

Schwerbehindertenausweis

von der Beantragung zur Bewilligung

www.zbfs.bayern.de





Das Feststellungsverfahren nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX)

- Überblick
- Antragstellung
- Sozialmedizinische Begutachtung
- Bescheid und Rechtsmittel
- Ausstellung eines Ausweises
- Rechte und Nachteilsausgleiche
- Fragen zum Thema



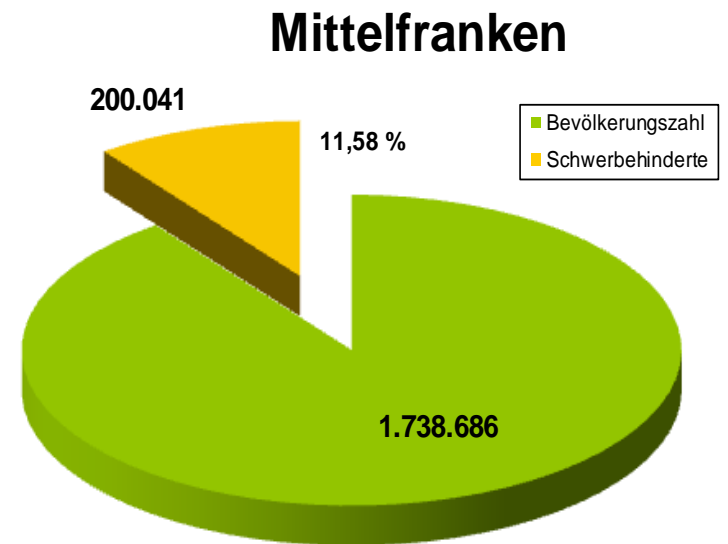
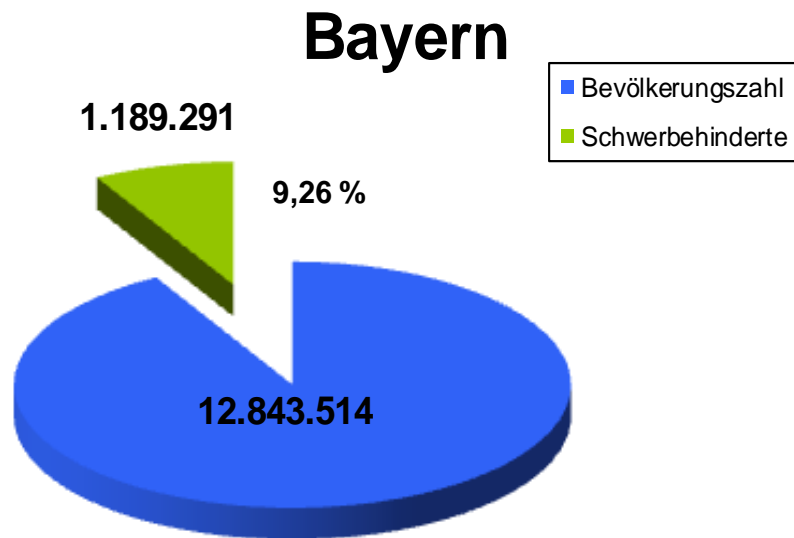
Behinderung - Schwerbehinderung

Behindert sind Menschen, wenn ihre körperliche Funktionen, geistige Fähigkeiten oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Schwerbehindert sind Personen mit einem Gesamt-GdB von mindestens 50, sofern sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz rechtmäßig in Deutschland haben.



Jeder elfte Bewohner Bayerns ist schwerbehindert



Stand: 31.12.2016



Antragstellung

- Vollständige Angabe der persönlichen Daten
- Betreuerausweis, Vollmacht
- Umfassende Angabe der Gesundheitsstörungen und entsprechende Benennung der behandelnden Ärzte
- Aktueller Behandlungszeitraum (2 Jahre)
- Beifügung von notwendigen Unterlagen (z. B. Blutzuckertagebuch)
- Antrag auch Online möglich
www.schwerbehindertenantrag.bayern.de



! Einfacher und schneller!
Antrag online stellen unter:
www.zbfs.bayern.de





ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales



Bitte Region wählen ...

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

A	Antrag
A1	<input type="checkbox"/> Antrag auf erstmalige Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von wenigstens <input type="text"/> oder
A2	<input type="checkbox"/> Antrag auf Erhöhung des Grades der Behinderung auf wenigstens <input type="text"/>
A3	<input type="checkbox"/> Antrag auf Feststellung des Merkzeichens
	<input type="checkbox"/> G (erheblich gehbehindert) <input type="checkbox"/> B (Begleitperson) <input type="checkbox"/> aG (außergewöhnlich gehbehindert) <input type="checkbox"/> H (hilflös) <input type="checkbox"/> Bl (blind) <input type="checkbox"/> GI (gehörlos) <input type="checkbox"/> RF (erheblich hör- oder sehbehindert, dauernd an Wohnung gebunden)
A4	<input type="checkbox"/> Antrag auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises (siehe auch I)
B	Mitwirkung
	<p>Füllen Sie den Antrag bitte vollständig und in Blockschrift aus. Senden Sie auch die anliegenden Einverständniserklärungen ausgefüllt und unterschrieben mit ein. Ihre Email-Adresse geben Sie bitte nur an, wenn Sie ggf. auch mit dem Empfang unverschlüsselter E-Mails einverstanden sind. Bei Versand unverschlüsselter E-Mails besteht das Risiko der Kenntnisnahme und Offenlegung durch Dritte. Daten mit hohem Schutzbedarf (z.B. medizinische Unterlagen) sollten daher nicht per E-Mail eingereicht werden.</p> <p>Fügen Sie dem Antrag bitte medizinische Unterlagen (nicht älter als zwei Jahre) zu den geltend gemachten Gesundheitsstörungen bei, die Ihnen vorliegen oder die Sie sich von Ihren Ärzten besorgen können. Fehlende Unterlagen fordern wir von Amts wegen entsprechend der vorgelegten Einverständniserklärung bei Ärzten, Krankenhäusern und Reha-Kliniken usw. nach. Wir bitten um Verständnis, wenn dies die Bearbeitungszeit verlängert.</p> <p>Im Falle fehlender Mitwirkung kann die Feststellung bis zur Nachholung der Mitwirkung versagt oder entzogen werden. Entsprechend §§ 60 ff SGB I sind Sie zur Mitwirkung verpflichtet.</p>



C Angaben zur antragstellenden Person			
C1	Name	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
	ggf. Geburts- oder frühere Namen	Geburtsdatum	Geburtsort
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	Fax (freiwillige Angabe)	E-Mail (freiwillige Angabe)
C2	Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vertreter oder Betreuer bestellt ist		
	Name des Vertreters/Betreuers	Vorname	
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	Fax (freiwillige Angabe)	
<p>Angaben zu C3 bis C6 sind nur bei Erstantrag oder Änderung der Verhältnisse seit der letzten Antragstellung erforderlich.</p>			
C3	Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> EU: _____ oder Norwegen, Liechtenstein, Island <input type="checkbox"/> andere: _____	
	Sind Sie erwerbstätig? <small>(freiwillige Angabe)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
C5	Grenzarbeitnehmer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Name des Arbeitgebers: _____ Anschrift: _____	
	C6	Name und Anschrift Ihrer derzeitigen Kranken-/Pflegeversicherung:	
Mitgliedsnummer:		_____	



D Gesundheitsstörung(en)/Behinderung(en) bei erstmaliger Antragstellung									
D1	<p>Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bzw. Behinderungen machen Sie geltend, die mindestens sechs Monate andauern?</p> <p>Nr. 1 <input style="width: 500px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>Nr. 2 <input style="width: 500px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>Nr. 3 <input style="width: 500px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>Nr. 4 <input style="width: 500px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>Nr. 5 <input style="width: 500px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>Nr. 6 <input style="width: 500px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>Nr. 7 <input style="width: 500px; height: 25px;" type="text"/></p>								
	<p>Ursache der Behinderung</p> <p><input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> ←</p> <p><input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> ←</p> <p><input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> ←</p> <p><input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> ←</p> <p><input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> ←</p> <p><input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> ←</p> <p><input style="width: 50px; height: 25px;" type="text"/> ←</p>								
D2	<p>Ursache der Behinderung (die jeweilige Ziffer bitte in die Kästchen eintragen)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">01 = angeborene Ursache</td> <td style="width: 50%;">02 = Arbeitsunfall/Berufskrankheit</td> </tr> <tr> <td>04 = Verkehrsunfall</td> <td>05 = häuslicher Unfall</td> </tr> <tr> <td>06 = sonstiger Unfall</td> <td>07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung oder Folge einer Gewalttat</td> </tr> <tr> <td>09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden)</td> <td>10 = sonstige Ursache</td> </tr> </table>	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
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								



E		Gesundheitsstörungen/Behinderungen bei Erhöhungsantrag wegen Verschlimmerung	
E1	Welche Gesundheitsstörung(en)/Behinderung(en), die wir bereits festgestellt haben, hat/haben sich verschlimmert und/oder ist/sind neu hinzugekommen?	Ursache der Behinderung	
	Nr. 1		←
	Nr. 2		←
	Nr. 3		←
	Nr. 4		←
	Nr. 5		←
	Nr. 6		←
	Nr. 7		←
F		Weitere Angaben	
F1	Bei Diabetes mellitus: Führen Sie ein Blutzuckertagebuch?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)
	Bei Hörbehinderung: Wurde vom Hörgeräteakustiker ein Sprachaudiogramm erstellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)
	Bei Gehbehinderung: Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
F2	Bei Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung: Beantragen Sie auch Blindengeld?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
F3	Soll Ihr Antrag alle geltend gemachten Gesundheitsstörungen umfassen? Wenn nein: Welche Gesundheitsstörung(en) soll(en) nicht berücksichtigt werden?		



G Ärztliche Behandlungen zu D und E (in den letzten zwei Jahren)

G1 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/E)	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

G2 Krankenhaus- und Reha-Behandlung(en) in den letzten zwei Jahren:

Name und Anschrift der Klinik Abteilung/Station/Chef-/Stationsarzt	zu Nr. (siehe D/E)	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
			<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:



H2

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:

I

Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

Falls Sie in vorangegangenen Verfahren noch kein Bild übersandt oder der Speicherung eines übersandten Bildes widersprochen haben, benötigen wir von Ihnen (erneut) ein aktuelles Passbild in Farbe (35 mm x 45 mm im Hochformat). Für Kinder unter zehn Jahren ist kein Bild im Ausweis erforderlich. Bitte kennzeichnen Sie das Bild auf der Rückseite mit Ihrem Vor- und Nachnamen und dem Geburtsdatum.

Das mitgeschickte Bild wird nach der elektronischen Erfassung und Speicherung aus datenschutzrechtlichen Gründen vernichtet. Es bleibt für spätere Neuausstellungen (z. B. bei Widerspruch, Verschlimmerungsantrag, Nachprüfungsverfahren) für längstens fünf Jahre elektronisch gespeichert und wird dann automatisch gelöscht. Sie können der Speicherung jedoch widersprechen.

Mit der elektronischen Speicherung bin ich **nicht** einverstanden. Das elektronisch gespeicherte Bild soll unmittelbar nach der Bescheiderteilung gelöscht werden.


J
Beizufügende Unterlagen (Zur Beschleunigung Ihres Verfahrens)

Bitte gehen Sie die Liste der beispielhaft aufgeführten Unterlagen genau durch und fügen Sie dem Antrag **die für Sie zutreffenden Anlagen**, wenn möglich, bei. Sie ersparen damit Rückfragen und zeitaufwendige Ermittlungen. Originalunterlagen senden wir umgehend zurück. Benötigen wir weitere Unterlagen, fordern wir diese von Amts wegen entsprechend der erteilten Einwilligungserklärung selbst an. Ärztliche Atteste mit Diagnosen, aber ohne Angaben von Befunden, Funktionseinschränkungen und Art der Behandlung genügen i. d. R. nicht als Nachweis von Behinderungen. Die Unterlagen sollen **nicht älter als zwei Jahre** sein.

- 2 unterschriebene Einverständniserklärungen
- Vollmacht
- Passbild (farbig 35 mm x 45 mm Hochformat)
- Betreuerausweis, Betreuungsgutachten
- Kopie Reisepass oder elektronischer Aufenthaltstitel
(nicht notwendig bei EU-Angehörigen oder aus den Ländern Island, Liechtenstein, Norwegen)
- Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers, Arbeitserlaubnis
(nur wenn Grenzarbeitnehmer)
- Hausarztbefundbericht
- Facharztbefundbericht(e)
- Blutzuckertagebuch oder digitale Auswertung (nur bei Diabetes mellitus)
- Krankenhausbericht
- Reha-Entlassungsbericht
- Sehtest (nur bei Sehschwäche)
- Sprachaudiogramm des Hörgeräteakustikers (nur bei Schwerhörigkeit)
- Rentengutachten
- Gutachten der Berufsgenossenschaft
- sonstige (Therapie-)Berichte
- sonstige medizinische Unterlagen
- _____
- _____



K	Erklärungen
	<p>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. 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich widerspreche dieser Übermittlung</p>
L	Einwilligungserklärung
	<p>Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigelegten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich: Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Vormundschaftsgericht), Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im erforderlichen Umfang Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für die Einholung von Unterlagen, Antragsbegründungen und Verlaufsberichten sowie Berichte über stationäre Maßnahmen bei Psychologen und Psychotherapeuten. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Entlassungsberichte von der Deutschen Rentenversicherung bezieht. Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.</p> <p>Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.</p> <p>L1 Keine Auskünfte dürfen eingeholt werden bei: _____</p> <p>Folgende Unterlagen dürfen nicht eingeholt werden: _____</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>_____</p> <p>Datum Unterschrift</p> <p><small>Datenschutzhinweis (§ 12 KOVVG, § 67a Abs. 3 und 5 SGB X): Die personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach § 69 SGB IX erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung durch das ZBFS ist § 12 KOVVG, § 67a SGB X.</small></p>

M Ihre zuständige Regionalstelle

Zuständig für die Bearbeitung Ihres Antrags ist grundsätzlich unsere Regionalstelle in Ihrem Regierungsbezirk. Nur Anträge aus dem Bezirk Oberbayern werden auch in den Regionalstellen Niederbayern, Oberpfalz und Oberfranken bearbeitet. Die genaue Zuständigkeit ist nachfolgend erläutert. Antragsteller aus Oberbayern können den Antrag aber immer auch bei der Regionalstelle Oberbayern einreichen. Er wird von dort ggf. weitergeleitet.

M1

Mittelfranken:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bärenschanzstraße 8a, 90429 Nürnberg Tel.: 0911 / 928-0, Fax: 0911 / 928-1901, E-Mail: poststelle.mfr@zbfs.bayern.de
Oberfranken:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Hegelstraße 2, 95447 Bayreuth Tel.: 0921 / 605-1, Fax: 0921 / 605-2900, E-Mail: poststelle.ofr@zbfs.bayern.de
Unterfranken:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Georg-Eydel-Straße 13, 97082 Würzburg Tel.: 0931 / 4107-01, Fax: 0931 / 4107-222, E-Mail: poststelle.ufr@zbfs.bayern.de
Oberpfalz:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Landshuter Str. 55, 93053 Regensburg Tel.: 0941 / 7809-00, Fax: 0941 / 7809-1304, E-Mail: poststelle.opf@zbfs.bayern.de
Niederbayern:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Friedhofstraße 7, 84028 Landshut Tel.: 0871 / 829-0, Fax: 0871 / 829-188, E-Mail: poststelle.ndb@zbfs.bayern.de
Schwaben:	Zentrum Bayern Familie und Soziales, Morellstraße 30, 86159 Augsburg Tel.: 0821 / 5709-01, Fax: 0821 / 5709-5000, E-Mail: poststelle.schw@zbfs.bayern.de
Oberbayern:	Buchst. Ki–Kz, M (außer Maier – alle Schreibweisen), O, Q, Ra–Rd, Ri–Rz, Sch, S (ohne St), V Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerstraße 32, 80335 München Tel.: 089 / 18966-0, Fax: 089 / 18966-1499, E-Mail: poststelle.obb@zbfs.bayern.de Buchst. B, C, D, G: ZBFS Region Oberfranken Buchst. A, E, F, H: ZBFS Region Niederbayern Buchst. I, J, Ka–Kh, L, Maier (alle Schreibweisen), N, P, Re–Rh, St, T, U, W, X, Y, Z: ZBFS Region Oberpfalz

Nach Eingang des Antrags erhalten Sie eine Eingangsbestätigung mit Angaben zur Erreichbarkeit Ihrer/Ihres zuständigen Bearbeiterin/Bearbeiters.

Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)
und Entbindung von der Schweigepflicht im Schwerbehindertenverfahren

Zu- und Vorname: _____

Anschrift: _____

Aktenzeichen _____

Erklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigelegten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich: Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Vormundschaftsgericht), Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für die Einholung von Unterlagen, Antragsbegründungen und Verlaufsberichten sowie Berichte über stationäre Maßnahmen bei Psychologen und Psychotherapeuten. Dies gilt auch für Ärzte 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. Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Keine Auskünfte dürfen eingeholt werden bei: _____

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.

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.

Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis (§ 12 KOVfG, § 67a Abs. 3 und 5 SGB X): Die personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach § 69 SGB IX erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung durch das ZBFS ist § 12 KOVfG, § 67a SGB X.



Antragsformulare sind erhältlich

- beim ZBFS - Versorgungsamt
- in der Regel bei jeder Gemeinde- bzw. Stadtverwaltung
- im Internet unter folgender Adresse
www.zbfs.bayern.de/schwbg/formulare-schwbg.html
- Online-Antragstellung möglich unter der Internetadresse
www.schwerbehindertenantrag.bayern.de
- formloser Antrag – Antragsformblatt wird zugesandt



Sozialmedizinische Begutachtung

1. Grundsätzliches
2. Feststellung der einzelnen Gesundheitsstörungen, Zusammenfassung in Funktionssystemen und Bildung eines Einzel-GdB
3. Bildung des Gesamt-GdB
4. Feststellung der Merkzeichen



1. Grundsätzliches

- Nicht nur vorübergehende Funktionsbeeinträchtigung (grundsätzlich länger als 6 Monate, auf Dauer)
- Erkrankungen ohne 6 Monatsfrist, z.B. Verlust von Organen, Versteifung von Gelenken, Tumorerkrankungen
- Altersunabhängige Bewertung
- Keine Berufs-Berücksichtigung
- Nach bestimmten krankheitsbedingten Ereignissen (z. Bsp. Operation, Herzinfarkt) erfolgt Bewertung der verbliebenen Leistungsbeeinträchtigung
- Keine Rückschlüsse auf den GdB durch Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung



2. Feststellung der einzelnen Gesundheitsstörungen, Zusammenfassung in Funktionssystemen und Bildung eines Einzel-GdB

- Die sozialmedizinische Begutachtung geschieht durch einen Arzt
- GdB-Bewertung erfolgt in Zehner-Graden (sowohl Einzel-GdB als auch Gesamt-GdB)
- Übliche seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen sind in der GdB-Tabelle bereits berücksichtigt



Zentrum Bayern Familie und Soziales
Landesversorgungsamt



Sozialpolitik

Versorgungsmedizinische Grundsätze

Anlage zu § 2 Versorgungsmedizin-Verordnung



Feststellung einer einzelnen Gesundheitsstörung am Beispiel eines Wirbelsäulenschadens

Wirbelsäulenschäden

ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität0

mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung,
rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung
oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz
dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome).....10



mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome).....20

mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome).....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 [z. B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb]).....50–70
- bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunjähigkeit.....80–100



Zusammenfassung in Funktionssysteme

Gehirn
(einschließlich Psyche)

Ohren

Herz-Kreislauf

Harnorgane

Haut

Innere Sekretion und
Stoffwechsel

Beine

Augen

Atmung

Verdauung

Geschlechtsapparat

Blut (einschließlich
blutbildendes Gewebe und
Immunsystem

Arme

Rumpf



Bildung eines Einzel-GdB

	Einz.- GdB
<R10> Funktionsbehinderung der Wirbelsäule <R11> degenerative Veränderungen <R17> Spinalkanalstenose <R13> Bandscheibenschäden	30



3. Bildung des Gesamt-GdB

- Keine Addition der Einzel-GdB-Werte
- In der Regel keine Erhöhung des Gesamt-GdB durch Einzel-GdB 10
- Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit
- Ausgehend von der Funktionsbeeinträchtigung mit dem höchsten Einzel-GdB wird geprüft, ob und inwieweit sich durch weitere Gesundheitsstörungen das Ausmaß der Behinderung vergrößert
- Berücksichtigung von wechselseitigen Beziehungen der Behinderungen zueinander



- Dabei werden vier Fallgruppen unterschieden:

Fallgruppe 1: unabhängiges Nebeneinander
(Diabetes / Wirbelsäule)

Fallgruppe 2: besonders nachteilige Auswirkung
(paarige Organe / Ausgleichsfunktion)

Fallgruppe 3: teilweise Überschneidung
(Wirbelsäulenleiden / Schmerzstörung)

Fallgruppe 4: vollständige Überschneidung
(Nervenlähmung / Gelenkversteifung)

4. Feststellung der Merkzeichen

Bestimmte Rechte und Nachteilsausgleiche sind an die Feststellung von speziellen Merkzeichen geknüpft. Dafür bedarf es besonderer gesundheitlicher Voraussetzungen.

- G
- B
- aG und „Bayern aG“
- H
- TBI
- RF
- BI
- GI
- 1.KI



Bescheid und Rechtsmittel

- Grundlage der Entscheidung ist die versorgungsärztliche Stellungnahme
- Feststellung trifft die Verwaltung durch einen Bescheid
- Feststellung erst ab einem Gesamt-GdB von 20
- Rechtsmittel gegen den Bescheid ist der Widerspruch



Ausstellung eines Ausweises

- Schwerbehindertenausweis bei Feststellung eines Gesamt-GdB von mindestens 50 (grün)
- Gesamt-GdB von mindestens 50 und Merkzeichen G (grün-orange)
- Beiblatt mit Wertmarke
- Auslandsbescheinigung; Nachteilsausgleiche sind in den EU-Ländern sehr unterschiedlich geregelt



Schwerbehindertenausweis

The holder of this card is severely disabled.



Testfall

Tilo

Geschäftszeichen: 16/36/1813027

Gültig bis: 09/2015

Merkzeichen						GdB
						50

Name

Testfall

Vorname

Tilo

Geburtsdatum

05.05.1955

Ausstellungsbehörde / Geschäftszeichen:

Zentrum Bayern Familie und Soziales

16/36/1813027

Gültig ab: 03.05.2008



Schwerbehindertenausweis

The holder of this card is severely disabled.



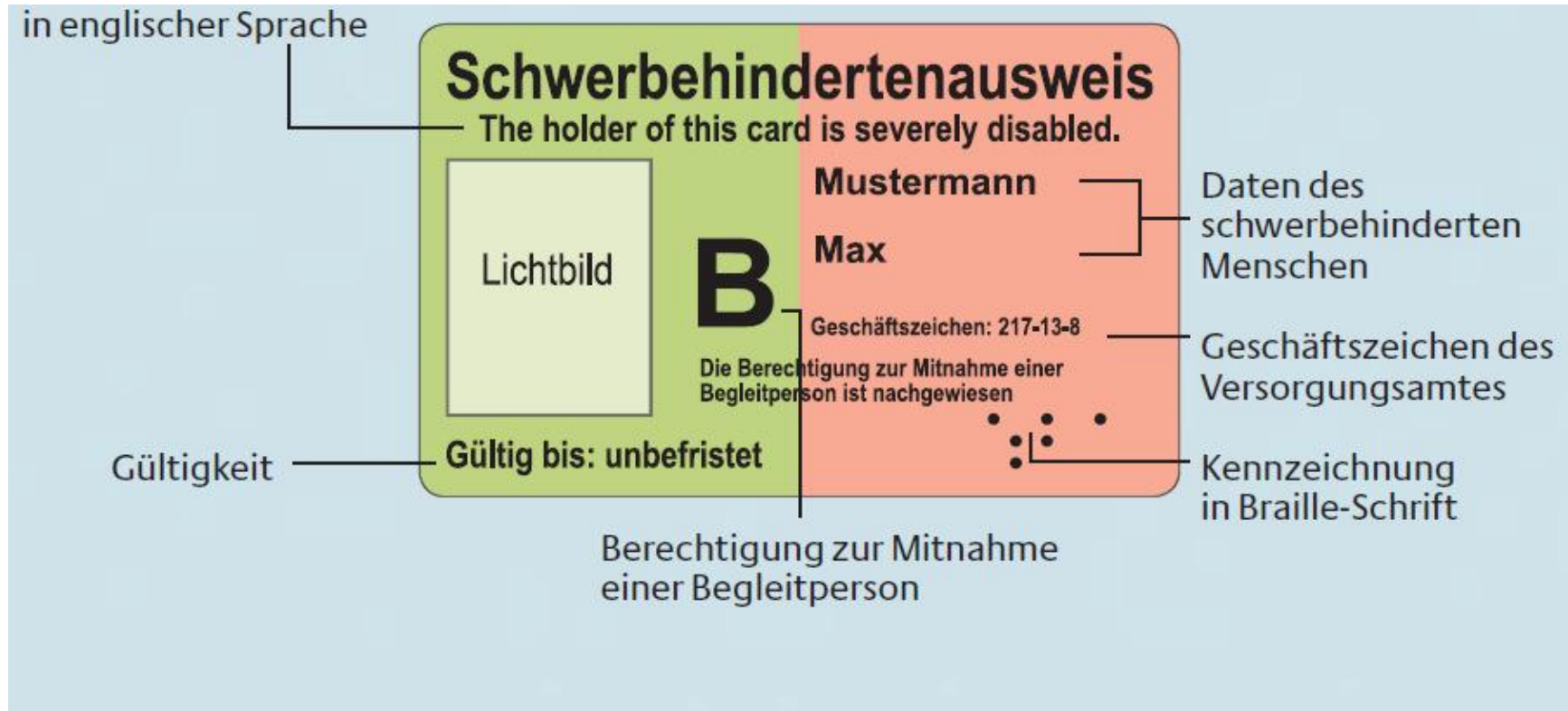
Testfall

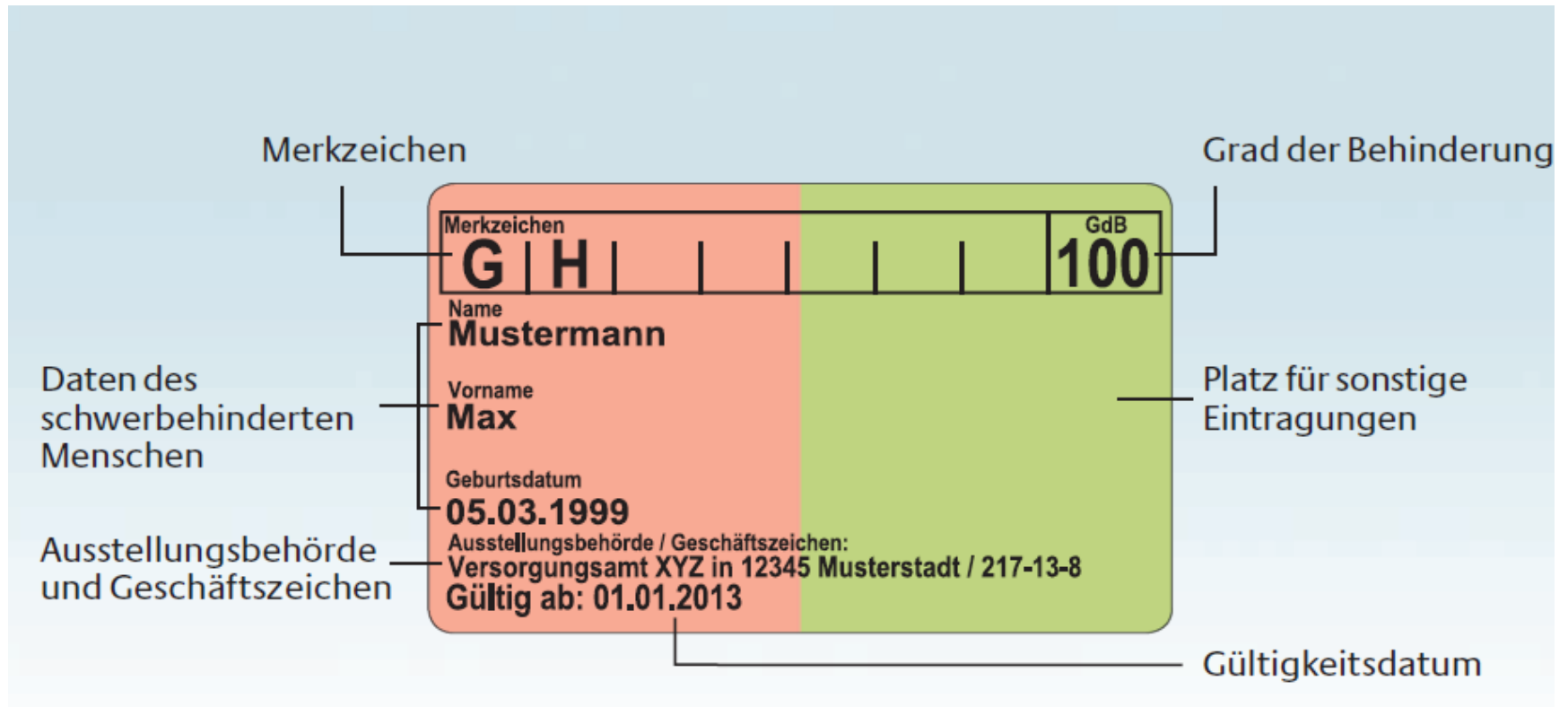
Tilo

Geschäftszeichen: 16/36/1813027

Gültig bis: 09/2015

Merkzeichen					GdB	
G						60
Name						
Testfall						
Vorname						
Tilo						
Geburtsdatum						
05.05.1955						
Ausstellungsbehörde / Geschäftszeichen:						
Zentrum Bayern Familie und Soziales						
16/36/1813027						
Gültig ab: 03.05.2008						





Beiblatt zum Scheckkartenausweis

- Einführung zum 01.01.2013 (Scheckkartenformat)

Beiblatt zum Ausweis des Versorgungsamtes

Az.:

Name:

Der Inhaber oder die Inhaberin dieses Beiblattes ist im öffentlichen Personenverkehr (§ 145 Abs. 1 Sätze 1 und 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch) unentgeltlich zu befördern, sofern das nebenstehende Feld mit einer Wertmarke versehen ist, und zwar für den Zeitraum, der auf der Wertmarke eingetragen ist.



Gültig ab:

Gültig bis:

Gilt nur in Verbindung mit dem gültigen Ausweis

Hologramm



Rechte und Nachteilsausgleiche

Rechte und Nachteilsausgleiche erstrecken sich in die verschiedensten Lebensbereiche

- Beruf
- Steuer
- Auto
- Öffentliche Verkehrsmittel
- Kommunikation/Medien
- Wohnen
- Sozialversicherung



Steuer

Steuerbescheinigung wird erteilt bei einer dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit (§ 33b EStG)

- bei Gesamt-GdB 30 oder 40
- Schaden des Stütz- und Bewegungsapparats (ab GdB 10) i.V.m. Zusammentreffen weiterer Behinderungen
- Innere Krankheiten (z.B. Herz, Lungenfunktionsstörung) mit einem GdB ab 30
- Schäden an den Sinnesorganen (z.B. Seh- oder Hörminderung) mit einem GdB ab 30



Die wichtigsten GdB-abhängigen Rechte und Nachteilsausgleiche

30 / 40	50		60	80	90	100
Gleichstellung Steuerfreibetrag: 310 € bei GdB 30	Schwerbehinderteneigenschaft	Pflichtversicherung in der gesetzl. Kranken- und Rentenversicherung für Behinderte in Werkstätten	Steuerfreibetrag 720 €	Steuerfreibetrag 1.060 €	Steuerfreibetrag 1.230 €	Steuerfreibetrag 1.420 €
	Steuerfreibetrag 570 €					
Steuerfreibetrag: 430€ bei GdB 40	Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung	Besondere Fürsorge im öffentlichen Dienst	Reduzierung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen in der gesetzl. Krankenversicherung auf 1 % der jährlicher Bruttoeinnahmen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen	Abzugsbeitrag für Privatfahrten bei Merkzeichen G bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI: 1.500 €	Freibetrag beim Wohngeld: 1.500 €
	Kündigungsschutz					
Kündigungsschutz bei Gleichstellung	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben	Abzugsbeitrag bei Beschäftigung einer Haushaltshilfe: 924 €	Steuerfreibetrag 890 €	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI: 1.500 €	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI: 1.500 €	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI: 2.100 €
	Freistellung von Mehrarbeit					
Grundsteuerermäßigung bei Rentenkaptalisierung nach BVG	Zusatzurlaub von einer Arbeitswoche	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit: 2.100 €	Abzug der tatsächlichen Kosten oder 0,30 €/km an Werbungskosten für Fahrten zur Arbeitstätte mit dem Kz	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI: 2.100 €	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI: 2.100 €	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI: 2.100 €
	Schutz bei Wohnungskündigung					
Sonderregelungen für gleichgestellte behinderte Lehrer nach § 8 bayer. Lehrerdienstordnung	Vorgezogene Pensionierung Beamter mit 60	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI: 1.200 €	Abzugsbeitrag für Privatfahrten bei Merkzeichen G bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €	Abzugsbeitrag für Privatfahrten bei Merkzeichen G bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €	Abzugsbeitrag für Privatfahrten bei Merkzeichen G bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €	Abzugsbeitrag für Privatfahrten bei Merkzeichen G bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €
	Altersgrenze mit 60 bzw. 63					
Sonderregelungen für gleichgestellte behinderte Lehrer nach § 8 bayer. Lehrerdienstordnung	Befreiung von der Wehrpflicht	Ermäßigung bei Kurtaxe je nach Ortssatzung	Ermäßigung der BahnCard 100 zum halben Preis	Ermäßigung der BahnCard 100 zum halben Preis	Ermäßigung der BahnCard 100 zum halben Preis	Ermäßigung der BahnCard 100 zum halben Preis
	Sonderregelungen für Lehrer nach § 8 bayer. Lehrerdienstordnung					

Nachzulesen im "Wegweiser mit Behinderung"



Die wichtigsten Merkzeichen-abhängigen Rechte und Nachteilsausgleiche

G	B	aG	H	RF	BI	
Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke oder Kraftfahrzeugsteuerermäßigung	Unentgeltliche Beförderung der Begleitperson im öffentl. Personennah- und -fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen	Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke Kraftfahrzeugsteuerbefreiung	Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr mit Schwerbehindertenausweis und Wertmarke (wird kostenlos ausgestellt) Kraftfahrzeugsteuerbefreiung	Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht Ermäßigung der Telefongebühren bei einigen Telekommunikationsunternehmen	Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr mit Schwerbehindertenausweis und Wertmarke (wird kostenlos ausgestellt) Kraftfahrzeugsteuerbefreiung	Genehmigung von Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung in besonderen Fällen Gewährung von Blindengeld oder von Pflegezulage der Stufe III nach dem BVG
Ansatz der tatsächlichen Kosten oder 0,30 €/km als Werbungskosten für Fahrten zur Arbeitsstätte mit dem Kfz	GI	Anerkennung der Kfz-Kosten für Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung bis zu 15.000 km: 0,30 €/km = 4.500 € In vielen Gemeinden kostenlose Fahrdienst für behinderte Menschen unter bestimmten Voraussetzungen	Pauschbetrag wegen außergewöhnlicher Belastung: 3.700 € In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer			
Abzugsbetrag für Privatfahrten bei GdB 70 3000 km x 0,30 € = 900 €	Freifahrt im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke oder Kraftfahrzeugsteuerermäßigung	Parkerleichterungen, Parkplatzreservierung	Gewährung von Pflegegeld, häuslicher Pflegehilfe usw.	1 KI	Unentgeltliche Beförderung der Begleitperson im internationalen Eisenbahnverkehr	
Mehrbedarfserhöhung von 17 % bei der Sozialhilfe bei Alter über 64 oder voller Erwerbsminderung	Recht auf Verwendung von Gebärdensprache bei Sozialbehörden	Übernahme der Kosten von Fahrten zur ambulanten Behandlung in besonderen Fällen durch die gesetzliche Krankenversicherung	Übernahme der Kosten von Fahrten zur ambulanten Behandlung in besonderen Fällen durch die gesetzliche Krankenversicherung	Benutzung der 1. Wagenklasse mit Fahrscheinen 2. Klasse für Sanwerksbeschädigte, deren Erwerbsfähigkeit mindestens um 70 v.H. gemindert ist, wenn ihr körperlicher Zustand die ständige Unterbringung in der 1. Klasse erfordert	Parkerleichterungen, Parkplatzreservierung In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer Befreiung von der Umsatzsteuer unter bestimmten Voraussetzungen Portofreie Beförderung von Blindensendungen	
Preisnachlass beim Neuwagenkauf bei vielen Händlern		Unentgeltliche Beförderung der Begleitperson von Rollstuhlfahrern im internationalen Eisenbahnverkehr				

"Nachzuweisen im Wegweiser für Menschen mit Behinderung"



„Nicht behindert zu sein ist wahrlich kein Verdienst, sondern ein Geschenk, das jedem von uns jederzeit genommen werden kann.“

Lassen Sie uns die Behinderten und ihre Angehörigen auf ganz natürliche Weise in unser Leben einbeziehen. Wir wollen ihnen die Gewissheit geben, dass wir zusammengehören.“

Richard von Weizsäcker