

# Der Arztbrief stellt die Weichen für eine angemessene Einstufung im Schwerbehindertenrecht

**Auf dieser Jahrestagung erhielten wir die Gelegenheit, aus unserer Praxis der Beratung im Sozialrecht über die Probleme einer angemessenen Einstufung von Menschen mit angeborenen Herzfehlern zu sprechen. Hier lesen Sie eine Zusammenfassung des Vortrags von Frau Schneider, Rechtsanwältin und Mitarbeiterin der Sozialrechtlichen Beratungsstelle, der Ihnen die gesetz-**

**lichen Grundlagen erläutert und es Ihnen erleichtern soll, Ihren Arzt um Unterstützung zu bitten.**

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, vorrangig Kriegsversehrte sollten an-

gemessen versorgt werden. Erst auf Druck der Alliierten wurden auch Zivilpersonen mit aufgenommen und, sehr viel später, auch Kinder. Bis heute gibt es leider keine besonderen Kapitel für Kinder oder angeborene Herzfehler. Der Maßstab der Beurteilung im Schwerbehindertenrecht ist nicht eine konkrete Diagnose oder Erkrankung, sondern dokumentierte, dauerhaft bestehende Funktionsstörungen mit ihrem Handicap im Alltag, also anders

ausgedrückt, die tatsächlich vorhandene Leistungseinbuße des Patienten und deren Auswirkungen auf seine Teilhabe am Leben, immer im Vergleich zu einer gesunden, gleichaltrigen Person.

Den Eltern ist die Anerkennung der Beeinträchtigung ihres Kindes besonders wichtig. Im Kinder- und Jugendalter dient der Schwerbehindertenausweis in erster Linie als wichtige Argumentationshilfe, um für ihr Kind Unterstützung einzufordern. Das erleichtert den Alltag der Eltern ganz erheblich, denn so muss nicht immer wieder der Nachweis über die chronische Beeinträchtigung ihres Kindes geführt werden. Einen Schwerbehindertenausweis und damit die im Alltag nützlichen und entlastenden Merkzeichen erhält man erst ab einem Gesamt-Grad der Behinderung von 50. Daran geknüpft sind viele Erleichterungen die für herzkranken Patienten hilfreich sind und z. B. beim beruflichen Fortkommen ihre Wirkung entfalten.

Wird ein Schwerbehindertenausweis beantragt, werden zur Dokumentation oft Arztbriefe und Befundberichte beigelegt oder angefordert. Damit erhalten diese Schriftstücke eine unvorhergesehene Funktion, denn Arztbriefe dienen dem Austausch unter Kollegen, die über den grundsätzlichen Gesundheitszustand ihres gemeinsamen Patienten selbstverständlich im Bilde sind. Für die Beurteilung eines angemessenen GdB ist aber ein Vergleich mit der Leistungsfähigkeit eines herzgesunden Gleichaltrigen wichtig. Geht dieser Vergleich nicht aus den Arztbriefen hervor, so kann der zuständige Bearbeiter diese auch nicht berücksichtigen. Daher ist es wichtig mit dem Arzt auch immer über Leistungsunterschiede zu sprechen, da sie nur so aktenkundig werden.

Ist der Gesundheitszustand nach den ersten Operationen einigermaßen stabil, wird die fortbestehende körperliche Beeinträchtigung von den Eltern meist klaglos akzeptiert. Die nun gestiegene Leistungsfähigkeit wird als sehr positiv erlebt und beschrieben. Die Patienten sind an ihren Herzfehler adaptiert, kennen nur ihre eingeschränkte Leistungsfähigkeit und erleben diese als normal. Dieses wird so gegenüber den behandelnden Ärzten auch kommuniziert. Bei aller Freude über die positiven Auswirkungen die mit einem Eingriff meist einhergehen, unterbleibt jedoch die Frage, ob die Belastbarkeit einem Vergleich mit einem gesunden Gleichaltrigen standhält. Dies würden die meisten

Eltern wie selbstverständlich verneinen, denn um die Leistung eines gleichaltrigen gesunden Kindes z.B. beim Fußballspielen zu erreichen, wird deutlich mehr Anstrengung toleriert und insgesamt weniger vom Patienten erwartet. Viele Aktivitäten, die für andere Familien normal sind werden erst gar nicht in Erwägung gezogen.

Besonders nach operativen und anderen therapeutischen Eingriffen kommt der Bearbeiter beim Versorgungsamt häufig zu der Annahme, dass eine zur Änderung des Feststellungsbescheides erforderliche wesentlich Verbesserung eingetreten ist. In der Praxis fällt auf, dass selektiv aus der Anamnese und der Schlussbetrachtung zitiert wird. Die Bearbeiter verfügen nur in Ausnahmefällen über fachärztliche Kenntnisse und eine konkrete Vorstellung davon, welche Auswirkungen ein angeborener Herzfehler auf den Patienten und die gesamte Familie hat. Liegen dem Versorgungsamt nur Arztberichte vor, bleiben dem Bearbeiter wesentliche Aspekte für die angemessene Einstufung des Patienten vorenthalten. Ergänzende Ausführungen der Eltern bleiben oft unberücksichtigt. Nach unserer Erfahrung bezieht man sich fast ausschließlich auf die ärztlich dokumentierten und dem Arztbericht entnommenen Fakten.

Ein Kinderkardiologe hat mal gesagt: „Eigentlich müsste ich 3 Briefe schreiben, einen für den mitbehandelnden Kollegen, einen für die Eltern und einen für das Versorgungsamt.“ Das ist natürlich nicht praktikabel. Es gibt sie leider nicht, die Formulierung mit der man bei der Diagnose diese bestimmte Einstufung erhält. In Deutschland treffen tausende Sachbearbeiter in hunderten Versorgungsämtern täglich Einzelfallentscheidungen. In der Praxis fehlt den Bearbeitern ein Einblick in die Lebenssituation des Antragstellers, da hilft es den Patienten, wenn die individuelle Patientensituation im Verhältnis zu einem gesunden Gleichaltrigen in den Arztbriefen deutlich dargestellt wird. So kann der Bearbeiter den Gesundheitszustand besser beurteilen.

Folgende Konkretisierungen haben sich in Arztbriefen als hilfreich für eine angemessene Feststellung eines GdB erwiesen:

### **1. Eine Operation ist nicht immer auch eine Korrektur**

Bitten Sie Ihren Arzt, kurz die Restbefunde und die Folgen einer palliativen Operati-

on zu beschreiben. Vorherrschend hält sich die Meinung, dass eine Operation immer mit Lösung des gesundheitlichen Problems einhergeht. Das dies gerade bei palliativen Operationen gerade nicht der Fall ist, muss für den Bearbeiter deutlich werden.

### **2. Die Leistungseinschränkungen sollten auch unter dem Gesichtspunkt der Adaption an den angeborenen Herzfehler beschrieben werden.**

Die Patienten profitieren sehr von ärztlichen Erfahrungen und Referenzwerten ähnlich Erkrankter. Für die Feststellung beim Versorgungsamt zählt aber nicht die Leistungsfähigkeit im Verhältnis zu einem vergleichbarem, anderen Patienten, sondern ausschließlich der Vergleich zu einem Herzgesunden. Es ist daher ungewöhnlich wichtig, dass die bestehenden Leistungseinbußen für einen Laien erkennbar sind.

### **3. Die Auswirkungen einer Operation oder Therapie auf die kindliche Entwicklung darstellen.**

Für den Betroffenen macht es einen erheblichen Unterschied, ob ein Kind mit einem Klappenersatz unter Marcumarbehandlung oder einer lebensbedrohlichen Rhythmusstörung lebt oder ob eine Herzklappe aufgrund einer erworbenen Insuffizienz im späten Erwachsenenalter ersetzt wird. Der Erwachsene konnte bis zu seiner Erkrankung ungehindert teilnehmen am gesellschaftlichen Leben, während ein Kind sein Leben lang Einschränkungen erfahren wird. Dieser Punkt wird dem Bearbeiter leider oft nicht deutlich dargestellt.

### **4. Meßwerte konkretisieren und ins Verhältnis mit Normen setzen.**

Messwerte sind für den Bearbeiter oft missverständlich. Da hilft der einfache Zusatz „dies entspricht ... % der Norm“ oder „... ist deutlich unter der Norm“. Messwerte sind nur dann für die Feststellung heranziehbar, wenn diese im Verhältnis zu einem Gesunden gesetzt werden.

Auch relativierende Faktoren, z.B.: ob der Patient diese punktuelle Spitzenleistung auch im Alltag oder über längere Zeiträume aufrecht erhalten 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 (wie z. B. eine Stimmbandlähmung oder eine Entwicklungsstörung) aus dem Arztbrief hervorgehen. Gerade in den Zeiten in denen der Patient es müde wird zu vielen verschiedenen Ärzten zu gehen, hilft der kontinuierliche Nachweis, die tatsächliche Lebenssituation umfassend darzustellen. Erscheint eine vorher dokumentierte Beeinträchtigung nicht mehr in den Unterlagen, setzt das Versorgungsamt immer eine Besserung voraus.

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, sind aber in der Gesamtschau zu berücksichtigen und führen gerade im Grenzbereich zu GdB 50 bei vorliegenden weiterer Funktionsbeeinträchtigungen zum Erhalt der Schwerbehinderteneigenschaft.

### 6. Auswirkungen auf andere Organe

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

Zum anderen werden objektiv vorliegende Stauungsorgane nur berücksichtigt, wenn diese für den Bearbeiter abgrenzungssicher benannt sind. An dieser Stelle geht es tatsächlich in den meisten Fällen um die Abgrenzung, ob eine Leistungsminderung bereits bei mittelschwerer Belastung (Teil B 9.1.1 Gruppe 2 mit einem GdB von 20 - 40) oder bei alltäglich leichter Belastung (Teil B 9.1.1 Gruppe 3 mit einem GdB von 50 - 70) vorliegt. Nach den gesetzlichen Vorschriften geht es hier also um die Frage, ob eine Schwerbehinderung vorliegt oder nicht. Die oben genannte Gruppe 2 schließt Stauungsorgane dem Wortlaut nach aus, so dass der Patient bei Vorliegen eines Stauungsorgans also in die Gruppe 3 einzuordnen wäre. Dies hätte zur Folge, dass die Schwerbehinderteneigenschaft erreicht oder erhalten würde.

### 7. Empfehlung des Arztes

Bitten Sie Ihren Arzt am Ende seines Schreibens, seine Einschätzung für eine angemessene Höhe des GdB aufzuführen. Ziehen Sie hierfür auch gern den Novellierungsvorschlag der DGPK hinzu ([http://www.kinderkardiologie.org/fileadmin/user\\_upload/Stellungnahmen/DGPK\\_Novellierung\\_10\\_2011.pdf](http://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 z. B. 50-70 einordnen.

### 8. Begleitschreiben

Wenn sich alle vorher angesprochenen Punkte nicht aus den regelmäßigen Arztbriefen ergeben, sollten Sie Ihren Arzt um einen ergänzenden Befundschein bitten. Diese sind für die Darstellung der individuellen Situation des Patienten oft hilfreich, da die regulären Arztbriefe eben keine Gutachten für das Versorgungsamt sind, sondern die Familie und den behandelnden Arzt unterrichten sollen. Beispiele für ergänzende Informationen:

*... der zugrunde komplexe liegende Herzfehler ... ist nicht behoben sondern nur palliativ behandelt.*

*... die Alltagsbelastbarkeit ist zwar durch die OP verbessert, jedoch verglichen mit Herzgesunden weiterhin deutlich limitiert, was sich z.B. beim Treppensteigen oder länger Gehstrecken manifestiert.*

*... ist in NYHA Stufe 3 einzugruppiert, d.h. mit deutlich eingeschränkter Belastbarkeit.*

*Auch wenn wir uns über den Erfolg der OP gemeinsam mit den Eltern freuen, muss doch klar gesagt werden, dass aufgrund der Schwere des angeborenen Herzfehlers und der weiterhin bestehenden Restbefunde nie die Belastungsfähigkeit eines herzgesunden Kindes erreicht wird.*

*Entsprechend den Empfehlungen der DGPK halten wir eine Einstufung mit einem sogenannten Einkammerherz mit einem GdB von nicht weniger als 60 für angemessen.*

Bestehen Fragen zu diesem Thema oder kommen Sie mit Ihrem Antrag nicht voran, sind wir gern für Sie da.

## NEU: ab 01.05. 2017 erweiterte Beratungszeiten:

**Montag - Donnerstag von 9 - 15 Uhr,**  
**Freitag von 9 - 12 Uhr**

**Telefon: 0531/220 6612**

**Mail: ahf-beratung@email.de**

Auf Ihren Anruf oder Ihre Mail freuen sich  
Frau Schneider und Frau Borsutzky.



**Hinweis:** Eine allgemeine telefonische Beratung findet selbstverständlich für alle Ratsuchenden statt. Wir bitten um Verständnis, dass besondere Leistungen, die mit z.B. der Sichtung vorhandenen Unterlagen, Empfehlungen zur Einstufung sowie konkrete Formulierungshilfen bei der Beantragung sowie individueller Unterstützung bei Widerspruchsverfahren einhergehen, den Mitgliedern der Herzstiftung, der Kinderherzstiftung sowie des HERZKIND e.V. vorbehalten sind. Die Mitgliedschaft kostet in allen genannten Verbänden ca. 35,- € im Jahr und beinhaltet zusätzlich den regelmäßigen Bezug der Mitgliederzeitschrift HERZBLATT bzw. HERZBLICK.