



cts
Rehakliniken
Baden-Württemberg
GmbH

cts
Rehakliniken Baden-Württemberg
GmbH



Feststellung der Schwerbehinderung

§152 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch

Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

- Definition Behinderung §2 SGB IX

Menschen mit Behinderung sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhaben an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

■ Allgemeines

- Grad der Behinderung (GdB) beschreibt die Schwere der Funktionseinschränkung aufgrund aller aufgeführter Diagnosen
- es erfolgt keine Addition der einzelnen GdB
- Änderungsantrag kann Reduzierung oder Aufhebung des bestehenden GdB bewirken
- Festlegung erfolgt durch Amtsärzte beim Versorgungsamt im Landratsamt

Beispiel: Schwerbehindertenausweis

Ab GdB 50 kann man einen Ausweis erhalten und gilt als „Schwerbehindert“

<p>Schwerbehindertenausweis The holder of this card is severely disabled.</p>	
<p>Lichtbild</p>	<p>B</p> <p>Die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson ist nachgewiesen</p>
<p>Gültig bis: unbefristet</p>	<p>Mustermann</p> <p>Max</p> <p>Geschäftszeichen: 217-13-8</p> <p>sch-b-a → </p> <p>in Braille</p>
<p>Merkzeichen</p> <p>G H</p>	<p>GdB</p> <p>100</p>
<p>Name</p> <p>Mustermann</p>	
<p>Vorname</p> <p>Max</p>	
<p>Geburtsdatum</p> <p>05.03.1999</p>	
<p>Ausstellungsbehörde / Geschäftszeichen: Versorgungsamt XYZ in 12345 Musterstadt / 217-13-8</p>	
<p>Gültig ab: 01.01.2013</p>	

■ Merkzeichen

- **G** in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich gehbehindert
- **aG** außergewöhnlich gehbehindert
- **H** hilflos
- **Bl** blind
- **TBL** taubblind
- **GI** gehörlos
- **RF** Rundfunk- Fernsehgebühr
- **B** ständige Begleitung notwendig

■ Beispiele Merkzeichen

Merkzeichen „G“

In seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist,
wer infolge einer Einschränkung des Gehvermögens (auch durch innere Leiden od. infolge von Anfällen od. von Störungen der Orientierungsfähigkeit)

nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere

Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden.

Faustregel: wer keine 2 km in einer halben Stunde gehen kann

Nachteilsausgleiche:

- Ermäßigung der KFZ-Steuer oder unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr bei Erwerb einer Wertmarke
- Ab GdB 70 + „G“ oder ab GdB 80 kann bei der Steuer Pauschbetrag von 900 € geltend gemacht werden

■ Beispiele Merkzeichen

Merkzeichen „aG“

Personen, die sich wegen der Schwere des Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Autos bewegen können.

Nachteilsausgleiche:

- Beantragung eines blauen Parkausweises möglich (oder Merzk. BL)
- Parken auf Behindertenparkplätzen und sonstige Parkerleichterungen
- KFZ Steuerbefreiung
- unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr bei Erwerb einer Wertmarke
- Einen Pauschbetrag von 4.500 € können alle Personen mit dem Merkzeichen aG, BI oder H geltend machen.

■ mögliche Nachteilsausgleiche

Für noch Berufstätige bzw. Arbeitssuchende bzw. Arbeitslose

- besonderer Kündigungsschutz (GdB 50 oder Gleichstellung)
- Kündigung muss vom Arbeitgeber beim Integrationsamt beantragt werden
- 5 zusätzliche Urlaubstage im Jahr (bei 5 Tage Woche)
- Befreiung von Mehrarbeit kann beantragt werden
- Bei GdB von 30 oder 40 kann bei der Agentur für Arbeit ein Antrag auf Gleichstellung eingereicht werden.

■ Exkurs: Integrationsfachdienst (IFD):

„Die individuelle Unterstützung, Begleitung und Betreuung schwerbehinderter Menschen und ihrer Arbeitgeber ist das Kernstück der Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben. Die Integrationsämter nutzen dafür die Dienste Dritter, die Integrationsfachdienste.“

– Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten (BIH) e.V.

➤ www.integrationsaemter.de

■ Anrecht auf Inanspruchnahme

➤ ab GdB 50

➤ ab GdB 30 mit Gleichstellung

▪ mögliche Nachteilsausgleiche

Finanzielle Vergünstigungen

- Steuerlicher pauschaler Freibetrag bei Einkommensteuer je nach Höhe des GdB
- evtl. ermäßigte Eintrittspreise in Schwimmbädern, im Theater, etc.
- Spezielle Nachteilsausgleiche je nach GdB bzw. bei einzelnen Merkzeichen

Bsp: chronisch krank ist, wer mindestens einen GdB 60 hat & sich in durchgehender ärztlicher Behandlung befindet → Reduktion der Zuzahlungsbelastungsgrenze auf 1% des (Familien-) Jahresbruttoeinkommens.

Für Rentenantragsteller

- Altersrente für Schwerbehinderte kann 2 Jahre früher ohne Abzüge in Anspruch genommen werden, wenn 35 Versicherungsjahre bei DRV erfüllt

DRV = Deutsche Rentenversicherung

Behindertenpauschbetrag

<u>GdB</u>	<u>Pauschbetrag</u>
20	384 Euro
30	620 Euro
40	860 Euro
50	1140 Euro
60	1440 Euro
70	1780 Euro
80	2120 Euro
90	2460 Euro
100	2840 Euro
hilflos oder blind	7400 Euro

- **Feststellungsverfahren**

Antragstellung
beim Landratsamt



Einreichung Kopien der Befund- oder Entlassungsberichte
und Passbild



Bescheid vom Landratsamt

An das
Landratsamt

Eingangsstempel

**Erstantrag nach
§ 152 Sozialgesetzbuch
- Neuntes Buch - (SGB IX)**

Az.: _____

Schwerbehindertenrecht

I. Angaben zur Person

- Bitte in Blockschrift ausfüllen -

1 Name / surname / nom / nome / nombre / alle ismi				

Vorname / name / prénom / nombre de batesimo / nombre de pila / isim				

2 Geburtsdatum	Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/>	ggf. Geburtsname	erwerbstätig: ja <input type="checkbox"/>
		weiblich <input type="checkbox"/>		
3 Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt:				
Straße, Hausnummer: _____				
Postleitzahl, Ort: _____				
Tel. tagsüber zu erreichen unter: _____				

Sie können selbst zur Verfahrensbeschleunigung beitragen, wenn Sie vorhandene aktuelle Arztbriefe und Untersuchungsunterlagen wie z.B. Facharztbriefe und Krankenhausberichte beifügen.

4 Bei Minderjährigen unter 15 Jahren und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Vorname und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers angeben und Bestallungsurkunde/Betreuerausweis (in Kopie) beifügen.

Tel.-Nr. _____

5 Staatsangehörigkeit: _____

6 ausländische Antragsteller:
bitte Pass (Kopie) vorlegen

Bitte eine amtliche Bescheinigung über die **Aufenthaltslaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG/ Aufenthaltsgestattung/Duldung** oder beglaubigte Kopie beifügen oder die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen lassen.

Für **Unionsbürger** reicht die Vorlage des Passes oder Personalausweises (Kopie) aus.

7 Grenzarbeitnehmer:

Bitte fügen Sie eine Bescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit und ggf. eine Arbeitserlaubnis bei.

Von der Ausländerbehörde auszufüllen

Der/die Antragsteller/in hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.

Ihm/ Ihr wurde am _____ eine

Aufenthaltserlaubnis

gültig bis _____

Niederlassungserlaubnis

Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG

Aufenthaltsgestattung

gültig bis _____

erteilt.

Sein/Ihr Aufenthalt wurde letztmalig am _____

gültig bis _____

geduldet.

Die korrekte Schreibweise des Namens wird ausdrücklich bestätigt.

Im Auftrag

(Datum, Stempel, Unterschrift)

II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

1. Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen sollen nach dem Schwerbehindertenrecht berücksichtigt werden?	Ursache: z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, Arbeits- , Verkehrs-, häuslicher Unfall, Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	

2. Soll Ihr Antrag **alle Gesundheitsstörungen**, die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden - umfassen?

Ja Nein

Wir empfehlen Ihnen, Ihren behandelnden Arzt über den Antrag zu unterrichten. Beachten Sie bitte, dass die nicht zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen auch nicht in die Bewertung des Grades der Behinderung einbezogen werden können.

III. Angaben zu behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken

1. Hausarzt	wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)	
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	bitte Spalte unbedingt ausfüllen ↓
Straße: PLZ/Ort:		
Datum der letzten Behandlung:		
2. Fachärzte / Fachrichtung	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Überweisung durch den Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung:		
Straße: PLZ/Ort:		
Datum der letzten Behandlung:		
Name/Fachrichtung:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße: PLZ/Ort:		
Datum der letzten Behandlung:		
Name/Fachrichtung:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße: PLZ/Ort:		
Datum der letzten Behandlung:		

3. Krankenhausbehandlungen		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)
Name:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Behandlungszeitraum von – bis
Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort:	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
Name:	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Behandlungszeitraum von – bis
Name:	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort:	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
4. Reha-Einrichtungen / Kurkliniken		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)
Name:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Behandlungszeitraum von – bis
Straße: PLZ/Ort: Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
Name:	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
Straße: PLZ/Ort: Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Behandlungszeitraum von – bis
Name:	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
Straße: PLZ/Ort: Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	

IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen

- von einem **Versorgungsamt / Landratsamt** oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührenamt) oder einem Gericht über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. über das Vorliegen von Schädigungsfolgen und den darauf beruhenden Grad der Schädigungsfolgen (GdS)?
 Ja Nein Entscheidung noch nicht ergangen
- von einer **Berufsgenossenschaft** über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)
oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen)
 Ja Nein Entscheidung noch nicht ergangen ggf. Unfalltag: _____ und Arbeitgeber: _____

Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde / Leistungsträger	Geschäftszeichen des Vorgangs

3. Erhalten Sie **Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt?
 Ja Nein Entscheidung noch nicht ergangen Beginn der Leistung: _____ letzte Untersuchung: _____
Anschrift und Versicherungsnummer des Sozialversicherungsträgers: _____

4. Erhalten Sie **Pflegegeld** oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?
 Ja Nein Entscheidung noch nicht ergangen **Pflegegrad:** _____ **Beginn der Leistung:** _____
Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers (Krankenkasse/Pflegekasse): _____ **letzte Untersuchung:** _____

5. Bei behinderten Kindern (**von den Eltern auszufüllen**):
Besucht Ihr Kind eine/n Behinderteneinrichtung/-kindergarten/-schule oder eine/n Regelkindergarten bzw. Regelschule
Bezeichnung und Anschrift: _____

Werden Leistungen der Eingliederungshilfe vom Sozialamt bezogen? Ja Nein

6. Bei welchen sonstigen bisher nicht angegebenen Stellen können weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen angefordert werden (z.B. Blindenhilfe)?
Bezeichnung und Anschrift: _____

V. Schwerbehinderteneigenschaft/Schwerbehindertenausweis

1. Die Schwerbehinderteneigenschaft soll festgestellt werden für die Zeit
 ab Antragstellung ab _____ Ein besonderes Interesse an der Feststellung dieses Zeitpunktes besteht, weil (hier Gründe für die Rückwirkung der Feststellung angeben z.B.: Finanzamt): _____

2. Ich benötige keinen Schwerbehindertenausweis.

Wenn Sie diesem Antrag bereits ein farbiges Passbild beifügen (Rückseite mit Namen beschriften) **wird Ihnen** bei Vorliegen der Voraussetzungen (Grad der Behinderung wenigstens 50) **der Ausweis direkt übersandt**, sofern keine Zweifel an der Identität bestehen. Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Passbild einzureichen. Dies gilt auch für Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können.

VI. Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die Angaben im Antragsformular sind erforderlich, damit das Landratsamt das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung nach § 69 SGB IX feststellen kann.
Sie sind gem. § 60 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Sie haben die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben mitzuteilen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Feststellungen nach § 69 SGB IX können gem. § 66 SGB I versagt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt. So können z.B. Angaben verweigert werden, die Sie der Gefahr aussetzen würden wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.
Wir machen Sie vorsorglich darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Durchführung des SGB IX mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden. Sofern ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt wird, erfolgt eine Speicherung Ihres Passbildes für die Dauer von bis zu sechs Jahren. Sie können dieser Speicherung widersprechen.
Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Verwaltung ebenfalls widersprechen.

**Sofern beifügte Unterlagen nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Landratsamt die in diesem Angelegenheiten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.
Ich entbinde Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen ausdrücklich zu.**

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Landratsamt im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Renten- oder Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 79 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch, SGB X) und ich dem widersprechen kann.

_____, den _____

Unterschrift des Antragstellers bzw. des Vertreters (Vollmacht Bestätigungsurkunde/ Betreuerausweis – bitte Kopie vorlegen)

Dem Antrag füge ich bei:

1 farbiges Passbild aus neuester Zeit
 Kopien ärztlicher Befunde

- **Hinweise**

Zuständiges Landratsamt und die Antragsvordrucke können gefunden werden unter:

→ www.service-bw.de

→ www.rp.baden-wuerttemberg.de-formulare

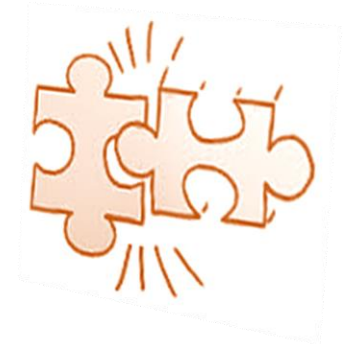
→ jedes Rathaus am Wohnort

→ andere Bundesländer entsprechend

Haben Sie noch Fragen



Wir danken für Ihre Aufmerksamkeit und einen guten Reha-Verlauf!



Hinweis: Die Informationen dienen ausschließlich der persönlichen Information des Lesers/der Leserin. Auch wenn bei der Recherche größte Sorgfalt angewendet wurde, kann für die Richtigkeit keinerlei Gewähr übernommen werden. Auch die genannten Internetadressen können beim Druck bereits wieder überholt sein und keine Gültigkeit mehr haben.