

Antrag auf Schwerbehindertenausweis – so hilft der Arztbrief



Ein Schwerbehindertenausweis bringt Patienten mit angeborenen Herzfehlern viele Nachteilsausgleiche, beispielsweise beim schulischen oder beruflichen Werdegang. Doch gerade bei Herzkindern ist das Erreichen der Einstufung, die für die Ausstellung des Ausweises nötig ist, nicht immer einfach. Hier macht ein sorgfältig formulierter Arztbrief den Unterschied.

Um zu verstehen, warum gerade für Kinder eine angemessene Einstufung im Schwerbehindertenrecht so schwierig ist, hilft ein Blick in die Geschichte: Der Ursprung des Schwerbehindertenrechts stammt aus der Zeit nach den Weltkriegen. Damals sollten vorrangig Kriegsversehrte angemessen versorgt werden. Erst auf Druck der Alliierten wurden auch Zivilpersonen mitberücksichtigt und – sehr viel später – schließlich auch Kinder. Bis heute gibt es im Schwerbehindertenrecht jedoch nicht ausreichend Kapitel explizit für Kinder oder angeborene Herzfehler.

Für Eltern ist die Anerkennung der Beeinträchtigung ihres Herzkindes jedoch besonders wichtig, dient sie doch als Argumentationshilfe, um nötige Unterstützung einzufordern. Mit der Feststellung einer Schwerbehinderung müssen sie nicht immer wieder den Nachweis über die chronische Beeinträchtigung ihres Kindes erbringen.

Einen Schwerbehindertenausweis und damit die im Alltag nützlichen und entlastenden Merkzeichen erhält man erst ab einem Gesamtgrad der Behinderung (GdB) von 50. Bei der Bearbeitung des Antrags auf Feststellung des GdB bieten Arztbriefe die Grundlage der Einstufung. Damit erhalten diese Schriftstücke eine so nicht vorgesehene Funktion, denn sie dienen normalerweise dem Austausch unter Kollegen, die über den Gesundheitszustand ihres gemeinsamen Patienten selbstverständlich im Bilde sind.

Dem Sachbearbeiter im Versorgungsamt fehlen jedoch die kinder-kardiologischen Fachkenntnisse, um den zugrundeliegenden Herzfehler einordnen zu können. Restbefunde und Komplikationen sowie die damit verbundenen Teilhabebeschränkungen sind für den Laien oft nicht deutlich erkennbar. So kommt es oft zu einer Fehleinstufung.

Jedem Arzt sollte deshalb bewusst sein, dass seine Arztbriefe eine ausschlaggebende Rolle im Einstufungsverfahren haben können. In seinem Bericht müssen alle Diagnosen und entwicklungspsychologisch relevanten Auffälligkeiten sowie die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Teilhabe festgehalten sein.

Immer im Vergleich zu gesunden Personen

Der Maßstab der Beurteilung im Schwerbehindertenrecht ist nicht eine konkrete Diagnose oder Erkrankung, sondern do-

kumentierte, dauerhafte Funktionsstörungen und die daraus entstehenden Handicaps im Alltag. Anders ausgedrückt: Es gilt die tatsächlich vorhandene Leistungseinbuße des Patienten und deren Auswirkungen auf seine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Diese sollte immer im Vergleich zu einer gesunden, gleichaltrigen Person betrachtet werden.

Für die Beurteilung eines angemessenen GdB ist deshalb die Gegenüberstellung mit der Leistungsfähigkeit eines herzgesunden Gleichaltrigen wichtig – geht dieser Vergleich nicht aus den Arztbriefen hervor, so kann der zuständige Bearbeiter ihn auch nicht berücksichtigen. Daher ist es wichtig, dass Eltern mit dem Arzt auch immer über festgestellte Leistungsunterschiede und Teilhabebeschränkungen sprechen. Nur so werden sie aktenkundig.

Ein Beispiel: Hat sich der Gesundheitszustand des Kindes nach den ersten Operationen einigermaßen stabilisiert, erlebt und beschreibt es die dadurch gestiegene Leistungsfähigkeit oft als sehr positiv. Der Patient ist an seinen Herzfehler adaptiert, kennt nur seine eingeschränkte Leistungsfähigkeit und erlebt diese als normal. Diese subjektive Einschätzung kommunizieren er und seine Familie so auch gegenüber den behandelnden Ärzten. Bei aller Freude über die positiven Auswirkungen des Eingriffs gerät jedoch die Frage, ob die Belastbarkeit des Kindes einem Vergleich mit einem gesunden Gleichaltrigen standhält, außer Acht. Diese Frage würden die meisten Eltern wie selbstverständlich verneinen: Auch nach einem erfolgreichen Eingriff kann ihr Herzkind meist nicht die Leistung eines gleichaltrigen gesunden Kindes, zum Beispiel beim Fußballspielen, erbringen. Viele Freizeitaktivitäten, die für andere Familien normal sind, würden sie erst gar nicht in Erwägung ziehen. Solche Teilhabebeschränkungen werden oft als selbstverständlich erachtet und dem Arzt gegenüber leider nicht benannt.

Ein weiteres Beispiel: Besonders nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen nimmt der Sachbearbeiter beim Versorgungsamt oft automatisch an, es sei eine wesentliche Verbesserung eingetreten, die eine Änderung des Feststellungsbescheides rechtfertigt. Eine solche Änderung ist immer dann gerechtfertigt, wenn zu dem aktuellen Gesundheitszustand eine andere Feststellung getroffen werden kann als in dem Ausgangsbescheid. Um diese zu verhindern, sollte der Arzt auch hier die Auswirkungen des Eingriffs auf den Patienten (zum Beispiel Palliation statt Korrektur) und auf dessen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ins Verhältnis zu einem Herzgesunden setzen.

Alle Einschränkungen und objektive Parameter sollten zudem in der Beurteilung des Arztes am Schluss des Briefes zusammenfassend hervorgehoben werden. Die Praxis hat gezeigt, dass Bearbeiter in ihrer Begründung oft nur selektiv aus der

Anamnese und der Schlussbetrachtung zitieren, weil ihnen die fachärztlichen Kenntnisse fehlen.

Was muss im Arztbrief stehen?

Es gibt sie leider nicht, diese eine Formulierung, mit der man bei einer bestimmten Diagnose einen festgelegten Grad der Behinderung erhält. Folgende Konkretisierungen haben sich jedoch in Arztbriefen als hilfreich für die angemessene Feststellung eines GdB erwiesen:

1. Eine Operation ist nicht immer auch eine Korrektur.

Restbefunde und die Folgen einer palliativen Operation sollten kurz beschrieben werden. Vorherrschend hält sich die Meinung, dass eine Operation immer mit der Lösung des gesundheitlichen Problems einhergeht. Dass dies gerade bei palliativen Operationen nicht der Fall ist, muss für den Bearbeiter deutlich werden.

2. Die Leistungseinschränkungen auch unter dem Gesichtspunkt der Adaption beschreiben.

Für die Feststellung beim Versorgungsamt zählt nicht die Leistungsfähigkeit im Verhältnis zu einem vergleichbaren anderen Patienten, sondern ausschließlich der Vergleich zu einem Herzgesunden. Es ist daher ungemein wichtig, dass die bestehenden Leistungseinbußen für einen Laien erkennbar sind. So sollten auch Parameter unter und nach einer Belastung deutlich beschrieben und Abweichungen zum Gesunden hervorgehoben werden.

3. Die Auswirkungen von Operationen oder Therapien auf die kindliche Entwicklung deutlicher darstellen.

Für den Betroffenen macht es einen erheblichen Unterschied, ob er bereits als Kind mit einer Ersatzklappe unter Marcumarbehandlung leben muss oder ob seine Herzklappe aufgrund einer erworbenen Insuffizienz erst im späten Erwachsenenalter ersetzt wird: Der Erwachsene konnte bis zu seiner Erkrankung ungehindert am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, während ein Kind sein Leben lang Einschränkungen erfahren wird. Auch stellt zum Beispiel ein regelmäßiger Mittagsschlaf aufgrund einer Therapie mit Betablockern für einen Jugendlichen eine altersuntypische Teilhabebeschränkung dar. Solche sollten dem Bearbeiter deutlich dargestellt werden.

4. Messwerte konkretisieren und ins Verhältnis mit Normwerten setzen.

Messwerte sind nur dann für die Feststellung heranziehbar, wenn diese ins Verhältnis zu einem Gesunden gesetzt werden. Da helfen einfache Zusätze wie „dies entspricht ... Prozent der

Norm“ oder „... ist deutlich unter der Norm“. Auch relativierende Faktoren, zum Beispiel ob der Patient diese punktuelle Spitzenleistung auch im Alltag oder über längere Zeiträume aufrechterhalten kann, oder wie lange er brauchte, um sich vollständig zu erholen, helfen dem Bearbeiter, sich ein umfassendes Bild zu machen.

5. Weitere Erkrankungen dokumentieren

Nur lückenlos dokumentierte weitere Erkrankungen werden bei der Ermittlung des Gesamt-GdB berücksichtigt. Es ist vorteilhaft, wenn auch fachfremde Erkrankungen aus dem Arztbrief hervorgehen.

Beispiel: Ein Klappenersatz begründet einen Einzel-GdB von 30. Kommt nun noch eine Zwerchfellparese, Entwicklungsstörung, Stimmbandlähmung, Zustand nach einem Schlaganfall, Epilepsie, Restdefekte nach einer Reanimation oder Ähnliches hinzu, können sich diese nur erhöhend auswirken, wenn sie auch dokumentiert sind. Diese Einzel-GdB-Werte werden zwar nicht addiert, werden aber in der Gesamtschau berücksichtigt und führen gerade im Grenzbereich zu GdB 50 bei vorliegenden weiteren Funktionsbeeinträchtigungen zum Erlangen oder Erhalt der Schwerbehinderteneigenschaft. Wichtig: Erscheint eine vorher dokumentierte Beeinträchtigung nicht mehr in den Unterlagen, setzt das Versorgungsamt immer eine Besserung voraus.

6. Auswirkungen auf andere Organe

Die Feststellung der Auswirkungen auf andere Organe ist aus zwei Gründen wichtig. Zum einen können Funktionsbeeinträchtigungen der Lunge, Nieren oder Leber einen neuen Einzel-GdB begründen, der wiederum den Gesamt-GdB beeinflussen kann.

Zum anderen werden Stauungsorgane nur berücksichtigt, wenn diese für den Bearbeiter abgrenzungssicher benannt sind. Hier geht es um die Abgrenzung, ob eine Leistungsminderung bei „mittelschwerer Belastung“ (GdB 20 bis 40) oder bereits bei „alltäglich leichter Belastung“ (GdB 50 bis 70) vorliegt: Ohne Benennung eines Stauungsorgans kann der Patient der ersten Gruppe zugeordnet werden, da diese Stauungsorgane dem Wortlaut nach ausschließt. Wird das Stauungsorgan jedoch klar benannt, kann eine Einteilung in die zweite Gruppe erfolgen, sodass der Patient hierfür einen GdB von 50 bis 70 erhält (siehe Versorgungsmedizinische Vorsätze Teil B, 9.1.1).

Bedingen sich verschiedene Erkrankungen negativ (zum Beispiel Herz- und Lungenerkrankung), so sollte diese ungünstige Kombination in einer Gesamtschau auch deutlich hervorgehoben werden.

7. Teilhabebeschränkungen nach ICF beschreiben

Nach Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes basieren fast alle sozialen Ansprüche wie Schwerbehindertenausweis, Rehabilitationsmaßnahmen und Eingliederungshilfen auf der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Die ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten) beschränkt sich auf die medizinische Einordnung von Diagnosen – inwieweit eine Erkrankung Beeinträchtigungen im täglichen Leben nach sich ziehen kann, ist ihr nicht zu entnehmen. Daher ist es für den Patienten hilfreich, wenn Einschränkungen von Aktivitäten und Teilhabe entsprechend der ICF-Definitionen beschrieben werden.

8. Empfehlung des Arztes

Am Ende Ihrer Stellungnahme sollten Ärzte eine Einschätzung für eine angemessene Höhe des GdB aufführen. Gerne kann hierfür der Novellierungsvorschlag der DGPK hinzugezogen werden (www.kinderkardiologie.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/DGPK_Novellierung_10_2011.pdf). Auch ohne Gesetzescharakter ist es eine fachärztliche Empfehlung, die nicht unberücksichtigt bleiben sollte. Nur der behandelnde Arzt kann den tatsächlichen Gesundheitszustand des Patienten in der Gesamtschau beurteilen. Geht es dem Betroffenen zurzeit verhältnismäßig gut oder besonders schlecht, sollte der behandelnde Arzt den Patienten im empfohlenen Bewertungsrahmen von zum Beispiel 50 bis 70 einordnen. Hierbei sind überzogene Bewertungen, anders als realistische, nicht hilfreich.

Bestehen Fragen zu diesem Thema, sind wir gern für Sie da.

Ina Schneider



Sie haben Fragen? Wir haben Antworten!

Sie erreichen die Sozialrechtliche Beratungsstelle von Kinderherzstiftung und Herzkind e. V. montags bis donnerstags von 9 bis 15 Uhr und freitags von 9 bis 12 Uhr. Sie können unter der Nummer 0531 2206612 anrufen oder sich mit Ihrer E-Mail an die Adresse ahf-beratung@e-mail.de wenden. Gerne können Sie Ihre Fragen auch der Kinderherzstiftung unter www.kinderherzstiftung.de/beratung stellen. Auf Ihre Anfrage freuen sich Kathrin Borsutzky und Ina Schneider.