

Herzlich Willkommen

zum Thema

Schwerbehinderung



**Helmut Plenk
Geschäftsführer
Sozialverband VdK DEGGENDORF/ARBERLAND**

WAS GEHT, ALTER?



ES ROLLT!

HUGGE

... GIB ES ZU, AUS DER NÄHE
BETRACHTET, IST ES NOCH
BEEINDRUCKENDER.



Nicht behindert zu sein
ist wahrlich keine Kunst,
sondern ein Geschenk Gottes,
daß uns zu jederzeit
genommen werden kann.

Schwerbehinderte Personen in Deutschland (2023)

7,8 Mio

(GdB von 50 und mehr)

Schwerbehinderte Menschen in Bayern (2023)

1,1 Mio

(GdB von 50 und mehr)

Statistikdaten 2023:

Einwohner im LKR Passau:

197.743 (30.09.2023)

Schwerbehinderte Menschen:

19.207 (31.12.2023)

Altersstruktur schwerbeh. Menschen im LKR Passau

0-4 Jahre: 25

4-6 Jahre: 43

6-15 Jahre: 219

15-18 Jahre: 109

18-25 Jahre: 281

Altersstruktur schwerbeh. Menschen im LKR Passau

25-35 Jahre: 555

35-45 Jahre: 782

45-55 Jahre: 1.499

55-60 Jahre: 1.639

60-65 Jahre: 2.421

Altersstruktur schwerbeh. Menschen im LKR Passau

65-75 Jahre: 5.659

75-mehr Jahre: 5.975

Noch wichtige Daten:

Das Merkzeichen „G“:	5764
Das Merkzeichen „aG“:	1.879
Hilflosigkeit:	2.412
ständige Begleitung „B“	4.857
Blinde Menschen:	162
Gehörlose:	106

Zum Nachdenken!!

- ➔ Patientenverfügung ?
- ➔ Betreuungsverfügung ?
- ➔ Vorsorgevollmacht ?

Warum braucht man: ➔ Patientenverfügung ?



Warum braucht man:

- ➔ Patientenverfügung ?
- ➔ Betreuungsverfügung ?
- ➔ Vorsorgevollmacht ?
- ➔ **Bankvollmacht?**

Zukunft braucht Menschlichkeit.



SOZIALVERBAND

VdK

BAYERN



Zukunft braucht Menschlichkeit.

SOZIALVERBAND

VdK

BAYERN



Zukunft braucht Menschlichkeit.

Zukunft braucht Menschlichkeit.



SOZIALVERBAND

VdK

BAYERN



Zukunft braucht Menschlichkeit.

SOZIALVERBAND

VdK

BAYERN



Zukunft braucht Menschlichkeit.

Rechte bei Schwerbehinderung und Nachteilsausgleiche SGB IX



Fragen zum Schwerbehindertenausweis

1. Was bringt ein Schwerbehindertenausweis?
2. Wie/Wo wird er beantragt?
3. Habe ich mehr Urlaub?
4. Bin ich somit unkündbar?
5. Kann ich früher in Rente gehen?
6. Es gibt doch auch Steuervorteile?

Fragen zum Schwerbehindertenausweis

7. Der Widerspruch !

8. Das Klageverfahren!

9. Die Heilungsbewährung – was ist das!

Fragen zum Schwerbehindertenausweis

10. Bekommt mein AG Zuschüsse?
11. Darf ich mit dem Ausweis auf einen Behindertenparkplatz parken?
12. Der Ausweis ist unbefristet !!!!
13. Gleichstellung?

Rechte bei Schwerbehinderung und Nachteilsausgleiche

- „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“
(Art. 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz)
- Die Feststellung einer Behinderung erfolgt durch das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS, Versorgungsamt) auf Antrag
- Die Schwere der Behinderung wird durch den Grad der Behinderung ausgedrückt (Gesamt-GdB von 20 bis 100)
- Maßstab sind die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV)
- Der Wohnsitz, gewöhnliche Aufenthalt oder Beschäftigungsort muss im Inland sein

Gesetzliche Grundlage: Behinderungsbegriff § 2 Abs. 1 SGB IX

Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die

- körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben,
- die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren
- an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft
- mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Beispiel: Wirbelsäulenschäden

Grad der Behinderung

Ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität	0
mit geringen funktionellen Auswirkungen oder anhaltende Bewegungseinschränkung	10
mit mittelgradigen, funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt	20
mit schweren, funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt	30

mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten	30–40
mit besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst)	50–70
bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunsfähigkeit	80–100

Grundsätze der Gesamt-GdB-Feststellung

- Entscheidend sind die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen (≠ bloßes Vorliegen einer Gesundheitsstörung)
- mehrere Funktionsbeeinträchtigungen -> Gesamt-GdB (keine Addition!)
 - Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander
 - Ausgangspunkt: höchster Einzel-GdB
 - dann Prüfung, ob wegen weiterer Funktionsbeeinträchtigungen mehr Punkte hinzuzufügen sind, um der Behinderung insgesamt gerecht zu werden
 - Einzel-GdB 10 erhöht nur in seltenen Ausnahmefällen den Gesamt-GdB
 - Einzel-GdB 20 erhöht in der Praxis grundsätzlich den Gesamt-GdB
- Schwerbehinderung ab Gesamt-GdB 50

Gleichstellung (§ 2 Abs. 3 SGB IX)

- Antrag muss bei der Agentur für Arbeit gestellt werden
- Gesamt-GdB 30 oder 40
- infolge der Behinderung kann ohne die Gleichstellung
 - kein geeigneter Arbeitsplatz erlangt oder behalten werden
- Nachteilsausgleiche:
 - Besonderer Kündigungsschutz
 - Besondere Einstellungs- und Beschäftigungsanreize für Arbeitgeber durch Lohnkostenzuschüsse
 - Hilfen zur Arbeitsplatzausstattung
 - Betreuung durch Fachdienste
- Kein Zusatzurlaub
- Keine vorzeitige Altersrente für Schwerbehinderte

Höhe des Pauschbetrags bei Behinderung

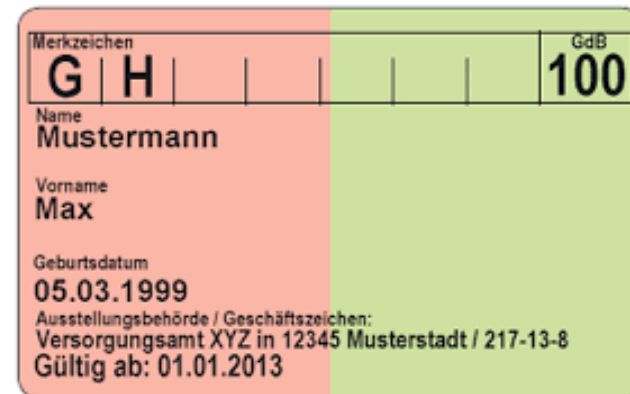
Grad der Behinderung (GdB)	Jährlicher Pauschbetrag seit 1.1.2021
20	384 €
30	620 €
40	860 €
50	1.140 €
60	1.440 €
70	1.780 €
80	2.120 €
90	2.460 €
100	2.840 €
Merkzeichen H , Merkzeichen BI und Merkzeichen TBI unabhängig vom GdB	7.400 €

Merkzeichen

- **G: Die Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ist erheblich beeinträchtigt**
 - Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder der LWS, die für sich einen GdB von 50 bedingen oder: entsprechend schwere innere Leiden bzw. schwere Störungen der Orientierungsfähigkeit
 - Vergleich mit einem einseitig Unterschenkelamputierten
 - Nachteilsausgleich: Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb der Wertmarke
- **aG: außergewöhnliche Gehbehinderung**
 - Die Bewegungsfähigkeit außerhalb des KFZ ist wegen der Schwere des Leidens nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung möglich
 - Vergleich mit Querschnittsgelähmten, Doppeloberschenkelamputierten, Doppelunterschenkelamputierten
 - Nachteilsausgleich: Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb der Wertmarke, Parkausweis
- **B: fremde Hilfe bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln erforderlich**
 - Zugleich Gesamt-GdB mindestens 50 und Merkzeichen G, H oder Gl
 - Nachteilsausgleich: Unentgeltliche Beförderung einer Begleitperson im öffentlichen Nahverkehr

Merkzeichen

- **H: Hilflos**
 - pro Tag sind mindestens 2 Stunden fremde Hilfe erforderlich bei mindestens 3 alltäglichen Verrichtungen (z.B. An-/Ausziehen, Essen/Trinken, Körperpflege, Toilettenbenutzung)
 - Liegt vor bei Pflegegrad 4 oder 5; bei Pflegegrad 3 im Einzelfall
 - Nachteilsausgleich: Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr mit kostenloser Wertmarke
- **RF: Rundfunkgebührenermäßigung**
 - Der Betroffene kann wegen seines Leidens grundsätzlich an Veranstaltungen nicht teilnehmen und der Gesamt-GdB beträgt mindestens 80
- **GL: Gehörlos**
 - Hörbehinderte ab einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit beiderseits
- **BL: Blindheit**
 - Sehschärfe beträgt auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 1/50 bzw. bei anderen entsprechend schweren Störungen des Sehvermögens



Die Antragstellung

SOZIALVERBAND

VdK

BAYERN



SOZIALVERBAND

VdK

BAYERN



Bitte Region wählen ...

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder in Blockschrift ausfüllen

A Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach § 152 SGB IX

A1 Der Grad der Behinderung (GdB) und die Merkzeichen werden in dem Umfang festgestellt, der sich aus Ihrer Behinderung ergibt. Wenn Sie konkrete Erwartungen haben, können Sie diese hier angeben. Sie erleichtern uns damit die Sachverhaltsermittlung.
 Ich erwarte einen GdB von mindestens _____

A2 Ich erwarte folgende(s) Merkzeichen:

G erheblich gehbehindert **B** Begleitperson **aG** außergewöhnlich gehbehindert **RF** erheblich hör- oder sehbehindert, dauernd an Wohnung gebunden

Bl blind **Gf** gehörlos **H** hilflos **TBl** hochgradig sehbehindert/blind und an Taubheit grenzend schwerhörig

B Angaben zur antragstellenden Person

B1 Nachname (surname, nom) _____ Vorname (first name, prénom) _____

Geschlecht weiblich männlich divers ggf. Geburts- oder frühere Namen _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) _____

B2 Steuer-ID (siehe Hinweis im anliegenden Informationsblatt) _____

B3 _____

Staatsangehörigkeit deutsch
 EU: _____
 Norwegen, Liechtenstein, Island: _____
 Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland
 andere: _____ **↳ Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Aufenthaltstitels bei!**

B4 Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vertreter oder Betreuer bestellt ist

Art der Vertretung gesetzlicher Vertreter (bei Anträgen Minderjähriger)
 bevollmächtigter Vertreter **↳ (bitte Vollmacht vorlegen) Ⓢ**
 gerichtlich bestellter Betreuer **↳ (bitte Betreuerausweis in Kopie vorlegen) Ⓢ**

Name des Vertreters/Betreuers _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) _____ Bei Betreuung: Die Bestellung als Betreuer gilt bis: _____

B5 ggf. weiterer Vertreter (z. B. bei minderjährigem Antragsteller mit gesetzlichem und bevollmächtigtem Vertreter)

Art der Vertretung gesetzlicher Vertreter (bei Anträgen Minderjähriger)
 bevollmächtigter Vertreter **↳ (bitte Vollmacht vorlegen) Ⓢ**
 gerichtlich bestellter Betreuer **↳ (bitte Betreuerausweis in Kopie vorlegen) Ⓢ**

Name des Vertreters/Betreuers _____ Vorname _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) _____ Bei Betreuung: Die Bestellung als Betreuer gilt bis: _____

Angaben zu B6 bis B8 sind nur bei Erstantrag oder Änderung seit der letzten Antragstellung erforderlich.

B6 Sind Sie erwerbstätig? (freiwillige Angabe) nein ja

B7 Für Grenzarbeitnehmer: Name und Anschrift des Arbeitgebers:

B8 Name und Anschrift Ihrer derzeitigen Kranken-/Pflegeversicherung:

Mitgliedsnummer: _____

C Gesundheitsstörung(en)/Behinderung(en)

C1 Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bzw. Behinderungen machen Sie geltend, die **mindestens sechs Monate andauern?**

Wenn es sich um einen Verschlimmerungsantrag handelt (d. h. wenn Sie von uns früher bereits einen Bescheid erhalten haben) müssen Sie nur die Gesundheitsstörungen angeben, die sich verschlimmert haben oder die neu hinzugekommen sind.

In diesem Fall geben Sie bitte in die **Spalte V/N** bei verschlimmerten Gesundheitsstörungen ein **V (für verschlimmert)** und bei neuen Gesundheitsstörungen ein **N (für neu)** an.

Wenn es sich um den ersten Antrag handelt, ist hier keine Eintragung zu machen.

	V/N	Ursache der Behinderung
Nr. 1		
Nr. 2		
Nr. 3		
Nr. 4		
Nr. 5		
Nr. 6		
Nr. 7		
Nr. 8		

C2 Ursache der Behinderung (die jeweilige Ziffer bitte in die Kästchen eintragen)

- 01 = angeborene Ursache
- 02 = Arbeitsunfall/Berufskrankheit
- 04 = Verkehrsunfall
- 05 = häuslicher Unfall
- 06 = sonstiger Unfall
- 07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung oder Folge einer Gewalttat
- 09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden)
- 10 = sonstige Ursache



D Ausschluss von Gesundheitsstörungen

D1 Folgende Gesundheitsstörungen sollen nicht berücksichtigt werden:

E Weitere Angaben

- E1 **Bei Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit):** nein ja (bitte beifügen)
 Führen Sie ein Blutzuckertagebuch oder ähnliche Aufzeichnungen?
Bei Migräne/Kopfschmerzen: nein ja (bitte beifügen)
 Führen Sie einen Migränekalender bzw. ein Kopfschmerztagebuch?
Bei sonstigen Schmerzen: nein ja (bitte beifügen)
 Führen Sie ein Schmerztagebuch?
Bei Hörbehinderung: nein ja (bitte beifügen)
 Wurde vom Hörgeräteakustiker ein Sprachaudiogramm erstellt?
Bei Gehbehinderung: nein ja
 Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl?
 E2 **Bei Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung:** nein ja
 Beantragen Sie auch Blindengeld?

F Ärztliche Behandlungen zu C (in den letzten zwei Jahren)

F1 Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:

Bei welchen Ärztinnen und Ärzten sind bzw. waren Sie außerdem in Behandlung?

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte	Fachgebiet	zu Nr. (siehe D)	letzter Besuch Monat/Jahr	Unterlagen beim Hausarzt?
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja

Krankenhaus- und Reha-Behandlung(en) in den letzten zwei Jahren:

Name und Anschrift der Klinik Abteilung/Station/Chef-/Stationsarzt	zu Nr. (siehe D)	von - bis Datum Aufnahme/Entlassung ambulant/stationär	Unterlagen beim Hausarzt?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja

Bei Reha-Behandlung: Wer war der zuständige Kostenträger?

Anschrift: _____

Versicherungsnummer, Aktenzeichen: _____

Sind Reha- oder Krankenhausbehandlung(en) in naher Zukunft vorgesehen?

-
- nein
-
- ja, voraussichtlicher Beginn _____

Name, Anschrift der Klinik:

G Verfahren bei anderen Stellen

G1 Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung

-
- kein Antrag gestellt
-
-
- Antrag wurde abgelehnt
-
-
- Antrag läuft noch, Untersuchung am _____
-
-
- Rente wurde bewilligt ab _____

Wenn Antrag gestellt wurde: Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers:

Versicherungsnummer: _____

Leistungen der Pflegekasse/-versicherung

-
- kein Antrag gestellt
-
-
- Antrag wurde abgelehnt
-
-
- Antrag läuft noch, Untersuchung am _____
-
-
- Pflegegrad _____ ab _____

Antrag bei gesetzlichem Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft), Versorgungsamt in anderem Bundesland, österreichischem Sozialministeriumservice

Name und Anschrift der Stelle: _____

Bescheid vom _____ Aktenzeichen _____ ggf. Tag des Unfalls: _____

Gerichtliche Bestellung eines Betreuers

-
- Es wurde ein Betreuungsgutachten erstellt beim Amtsgericht _____ im Jahr _____

G2

Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Agentur für Arbeit) befinden sich weitere die Gesundheitsstörung(en) betreffende Unterlagen (z. B. Gutachten)?

Name, Anschrift: _____

Aktenzeichen _____ Jahr der Feststellung _____

H Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

Beträgt der Grad der Behinderung 50 oder mehr, stellen wir Ihnen einen Schwerbehindertenausweis aus. Wenn Sie keinen Ausweis benötigen, teilen Sie uns das bitte hier mit:

Ich verzichte auf die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises.

I Passbild für den Schwerbehindertenausweis

Für den Schwerbehindertenausweis benötigen wir ein aktuelles Passbild. (Ausnahme: Für Kinder unter zehn Jahren ist kein Bild im Ausweis erforderlich.)

Das Bild muss folgende Eigenschaften aufweisen:

- Größe 35 x 45 mm im Hochformat
- einfarbiger, heller Hintergrund (keine Möbel, Gebäude o. ä. im Hintergrund).
- keine weiteren Personen oder Gegenstände im Bild
- Kopfbedeckungen sind nur aus religiösen Gründen erlaubt.

Bitte kennzeichnen Sie das Bild auf der Rückseite mit Vor- und Nachnamen und Geburtsdatum.

Wenn Sie in einem früheren Verfahren der letzten fünf Jahre mit der Bildspeicherung einverstanden waren, benötigen wir kein neues Passbild.

Das mitgeschickte Bild wird nach Abschluss dieses Verfahrens aus datenschutzrechtlichen Gründen vernichtet.

Wir bieten Ihnen aber die Möglichkeit an, das Bild weitere fünf Jahre zu speichern. Dies hat für Sie den Vorteil, dass Sie kein neues Passbild einsenden müssen, wenn wir Ihnen in dieser Zeit einen neuen Schwerbehindertenausweis ausstellen (z. B. aufgrund eines Verschlimmerungsantrags).

Ich bin damit einverstanden, dass mein Bild fünf Jahre lang gespeichert wird. Anschließend wird es automatisch gelöscht.

J Beizufügende Unterlagen (zur Beschleunigung Ihres Verfahrens)

- 2 unterschriebene Einwilligungserklärungen (Schweigepflichtentbindung)
- Vollmacht (wenn Antrag durch bevollmächtigten Vertreter gestellt)
- Betreuerausweis in Kopie (wenn Antrag durch Betreuer gestellt)
- Passbild (siehe dazu oben Abschnitt I)
- Reisepass/Aufenthaltstitel in Kopie (nur wenn Staatsangehörigkeit nicht EU, Island, Liechtenstein, Norwegen)
- Nachweis über Beschäftigung in Deutschland (nur für Grenzarbeitnehmer)

Wenn Sie medizinische Unterlagen beifügen, die Ihnen vorliegen, können Sie das Verfahren damit beschleunigen. Die Unterlagen sollten nicht älter als zwei Jahre sein. Bitte legen Sie nur Kopien bei, da wir die Unterlagen nicht zurückschicken. Benötigen wir weitere Unterlagen, fordern wir diese entsprechend der erteilten Einwilligungserklärung von der jeweiligen Stelle selbst an.

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- Hausarztbefundbericht
- Facharztbefundbericht(e)
- Krankenhausbericht
- Reha-Entlassungsbericht
- Pflegegutachten
- Rentengutachten
- Betreuungsgutachten
- Gutachten der Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft)
- Sehtest (nur bei Sehschwäche)
- Sprachaudiogramm des Hörgeräteakustikers (nur bei Schwerhörigkeit)
- Migränekalender/Kopfschmerztagebuch

- sonstiges Schmerztagebuch
- Blutzuckertagebuch (bei Diabetes). Wenn Sie ein automatisches Blutzuckermessgerät nutzen: Wir benötigen Tagesdiagramme über einen Zeitraum von 2-3 Monaten mit dem grafischen Blutzuckerverlauf eines jeden Tages, vor allem mit den maximalen Blutzucker-Abweichungen und den täglich verabreichten Insulinmengen (Umfang etwa 30 Blätter).
- sonstige medizinische Unterlagen
-

K Datenübermittlung

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Ich widerspreche dieser Übermittlung.

L Einwilligungserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich:

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Psychologen, Psychotherapeuten, private Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträger einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste, Gerichten, Behörden usw.) im erforderlichen Umfang Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort dazu vorliegenden Unterlagen bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Personen oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Personen und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde. Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Entlassungsberichte von der Deutschen Rentenversicherung bezieht. Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ausnahme: Es dürfen keine Auskünfte eingeholt werden bei:

L1 Folgende Unterlagen dürfen nicht eingeholt werden:

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

M Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe und ein übersandtes Lichtbild mich oder den von mir Vertretenen darstellt. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses (bei Grenzpendlern) und des Wohnsitzes, werde ich unverzüglich mitteilen.

N Unterschrift

Datum

Unterschrift

- Antragsteller
- gesetzlicher Vertreter
- bevollmächtigter Vertreter
- Betreuer



Das Ausmaß der Behinderungen wird mit dem Grad der Behinderung (GdB) bemessen nach der Versorgungsmedizin - Verordnung



Allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des GdB vom BMAS. Der VdK gibt einen Nachdruck der VO heraus

Wer ist schwerbehindert?

- **§ 2 Abs. 2 SGB IX:**
- Menschen sind schwerbehindert,
- wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens **50** vorliegt
- und sie
 - - ihren Wohnsitz
 - - ihren gewöhnlichen Aufenthalt
 - - oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz
- im Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs haben.



Definition „Gleichgestellt“: § 2 Abs. 3 SGB IX

Menschen mit Schwerbehinderung gleichgestellt werden können
Menschen

- mit einem GdB von 30 oder 40
- die infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung keinen geeigneten Arbeitsplatz erlangen oder nicht behalten können.

Beispiel aus einem Originalbescheid

1. Chronische Leberentzündung (Hepatitis), Gallensteinleiden (Einzel-GdB 40)
2. Beeinträchtigung der Gehirnfunktion, seelische Störung (Einzel-GdB 30)
3. Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Bandscheibenschaden muskuläre Verspannungen, Wirbelkörperfraktur, Entkalkung des Knochens (Osteoporose) (Einzel-GdB 30)
4. Meniskusschaden und Verschleiß beider Kniegelenke, Bewegungseinschränkung des Hüftgelenks beidseits (Einzel-GdB 20)
5. Kardiainsuffizienz mit Refluxösophagitis (Einzel-GdB 10)
6. Bluthochdruck (Einzel-GdB 10)

Gesamt-GdB 70

f) Arbeitsbedingungen

Tätigkeit

im Freien in geschlossenen Räumen in temperierten Räumen

ständig stehend
 überwiegend gehend
 zeitweise sitzend

(Mehrfachnennung ist möglich)

Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband) Lärm
 Nässe, Kälte, Hitze, Zugluft, Häufiges Bücken
 Staub, Rauch, Gase, Dämpfe Zwangshaltungen (z.B. Überkopfarbeit, Knien)
 Schmutz, hautbelastende Stoffe, Häufiges Heben / Tragen ohne Hilfsmittel

g) Mein Arbeitsverhältnis ist

nicht gekündigt. gekündigt zum _____ am _____

Kündigungsgrund

Ich habe gegen die Kündigung

keine
 folgende Schritte eingeleitet

h) **Ich habe einen besonderen Kündigungsschutz** (z.B. Mutterschutz, Betriebs- oder Personalratsmitglied, tariflicher oder gesetzlicher Kündigungsschutz)

nein
 ja (welchen)

i) Betriebs-/Personalrat oder sonstige Vertretung nach § 93 ff SGB IX vorhanden? ja nein unbekannt

j) Schwerbehindertenvvertretung vorhanden? ja nein unbekannt

4. Begründung des Antrages

a) Mein Arbeits-/Ausbildungsverhältnis ist gefährdet, wegen meiner Behinderungen, die sich wie folgt auswirken

b) Hatten Sie in den letzten Jahren nennenswerte Fehlzeiten wegen der Behinderung?

nein ja (bitte Nachweise der Krankenkasse beifügen.)

vom	bis	Ausfallsursache (Art der Krankheit, Kur, Sonstiges)

c) Ich bin laufend in ärztlicher Behandlung (**auch von arbeitslosen Antragstellern auszufüllen**)

nein ja, wegen

Ggf. bitte Atteste aus den letzten 6 Monaten beifügen.

d) Mein Arbeitsverhältnis ist

auch
 ausschließlich
 aus anderen, nicht behinderungsbedingten Gründen (z. B. Rationalisierung - evtl. mit Sozialplan- Auftragsmangel, Technisierung) gefährdet.

Gründe:

e) Der Arbeitgeber hat bereits mit einer Kündigung gedroht? ja nein

Wenn ja, in welcher Form? (Abmahnung, Fehlzeitengespräche, ...)

f) Sonstige Gründe für die Notwendigkeit der Gleichstellung

g) Ich benötige die Gleichstellung, um meine Vermittlungschancen zu erhöhen.



- h) Ich habe die Aussicht auf ein neues Arbeitsverhältnis/neuen Ausbildungsplatz und kann ohne die Gleichstellung diesen geeigneten Arbeitsplatz/Ausbildungsplatz nicht erlangen.

Name und Anschrift des neuen Arbeitgebers/Ausbildungsbetriebes

Ansprechpartner, Telefon

Hinweis für beschäftigte Antragsteller:

Zur Entscheidung über Ihren Antrag auf Gleichstellung ist es notwendig, Ihren Arbeitgeber und soweit vorhanden, die Stellen nach § 93 SGB IX (Betriebs-/Personalrat) und die Schwerbehindertenvertretung zu Ihrer Arbeitsplatzsituation zu befragen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Arbeitgeber, der Betriebs-/Personalrat (Stellen nach § 93 SGB IX) und die Schwerbehindertenvertretung befragt wird.

Ja Nein

Sollten Sie mit der Befragung Ihres Arbeitgebers nicht einverstanden sein, kann Ihr Antrag aufgrund fehlender Mitwirkung abgelehnt werden (§ 66 Sozialgesetzbuch Erstes Buch).

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin

VdK Arberland/Deggendorf



**Werden
Sie
Mitglied
beim VdK.**



**Vielen Dank für Ihr Interesse und
Ihre Aufmerksamkeit.**

SOZIALVERBAND

VdK

BAYERN



Zukunft braucht Menschlichkeit

Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit

**Helmut Plenk
Geschäftsführer - Sozialverband VdK**

Geschäftsstelle Deggendorf und Regen

**Am Sand 5, 94209 Regen
09921/97001-0**

**Bahnhofstr. 23, 94469 Deggendorf
0991/374113-0**

h.plenk@vdk.de