

tungspflicht des nachrangig Zuständigen wieder auflebt. Das bedeutet, dass die Kürzung oder der Wegfall der einen Leistung durch die nachrangige Leistung aufgehoben wird. Dem dann in Anspruch genommenen Leistungsträger steht es frei, die Erfüllung einer nach dem für ihn geltenden Recht bestehenden Schadensminderungspflicht vom Betroffenen zu verlangen.

Abhängig von dem für den nachrangigen Träger geltenden Recht bedeutet dass für ihn eine Benachteiligung. Das ist dann der Fall, wenn er die ihm gegenüber bestehende Schadensminderungspflicht erst geltend machen kann, wenn der Berechtigte bereits Leistungen von ihm erhält und sich der Inhalt dieser Pflicht der Schadensminderungspflicht gegenüber den vorrangigen Träger gleicht. Denn dann war er für die Dauer der vorrangigen Leistungspflicht an der Geltendmachung der Schadensminderungspflicht gehindert, der Berechtigte hat sich aber de facto bereits verletzt, ohne dass dies zunächst Konsequenzen für diesen Leistungsanspruch hat.

Die gleichzeitige Verpflichtung mehrerer Leistungsträger gegenüber einem Berechtigten erfordert daher nicht nur die Koordination der Leistungen, sondern auch der Schadensminderungspflichten des Berechtigten.

V. Pflicht zur Schadensminderung als Ausdruck von Eigenverantwortung im Schadensausgleich?

Spiegelbildlich zu der auf Fremdverantwortung beruhenden Verpflichtung zum Schadensausgleich besteht die Eigenverantwortung des Betroffenen. Eine Schadensminderungspflicht des Berechtigten kann als Ausdruck der eigenen Verantwortung für den Schaden verstanden werden.²⁵⁹

1. Eigenverantwortung für die Bewältigung von Krankheit

a) Krankheitsverhalten und Krankheitsbewältigung

Wie sich Personen in Bezug auf eine Krankheit verhalten, hängt ab von dem Schweregrad der Krankheit und der persönlichen Einstellung gegenüber der Krankheit, aber auch von den Beziehungen zwischen Arzt und Patient und den gesellschaftlichen Mustern zum Umgang mit Krankheit. Zum Krankheitsverhalten zählt, ob der Betroffene ärztliche Hilfe überhaupt in Anspruch nimmt, wie er als Patient am Behandlungsprozess mitarbeitet, welche eigenen Anstrengungen er unternimmt, um die mit der Krankheit verbundenen Einschnitte in die gewohnte Lebensführung und Le-

259 Zur Eigenverantwortung im Schadensausgleich vgl. vorn I. 4. c).

bensgestaltung zu kompensieren und wie er mit negativen Gefühlen wie Schmerz, Unwohlsein und Angst umgeht.²⁶⁰

Krankheitsbewältigung wurde definiert als die sich ständig verändernden kognitiven und verhaltensmäßigen Bemühungen bzw. Anstrengungen mit spezifischen externen und/oder internen Anforderungen, welche die Ressourcen einer Person beanspruchen oder übersteigen, fertig zu werden.²⁶¹ Dazu zählt, an die Stelle der durch Krankheit verlorenen Fähigkeiten neue Konzepte zur bestmöglichen Nutzung der verbliebenen Möglichkeiten zu entwickeln,²⁶² wie es z.B. notwendig ist für die Neuorientierung im Erwerbsleben, wenn der bisherige Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann.

Voraussetzungen einer erfolgreichen Krankheitsbewältigung sind die Verstehbarkeit der Krankheit und ihrer Auswirkungen, die Fähigkeit zur Bewältigung der umgebenden Lebenswelt und eine individuelle Sinn- und Wertvorstellung von der Bewältigung der Lebenswelt.²⁶³

Ein positiver Einfluss auf die Krankheitsbewältigung ergibt sich offensichtlich aus der bestehenden Perspektive zum Verbleib im Erwerbsleben und einer möglichst frühzeitigen Rückkehr an den Arbeitsplatz. Mit der Frage der bestimmenden Faktoren für die Rückkehr Arbeits- und Erwerbsunfähiger in das Erwerbsleben hat sich eine im Auftrag der ISSA durchgeführte Sechs-Länder-Studie befasst.²⁶⁴ Dabei hat sich gezeigt, dass eine Rückkehr in das Erwerbsleben im Regelfall nur innerhalb der ersten ein bis zwei Jahre nach Eintritt der Krankheit erfolgt.²⁶⁵

Die Fähigkeit des Erkrankten oder Verletzten zur Bewältigung seiner Einschränkungen kann gestärkt werden, in dem er zunächst über sein Leiden und die bestehenden Therapiemöglichkeiten aufgeklärt wird. Bedeutsam ist, ihm bei voraussichtlich bleibenden Einbußen schon früh Wege aufzuzeigen, wie er die verbleibenden Fähigkeiten einsetzen und die Einbußen kompensieren kann. Dabei ist eine frühe Rückkehr an den Arbeitsplatz, auch bei reduzierter Arbeitszeit, sinnvoll. Ist die Ausübung des bisherigen Berufes nicht mehr möglich, sollte möglichst früh eine Neuorientierung erfolgen, die durch konkrete Angebote und bestenfalls die Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes unterstützt wird.

260 Lang/Fallner, Medizinische Psychologie und Soziologie, S. 269 ff.; Renner, Krankheitsverhalten, in: Schwarzer/Jerusalem/Weber (Hrsg.), Gesundheitspsychologie, S. 322, 324.

261 Lazarus/Folkman, Stress, Appraisal and coping, S. 141.

262 Büchi/Buddeberg, Subjektive Krankheitskonzepte – Krankheitsbewältigung, in: Buddeberg (Hrsg.), Psychosoziale Medizin, S. 409, 427; Mayer/Filipp, Krankheitsbewältigung, in: Schwarzer/Jerusalem/Weber (Hrsg.), Gesundheitspsychologie, S. 307, 308 f.

263 Niehoff/Braun, Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health, Stichwort: Sense of Coherence.

264 Bloch/Prins (Ed.), Who returns to work and why? (untersuchte Länder: Dänemark, Deutschland, Israel, Niederlande, Schweden, USA).

265 Cuelenare/Prins, Factors Influencing Work Resumption, in: Bloch/Prins (Ed.), Who returns to work and why?, S. 273, 277 f.

b) Eigenverantwortung für die Bewältigung von Krankheit

Wie soeben ausgeführt, hängen der Verlauf und die Bewältigung von Krankheit wesentlich von der betroffenen Person ab. Das beginnt bei der individuellen Einstellung zur Krankheit, geht über die Mitwirkung bei Behandlung der Krankheit durch den Arzt bis zur Bewältigung der Folgen der Krankheit durch eine Änderung der Lebensumstände. Die Mitwirkung bei der Behandlung ist für den Verlauf der Krankheit von besonderer Bedeutung.²⁶⁶ Dies kann am Beispiel der Diabetes-Therapie besonders augenfällig belegt werden. Die Behandlung des Diabetes ist darauf gerichtet, die Lebensqualität wieder herzustellen oder zu erhalten, Symptommfreiheit zu erreichen sowie Akutkomplikationen und Folgekrankheiten zu vermeiden.²⁶⁷ Die wesentlichen Therapiemaßnahmen wie Ernährungsanpassung und regelmäßige Einnahme der notwendigen Medikamente in der richtigen Dosierung sind von der betroffenen Person im Alltag ohne umfassende medizinische Anleitung, Betreuung und Überwachung durchzuführen. Setzt die betroffene Person diese Maßnahmen im Alltag nicht um und kann daher der Blutzucker nicht auf einen akzeptablen Wert eingestellt werden, bleibt die angestrebte Verbesserung der Lebensqualität aus und es drohen spätere Komplikationen wie diabetisches Fußsyndrom, Augen- und Nierenschäden.²⁶⁸

Auch wenn der Mitwirkung des Patienten an der vom Arzt ausgewählten Therapie ein erhebliches Gewicht zukommt, darf eines dabei nicht aus den Augen verloren werden: Die Eigenverantwortung des Patienten ist ebenso wie die Verantwortung des Arztes eine prospektive. Dies bedeutet, dass dem Patienten Eigenverantwortung für den Verlauf der Krankheit nicht zugeschrieben werden kann, wenn er ausreichend an der Therapie mitgewirkt hat. Die Zuschreibung von Eigenverantwortung für den negativen Verlauf der Krankheit (im Sinne einer Nicht-Besserung oder Verschlechterung) setzt weiterhin voraus, dass der Patient vorhersehen konnte, dass sein Verhalten diese Folgen bewirken konnte. Der Aufklärung des Patienten kommt somit nicht nur die Bedeutung eines Haftungsschutzes für den Arzt zu, sondern ermöglicht gerade den eigenverantwortlichen Umgang mit der Krankheit.²⁶⁹

Ist die Zuschreibung von Eigenverantwortung im Falle der Krankheit ohnehin nur unter eingeschränkten Voraussetzungen möglich, ergeben sich zusätzlich Schwierigkeiten, wenn es sich nicht um rein somatische Erkrankungen handelt, sondern der psychische Zustand der betroffenen Person die Krankheitsbewältigung behindernd beeinflusst.²⁷⁰ Ein prominentes Beispiel psychischer Störungen bei der Krankheits-

266 *Buddeberg/Buddeberg-Fischer*, Die Arzt-Patient-Beziehung, in: Buddeberg (Hrsg.), *Psycho-soziale Medizin*, S. 349 f; *Lang/Fallner*, *Medizinische Psychologie und Soziologie*, S. 328 ff.

267 Bundesärztekammer u.a. (Hrsg.), *Nationale Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus Typ 2*, Version 01.07.2002, Punkt 3.

268 S. Fn. 267.

269 *Buddeberg/Buddeberg-Fischer*, Die Arzt-Patient-Beziehung, s. Fn. 266, S. 350; *Lang/Fallner*, *Medizinische Psychologie und Soziologie*, S. 331.

270 Zu dieser Frage *Tognella*, *Erwerbsunfähigkeitsproblematik bei somatisch nicht nachweisbaren Beschwerdebildern*, S. 187 ff. Zur Entwicklung psychischer Traumata nach Unfallereig-

bewältigung ist die sog. Rentenneurose.²⁷¹ Die dem Begriff der Rentenneurose zugrunde liegende Situation kann wie folgt umschrieben werden: Der Betroffene schildert vielfältige körperliche und auch psychische Symptome und erachtet sich selbst als nicht mehr erwerbsfähig, ohne dass den geklagten körperlichen Symptomen auch eine organische Ursache zugeordnet werden kann.²⁷² Es entsteht der Eindruck, dass der Betroffene einzig und allein nach einer Entschädigungsleistung durch den Unfallverursacher oder eine Versicherung strebt, wobei die Abgrenzung schwierig ist, ob dieses Streben auf einer neurotischen Fehlentwicklung beruht oder der Betroffene bewusst ungerechtfertigte Ansprüche durchsetzen will.²⁷³ Die Rechtsprechung sah sich vor die Entscheidung gestellt, in welchen Fällen und in welchem Ausmaß Entschädigungsleistungen zustehen sollen. Neben der grundsätzlichen Anerkennung der Entschädigungsfähigkeit von Schäden aufgrund psychischer Fehlentwicklungen zog die Rechtsprechung zur Begrenzung der Ansprüche das Kriterium der zumutbaren Willensanspannung heran. Die auf den psychischen Beeinträchtigungen beruhenden Schäden sind nur dann zu ersetzen, wenn der Betroffene auch bei zumutbarer Willensanspannung nicht in der Lage ist, seine Begehrenshaltung zu überwinden.²⁷⁴ Die Beurteilung der Fähigkeit zur zumutbaren Willensanspannung ist den psychiatrischen Sachverständigen zugewiesen. Diese stehen vor der Schwierigkeit, dass der Wille keine objektive messbare Größe ist, ein verbindliches Bezugssystem psychischer Normalität zur Beurteilung der Zumutbarkeit nicht existiert und die psychiatrische Begutachtung besonders von Interaktionen zwischen Proband und Gutachter gekennzeichnet ist.²⁷⁵ Eine sichere Bestimmung ist daher nicht möglich, jedoch sprechen eine auffällige Persönlichkeitsstruktur und -entwicklung, psychiatrische Erkrankungen, chronische körperliche Symptome, mangelnde soziale Integration, hoher Krankheitsgewinn, langer Krankheitsverlauf und unbefriedigende Behandlungsergebnisse²⁷⁶ sowie die weitgehende Organisation der Lebensführung

nissen *Leonhardt*, Psyche und Trauma: Eine Einführung, in: Murer (Hrsg.), Psychische Störungen in der Sozialversicherung – Schwerpunkt Unfallversicherung, S. 57, 61 ff.

271 Der Begriff der Rentenneurose ist nicht unumstritten, dazu nur *Winckler*, Grundlagen psychiatrischer Begutachtung so genannter „Rentenneurosen“, *VersMed* 1998, S. 219 ff. Zu den Schwierigkeiten und Unterschieden der Verwendung des Begriffes in juristischen und psychiatrischen Zusammenhängen *Foerster*, Neurotische Rentenbewerber, S. 14 ff.

272 *Tognella*, Erwerbsunfähigkeitsproblematik, s. Fn. 270, S. 236 f. mit zahlreichen Nachweisen.

273 *Winckler*, Grundlagen psychiatrischer Begutachtung, s. Fn. 271, S. 225.

274 BSGE 21, 189 ff; BSG SozVers 1991, S. 81 f; BSG SGb 2001, S. 753; BGH VersR 1962, S. 280 f.; EVG vom 16.06.1989, BGE 115 V S. 133, 134; EVG vom 16.12.2004, BGE 131 V S. 49, 50 f.; OGH vom 26.04.1951, Az. 2 Ob 702/50.

275 *Foerster/Winckler*, Zum Problem der „zumutbaren Willensanspannung“ in der sozialmedizinischen Begutachtung, *MedSach* 92 (1996), S. 120, 121; kritisch dazu *Tognella*, Erwerbsunfähigkeitsproblematik, s. Fn. 270, S. 289, 295 ff., der auch bei den vorgeschlagenen Kriterien die Gefahr eine Beeinflussung der Beurteilung durch den Probanden sieht und der statt dessen eine restriktive Zuerkennung von Entschädigungsleistungen bei psychischen Störungen, letztlich nur bei schweren Persönlichkeitsstörungen, vorschlägt.

276 *Foerster/Winckler*, „zumutbare Willensanspannung“, s. Fn. 275, S. 123; *Reiber*, Krank oder faul?, in: Schaffhauser/Schlauri (Hrsg.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, S. 121, S. 136 f.

durch die Symptomatik²⁷⁷ eher gegen die Möglichkeit einer Überwindung durch zumutbare Willensanspannung. Da der Betroffene also keine Möglichkeit hat, gegen seine Einschränkungen anzugehen, ist ihm Eigenverantwortung für den Verlauf der Krankheit auch nicht zuzuschreiben.

Das Konzept zur Beurteilung der sog. Rentenneurose kann für die Beurteilung der Zuschreibung von Eigenverantwortung für den Verlauf von Krankheiten generell herangezogen werden. Neben der bloßen Möglichkeit der therapeutischen Beeinflussbarkeit der Krankheit oder der Bewältigung der nicht zu bessernden Einschränkungen müssen auch die subjektiven Ressourcen des Betroffenen betrachtet werden, sich auf die Situation einzustellen und adäquat zu reagieren, was der zumutbaren Willensanspannung gleichzusetzen ist.²⁷⁸ Eine Limitierung dieser Fähigkeiten aufgrund der oben geschilderten Umstände würde dann gegen die Zuschreibung von Eigenverantwortung für den Verlauf der Krankheit und die aus der Krankheit resultierenden Einbußen sprechen.

2. Mögliche Schwierigkeiten hinsichtlich einer Pflicht zur Schadensminderung

a) Verantwortungskonkurrenz

Versteht man die Schadensminderungspflicht des Berechtigten als Ausdruck seiner Eigenverantwortung, so müsste er den abwendbaren Schaden selbst tragen, d.h. die Leistungspflicht des Schädigers oder Sozialleistungsträgers insoweit entfallen. Konsequenz wäre, dass die anderweitig begründete Fremd-Verantwortung verdrängt werden würde. Denkbar ist aber auch eine Überlagerung von Eigen- und Fremdverantwortung für den Teil des Schadens, für den der Berechtigte zur Schadensminderung verpflichtet ist. In diesem Fall würde eine gemeinsame Schadenszuständigkeit von Leistungspflichtigen und Berechtigtem eintreten. Beide hätten den Schaden gemeinschaftlich zu tragen, wobei die Höhe der beiderseitigen Anteile zunächst offen bleibt.

b) Voraussetzungen von Eigenverantwortung bei Krankheit

Eigenverantwortung setzt voraus, dass für den Betroffenen die Möglichkeit besteht, den Zustand zu beeinflussen, er diese Möglichkeit erkennen und nach dieser Erkenntnis handeln kann. Soll Eigenverantwortung für den Verlauf von Krankheit oder die aus der beeinträchtigten Gesundheit entstehenden Schäden zugeschrieben wer-

277 Konrad, Die psychiatrisch-psychologische Beurteilung neurotischer Störungen im Rentenverfahren, VersMed 1992, S. 45, 49.

278 Wölk, Somatoforme Schmerzstörung und Erwerbsfähigkeit, VersMed 1992, S. 49, 52; Reiber, Krank oder faul? s. Fn. 276, S. 136; Bochnik, Seele und Krankheit, s. Fn. 249, S. 7 ff.