DER ORTENAU KREIS

Amt für Soziales und Versorgung

Schwerbehindertenausweis / Schwerbehindertenrecht

Elke Zimmermann, Sachgebietsleiterin Schwerbehindertenrecht
Landratsamt Ortenaukreis

Behinderungsbegriff nach SGB IX

DER ORTENAU KREIS

- körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen
- gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate verhindert
- der Körper- und Gesundheitszustand muss von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen

Schwerbehinderung

Ab einem Grad der Behinderung von 50 liegt eine Schwerbehinderung vor und es werden die Voraussetzungen für Merkzeichen geprüft.

Ende 2025 hatten im Ortenaukreis 39.432 Menschen einen GdB von 50% und mehr und gelten somit als schwerbehindert. Dies entspricht 8,9% der Bevölkerung.

Im Jahr 2025 wurden 12.382 Anträge gestellt.

1030 pro Monat

Antragsverfahren

DER ORTENAU KREIS

- Wohnsitz
- gewöhnlicher Aufenthalt
- Arbeitsstelle (mindestens 18 Stunden)
  (zuständig ist hier das Auslandsversorgungsamt in Saarbrücken)

in Deutschland.

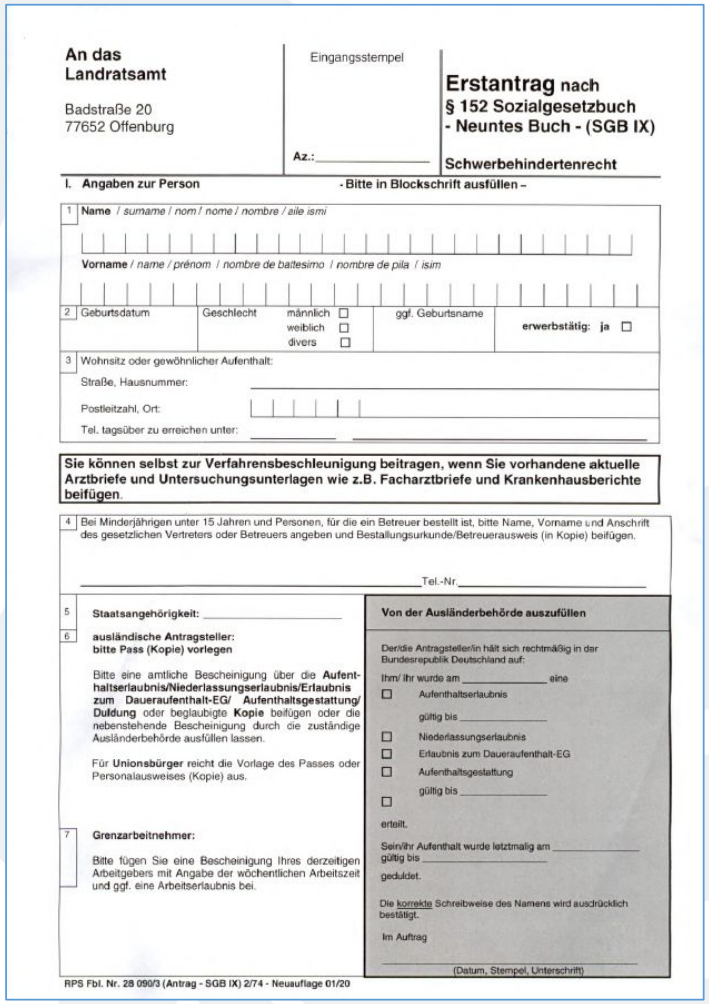
Antragsverfahren

DER ORTENAU KREIS

- Angabe der persönlichen Daten
- der Gesundheitsstörungen
- der behandelnden Ärzte
- Krankenhaus und Reha-Aufenthalte
- Pflegekasse
- Zeitpunkt der Feststellung (nur bei Erstantrag)

Erstantrag / Neufeststellungsantrag

DER ORTENAU KREIS



An das
Landratsamt

Badstraße 20
77652 Offenburg

Eingangsstempel

Az.:_____

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

Schwerbehindertenrecht

I. Angaben zur Person - Bitte in Blockschrift ausfüllen –

1 **Name** / *surname / nom / nome / nombre / aile ismi*

Vorname / *name / prénom / nombre de baltesimo / nombre de pila / isim*

2 Geburtsdatum | Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ | ggf. Geburtsname | **erwerbstätig: ja** ☐

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 **Aufenthaltserlaubnis/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.

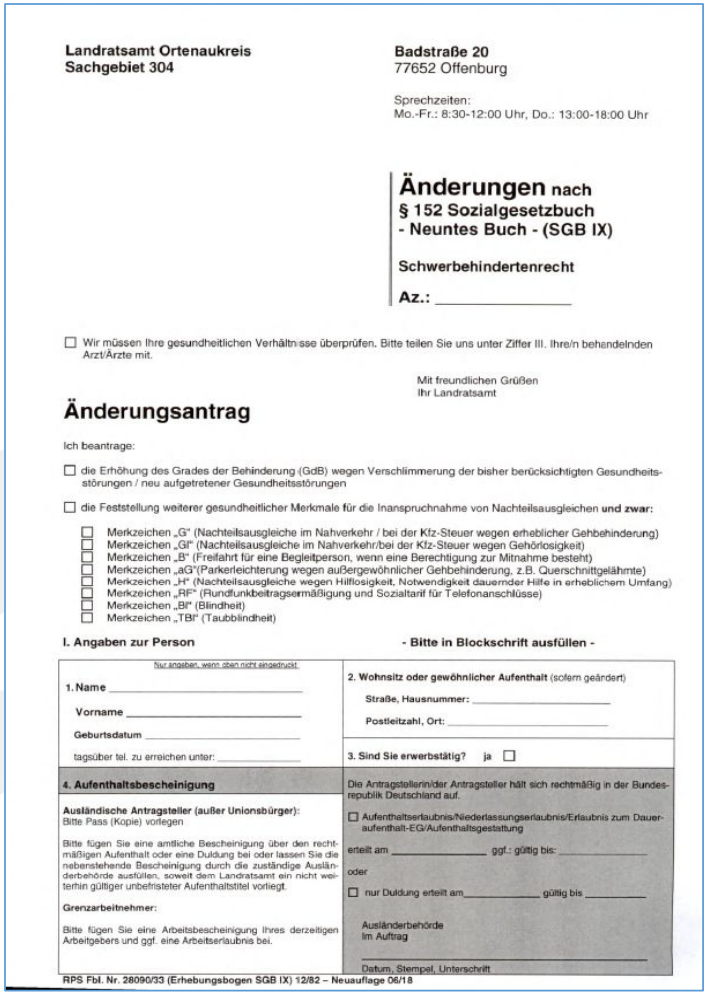
Sein/ihr Aufenthalt wurde letztmalig am _____
gültig bis _____
geduldet.

Die korrekte Schreibweise des Namens wird ausdrücklich bestätigt.

Im Auftrag

_____
(Datum, Stempel, Unterschrift)

RPS Fbl. Nr. 28 090/3 (Antrag - SGB IX) 2/74 - Neuauflage 01/20



Landratsamt Ortenaukreis
Sachgebiet 304

Badstraße 20
77652 Offenburg

Sprechzeiten:
Mo.-Fr.: 8:30-12:00 Uhr, Do.: 13:00-18:00 Uhr

Änderungen nach
§ 152 Sozialgesetzbuch
- Neuntes Buch - (SGB IX)

Schwerbehindertenrecht

Az.: _____

☐ Wir müssen Ihre gesundheitlichen Verhältnisse überprüfen. Bitte teilen Sie uns unter Ziffer III. Ihre/n behandelnden Arzt/Ärzte mit.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Landratsamt

Änderungsantrag

Ich beantrage:

☐ die Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) wegen Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen / neu aufgetretener Gesundheitsstörungen

☐ die Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen **und zwar:**

☐ Merkzeichen „G" (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr / bei der Kfz-Steuer wegen erheblicher Gehbehinderung)
☐ Merkzeichen „Gl" (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der Kfz-Steuer wegen Gehörlosigkeit)
☐ Merkzeichen „B" (Freifahrt für eine Begleitperson, wenn eine Berechtigung zur Mitnahme besteht)
☐ Merkzeichen „aG" (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittgelähmte)
☐ Merkzeichen „H" (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)
☐ Merkzeichen „RF" (Rundfunkbeitragsermäßigung und Sozialtarif für Telefonanschlüsse)
☐ Merkzeichen „Bl" (Blindheit)
☐ Merkzeichen „TBl" (Taubblindheit)

I. Angaben zur Person - Bitte in Blockschrift ausfüllen -

Nur angeben, wenn oben nicht eingedruckt:

1. Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
tagsüber tel. zu erreichen unter: _____

2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (sofern geändert)
Straße, Hausnummer: _____
Postleitzahl, Ort: _____

3. Sind Sie erwerbstätig? ja ☐

4. Aufenthaltsbescheinigung

Ausländische Antragsteller (außer Unionsbürger):
Bitte Pass (Kopie) vorlegen

Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Duldung bei oder lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen, soweit dem Landratsamt ein nicht weiterhin gültiger unbefristeter Aufenthaltstitel vorliegt.

Grenzarbeitnehmer:

Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers und ggf. eine Arbeitserlaubnis bei.

Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.

☐ Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG/Aufenthaltsgestattung

erteilt am _____ ggf.: gültig bis: _____

oder

☐ nur Duldung erteilt am _____ gültig bis _____

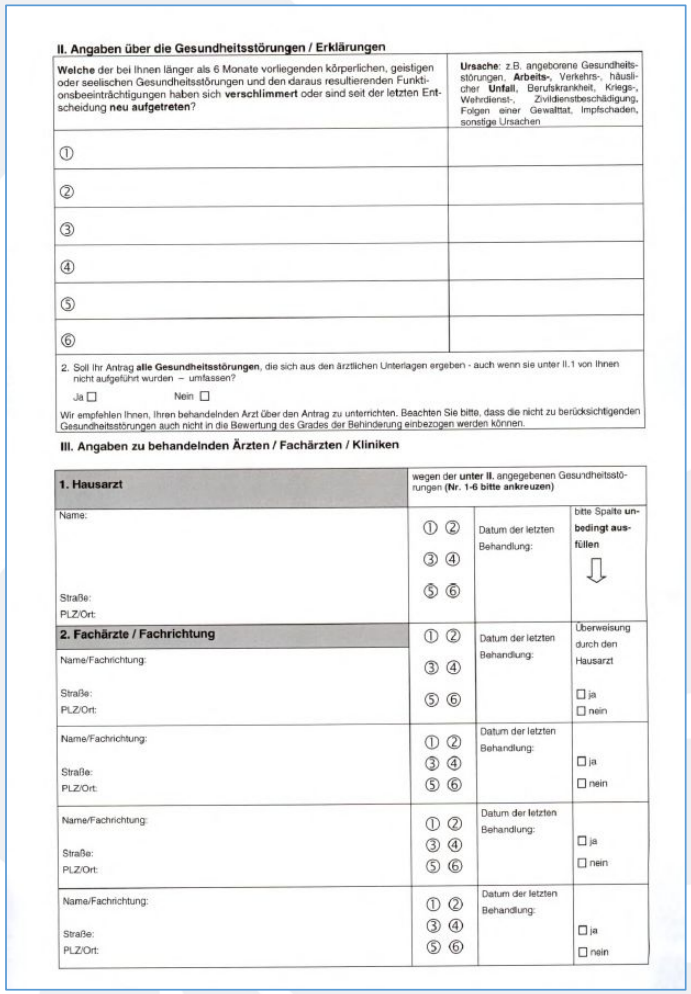
Ausländerbehörde
Im Auftrag

_____
Datum, Stempel, Unterschrift

RPS Fbl. Nr. 28090/33 (Erhebungsbogen SGB IX) 12/82 – Neuauflage 06/18

Erstantrag / Neufeststellungsantrag

DER ORTENAU KREIS



II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen haben sich **verschlimmert** oder sind seit der letzten Entscheidung **neu aufgetreten**?	**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	

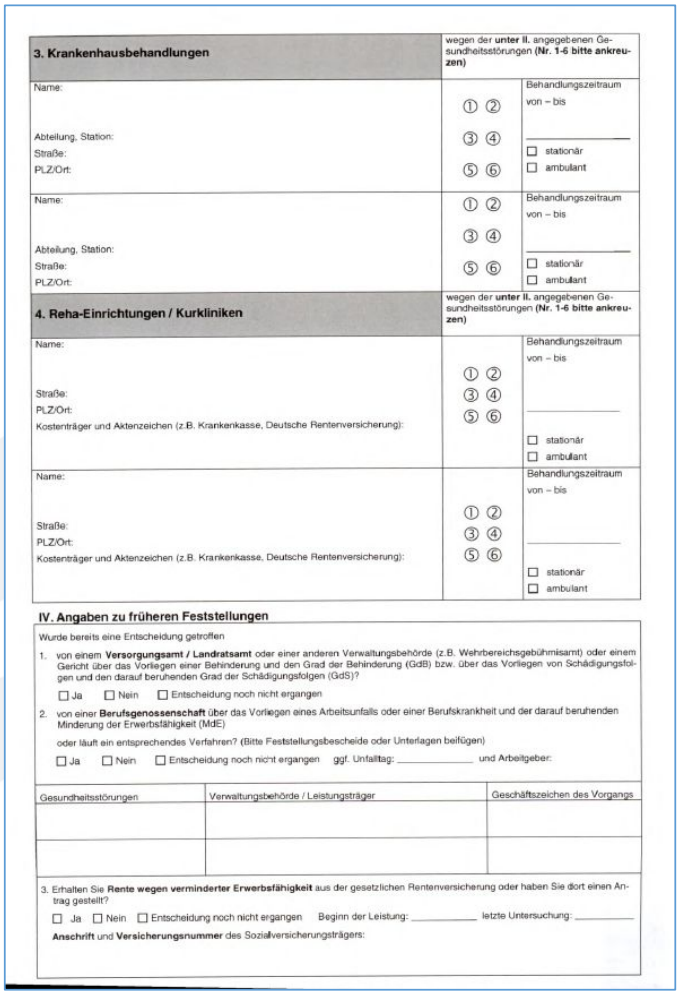
2. Soll Ihr Antrag **alle Gesundheitsstörungen**, die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden – umfassen?

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 **(Nr. 1-6 bitte ankreuzen)**		
Name: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	bitte Spalte **unbedingt ausfüllen** ⇩
2. Fachärzte / Fachrichtung	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch den Hausarzt ☐ ja ☐ nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	☐ ja ☐ nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	☐ ja ☐ nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	☐ ja ☐ nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	☐ ja ☐ nein



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

IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen

1. von einem **Versorgungsamt / Landratsamt** oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührnisamt) 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

2. 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

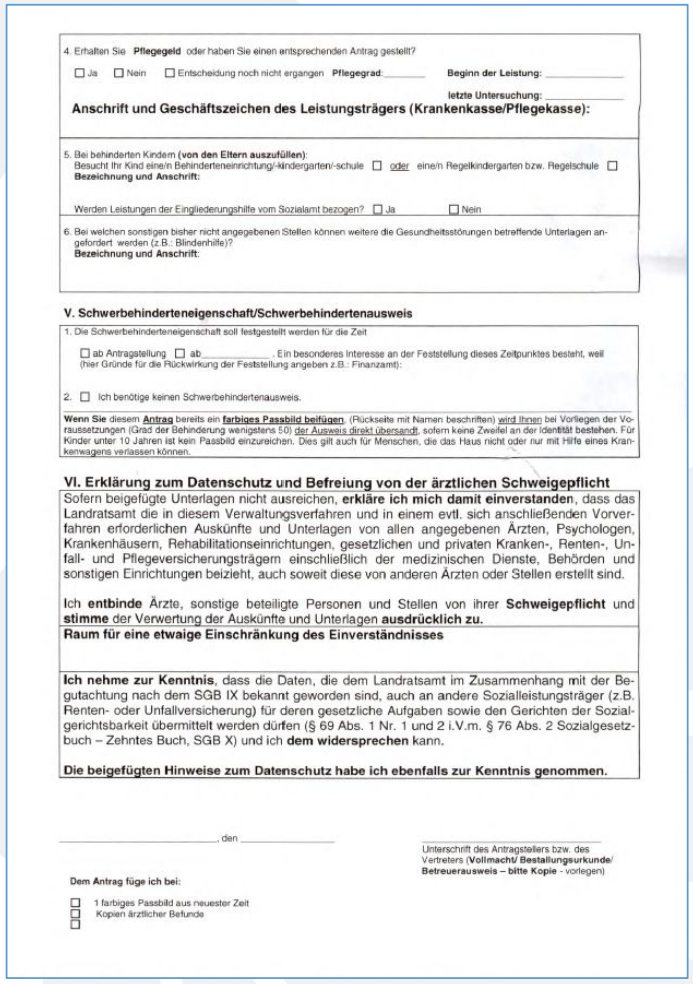
3. Erhalten Sie **Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt?

   ☐ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen Beginn der Leistung: _____ letzte Untersuchung: _____

   Anschrift und **Versicherungsnummer** des Sozialversicherungsträgers:

Erstantrag / Neufeststellungsantrag

DER ORTENAU KREIS



4. Erhalten Sie **Pflegegeld** oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen **Pflegegrad:**_____ **Beginn der Leistung:** _____

letzte Untersuchung: _____

Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers (Krankenkasse/Pflegekasse):

5. Bei behinderten Kindern **(von den Eltern auszufüllen)**:
Besucht Ihr Kind eine/n Behindertenseinrichtung/-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

Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, **erkläre ich mich damit einverstanden**, dass das Landratsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen beizieht, 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. § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch, SGB X) und ich **dem widersprechen** kann.

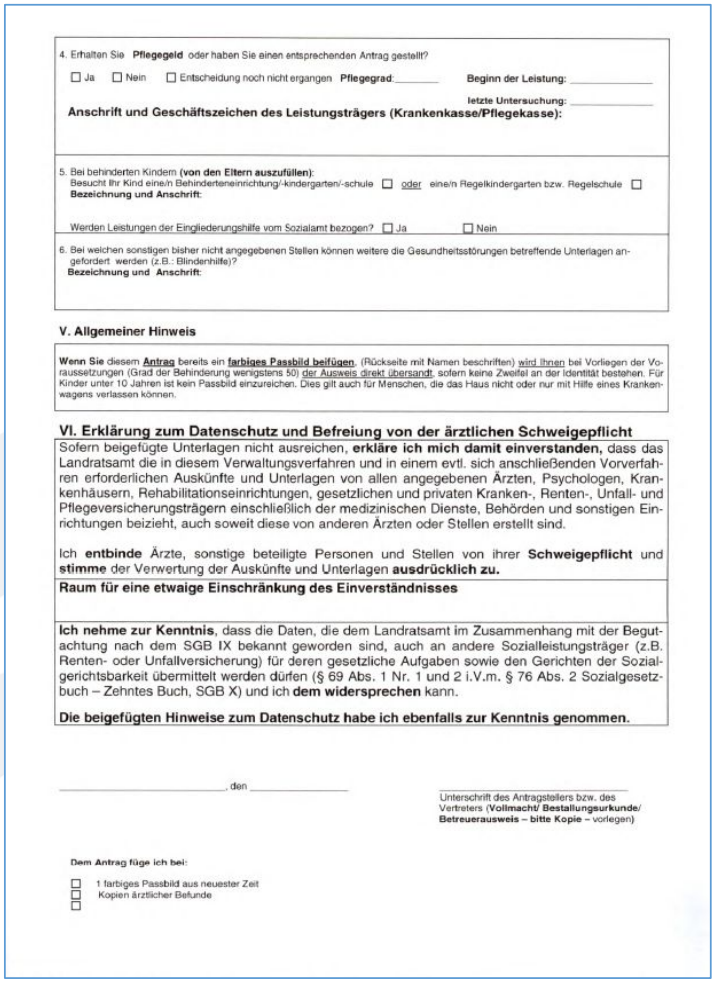
Die beigefügten Hinweise zum Datenschutz habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen.

_____, den _____

Unterschrift des Antragstellers bzw. des Vertreters (**Vollmacht/ Bestallungsurkunde/ Betreuerausweis – bitte Kopie** - vorlegen)

Dem Antrag füge ich bei:

☐ 1 farbiges Passbild aus neuester Zeit
☐ Kopien ärztlicher Befunde
☐



4. Erhalten Sie **Pflegegeld** oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Entscheidung noch nicht ergangen **Pflegegrad:**_____ **Beginn der Leistung:** _____

letzte Untersuchung: _____

Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers (Krankenkasse/Pflegekasse):

5. Bei behinderten Kindern **(von den Eltern auszufüllen)**:
Besucht Ihr Kind eine/n Behindertenseinrichtung/-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. Allgemeiner Hinweis

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

Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, **erkläre ich mich damit einverstanden,** dass das Landratsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen beizieht, 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. § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch, SGB X) und ich **dem widersprechen** kann.

Die beigefügten Hinweise zum Datenschutz habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen.

_____, den _____

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

Dem Antrag füge ich bei:

☐ 1 farbiges Passbild aus neuester Zeit
☐ Kopien ärztlicher Befunde
☐

Antragsverfahren

DER ORTENAU KREIS

- Befundunterlagen werden vom Antragsteller eingereicht oder vom Versorgungsamt bei den behandelnden Ärzten usw. angefordert.

- Zuleitung der Unterlagen an den versorgungsmedizinischen Dienst zur Erstellung eines Gutachtens.

- Feststellung
  - der Gesundheitsstörungen
  - des Grades der Behinderung (GdB)
  - evtl. vorliegender Merkzeichen

- Landratsamt erteilt einen Feststellungsbescheid ab einem GdB von 20.

Neufeststellungsantrag nach §48 SGB X

DER ORTENAU KREIS

- wesentliche Änderung der Verhältnisse

- Angabe was beantragt werden soll
  - Erhöhung des GdBs
  - Merkzeichen

- Im Gegensatz zum Erstantrag können nur beantragte Merkzeichen festgestellt werden.

Bildung des Gesamt-GdB

- Teil-GdB für definierte Funktionssysteme (z.B. Augen, Herz u. Kreislauf, Verdauungsorgane, Haut, Arme, Beine, Rumpf)
- keine Addition der Einzel-GdB-Werte
- entscheidend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beziehungen
  - voneinander unabhängige Behinderungen
  - besonders nachteilige Auswirkungen
  - Überschneidung der Auswirkung
- leichte Gesundheitsstörungen mit einem Einzel-GdB von 10 führen nicht zu einer Erhöhung des Gesamt-GdB

Bildung des Gesamt-GdB

- voneinander unabhängige Behinderungen
  z.B. Diabetes, Taubheit, Bewegungseinschränkungen Knie

- besonders nachteilige Auswirkungen
  Sehbehinderung und Schwerhörigkeit

- Überschneidung der Auswirkung
  Herzleistungsminderung, Lungenfunktionseinschränkung

Merkzeichen

DER ORTENAU KREIS

- G: erhebliche Gehbehinderung
- B: Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson
- H: Hilflosigkeit
- aG: außergewöhnliche Gehbehinderung
- Bl: Blindheit
- RF: Rundfunkgebührenermäßigung
- Gl: Gehörlosigkeit
- Tbl: Taubblindheit

Merkzeichen G (erhebliche Gehbehinderung)

Schwerbehinderte Menschen, die aufgrund

- Einschränkung des Gehvermögens
- durch innere Leiden
- Anfallsleiden oder Orientierungsstörungen

nur schwer oder unter Gefahr für sich oder andere im Straßenverkehr Wege zurücklegen können, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden können.

Merkzeichen G

In der Regel gleiche Voraussetzungen im Kindes- und Erwachsenenalter

- Einschränkung des Gehvermögens: GdB mindestens 50 für die unteren Extremitäten und/oder Lendenwirbelsäule
- durch innere Leiden wie Herzminderleistung oder Beeinträchtigung der Lungenfunktion mit GdB 50
- Störungen der Orientierungsfähigkeit bei geistiger Behinderung (GdB mindestens 70) Sehbehinderungen (GdB mindestens 70)
- Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit vor Vollendung des 16. Lebensjahres
- Anfallsleiden mit GdB mindestens 70

Nachteilsausgleiche Merkzeichen G

- Kfz-Steuerermäßigung

oder

- kostenlose Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs beim Kauf einer sogenannten Wertmarke (53 Euro für 6 Monate oder 104 Euro für 12 Monate)

Merkzeichen B (Begleitperson)

Das Merkzeichen B wird gewährt, wenn ein schwerbehinderter Mensch bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel regelmäßig auf Hilfe angewiesen ist.

- beim Ein- und Aussteigen oder
- während der Fahrt oder
- Hilfen zum Ausgleich von Orientierungsstörungen erforderlich sind.

Merkzeichen B

in der Regel gleiche Voraussetzungen im Kindes- und Erwachsenenalter

- Beeinträchtigung des Gehvermögen GdB mindestens 70
- Störungen der Orientierungsfähigkeit/geistige Behinderung GdB hierfür mindestens 70
- Anfallsleiden mit vorwiegend bei Tag auftretenden Anfällen, GdB mindestens 70
- Sehbehinderung, GdB mindestens 70
- Ohnhänder
- Querschnittsgelähmte
- „B“ bedingt in der Regel „G“

Nachteilsausgleich Merkzeichen B

- Begleitperson kann im öffentlichen Personennahverkehr kostenlos mitfahren (auch wenn der schwerbehinderte Mensch selbst bezahlen muss)

Merkzeichen H (Hilflosigkeit)

DER ORTENAU KREIS

Hilflosigkeit liegt vor, wenn auf Dauer und in erheblichem Maße fremde Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt werden.

- An- und Auskleiden
- Nahrungsaufnahme
- Körperpflege
- Toilettenbenutzung

Merkzeichen H (Hilflosigkeit) im Erwachsenenalter

- GdB 100 muss vorliegen
- Bei Pflegegrad 4 und Pflegegrad 5 (SGB XI) liegen in der Regel Hilflosigkeit vor
- Bei Einzelfallentscheidungen (z.B. Pflegegrad 3) wird geprüft ob hoher Hilfebedarf in der Mobilität , Kommunikation, Selbstversorgung und Gestaltung des Alltagslebens besteht

Merkzeichen H (Hilflosigkeit) im Kindesalter

- häufig auch bei GdB unter 100
- neben den Verrichtungen im Ablauf des alltäglichen Lebens sind zu beachten: Anleitung zu diesen Verrichtungen , Förderung der körperlichen und geistigen Entwicklung , notwendige Überwachung
- es wird nur der Teil der Hilfsbedürftigkeit berücksichtigt, der den Hilfebedarf eines gesunden gleichaltrigen Kindes überschreitet

Nachteilsausgleiche Merkzeichen H

- Kfz-Steuerbefreiung

und

- kostenlose Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs mit einer sogenannten Wertmarke diese ist kostenlos

Merkzeichen RF (Rundfunkgebührenermäßigung)

- Sehbehinderte ab GdB 60
- Hörbehinderte ab GdB 50, wenn auch mit Hörgeräten keine ausreichende Verständigung möglich ist
- Behinderte mit einem Gesamt-GdB ab 80, die infolge ihres Leidens ständig an die Wohnung gebunden sind oder an öffentlichen Veranstaltungen nicht teilnehmen können.

Merkzeichen aG (außergewöhnlich gehbehindert)

- Gehvermögen muss auf das Schwerste eingeschränkt sein
- Fortbewegung ist nur mit fremder Hilfe oder großer Anstrengung möglich.

Merkzeichen aG

- Einschränkung des Gehvermögens ab GdB 80 ;

  Beispiele: Querschnittsgelähmte, Doppeloberschenkelamputierte, Doppelunterschenkelamputierte, usw.
- Dauernde Einschränkung der Lungenfunktion ab GdB 80
- Dauernde Einschränkung der Herzfunktion ab GdB 80

Nachteilsausgleiche Merkzeichen aG

- Kfz-Steuerbefreiung

und

- kostenlose Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs beim Kauf einer sogenannten Wertmarke (53 Euro für 6 Monate oder 104 Euro für 12 Monate)
- Parkerleichterungen für schwerbehinderte Menschen

Merkzeichen Bl

- vollständiger Verlust des Augenlichts
- Sehbehinderte, bei denen die Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 1/50 beträgt
- immer unabhängige Begutachtung erforderlich

Merkzeichen Gl

- Taubheit beidseits (GdB 80)
- An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit, die angeboren ist oder bis zum 7. Lebensjahr erworben wurde
- An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit, die im 8.-18. Lebensjahr aufgetreten ist, in Kombination mit schweren Sprachstörungen (GdB 100)

Zusammenfassung Nachteilsausgleiche

Schwerbehinderte Menschen können verschiedene Nachteilsausgleich erhalten.
Dies sind z.B:

- Steuerfreibetrag
- erhöhter Kündigungsschutz
- zusätzliche Urlaubstage
- abschlagsfreie Altersrente
- je nach Merkzeichen
    - Kfz-Steuerermäßigung oder -befreiung
    - Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr
    - Rundfunkgebührenermäßigung
    - Begleitperson
    - Parkerleichterung

Informationen

Allgemeine Informationen zu den einzelnen Nachteilsausgleichen können beim Landratsamt, Sachgebiet Schwerbehindertenrecht eingeholt werden. Bei speziellen Fragen zu den einzelnen Nachteilsausgleichen wenden Sie sich an:

- Rententräger
- Finanzamt
- Integrationsamt, Karlsruhe
- Agentur für Arbeit

Vom Integrationsamt gibt es ausführliche Broschüren „Behinderung und Ausweis“ oder „Nachteilsausgleiche“. Sie können im Internet unter www.integrationsaemter.de/publikationen heruntergeladen oder unter www.integrationsaemter.de/kontakt bestellt werden.

Widerspruchsverfahren

Ist man mit der Feststellung des Versorgungsamts nicht einverstanden besteht die Möglichkeit Widerspruch einzulegen (Frist 1Monat).
Eine Pflicht zur anwaltlichen Vertretung besteht nicht.

- Widerspruch muss schriftlich eingereicht werden(Email reicht nicht).

Inhalt Widerspruchsschreiben / Widerspruchsbegründung:

- Datum des angefochtenen Bescheids
- gegen was richtet sich der Widerspruch
  - Höhe des Grades der Behinderung
  - Ablehnung von Merkzeichen
  - Feststellungszeitpunkt
- wo können weitere Befunde angefordert werden
- wurden evtl. Gesundheitsstörungen nicht berücksichtig

Widerspruchsbearbeitung

DER ORTENAU KREIS

- Je nach Sachverhalt werden weitere Befunde angefordert.
- Die Akte wird dann erneut an den ärztlichen Dienst weitergeleitet und von einem weiteren Gutachter geprüft (Zweitmeinung).
- Ergibt sich eine Änderung gegenüber dem angefochtenen Bescheid, erteilt das Versorgungsamt einen Abhilfebescheid (Teil- oder Vollabhilfe).
- Andernfalls wird die Akte zur endgültigen Entscheidung an das Regierungspräsidium Stuttgart weitergeleitet.
- Das Regierungspräsidium erteilt dann den Widerspruchsbescheid.
- Ist man mit dem Ergebnis des Widerspruchsverfahrens nicht einverstanden besteht die Möglichkeit der Klage vor dem Sozialgericht (innerhalb eines Monats).

Nachprüfung

DER ORTENAU KREIS

Bei bestimmten Erkrankungen wird vom Gutachter eine Nachprüfung festgelegt, z.B.

- Tumorerkrankungen in Heilungsbewährung
- Erkrankungen, die sich bessern können z.B.
  - Schlaganfallfolgen
  - Unfallfolgen
  - Besserung durch geplante Operation
  - Suchterkrankungen
  - Anfallsleiden
- Reifungsprozess bei Kindern- und Jugendlichen

DER ORTENAU KREIS

Bei Personen über 70 Jahren wird keine Nachprüfung mehr durchgeführt. Wird jedoch ein Neufeststellungsantrag gestellt wird der aktuelle Gesundheitszustand bewertet. In seltenen Fällen kann es dann auch zu einer Herabsetzung kommen.
Ist eine Nachprüfung geplant wird der Schwerbehindertenausweis befristet. Der Bescheid gilt unbefristet bis zur Erteilung eines rechtskräftigen Änderungsbescheides.

Parkerleichterungen für Schwerbehinderte

(blauer Parkausweis)

Voraussetzung:

- Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG oder Bl
- gesonderter (blauer Parkausweis)
  Dieser kann bei den **örtlichen Straßenverkehrsbehörden beantragt** werden.

- Berechtigung zum Parken auf den sog. Behindertenparkplätzen
- Parken bis zu 3 Stunden im eingeschränkten Halteverbot
- Parken an Parkuhren oder bei Parkautomaten ohne Gebühr und ohne zeitliche Begrenzung
- Parken auf Anwohnerparkplätzen bis zu 3 Stunden

Parkausweis



Parkerleichterung für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen

(oranger Parkausweis)

- Schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen **G und B und** einem **GdB von wenigstens 70** allein für Funktionsstörungen an den **unteren Gliedmaßen und gleichzeitig einem GdB von wenigstens 50** für Funktionsstörungen des **Herzens oder der Atmungsorgane**.

- Schwerbehinderte Menschen, die an **Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa** erkrankt sind und **hierfür ein GdB von wenigstens 60** vorliegt.

Parkerleichterung für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen

(oranger Parkausweis)

- Schwerbehinderte Menschen mit **künstlichem Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung**, wenn hierfür ein **GdB von wenigstens 70** vorliegt.

- Schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung dem og. Personenkreis gleichzustellen sind.

Parkerleichterung

- **Antrag bei der zuständigen Straßenverkehrsbehörde**

- Parken bis zu 3 Stunden im eingeschränkten Halteverbot
- Parken an Parkuhren oder bei Parkautomaten ohne Gebühr und ohne zeitliche Begrenzung
- Parken auf Anwohnerparkplätzen bis zu 3 Stunden

oranger Parkausweis



DER ORTENAU KREIS

Amt für Soziales und Versorgung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Elke Zimmermann, Sachgebietsleiterin Schwerbehindertenrecht
Landratsamt Ortenaukreis