

Sehr geehrte Patienten und Patientinnen,

jedes Bundesland hat für dieses Anliegen ein eigenes Antragsformular, einige haben den Erst- und Folgeantrag in einem, andere haben hierfür zwei Anträge. Dennoch ist das, was inhaltlich gefragt wird, im Prinzip gleich – nur in unterschiedlicher Art und Weise und manchmal auch in unterschiedlicher Reihenfolge.

Generell kommen beim Bearbeiten dieses Antrages verschiedene Fragen bzw. Unklarheiten auf. Grundsätzlich gilt: reicht ein Bearbeitungsfeld nicht, kein Problem: Entweder, wenn möglich, in einer Reihe darunter einfach dazuschreiben oder vermerken „siehe Beiblatt“ – dann analog zu dem Bearbeitungsfeld auf einem extra Blatt aufführen und das Beiblatt dem Antrag anhängen.

Im Folgenden wird auf Grundsätzliches bzw. besonders zu beachtende Aspekte eingegangen, die Ihnen den Umgang mit diesem Antrag erleichtern soll. Nicht alle gefragten Aspekte treffen auf Sie zu! Z.B. können Felder, die Sie gar nicht betreffen, einfach gestrichen werden!

Wichtig: Anträge auch dieser Art beinhalten völlig verallgemeinerte Standard-Fragen bzw. Standard-Angaben. Häufig jedoch lassen sich persönliche Situationen nicht korrekt in einem derartigen Standard-Antrag abbilden. Nutzen Sie den Antrag, so wie Sie ihn brauchen. Das bedeutet nicht nur, für einen unbedeutende Felder zu streichen, sondern auch, wenn nötig, losgelöst von der vorgegebenen Struktur des Antrages an irgendeiner Stelle Angaben zu machen, die einem wesentlich erscheinen. Wenn kein angemessener Platz vorhanden ist, Beiblatt!

## **An welches Amt muss der Antrag geschickt werden?**

In Abhängigkeit von ihrem Hauptwohnsitz gibt es ein zuständiges Versorgungsamt – auch diese heißen von der Bezeichnung her unterschiedlich. Teilweise gibt es im Antrag vorweg ein Ankreuzfeld, teilweise ein Beiblatt mit den Zuständigkeiten. Ansonsten im Internet schauen oder in der Behörde nachfragen.

## **Bevollmächtigte, gesetzlich vertretende oder betreuende Person – was hat es damit auf sich?**

Gibt es eine Person, der Sie eine Vorsorgevollmacht erteilt haben, oder einen (gesetzlichen) Betreuer? Bitte benennen! Rein rechtlich ist ein gesetzlicher Betreuer einzubeziehen, ein Vorsorgebevollmächtigter optional.

## **Was ist mit Feststellungsbeginn gemeint?**

Man kann den Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht bis zu 4 Jahre rückwirkend geltend machen, WENN all die im Antrag benannten Erkrankungen mit ihren Einschränkungen, wie sie heute in Art und Umfang bestehen, schon mindestens 6 Monate bestanden haben – chronischer Aspekt! Es gibt verschiedene Sonderfälle:

- Z.B. implantierte Endgelenksprothesen, implantierte Aortenprothesen, amputierte Gliedmaßen o.ä. sind von vornherein chronisch! In diesen Fällen gibt es eine per se – Feststellung, allerdings nur für einen GdB, NICHT für Merkzeichen. Diese werden wiederum erst nach weiteren 6 Monaten vergeben, wenn dann trotz der Versorgung mit einer Prothese Einschränkungen geblieben sind.



## AUSFÜLLHINWEISE FÜR DEN ANTRAG NACH DEM SCHWERBEHINDERTENRECHT

- Z.B. das Ereignis eines Herzinfarktes, gleich mit welcher Versorgung (Stents bzw. Bypassen) gilt erst einmal als Akutereignis, erst nach 6 Monaten, wenn etwas geblieben ist, als chronisch. Ausnahme ist, wenn schon klar ist, dass der Herzinfarkt so stark war, dass von ärztlicher Seite

eine bleibende Leistungseinschränkung benannt wird. In den meisten Fällen tritt eine mögliche vorübergehende Leistungseinschränkung auf, die sich innerhalb der 6monatigen Genesungszeit zurückbildet! Bei Unsicherheit bitte den Arzt fragen!

Die Angabe zum Feststellungsbeginn ist erfahrungsgemäß hauptsächlich relevant für die Steuerfreibeträge, die dann auch rückwirkend beim Finanzamt geltend gemacht werden können. Es findet dort dann eine Nachberechnung statt!

### **Angaben zu Funktionsbeeinträchtigungen/Gesundheitsstörungen**

Hier ist es ausreichend, wenn Sie mit Ihren Worten kurz und einfach nennen, was sie an Erkrankungen bzw. Einschränkungen haben. Es werden keine medizinischen Fachbegriffe benötigt! Es reicht z.B. zu schreiben „Asthma/Atemnot“ oder „Lungenproblematik“. Der Gutachter erhält hierüber einen Überblick über die von Ihnen geltend gemachten Beeinträchtigungen. An späterer Stelle erfolgt bestenfalls eine umfangreichere Erläuterung der Situation („Ergänzungsbogen“). Dazu später.

Im übrigen ist der Gutachter verpflichtet, ärztliche Unterlagen einzuholen, wenn diese nicht beigelegt werden. Aber bitte beachten:

Wenn Sie alle ärztlichen Dokumente beifügen, wird die Bearbeitungszeit deutlich verkürzt. In der Regel wird (meistens am Ende des Antrages) gefragt, welche Unterlagen dem Antrag beigelegt werden – unter „Anlagen“. Hier zur Übersicht unbedingt aufführen! Selbst in dem Fall, dass Sie gar nicht alle Dokumente besitzen: rein rechtlich müssen diese Ihnen von Ihrem Arzt auf Verlangen ausgehändigt werden. Und Sie bekommen sie schneller als der Gutachter!

Wenn Ihnen aus unterschiedlichsten Gründen wichtig ist, dass der Gutachter die notwendigen Unterlagen anfordert, können Sie zumindest von einer deutlich längeren Bearbeitungszeit des Antrages ausgehen. Nicht, weil der Gutachter so lange benötigt, sondern weil oftmals diese Anfrage im Alltagsgeschehen bei den angefragten Ärzten bzw. Institutionen hinten angestellt wird.

### **Hinweis auf den sogenannten „Ergänzungsbogen Teilhabebeeinträchtigungen“**

#### **Generelle Aspekte:**

Gutachterlich wird nicht nur die reine Diagnose bewertet. Beispiel: ist die Diagnose „Asthma“ aufgeführt, treten bei allen Betroffenen unterschiedlichste Ausprägungen und Schweregrade auf. Dies betrifft alle Diagnosen mit den damit verbundenen Einschränkungen! Bewertet werden tatsächlich Art und Ausmaß einer Erkrankung, die jedoch aus dem Hauptantrag nicht hervorgehen. Hier empfiehlt sich, einen „Ergänzungsbogen Teilhabebeeinträchtigungen“ zu schreiben, d.h. der Gutachter benötigt ein „Bild“ von Ihnen, um zu verstehen, wie Ihre persönlichen Einschränkungen ausgeprägt sind, inwieweit Ihre Teilhabe eingeschränkt ist. Dies kann handschriftlich oder über PC erfolgen. Tatsächlich gibt es nur zwei Situationen, die ungünstig sind: Sie schreiben diesen Ergänzungsbogen nicht oder Sie schreiben unleserlich. Es gibt keine Vorlage, wie der „Ergänzungsbogen Teilhabebeeinträchtigungen“ verfasst werden kann. Wir haben hierzu ein entsprechendes Dokument mit gleichem Namen verfasst, welches den Versuch darstellen soll, einen möglichen Weg aufzuzeichnen. Alternativ stellt man beispielhaft



## AUSFÜLLHINWEISE FÜR DEN ANTRAG NACH DEM SCHWERBEHINDERTENRECHT

einen Tagesablauf dar. Bei Problemstellungen psychischer Natur empfiehlt sich, frei die Einschränkungen zu notieren. Wichtig wäre, es überhaupt zu machen, es ist aber keine Vorgabe.

Was passiert, wenn der Ergänzungsbogen nicht eingereicht wird: der Gutachter geht von dem Fall der geringsten Einschränkungen aus – was aber nicht jedem gerecht wird!

Es gibt Fälle, in denen der Ergänzungsbogen vorerst nicht benötigt wird: siehe auch unter „Was ist mit Feststellungsbeginn gemeint?“

In der Regel erhalten Sie den „Ergänzungsbogen Terilhabe einschränkungen“ samt anderem Informationsmaterial über den Vortrag Schwerbehinderung, ansonsten bitte unter [sozialdienst@ostseeklinik.com](mailto:sozialdienst@ostseeklinik.com) anfragen oder einen Zettel mit der entsprechenden Bitte in den Postkasten des Sozialdienstes werfen – befindet sich links neben E008, das Dokument kommt dann in Ihr Postfach.

### **Inhaltliche Aspekte:**

Es reicht nicht, allgemein zu bleiben. Beispiel bei Wirbelsäulenproblematik: „Ab Nachmittags habe ich Rückenschmerzen“ – dies betrifft tatsächlich nicht wenige Menschen!. Der Gutachter benötigt ein individuelles „Bild“ von Ihnen, so dass konkrete Angaben relevant wären. Beispiel bei Knieproblematik: „An guten Tagen kann ich ca. 500m ohne Probleme gehen, dann setzen ein Schmerzen, Krampfgefühle, das Gefühl des Wegknickens ..., eine Gehpause ist erforderlich; nach ca. 5 Minuten im Stehen/Sitzen mit Beinhochlegen ist ein Weitergehen in denselben Abständen/immer kürzer werdenden Abständen möglich; an schlechten Tagen ist ein Gehen ohne Probleme nur ca. 100m/gar nicht möglich ...!“

Aus den Angaben sollten bestenfalls die **persönlichen Belastungsgrenzen** hervorgehen.

### **„Ich bin damit einverstanden, dass alle im laufenden Feststellungsverfahren zusätzlich festgestellte Funktionsbeeinträchtigungen berücksichtigt werden“**

Hier geht es um die Berechtigung für den Gutachter, entweder ausschließlich die von Ihnen angegebenen Gesundheitsstörungen zu bewerten oder aber, sollte sich anhand der ärztlichen Unterlagen eine weitere bewertungsfähige (Bei-)Diagnose bzw. weitere Gesundheitsstörung ersehen können, auch weitere von Ihnen **nicht direkt** benannte Aspekte. Im Gegensatz zu den Gutachtern ist man als „Laie“ nicht immer in der Lage, eindeutig zu erkennen, was den Bewertungskriterien unterliegt.

### **Merkzeichen**

Die Möglichkeit, bezüglich der Merkzeichen „Wünsche“ anzugeben, ist nicht in den Anträgen aller Bundesländer vorhanden. Es gibt Bundesländer, in denen der Gutachter autonom über die Merkzeichen entscheidet und Sie im Rahmen des Feststellungsverfahrens schriftlich gebeten werden, Stellung dazu zu beziehen, ob Sie ein gewisses, Ihnen laut Einschätzung des Gutachters zustehendes Merkzeichen annehmen möchten. Ansonsten handelt es sich um die Möglichkeit für Sie, die Ihnen Ihrer Meinung nach zustehenden Merkzeichen zu kreuzen.

### **Angaben zu Haus-/Fachärzten sowie Aufenthalt in Krankenhäusern oder Rehakliniken**

Auch hier gilt das Motto: wenn Platz nicht reicht, Beiblatt mit einem Hinweis an entsprechender Stelle! Bei Krankenhausbehandlung werden in der Regel Angaben zu einem eingegrenzten zurückliegenden Zeitraum der letzten 2-3 Jahre erbeten. Es gibt Fälle, in denen es Sinn macht, auch einen deutlich weiter zurückliegenden Krankenhausaufenthalt anzugeben. Immer bedenken: der Gutachter will nur verstehen!



**Frage: Befinden sich dazu Unterlagen in der hausärztlichen Praxis?**

Der Hintergrund ist folgender: Wenn Sie dies bejahen, beschränkt sich in der Regel der Gutachter darauf, Unterlagen beim Hausarzt anzufordern. Hat der Hausarzt denn Unterlagen, die vollständig und aktuell sind? Wenn nicht, macht es Sinn, dies nicht zu bejahen.

Wenn Sie dies verneinen, werden die Fachärzte ebenfalls angeschrieben und darum gebeten, ärztliche Unterlagen bzw. bearbeitete Fragebögen zu übersenden. Wenn Sie also unsicher sind, ob wirklich alle relevanten Unterlagen bei Ihrem Hausarzt liegen, macht es Sinn zu verneinen.

**Informationen zum Prozedere:**

Es ist entgegen der allgemeinen Ansicht günstiger, diesen Antrag NICHT persönlich bei dem zuständigen Versorgungsamt abzugeben, es sein denn, man lässt sich eine Bescheinigung/Eingangsbestätigung aushändigen. Es bringt auch keine Vorteile! Günstig wäre Einwurfeinschreiben. In dem Fall hat man einen Nachweis über den Eingang beim Versorgungsamt und ein Mitarbeiter muss NICHT gegenzeichnen, wie es bei Übergabeeinschreiben der Fall wäre! Es gehen jeden Tag ungeheure Mengen an Anträgen dort ein.

In der Regel erhalten Sie eine Eingangsbestätigung nach spätestens 6 Wochen. Bei Fragen aller Art bitte das zuständige Versorgungsamt kontaktieren.

Das Versorgungsamt hat – bitte nicht wundern – in allen Gegenden Deutschlands unterschiedliche Bezeichnungen, z.B. Landesamt für soziale Dienste u.a.

**Ihr Sozialdienstteam der Ostseeklinik Schönberg-Holm**

# AUSFÜLLHINWEISE FÜR DEN ANTRAG NACH DEM SCHWERBEHINDERTENRECHT

Dieses Formular erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll den Umgang mit wesentlichen und zumeist auftretenden Fragestellungen erleichtern! Alle Angaben ohne Gewähr!