

# Ausfüllhilfe und Merkblatt zum Erstantrag nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX)<sup>1)</sup>

Stand 01.08.2025

## Hinweise zur Antragstellung beim Landratsamt

Der Antrag ist beim zuständigen Landratsamt (siehe Seite 4) mit dem dafür vorgesehenen Formblatt zu stellen. Sie können den Antrag auch formlos stellen und erhalten dann das Antragsformular zugesandt.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und gut leserlich aus; wenn Sie es wünschen, ist Ihnen das Landratsamt, die Stadt- oder Gemeindeverwaltung, die Fürsorgestelle für Kriegssopfer oder das Integrationsamt dabei behilflich.

Sie können zur Beschleunigung des Verfahrens selbst erheblich beitragen, wenn Sie dem Antrag umfassende Arztberichte mit genauer Beschreibung des Befundes und des Funktionsausfalles oder die bei Ihrem Hausarzt befindlichen Untersuchungsunterlagen, wie z.B. Facharztbriefe, Krankenhausberichte, Kurschlussgutachten, Röntgenbefunde beifügen, soweit sie die Gesundheits-

störungen betreffen. Ärztliche Bescheinigungen, die lediglich die geäußerten Klagen und Beschwerden enthalten, reichen nicht aus. Eine Kostenerstattung für eingereichte Atteste kann nicht zugesichert werden.

**Das Landratsamt ist bestrebt, über Ihren Antrag alsbald zu entscheiden. Die Zahl der eingehenden Anträge ist jedoch so groß, dass eine längere Bearbeitungsdauer nicht ausgeschlossen werden kann.**

Das Landratsamt bleibt aber bemüht, die Wartezeiten abzukürzen und bittet schon jetzt um Verständnis für etwaige unvermeidliche Verzögerungen. Sie werden deshalb auch gebeten, möglichst von Rückfragen abzusehen.

Sofern besondere Umstände (z.B. Kündigung) nach der Antragstellung eintreten, werden Sie gebeten, dies unverzüglich mitzuteilen, damit die Bearbeitung Ihres Antrages vorgezogen werden kann.

\* Beispiele und Hinweise zum Ausfüllen des Vordruckes Fbl. Nr. 28 090/3 (Antrag SGB IX) \*

## Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. <b>Welche</b> der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen <b>sollen</b> nach dem Schwerbehindertenrecht berücksichtigt werden? | <b>Ursache:</b> z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, <b>Arbeits-</b> , Verkehrs-, häuslicher <b>Unfall</b> , Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen |
| ① <i>Beinverlust links</i>                                                                                                                                                                                                                                  | <i>Arbeitsunfall</i>                                                                                                                                                                                                                 |
| ② <i>Herzinfarktfolgen</i>                                                                                                                                                                                                                                  | <i>Krankheit</i>                                                                                                                                                                                                                     |
| 2. Soll Ihr Antrag <b>alle Gesundheitsstörungen</b> , die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden – umfassen?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>                  |                                                                                                                                                                                                                                      |
| Wir empfehlen Ihnen, Ihre(n) behandelnde(n) Ärztin/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.     |                                                                                                                                                                                                                                      |

**Hinweis zu Nr. 1 und 2:** Sie haben die Möglichkeit, Ihren Antrag nach dem SGB IX zu beschränken und nur einzelne Gesundheitsstörungen geltend zu machen. In diesem Fall kreuzen Sie bitte unter Ziffer 2 „nein“ an und geben unter Ziffer 1 nur die Gesundheitsstörungen an, die berücksichtigt werden sollen. Wollen Sie die Einbeziehung aller bei Ihnen vorliegenden Gesundheitsstörungen, so kreuzen Sie unter Ziffer 2 „ja“ an und führen bitte zur Erleichterung der Sachverhaltsaufklärung unter Ziffer 1 alle bei Ihnen bestehenden Gesundheitsstörungen an.

## Angaben zu medizinischen Behandlungen

| 1. Hausärztin / Hausarzt                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                   | wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)        |                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name: <i>Dr. Franz</i><br>Straße: <i>Karlstr. 7-</i><br>PLZ/Ort: <i>73994 A-Stadt</i>                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Datum der letzten Behandlung:<br><i>seit Jahren</i><br><i>18.10.2022</i><br><i>u. weiter</i> | bitte Spalte<br><b>unbedingt ausfüllen</b><br> |
| 2. Fachärztinnen / Fachärzte                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                   | wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)        |                                                                                                                                   |
| Name/Fachrichtung: <i>Dr. Fritz, Facharzt f. innere Krankheiten</i><br>Straße: <i>Josefstr. 9</i><br>PLZ/Ort: <i>73995 B-Stadt</i>                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | Datum der letzten Behandlung:<br><i>19.10.2022</i>                                           | Überweisung durch Hausärztin/ Hausarzt<br><input checked="" type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein                 |
| 3. Krankenhausbehandlungen                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   | wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)        |                                                                                                                                   |
| Name: <i>Kreiskrankenhaus</i><br>Abteilung, Station: <i>Innere Abteilung / B 5</i><br>Straße:<br>PLZ/Ort: <i>73995 B-Stadt</i>                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | Datum der letzten Behandlung:<br><i>20.10.2022-</i><br><i>25.10.2022</i>                     | Überweisung durch Hausärztin/ Hausarzt<br><input checked="" type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein                 |
| 4. Reha-Maßnahmen                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                   | wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)        |                                                                                                                                   |
| Name der Reha-Einrichtung / Fachrichtung: <i>Rheintal-Klinik</i><br>Abteilung, Station:<br>Straße:<br>PLZ/Ort: <i>73996 C-Stadt</i><br><br>Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):<br><i>Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg</i> | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            | Datum der Behandlung:<br><i>16.11.2022-</i><br><i>20.12.2022</i>                             | Überweisung durch Hausärztin/ Hausarzt<br><input checked="" type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein                 |

**Hinweis:** Bitte geben Sie hier **unbedingt genau und vollständig** an, welche Ärztinnen/Ärzte und/oder med./ärztl. Einrichtungen sowie ggf. andere Stellen wegen welcher Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen) vom Landratsamt angeschrieben werden dürfen (Erfordernis im Interesse des Datenschutzes!). **Unvollständige Angaben verzögern die Bearbeitung und erfordern Rückfragen!**

## Schwerbehindertenausweis

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Der Schwerbehindertenausweis soll die Voraussetzungen nachweisen für die Zeit<br><input type="checkbox"/> ab Antragstellung<br><input checked="" type="checkbox"/> ab <u>01.01.2022</u> . Ein besonderes Interesse an der Feststellung dieses Zeitpunktes besteht, weil<br>(hier Gründe für die Rückwirkung der Feststellung angeben z.B.: Finanzamt):<br><i>Einkommensteuerveranlagung</i> |
| 2. <input type="checkbox"/> Ich benötige keinen Schwerbehindertenausweis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

**Hinweis:** Wenn Sie aus bestimmten Gründen (z.B. steuerlichen) für eine Zeit vor der Antragstellung Feststellungen des Landratsamtes benötigen, begründen Sie dies kurz.

## Wer ist ein schwerbehinderter Mensch?

Schwerbehinderte Menschen sind Personen

- mit einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50,
- sofern sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben (§ 2 Abs. 2 SGB IX).

Die Schwerbehinderteneigenschaft wird kraft Gesetzes, d.h. bereits mit dem Eintritt der Behinderung und nicht erst mit deren Feststellung durch das Landratsamt erworben.

## Wer kann einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden?

Personen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen im Übrigen die Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 SGB IX vorliegen, sollen aufgrund einer Feststellung nach § 152 SGB IX auf ihren Antrag von der Agentur für Arbeit schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 Abs. 1 SGB IX nicht erlangen oder nicht behalten können.

Die Gleichstellung erfolgt durch die für den Wohnort zuständige *Agentur für Arbeit*. Wenn Sie bei Gefährdung Ihres Arbeitsplatzes bzw. Nichterlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes im Sinne des § 156 Abs. 1 SGB IX die Gleichstellung beantragen wollen, wäre der Antrag unmittelbar bei der *Agentur für Arbeit* zu stellen. Mit dem Antrag auf Gleichstellung ist der Feststellungsbescheid des Landratsamtes oder der sonstige Bescheid über die Höhe des Grades der Schädigungsfolgen (GdS) vorzulegen. Im Falle der Gleichstellung besteht aber kein Anspruch auf Zusatzurlaub nach § 208 SGB IX.

## Wie wird die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch festgestellt?

Das für den Wohnort zuständige Landratsamt (siehe Seite 4) hat nach § 152 SGB IX auf Antrag den Grad der Behinderung<sup>2)</sup> und gegebenenfalls weitere gesundheitliche Merkmale festzustellen. Es erteilt hierüber einen rechtsbehelfsfähigen Feststellungsbescheid, in dem der GdB und die weiteren gesundheitlichen Merkmale angegeben werden, und zwar auch

dann, wenn der festgestellte GdB weniger als 50 beträgt.

Eine solche Feststellung kann nicht getroffen werden, wenn der GdB oder die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder der GdS bereits in einem Rentenbescheid oder dergleichen festgestellt worden ist (z.B. Bescheid einer Berufsgenossenschaft oder eines Landratsamtes, nicht aber Bescheide der Rentenversicherungsträger über Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. Rente wegen Erwerbsminderung), es sei denn, dass Sie weitere, dort nicht berücksichtigte Gesundheitsstörungen oder sonst ein Interesse an einer anderweitigen Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale beantragen.

Beträgt der im Bescheid des Landratsamtes, bzw. der anderen Stelle festgestellte GdB mindestens 50, so stellt Ihnen das

Landratsamt einen Ausweis mit Lichtbild nach § 152 Abs. 5 SGB IX über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung und gegebenenfalls die weiteren gesundheitlichen Merkmale aus.

Sofern Sie einen Ausweis benötigen, geben Sie dies bitte im Antrag (unter V. Nr. 1) an.

## Wozu dient der Ausweis nach § 152 Abs. 5 SGB IX?

Der Ausweis des Landratsamtes nach § 152 Abs. 5 SGB IX dient zum Nachweis der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, des Grades der Behinderung und ggf. weiterer gesundheitlicher Merkmale (z.B. gegenüber Arbeitgeber, Agentur für Arbeit, Integrationsamt, Finanzamt).

Mit Hilfe dieses Ausweises können Sie die Ihnen zustehenden Rechte nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (u.a. Recht auf bevorzugte Einstellung, Kündigungsschutz, berufliche Förderung, Zusatzurlaub, begleitende Hilfe im Arbeitsleben, Nachteilsausgleiche, die Ihnen nach anderen Vorschriften zustehen) in Anspruch nehmen. Näheres über die verschiedenen Nachteilsausgleiche enthält ein weiteres Merkblatt, das Sie bei der Bescheiderteilung erhalten.

Der Ausweis für schwerbehinderte Menschen, die das Recht auf unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr in Anspruch nehmen können, ist durch einen halbseitigen orangefarbenen Flächenaufdruck gekennzeichnet. Schwerbehinderte Menschen, die das Recht in Anspruch nehmen wollen, erhalten auf Antrag ein mit einer Wertmarke versehenes Beiblatt zum Ausweis. Für die Wertmarke ist im Regelfall ein Eigenanteil von jährlich 104 € oder 53 € für ein halbes Jahr zu leisten. **Ausnahmen** bestehen für blinde und hilflose schwerbehinderte Menschen und für bestimmte Gruppen einkommensschwacher schwerbehinderter Menschen<sup>3)</sup> sowie für einen begrenzten Kreis von Kriegsbeschädigten und ihnen gleichgestellten behinderten Menschen (Besitzstandswahrung); sie erhalten die Wertmarke unentgeltlich.

**Anstelle** der unentgeltlichen Beförderung kann auch eine Kraftfahrzeugsteuerermäßigung um 50 v.H. in Anspruch genommen werden. Der schwerbehinderte Mensch muss also wählen, ob er die unentgeltliche Beförderung oder die Kfz-Steuerermäßigung beansprucht.

Hilflose, Blinde und außergewöhnlich gehbehinderte schwerbehinderte Menschen werden von der Kfz-Steuer befreit; daneben kann dieser Personenkreis auch die unentgeltliche Beförderung beanspruchen (mit Beiblatt und Wertmarke die bei außergewöhnlich Gehbehinderten in der Regel kostenpflichtig ist).

Der Ausweis enthält u.a. das Datum, an dem Ihr Antrag beim Landratsamt eingegangen ist. Von diesem Datum an gilt die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch im Regelfall als nachgewiesen. Sofern ein besonderes Interesse daran besteht, dass die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, ein anderer Grad der Behinderung oder ein oder mehrere gesundheitliche Merkmale bereits zu einem früheren Zeitpunkt vorgelegen haben, werden die entsprechenden Feststellungen auf Antrag zusätzlich vom Landratsamt getroffen.

Ansprüche auf Rentenleistungen können aus dem SGB IX selbst nicht hergeleitet werden.

- 1) Vollständige Bezeichnung des Gesetzes und Fundstelle: Artikel 1 des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3234).
- 2) Menschen mit Behinderungen sind gem. § 2 Abs. 1 SGB IX 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. Die Auswirkung der Funktionsbeeinträchtigung ist als Grad der Behinderung (GdB) nach Zehnergraden abgestuft, von 20 bis 100 festzustellen.
- 3) Schwerbehinderte Menschen, die Bürgergeld oder laufende Leistungen nach dem Dritten (Hilfe zum Lebensunterhalt) und Vierten Kapitel (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) des Zwölften Buches, dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder nach § 27a BVG als Besitzstand oder § 93 SGB XIV erhalten.

### Erläuterungen zur Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID)

Die Gewährung des Behindertenpauschbetrags setzt in Zukunft zwingend voraus, dass die hierfür erforderlichen Daten an die für die Besteuerung der/des Berechtigten zuständige Finanzbehörde übermittelt werden. Hierzu ist die Angabe der Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID) notwendig. Durch die Eintragung der Steuer-ID in das Antragsformular beantragen Sie gleichzeitig die Übermittlung Ihrer Daten für die Berücksichtigung des Behindertenpauschbetrags an die Finanzbehörde und willigen in diese ein. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die Einwilligung zu widerrufen. Eine automatische Übermittlung der Daten an die Finanzämter erfolgt nach einem Widerruf nicht mehr.

Die Angabe der Steuer-ID ist freiwillig. Bitte beachten Sie, dass ohne Angabe der Steuer-ID keine automatische Übermittlung der für die Geltendmachung des Behindertenpauschbetrags erforderlichen Daten an die Finanzbehörde erfolgen kann.

### Zuständigkeitsbereiche

Die für die Feststellungen nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 3 des SGB IX) zuständigen Versorgungsämter in Baden-Württemberg wurden durch die Verwaltungsreform zum 01.01.2005 in die Landratsämter eingegliedert. In allen Fällen ist seit dem 01.01.2005 das **Landratsamt** örtlich und sachlich **zuständig**, in dessen Bereich die Berechtigten oder Antragsteller ihren **Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt** haben.

#### Im Einzelnen wird auf folgende Besonderheiten besonders hingewiesen:

Zuständig sind seit dem 01.01.2005

für den Stadtkreis Stuttgart das Landratsamt Böblingen,  
 für den Stadtkreis Heilbronn das Landratsamt Heilbronn,  
 für den Stadtkreis Baden-Baden das Landratsamt Rastatt,  
 für die Stadtkreise Heidelberg und Mannheim das Landratsamt des Rhein-Neckar-Kreises,  
 für den Stadtkreis Karlsruhe das Landratsamt Karlsruhe,  
 für den Stadtkreis Pforzheim das Landratsamt des Enzkreises,  
 für den Stadtkreis Freiburg das Landratsamt Breisgau-Hochschwarzwald,  
 für den Stadtkreis Ulm das Landratsamt des Alb-Donau-Kreises.

In vorliegendem Fall ist **Ihr Landratsamt in**

**zuständig!**