



HOCCM Deutschland e.V.

Anerkennung der ~~Schwer~~behinderung mit einem Grad von unter 50.

Was nun?

Referent: Carsten Schnauß

1. Vorsitzender HOCCM Deutschland e.V.



HOCM Deutschland e.V.

Unterschied zwischen Behinderung und Schwerbehinderung:

Nach dem Sozialgesetzbuch IX wird als **Schwerbehindert** bezeichnet, wem mindestens ein **GdB von 50** zugesprochen wurde.

Als **behindert** wird bezeichnet, wer einen **GdB von 20, 30 oder 40** hat

Wer eine Behinderung mit einem **Grad von 30 oder 40** hat, kann unter bestimmten Voraussetzungen einem **Schwerbehinderten gleichgestellt** werden.



HOCM Deutschland e.V.

Name

Anschrift

Versorgungsamt

Anschrift

Ort, den Datum

Ihr Bescheid wegen Nichtanerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft

Aktenzeichen: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Antrag vom (Datum) habe ich die Feststellung der Schwerbehinderung beantragt.

Am _____ habe ich Ihren Bescheid vom (Datum) erhalten, in dem Sie erklären,

dass meinem Antrag nicht entsprochen werden kann.

Gegen diese Entscheidung lege ich Einspruch ein.

.....

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift



HOCM Deutschland e.V.

Wichtig

Bevor Sie die Widerspruchsbegründung anfertigen, sollten Sie unbedingt Einsicht in die Ihnen nicht bekannten entscheidungserheblichen Unterlagen, wie z.B. Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenkasse, versorgungsärztliche Stellungnahme, RV-Gutachten, BG-Unfallgutachten und anderes nehmen.

Hierzu sind Sie ausdrücklich berechtigt und Sie sollten auf jeden Fall von Ihrem gesetzlichen Recht auf Akteneinsicht Gebrauch machen.



HOCM Deutschland e.V.

1. Allgemeine Hinweise zur GdS-Tabelle
2. Kopf und Gesicht
3. Nervensystem und Psyche
4. Sehorgan
5. Hör- und Gleichgewichtsorgan
6. Nase
7. Mundhöhle, Rachenraum und obere Luftwege
8. Brustkorb, tiefere Atemwege und Lungen
- 9. Herz und Kreislauf**
10. Verdauungsorgane
11. Brüche (Hernien)
12. Harnorgane
13. Männliche Geschlechtsorgane
14. Weibliche Geschlechtsorgane
15. Stoffwechsel, innere Sekretion
16. Blut, blutbildende Organe, Immunsystem
17. Haut
18. Haltungs- und Bewegungsorgane, rheumatische Krankheiten





9.1 Krankheiten des Herzens

9.1.1 Einschränkung der Herzleistung:

Liegen **weitere objektive Parameter zur Leistungsbeurteilung** vor, sind diese entsprechend zu berücksichtigen.

Notwendige körperliche Leistungsbeschränkungen
(z.B. bei höhergradiger Aortenklappenstenose,

hypertrophischer obstruktiver Kardiomyopathie)

sind wie **Leistungsbeeinträchtigungen zu bewerten.**

nach Implantation eines Kardioverter-Defibrillators

..... wenigstens 50



HOCCM Deutschland e.V.

Unterstützung bei der Formulierung des Widerspruchs



Rechtsanwälte – **Fachanwalt für Sozialrecht** --



HO CM Deutschland e.V.

Gerichtsverfahren

Klage:

Sofern Sie mit einer Entscheidung der Widerspruchsstelle des Landesversorgungsamtes nicht einverstanden sein sollten, können Sie gegen den ablehnenden Widerspruchsbescheid eine Klage beim zuständigen Sozialgericht ein Gerichtsverfahren einleiten

Berufung:

Gegen ein sozialgerichtliches Urteil kann Berufung beim Landessozialgericht eingelegt werden.



HOCCM Deutschland e.V.

07.02.1997 Grad der Behinderung 40

1. Hypertrophe Kardiomyopathie bei Bluthochdruck
2. Asthma bronchiale bei Pollenallergie

24.02.1997 Widerspruch
Hypertrophe Kardiomyopathie, Bluthochdruck



17.09.1997 Klage vor dem Sozialgericht

16.12.1997 Versorgungsamt
Stellungnahme Internist/Sozialmediziner

17.03.1998 Empfehlung Klage zurückzunehmen !

20.07.1998 Neuer Bescheid
mit Grad der Behinderung von 50
.., ob sie nunmehr die Klage zurücknehmen



HOCM Deutschland e.V.

Die Gleichstellung

Behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von weniger als 50, aber mindestens 30, können von der Agentur für Arbeit schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden.



HOCCM Deutschland e.V.

VORAUSSETZUNG 1: GDB 30 ODER 40

VORAUSSETZUNG 2: GEEIGNETER ARBEITSPLATZ

Eine zentrale Frage ist, ob der Arbeitsplatz überhaupt geeignet ist

Geeignet ist ein Arbeitsplatz,

wenn der behinderte Mensch unter Berücksichtigung von Art und Schwere seiner Behinderung die Tätigkeit auf diesem Arbeitsplatz auf Dauer ausüben kann – gegebenenfalls mit Hilfe behinderungsgerechter Ausgestaltung



HOCM Deutschland e.V.



Bundesagentur für Arbeit

| | |
|--|--|
| Wird von der Agentur für Arbeit ausgefüllt | |
| formlose Antragstellung am: | |
| <input type="checkbox"/> telefonisch | <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> persönlich |
| zust. OrgZ.: | Hdz.: |

Zutreffendes bitte ankreuzen

Antrag

auf Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen nach § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

1. Angaben zur Person

| | | |
|----|--|---|
| a) | Familienname (ggf. Geburtsname), Vorname, Kundennummer, Staatsangehörigkeit | |
| b) | Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) | |
| c) | Geburtsdatum | Rentenversicherungsnummer telefonisch erreichbar unter (tagsüber) |
| d) | bei Ausländern <input type="checkbox"/> Berechtigung zur Arbeitsaufnahme liegt vor (Arbeitsgenehmigung bzw. Aufenthaltstitel in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> Berechtigung zur Arbeitsaufnahme nicht erforderlich, weil: | |



2. Angaben zum Grad der Behinderung

a) Der festgestellte Grad der Behinderung (GdB) beträgt

Als Nachweis bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes oder Rentenbescheid der Berufsgenossenschaft zur Einsichtnahme beifügen.

- b) Gegen den Bescheid des Versorgungsamtes habe ich Widerspruch / Klage erhoben.
- c) Beim Versorgungsamt habe ich einen Neuantrag gestellt.



HOCM Deutschland e.V.

3. Angaben zum Beruf / Arbeitsverhältnis

a) Beruf mit Abschluss (Ausbildung, Studium usw.) als

Sonstige berufliche Qualifikationen

b) Ich bin

beschäftigt bei (Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb, genaue Bezeichnung, Anschrift und Telefon)

beschäftigt als

seit

in Ausbildung als

seit

Beamter auf Lebenszeit als

seit

arbeitslos seit

selbständig seit



c) Können Sie Ihre derzeitige Tätigkeit weiterhin ausüben?

ja, ohne Einschränkung

ja, mit behinderungsbedingten Einschränkungen

nein, weil

d) Eine innerbetriebliche Umsetzung ist wegen der Auswirkungen meiner Behinderungen

vorgesehen bereits erfolgt nicht möglich

Falls bereits erfolgt, sind weiterhin behinderungsbedingte Einschränkungen gegeben.

ja nein

e) Arbeitszeit

Vollzeit Teilzeitarbeit mit _____ Std./Woche

Schichtarbeit Wechselschicht Nachtschicht



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) Schwerbehindertenvertretung 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 | Ausfallursache (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.



HOCM Deutschland e.V.

- 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).



HOCM Deutschland e.V.

Was bewirkt die Gleichstellung?

Mit einer Gleichstellung erlangt man grundsätzlich den gleichen „Status“ wie schwerbehinderte Menschen.

Auswirkungen:

besonderer Kündigungsschutz,
besondere Einstellungs-/ Beschäftigungsanreize für Arbeitgeber durch
Lohnkostenzuschüsse sowie Berücksichtigung bei der
Beschäftigungspflicht,
Hilfen zur Arbeitsplatzausstattung,
Betreuung durch spezielle Fachdienste.

jedoch nicht:

Zusatzurlaub, unentgeltliche Beförderung und besondere Altersrente.



HOCCM Deutschland e.V.



IFD

**Integrations-
fachdienst**

- **der Rückkehr an Ihren Arbeitsplatz nach längerer Erkrankung**
- **Fehlzeiten durch Arbeitsunfähigkeit**
- **Leistungsschwankungen**
- **Veränderungen am Arbeitsplatz**
- **Konflikten am Arbeitsplatz**
- **Gefährdung des bestehenden Arbeitsverhältnisses**
- **Suche eines leidensgerechten Arbeitsplatz und beruflicher Alternativen**
- **Bedarf an psychosozialer Unterstützung**



HOCM Deutschland e.V.

LWVHessen

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Integrationsamt

- **die Begleitende Hilfe im Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen**
- **den besonderen Kündigungsschutz für schwerbehinderte Menschen**
- **die Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe**
- **Seminare und Öffentlichkeitsarbeit für das betriebliche Integrationsteam.**



HOCCM Deutschland e.V.

Nachteile ?



HOCM Deutschland e.V.

**Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit.**