder von der Vorinstanz noch von Prof. Dr. R im Gutachten vom 28. Mai 2019 bezweifelt worden.

Ein Unfallereignis setzt kein außergewöhnliches Geschehen voraus und umfasst auch arbeitsübliche Geschehnisse (vgl. BSG, a.a.O. Rn. 14). Zwar geben die Ausführungen Prof. Dr. R im zweiten Ergänzungsgutachten vom 29. Oktober 2021 Anlass zur Vermutung, dass der Sachverständige sich dieser unfallversicherungsrechtlichen Vorgabe nicht vollends bewusst gewesen ist, indem er zwischen „Unfall“ und „arbeitsüblichem Hebevorgang“ unterscheidet. Indes ist er sodann vorsorglich davon ausgegangen, dass es sich bei dem Geschehen um eine für einen Unfall hinreichendes Geschehnis gehandelt hat und hat richtigerweise in der mit dem versicherten äußeren Ereignis einhergehende Einwirkung eine Ursache im naturwis-

senschaftlichen Sinne (*Conditio sine qua non*) für die Bizepssehnenruptur des Klägers erkannt. Die Einwirkung auf die Sehne kann nicht hinweggedacht werden, ohne dass der eingetretene Erfolg, ihre Ruptur, entfielen. Das heißt aber nicht, dass auch eine verletzungskritische und damit rechtlich wesentliche Einwirkung vorliegen muss. Keineswegs erweist sich nach dem Zurechnungsmaßstab der rechtlich wesentlichen Bedingung die Argumentation von Prof. Dr. R als in sich widersprüchlich. Sondern er differenziert zulässigerweise zwischen erheblichen Ursachen und bloßen zufälligen Randbedingungen für den eingetretenen Schaden und misst dem versicherten äußeren Ereignis hier in überzeugender Weise auf der Basis biomechanischer Gesichtspunkte sowie des makroskopischen und mikroskopischen Operationsbefundes nur eine solche unerhebliche Randbedeutung zu.

5. Fehlt es aber an einem Versicherungsfall im Sinne der §§ 7 Abs. 1 Alt 1, 8 Abs. 1 SGB VII scheidet zur Überzeugung des Senats auch eine Anerkennung der Schädigung des Nervus radialis links als versicherter Gesundheitsschaden nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 (oder Nr. 3) SGB VII aus, obwohl der Kläger die Verletzung mit Wahrscheinlichkeit bei der Operation am 24. April 2018 (Sehnennaht) erlitten hat und er den operativen Eingriff als eine von der Beklagten als zuständigem Unfallversicherungsträger gewollten Maßnahme verstehen durfte.

a) Am 24. April 2018 ist es zur Überzeugung des Senats gemäß den auch insoweit überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. R mit Wahrscheinlichkeit intraoperativ (bei der Sehnennaht) zu einer Läsion des Nervus radialis gekommen. Die Beklagte ist dieser Einschätzung nicht entgegengetreten. Die Läsion hat wie Prof. Dr. R sodann in seinem Ergänzungsgutachten vom 29. Oktober 2021 – ebenfalls unstrittig und für den Senat überzeugend – dargelegt hat nicht zu einer vollständigen Durchtrennung des Nervs (Diskontinuität mit seitlichem Versatz) geführt, sondern zeigte sich schon bei der Abschlussuntersuchung des behandelnden Neurologen Dr. Gr am 7. Januar 2019 substantiell gebessert und bei der gutachterlichen Untersuchung am 23. Mai 2019 weitgehend restituiert.

b) Nach dem Wortlaut von § 11 Abs. 1 SGB VII sind auch Gesundheitsschäden oder der Tod des Versicherten infolge der Vornahme einer wegen eines Versicherungsfalls durchgeführten Heilbehandlung (Nr. 1), der Wiederherstellung oder der Erneuerung eines Hilfsmittels (Nr. 2) oder der zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalls angeordneten Untersuchung (Nr. 3) einschließlich der dazu notwendigen Wege versichert.

Nach der bereits 1981 noch zu der Vorläufervorschrift des § 555 der Reichsversicherungsordnung (RVO) begründeten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kommt es nicht darauf an, dass die Heilbehandlung oder die Durchführung der Untersuchung wegen des Versicherungsfalls objektiv notwendig war oder ein Heilbehandlungsanspruch wegen des Versicherungsfalls nach materiellem Recht tatsächlich bestand (BSG, Urteil vom 24. Juni 1981 – 2 RU 87/80 – juris, Rn. 28). Es kommt auch nicht darauf an, dass die Heilbehandlung angeordnet wurde. Vielmehr reicht es, so das Bundessozialgericht wörtlich, dass der „Verletzte, der einen Arbeitsunfall erlitten hat“, von seinem Standpunkt aus der Auffassung sein konnte, dass die Heilbehandlung oder die Untersuchung, zu deren Durchführung er sich begeben hat, geeignet ist, der Beseitigung, Besserung oder Erkennung von durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsstörungen zu dienen und dies in den objektiv gegebenen Verhältnissen eine Stütze findet (BSG, a.a.O.).

c) In zwei Entscheidungen vom 5. Juli 2011 (Urteil vom 5. Juli 2011 – B 2 U 17/10 R – juris) und 15. Mai 2012 (Urteil vom 15. Mai 2012 – B 2 U 31/11 R – juris) hat das Bundessozialgericht diese Sicht wieder aufgenommen und die Zurechnung mit der grundsätzlich pflichtigen Teilnahme des Versicherten an einer vom Träger zur Sachverhaltsaufklärung angeordneten Untersuchung oder an einer vom Träger bewilligten oder angesetzten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme der Heilbehandlung begründet, auch wenn sie objektiv-nachträglich betrachtet nicht auf einer Unfallfolge basiert (Urteil vom 5. Juli 2011 – B 2 U 17/10 R – juris, Rn. 33; Urteil vom 15. Mai 2012 – B 2 U 31/11 R – juris, Rn. 23 ff. insb. Rn. 24) oder sogar überhaupt kein Versicherungsfall vorliegt (Urteil vom 5. Juli 2011 – B 2 U 17/10 R – juris, Rn. 42, Urteil vom 15. Mai 2012 – B 2 U 31/11 R – juris, Rn. 26). Damit solle

die Gleichbehandlung zwischen den Kranken- und Rentenversicherten, die durch ihre Teilnahme an Behandlungen und medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 15a SGB VII eine in der Gesetzlichen Unfallversicherung versicherte Tätigkeit verrichten, und den Unfallversicherten hergestellt werden, die auf Veranlassung des Unfallversicherungsträgers an unfallversicherungsrechtlichen Sachverhaltsaufklärungs- oder Heilbehandlungsmaßnahmen teilnehmen (Urteil vom 5. Juli 2011 – B 2 U 17/10 R – juris, Rn. 41). Die Zurechnung eines Gesundheitsschadens, der rechtlich wesentlich durch eine im Sinne von § 11 Abs. 1 SGB VII vom Unfallversicherungsträger angeordnete Maßnahme verursacht wurde, setze lediglich voraus, dass der Träger oder seine Leistungserbringer gegenüber dem durch die Verrichtung einer bestimmten versicherten Tätigkeit Versicherten durch (festgestellte) Handlungen den Anschein begründet haben, die Behandlungs- oder Untersuchungsmaßnahme erfolge zur Behandlung von Unfallfolgen oder zur Aufklärung des Sachverhalts eines Versicherungsfalles oder einer Unfallfolge (Urteil vom 5. Juli 2011 – B 2 U 17/10 R – juris, Rn. 43; Urteil vom 15. Mai 2012 – B 2 U 31/11 R – juris, Rn. 26). Das sei der Fall, wenn ein an Treu und Glauben orientierter Versicherter an der Stelle des konkret Betroffenen die Erklärungen und Verhaltensweisen der auf Seiten des Trägers tätig gewordenen Personen als Aufforderung zur Teilnahme an einer vom Unfallversicherungsträger gewollten Maßnahme verstehen durfte (BSG, Urteil vom 5. Juli 2011 – B 2 U 17/10 R – juris Rn. 43)

d) Letzteres ist hier der Fall. Gemäß der Auskunft des verantwortlichen Durchgangsarztes Dr. Ga vom 15. März 2021 steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der operative Eingriff am 24. April 2018 wegen einer Ruptur der distalen Bizepssehne links zu Lasten der Beklagten erfolgte und dem Kläger vor der schadenbringenden Operation die Beklagte als zuständiger Leistungsträger benannt worden war. Nach Treu und Glauben durfte der Kläger die Erklärungen und Verhaltensweisen des auf Seiten der Beklagten tätig gewordenen und die Operation verantwortenden Durchgangsarztes als Aufforderung zur Teilnahme an einer vom Unfallversicherungsträger gewollten Maßnahme verstehen. Erst postoperativ, frühestens am

27. April 2018, erhielt er erstmals Kenntnis vom Abbruch der unfallversicherungsrechtlichen Behandlung.

Der von der Beklagten am 25. April 2018 empfohlene Abbruch der Behandlung zu ihren Lasten kam ersichtlich zu spät um den Durchgangsarzt und damit den Kläger noch erreichen zu können. Dass der zweite operative Eingriff am 8. Mai 2018 zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt wurde ist unbeachtlich, da der Nervenschaden mit Wahrscheinlichkeit bereits bei der ersten Operation eingetreten war und durch die Nachoperation behoben werden sollte.

Ebenso ist es unerheblich, dass Dr. Ga gegenüber der Beklagten bereits im Durchgangsarztbericht vom 19. April 2018 Zweifel am Vorliegen eines Arbeitsunfalls äußerte. Es lässt sich nicht feststellen, dass der Kläger eine Kopie dieses Berichtes erhalten oder sonst vor der Operation am 24. April 2018 Kenntnis von den Zweifeln Dr. Ga erlangt hatte. Wie die Beklagte selbst einräumt, geht dergleichen aus der Verwaltungsakte nicht hervor. Entgegen ihrer Auffassung, ist hierfür auch die Abrechnung des stationären Aufenthalts zu Lasten der Krankenkasse kein wesentliches Indiz; sie ist mit Wahrscheinlichkeit der „kritischen Anfrage“ der Beklagten vom 25. April 2018 in Verbindung mit den bereits bestehenden Zweifeln Dr. Ga am Vorliegen eines Versicherungsfalls geschuldet, entzog sich aber mindestens bis zum 27. April 2018 der für die Zurechnung maßgeblichen Kenntnis des Klägers. Etwas anderes lässt sich auch nicht der Arbeitgeberrückmeldung vom 28. Juli 2020 entnehmen.

e) Indes vermag die Rechtsansicht des Bundessozialgerichts, dass § 11 SGB VII keinen eingetretenen Versicherungsfall voraussetzt, den erkennenden Senat wie auch zahlreiche Stimmen in der Literatur (vgl. etwa: Keller, in: Hauck/Noftz, SGB VII, Stand: April 2019, § 11 Rn. 3; Ricke, a.a.O. Rn. 3 ff.; Wietfeld, in: BeckOK, Sozialrecht, Stand: 1. Dezember 2012, § 11 SGB VII, Rn. 6 m.w.N.) nicht zu überzeugen. Beide höchstrichterlichen Entscheidungen hatten (zutreffend) anerkannte Arbeitsunfälle zum Gegenstand, in denen die Behandlung bzw. Untersuchung

Schäden betraf, die tatsächlich nicht ihre Folgen waren. Bezüglich der Nichterforderlichkeit eines Versicherungsfalls erhalten sie daher nur – wenngleich ein sehr klares – obiter dictum, (vgl. Ricke, in Kasseler Kommentar, Stand: September 2021, SGB VII, § 11 Rn. 4), denen sich der Senat in Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein Versicherungsfall weder tatsächlich vorliegt noch fälschlicherweise vom Unfallversicherungsträger anerkannt worden ist (dann griffe die Bindungswirkung nach § 77 SGG, Keller, a.a.O. Rn. 3), aus folgenden Gründen nicht anzuschließen vermag:

Der Wortlaut und Wortsinn der Norm, die sowohl der Überschrift nach als auch im Einführungssatz von Absatz 1 sowie in Nr. 3 von einem Versicherungsfall spricht, macht deutlich, dass Folgen eines Versicherungsfalls nur dann relevant sein können, wenn zuvor auch tatsächlich ein Versicherungsfall eingetreten ist (Wietfeld, a.a.O.; Keller, a.a.O.). Auch Wortlaut und Wortsinn der Vorgängernorm, § 555 der Reichsversicherungsordnung (RVO), sowie die dazu ergangene Rechtsprechung führen zu keinem anderen Ergebnis, weil auch für § 555 RVO nicht auf einen Versicherungsfall verzichtet wurde (vgl. etwa: BSG, Urteil vom 27. Juni 1978 – 2 RU 20/78 – juris, Rn. 18) und § 11 SGB VII ausweislich der Gesetzesmaterialien ausdrücklich § 555 RVO entsprechen soll (BT-Drs. 13/2204, 79; Wietfeld, a.a.O.; Keller, a.a.O.). Dafür spricht auch, dass der Gesetzgeber § 11 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII bei Maßnahmen nach § 3 der Berufskrankheitenverordnung (BKV) nur für anwendbar erachtet wissen wollte, wenn sie sich an eine bestehende Berufskrankheit anschließen (BT-DRs. 13/2204, 79; Wietfeld, a.a.O. Keller, a.a.O.). Weil § 11 keinen eigenständigen Versicherungsfall begründen soll, kann es nur auf das Bezugsereignis ankommen, das denotwendig objektiv ein Versicherungsfall sein muss (ähnlich Wietfeld, a.a.O.).

Hingegen nennt das Bundessozialgericht für den von ihm für seine neue Rechtsprechung herangezogenen Grundgedanken der Teilnahmepflichtigkeit des Versicherten nicht einmal eine Rechtsgrundlage. Die allein in Betracht kommenden allgemeinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 ff. SGB I enthalten jedoch, vor allem wenn es um Leistungserlangungen geht, keine Rechtspflicht, sondern Obliegenheiten im

Sinne von Pflichten gegen sich selbst im eigenen Interesse zur Vermeidung von Rechtsnachteilen, die nicht zwangsweise durchsetzbar sind. Sie sind nicht vergleichbar mit den nicht eigennützigen Rechtspflichten, für deren Befolgung Versicherungsschutz gesetzlich vorgesehen ist (etwa § 2 Abs. 1 Nr. 14 lit. a SGB VII). Wer Leistungen geltend macht, erwartet oder erhofft, muss es hinnehmen, im eigenen Interesse und auf eigenes Risiko bei Ermittlungen mitwirken zu müssen (Ricke, a.a.O. Rn. 7). Es darf von einem Versicherten als potentiell Leistungsempfänger verlangt werden, dass er, weil er in eigenem Interesse an den Ermittlungen mitwirkt, dies auch auf eigenes Risiko im Fall nicht bestehender Ansprüche tut (Wietfeld, a.a.O.; Ricke, a.a.O. Rn. 8).

Der vom Bundessozialgericht gezogene Vergleich mit der Rehabilitanden-Versicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 15 lit. a SGB VII erscheint dem Senat ebenfalls nicht stichhaltig, da die sachliche Reichweite des Versicherungsschutzes nach § 11 SGB VII ganz erheblich über die der Rehabilitanden-Versicherung hinausreicht und gerade auch für die Folgen der Behandlung oder Untersuchung selbst gilt. Während § 11 SGB VII sowohl die Folgen einer fehlerhaften Behandlung bzw. Untersuchung, einschließlich ganz ungewöhnlicher Behandlungsfehler wie auch solche, die trotz kunstgerecht durchgeführter Behandlung eingetreten sind, erfasst (G. Wagner, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 3. Aufl., Stand 15. Januar 2022, § 11 Rn. 31 m.w.N.), ist nach § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII das Risiko der ärztlichen Behandlung oder durch eine pflegerische oder therapeutische Maßnahme als solche gerade nicht versichert (BSG, Urteil vom 27. Juni 1978 – 2 RU 20/78 – juris, Rn. 19; für fehlerhafte Maßnahmen auch: Urteil vom 7. Mai 2019 – B 2 U 34/17 R – juris, Rn. 22; vgl. auch Bieresborn in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 3. Aufl., Stand: 15. Januar 2020, § 2 SGB VII Rn. 496).

Schließlich ist die Rechtsansicht des Bundessozialgerichts auch in der Sache nicht zielführend. Sie steht vielmehr (zumindest praktisch) im Widerspruch zu dem Gebot, dass der Unfallversicherungsträger möglichst frühzeitig mit allen geeigneten Mitteln erforderliche Maßnahmen zu ergreifen hat (§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII). Denn es ist Versicherten kaum zuzumuten, dass der Versicherungsträger zunächst ausführlich

und umfangreich ihre Angaben überprüft, bevor er Maßnahmen einleitet, da eine derartige Prüfung langwierig sein kann und das Verfahren daher unter Umständen stark in die Länge gezogen wird (Keller, a.a.O. Rn. 3, Wietfeld, a.a.O.) oder der Unfallversicherungsträger geneigt sein mag, seine (vorläufige) Leistungspflicht vor-schnell zu verneinen und die Behandlung dem nachrangig zuständigen Kranken-versicherungsträger zu überlassen, um einem zusätzlichen Haftungsrisiko aus § 11 SGB VII zu entgehen. Mit Blick auf die Rechtsansicht des Bundessozialgerichts zu § 11 SGB VII wäre – die gerade im Sinne des Versicherten bewährte Praxis – un-tunlich, die erforderliche Aufklärung während der laufenden Behandlung und durch diese zu erreichen und die Entscheidung, ob der Träger der Gesetzlichen Unfallver-sicherung oder aber die Krankenkasse einzustehen hat, dem Regressverfahren zwischen den Versicherungsträgern zu überlassen (so auch G. Wagner, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 3. Aufl., Stand: 15. Januar 2022 § 11 Rn. 38).

Auch das Bundessozialgericht scheint zuletzt im Urteil vom 6. September 2018 – B 2 U 16/17 R – von seinem obiter dictum der Jahre 2011 und 2012 wieder abgerückt zu sein, indem es zwar weiterhin nicht verlangt, dass objektiv die Voraussetzungen eines Versicherungsfalls vorgelegen haben (juris, Rn. 17), offenbar aber einen an-erkannten Arbeitsunfall (juris, Rn. 16) zur Voraussetzung einer Zurechnung macht.

6. Aber auch wenn man mit den in den Urteilen des Bundessozialgerichts vom 5. Juli 2011 und 15. Mai 2012 für eine Schadenszurechnung nach § 11 SGB VII einen objektiv eingetretenen oder zumindest anerkannten Versicherungsfall nicht für erforderlich erachtet, schiebe hier aus verfahrensrechtlichen Gründen eine An-erkennung des Nervenschadens nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 (oder Nr. 3) SGB VII aus.

Denn, da das Ereignis vom 19. April 2018 kein Versicherungsfall ist und auch nicht als solcher von der Beklagten anerkannt worden ist, kann der Nervenschaden auch nicht als Folge dieses Ereignisses anerkannt werden.

Zwar begründet § 11 SGB VII keinen eigenständigen Versicherungsfall (Keller, in: Hauck/Noftz, SGB VII, Stand: April 2019, § 11 Rn. 3), sondern stellt eine spezielle

Zurechnungsnorm dar, die Gesundheitsschäden einem anerkannten Versicherungsfall zurechnet (so auch ausdrücklich: BSG, Urteil vom 5. Juli 2011 – B 2 U 17/10 R – juris, Rn. 33). Ist aber – wie hier – ein Versicherungsfall nicht anerkannt und liegt objektiv nicht vor, muss der Gesundheitsschaden im Sinne des § 11 einen „eigenständigen Versicherungsschutztatbestand“ (Ricke, in Kasseler Kommentar, Stand: September 2021, SGB VII, § 11 Rn. 5) also einen Anspruch eigener Art ohne Vorliegen eines Versicherungsfalls begründen. Ein solcher Anspruch ist vom Vorliegen oder Nichtvorliegen eines Versicherungsfalls nach § 8 Abs. 1 SGB VII („Arbeitsunfall“) wegen der völlig unterschiedlichen tatsächlichen Anknüpfungspunkte wesensverschieden und bildet deshalb einen eigenständigen Gegenstand des Verwaltungsverfahrens, über den der zuständige Träger (anders als für unberücksichtigt gebliebene Folgeschäden eines anerkannten Versicherungsfalls) zunächst einen feststellenden Verwaltungsakt positiver oder negativer Art (so BSG, Urteil vom 12. Januar 2010 – B 2 U 5/08 R – juris, Rn. 31; Urteile vom 2. Dezember 2008 – B 2 KN 3/07 U R – juris, Rn. 14 und – B 2 KN 2/07 U R – juris, Rn. 15 f. für verschiedene Berufskrankheiten untereinander oder für eine Berufskrankheit und eine Wiederberufskrankheit) oder eine konstitutive Leistungsentscheidung zu treffen hat. Dies hat jedenfalls dann zu gelten, wenn der Unfallversicherungsträger – wie hier die Beklagte – eine Prüfung nach § 11 SGB VII auch nicht inzident oder als Annex seiner Entscheidung zu § 8 Abs. 1 SGB VII vorgenommen hat.

Insofern, d.h. bezogen auf die Anerkennung der Schädigung des Nervus radialis links als mittelbarer Gesundheitsschaden nach § 11 SGB VII liegt auch keine zulässige Klagerweiterung im Sinne des § 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG vor, da sich ein solcher Anspruch nicht nur aus einer anderen Rechtsgrundlage ergäbe, sondern aus einem anderen Klagegrund, also aus einem anderen tatsächlichen Lebenssachverhalt als der auf Anerkennung des Ereignisses vom 19. April 2018 als Arbeitsunfall gerichtete Feststellungsantrag, nämlich aus dem Geschehen im Zusammenhang mit der Arthroskopie am 24. April 2018.

6. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 SGG.

7. Die Revision ist wegen grundsätzlicher Bedeutung der Sache zuzulassen, § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG.