



3



Antrag auf Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen

Nach § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

i Hinweis Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen. Pflichtfelder sind mit Stern* markiert.

A. Angaben zur Person

1 Vorname*

2 Nachname*

3 Geburtsname (sofern abweichend)

4 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)*

5 Rentenversicherungsnummer

6 Kundennummer

7 Straße*

8 Hausnummer*

9 Postleitzahl*

10 Wohnort*

11 Telefon (freiwillige Angabe) 12 E-Mail (freiwillige Angabe)

13 Geschlecht*

- männlich
 weiblich
 divers
 keine Angabe

14 Staatsangehörigkeit*

- deutsch
 andere (bitte ergänzen)

Bei Ausländern bitte Frage 15 und gegebenenfalls 16 beantworten

15 Berechtigung zur Arbeitsaufnahme liegt vor?

- Ja (Aufenthaltstitel bitte in Kopie beifügen)
 Nein (weiter mit 16)

16 Berechtigung zur Arbeitsaufnahme nicht erforderlich, weil:



S1

B. Angaben zum Grad der Behinderung

17 Der festgestellte Grad der Behinderung (GdB) beträgt:

i Wichtiger Hinweis Als Nachweis bitte eine Kopie Ihres Feststellungsbescheides über Art und Grad Ihrer Behinderung (vollständig) oder des Rentenbescheides der Berufsgenossenschaft beifügen. Die Bescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt ist für die Bearbeitung nicht ausreichend.

18 Haben Sie gegen den Bescheid Widerspruch/Klage erhoben?
 Nein (weiter mit 20) Ja, am (TT.MM.JJJJ):

19 Wurde über den Widerspruch/die Klage schon entschieden?
 Nein Ja (weiter mit 21)

Wenn über Ihren Antrag auf Feststellung des GdB noch nicht entschieden wurde, beantworten Sie bitte Frage 20

20 Um welche Art des Antrags handelt es sich?
 Erstantrag vom (TT.MM.JJJJ) Antrag zur Neufeststellung des GdB vom (TT.MM.JJJJ)

C. Angaben zum Arbeitsverhältnis und zur Tätigkeit

21 Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?
 Ich bin beschäftigt Ich bin in Ausbildung
 Ich bin verbeamtet auf Lebenszeit Ich bin in einem sonstigen Dienstverhältnis

als

seit (MM.JJJJ) (weiter mit 29)

Ich bin selbstständig seit (MM.JJJJ) (weiter mit 56)

Ich bin arbeitslos/arbeitsuchend/ausbildungsuchend seit (MM.JJJJ)

Bitte folgende Angaben nur ausfüllen, wenn Sie arbeitslos/arbeitsuchend/ausbildungsuchend sind:

22 gemeldet bei (Name der Agentur für Arbeit bzw. des Jobcenters)

23 Straße 24 Hausnummer 25 Postleitzahl 26 Ort

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner bei Agentur für Arbeit bzw. Jobcenter

27 Vorname 28 Nachname

(weiter mit 56)



Angaben zum Arbeitgeber

29 Bezeichnung des Arbeitgebers

30 Straße

31 Hausnummer

32 Postleitzahl

33 Ort

34 Können Sie Ihre derzeitige Tätigkeit weiterhin ausüben?

- Ja, ohne Einschränkung
- Ja, mit behinderungsbedingten Einschränkungen (Begründung bitte unter Punkt 45)
- Nein (Begründung bitte unter Punkt 45)

35 Eine innerbetriebliche Umsetzung ist wegen der Auswirkungen meiner Behinderung

- vorgesehen (weiter mit 37)
- nicht möglich (weiter mit 37)
- nicht erforderlich (weiter mit 37)
- bereits erfolgt am (MM.JJJJ)

36 Sind weiterhin behinderungsbedingte Einschränkungen gegeben?

- Ja Nein

37 Welche vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten haben Sie?

- Vollzeit Teilzeitarbeit mit Stunden pro Woche
- Schichtarbeit Wechselschicht Nachtschicht

38 Wie sind Ihre örtlichen Arbeitsbedingungen (Mehrfachnennung ist möglich)?

- im Freien in geschlossenen Räumen in temperierten Räumen

	stehend	gehend	sitzend
ständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
überwiegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39 Weitere Arbeitsbedingungen (Mehrfachnennung ist möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zeitdruck (z. B. Akkord, Fließband) | <input type="checkbox"/> Lärm |
| <input type="checkbox"/> Nässe | <input type="checkbox"/> Kälte |
| <input type="checkbox"/> Hitze | <input type="checkbox"/> Zugluft |
| <input type="checkbox"/> Staub | <input type="checkbox"/> Rauch |
| <input type="checkbox"/> Gase | <input type="checkbox"/> Dämpfe |
| <input type="checkbox"/> Schmutz, hautbelastende Stoffe | |
| <input type="checkbox"/> Häufiges Bücken | <input type="checkbox"/> Zwangshaltungen (z. B. Überkopfarbeit, Knien) |
| <input type="checkbox"/> Häufiges Heben, Tragen ohne Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> auf Leitern, Gerüsten, in großer Höhe |



S3

40 Mein Arbeitsverhältnis ist

- befristet bis (MM.JJJJ) (weiter mit 43)
- nicht gekündigt (weiter mit 43)
- gekündigt am (TT.MM.JJJJ) zum (TT.MM.JJJJ)

41 Ich habe gegen die Kündigung

- keine Schritte eingeleitet (weiter mit 43)
- folgende Schritte eingeleitet

42 Welche Schritte haben Sie gegen die Kündigung eingeleitet?

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

- Nein (weiter mit 45) Ja

44 Welchen besonderen Kündigungsschutz haben Sie?

D. Begründung des Antrages und Angaben zur Tätigkeit

45 Bitte beschreiben Sie detailliert, was Sie mit Ihrem Antrag auf Gleichstellung konkret erreichen möchten und wie sich Ihre Behinderung auf Ihre derzeitige Tätigkeit auswirkt (keine Diagnose). Falls der Platz hierfür nicht ausreicht, können Sie am Ende des Antrages weitere Angaben machen.

46 Hatten Sie in den letzten zwei Jahren nennenswerte Fehlzeiten **wegen** Ihrer Behinderung?

- Nein (weiter mit 48) Ja

47 Bitte nachfolgend jeweils die Dauer der Fehlzeit angeben sowie die Art der Ausfallursache ankreuzen. Falls der Platz hierfür nicht ausreicht, können Sie am Ende des Antrages weitere Angaben machen.

Vom (TT.MM.JJJJ)	Bis (TT.MM.JJJJ)	Ausfall wegen Arbeitsunfähigkeit	Ausfall wegen medizinischer Reha (Kur)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48 Sind Sie derzeit arbeitsunfähig erkrankt?

- Nein (weiter mit 52)
- Ja, seit (TT.MM.JJJJ)



S4

49 Ist ein Ende der Arbeitsunfähigkeit absehbar?

- Nein
- Ja, voraussichtlich arbeitsfähig ab dem (TT.MM.JJJJ)

50 Eine Wiedereingliederung

- ist geplant von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)
- erfolgt derzeit von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)
- wurde abgebrochen
- ist nicht geplant
- ist bereits abgeschlossen

51 Ergebnis der bereits abgeschlossenen Wiedereingliederung

52 Ist Ihr Arbeitsverhältnis aus anderen, nicht behinderungsbedingten Gründen (z. B. Rationalisierung – evtl. mit Sozialplan, Auftragsmangel, Technisierung) gefährdet?

- Nein, ist dadurch nicht gefährdet (weiter mit 54)
- Ja, ist dadurch zusätzlich gefährdet
- Ja, ist dadurch ausschließlich gefährdet

53 Geben Sie bitte die Gründe für eine zusätzliche bzw. ausschließliche Gefährdung an:

54 Hat der Arbeitgeber bereits mit einer Kündigung aus behinderungsbedingten Gründen gedroht?

- Nein (weiter mit 56) Ja

55 In welcher Form (z. B. Abmahnung, Fehlzeitengespräche) und aus welchen Gründen?
(bitte Nachweise beifügen, falls vorhanden)

56 Benötigen Sie die Gleichstellung zur Erlangung eines Arbeitsplatzes?

- Nein (weiter mit Unterschrift - 69) Ja

57 Wurden Bewerbungsbemühungen bereits gestartet?

- Nein Ja

58 Haben Sie die Aussicht auf ein **neues** Arbeitsverhältnis/einen **neuen** Ausbildungsplatz?

- Nein (weiter mit Unterschrift - 69)
- Ja, geplanter Einstellungstermin (TT.MM.JJJJ)

59 Macht der Arbeitgeber die Einstellung von einer Gleichstellung abhängig?

- Nein Ja (bitte Bestätigung des Arbeitgebers beifügen)



S5

Daten des neuen Arbeitgebers

60 Bezeichnung des Arbeitgebers

61 Straße

62 Hausnummer

63 Postleitzahl

64 Ort

Ansprechpartner/in des Arbeitgebers

65 Vorname

66 Nachname

67 Telefon (freiwillige Angabe)

68 Bitte geben Sie hier die Gründe an, weshalb Sie die Gleichstellung zur Erlangung eines Arbeitsplatzes benötigen.

Unterschrift

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Bei elektronischer Antragstellung über <https://www.arbeitsagentur.de> ist eine Unterschrift nicht erforderlich.

69 Ort

70 Datum

71 Unterschrift

Zusatz für beschäftigte Antragstellerinnen bzw. Antragsteller:

Einwilligungserklärung zur Erhebung von Daten zur Arbeitsplatzsituation beim Arbeitgeber und – soweit vorhanden – beim Betriebs-/Personalrat bzw. bei einer sonstigen Vertretung nach § 176 SGB IX sowie bei der Schwerbehindertenvertretung.

Zu den Voraussetzungen der Gleichstellung gehört, dass Sie infolge Ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können. Dafür sind die in diesem Antrag angefragten Informationen erforderlich. Zur Entscheidung über Ihren Antrag auf Gleichstellung erfolgt eine umfassende Sachverhaltsermittlung. Deshalb beabsichtigen wir, wenn Sie die Gleichstellung zum Behalten Ihres Arbeitsplatzes beantragen, mit Ihrer Einwilligung auch Ihren Arbeitgeber und – soweit vorhanden – Betriebs-/Personalrat bzw. sonstige Vertretung nach § 176 SGB IX sowie die Schwerbehindertenvertretung zu Ihrer Arbeitsplatzsituation zu befragen, um diesbezüglich ergänzende Informationen einzuholen. Es handelt sich dabei um Fragen zur konkreten Situation am Arbeitsplatz, zu einer möglichen Gefährdung des Arbeitsplatzes sowie zum Arbeitsverhältnis (Vorliegen eines besonderen Kündigungsschutzes, einer Kündigung oder eines Aufhebungsvertrages). Ein Muster des Fragebogens wird Ihnen auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt.

Für diese Befragung benötigen wir Ihre vorherige Einwilligung. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie nicht verpflichtet sind, Ihre Einwilligung zu erteilen, vielmehr ist die Erteilung Ihrer Einwilligung freiwillig. Dabei geben Sie Ihre Einwilligung für jede der unten genannten Stellen getrennt ab. Eine einmal erteilte Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen.

Erteilen Sie eine oder mehrere Einwilligungen nicht, könnte dies bei der weiteren Bearbeitung Ihres Antrags unter Umständen dazu führen, dass dann der maßgebliche Sachverhalt nicht im erforderlichen Umfang ermittelt werden kann. Dies kann unter den Voraussetzungen der §§ 60, 66 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) zu einer Versagung der Gleichstellung führen.



S6

72 Darf Ihr Arbeitgeber zu Ihrem Arbeitsverhältnis/zu Ihrer Arbeitsplatzsituation befragt werden?

- Ja Nein (weiter mit 77)

Adresse der bei Ihrem Arbeitgeber für Personalangelegenheiten zuständigen Stelle, wenn abweichend von der bei den Feldern 29 bis 33 genannten Anschrift.

73 Straße	74 Hausnummer	75 Postleitzahl	76 Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

77 Ist ein Betriebs-/Personalrat oder eine sonstige Vertretung nach § 176 SGB IX vorhanden?

- Ja Nein (weiter mit 83) unbekannt

78 Darf der örtlich zuständige Betriebs-/Personalrat bzw. die sonstige Vertretung nach § 176 SGB IX zu Ihrem Arbeitsverhältnis/zu Ihrer Arbeitsplatzsituation befragt werden?

- Ja Nein (weiter mit 83)

Adresse, wenn abweichend von der des Arbeitgebers (Felder 29 bis 33).

79 Straße	80 Hausnummer	81 Postleitzahl	82 Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

83 Ist eine Schwerbehindertenvertretung vorhanden?

- Ja Nein (weiter mit Unterschrift - 89) unbekannt

84 Darf die örtlich zuständige Schwerbehindertenvertretung zu Ihrem Arbeitsverhältnis/zu Ihrer Arbeitsplatzsituation befragt werden?

- Ja Nein (weiter mit Unterschrift - 89)

Adresse, wenn abweichend von der des Arbeitgebers (Felder 29 bis 33).

85 Straße	86 Hausnummer	87 Postleitzahl	88 Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diese Einwilligungserklärung können Sie jederzeit für die Zukunft ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Agentur für Arbeit widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt davon unberührt.

Unterschrift

Bei elektronischer Antragstellung über <https://www.arbeitsagentur.de> ist eine Unterschrift nicht erforderlich.

89 Ort	90 Datum	91 Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Dieses Blatt bitte nur ausfüllen, wenn Sie bei den Fragen 45 oder bei Frage 47 weiteren Platz benötigen.

Fortsetzung Punkt 45: Bitte beschreiben Sie detailliert, was Sie mit Ihrem Antrag auf Gleichstellung konkret erreichen möchten und wie sich Ihre Behinderung auf Ihre derzeitige Tätigkeit auswirkt (keine Diagnose)

Fortsetzung Punkt 47: Bitte nachfolgend jeweils die Dauer der Fehlzeit angeben sowie die Art der Ausfallursache ankreuzen.

Vom (TT.MM.JJJJ)	Bis (TT.MM.JJJJ)	Ausfall wegen Arbeitsunfähigkeit	Ausfall wegen medizinischer Reha (Kur)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Informationen zur Gleichstellung behinderter mit schwerbehinderten Menschen nach § 2 Abs. 3 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Schwerbehinderte Menschen

Menschen sind nach § 2 Abs. 2 SGB IX 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 Sinne des § 156 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben. Das Vorliegen einer Behinderung sowie der Grad der Behinderung werden vom Versorgungsamt oder von der nach Landesrecht zuständigen Behörde festgestellt.

Gleichgestellte behinderte Menschen

Personen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber mindestens 30, sollen auf Antrag schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz i.S. des § 156 SGB IX nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen). Zuständig für die Durchführung des Gleichstellungsverfahrens ist die Bundesagentur für Arbeit. Rechtsgrundlage: § 2 Abs. 3 SGB IX in Verbindung mit § 151 Abs. 2 und 3 SGB IX.

Wirkungen der Gleichstellung

Mit einer Gleichstellung erlangen Sie grundsätzlich den gleichen „Status“ wie schwerbehinderte Menschen. Damit gelten für Sie dieselben Bestimmungen, zum Beispiel:

- besonderer Kündigungsschutz nach dem SGB IX
- Hilfen zur Arbeitsplatzausstattung
- Betreuung durch spezielle Fachdienste
- Beschäftigungsanreize für Arbeitgeber (z.B. Lohnkostenzuschüsse)

Der besondere Kündigungsschutz (§ 168 SGB IX) greift jedoch nur dann, wenn Sie bei Zugang einer Kündigung bereits gleichgestellt sind oder der Gleichstellungsantrag mindestens drei Wochen vor Zugang der Kündigung von Ihnen gestellt wurde (Urteil des Bundessozialgerichts – B 7 AL 6/10 R – vom 1. März 2011).

Regelungen, die für Gleichgestellte nicht gelten

- Zusatzurlaub und unentgeltliche Beförderung nach dem SGB IX
- besondere Altersrente

Voraussetzungen der Gleichstellung

Sie können gleichgestellt werden, wenn Sie

- einen Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30 haben und
- Ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich des SGB IX haben und
- infolge Ihrer Behinderung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 SGB IX nicht erlangen oder nicht behalten können.

In § 156 Abs. 1 SGB IX ist der Begriff des Arbeitsplatzes definiert. In § 156 Abs. 3 SGB IX ist festgelegt, dass Ihre wöchentliche Arbeitszeit mindestens 18 Stunden umfassen muss.



Diese Sonderform der Gleichstellung bewirkt, dass das Integrationsamt Leistungen im Rahmen der beruflichen Orientierung sowie der Berufsausbildung (Prämien und Zuschüsse zu den Kosten der Berufsausbildung) erbringen kann. Alle anderen besonderen Regelungen für schwerbehinderte Menschen finden keine Anwendung.

Antragstellung und Verfahrensablauf

Ein Antrag auf Gleichstellung kann formlos (persönlich, telefonisch oder schriftlich) bei der örtlichen Agentur für Arbeit gestellt werden. Mit einem Formular (Antragsvordruck) werden die notwendigen Informationen und Sachverhalte erhoben, um prüfen zu können, ob die Voraussetzungen für eine Gleichstellung erfüllt sind.

Für die Prüfung der Grundvoraussetzungen der Gleichstellung wird eine Kopie Ihres Feststellungsbescheids über Art und Grad der Behinderung oder des Rentenbescheids der Berufsgenossenschaft benötigt. Einzelfallbezogen können weitere Nachweise bzw. Unterlagen erforderlich werden. Dies ergibt sich aus dem Antragsvordruck; ggf. fordert die Agentur für Arbeit im Rahmen der Antragsbearbeitung weitere Unterlagen an.

Wenn Sie den Antrag auf Gleichstellung zur Sicherung Ihres Arbeitsverhältnisses stellen, ist es zur Aufklärung des Sachverhalts darüber hinaus erforderlich, Ihren Arbeitgeber und – soweit vorhanden – Betriebs- bzw. Personalrat sowie die Schwerbehindertenvertretung zu Ihrer Arbeitsplatzsituation zu befragen. Dies setzt jedoch voraus, dass Sie vorher der Agentur für Arbeit Ihre Einwilligung erklärt haben.

Nach Prüfung des Antrags erhalten Sie einen schriftlichen Bescheid, ob die beantragte Gleichstellung erteilt oder abgelehnt wurde. Wird Ihnen eine Gleichstellung erteilt, wird sie in der Regel mit dem Tag, an dem der Antrag bei der Agentur für Arbeit gestellt wurde, wirksam (d. h. rückwirkend).

Datenschutz

Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung: Die Datenverarbeitung durch die Bundesagentur für Arbeit stützt sich insbesondere auf Art. 6 Abs. 1 lit. c Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Verbindung mit §§ 67a ff SGB X und §§ 2 Abs. 3 und 151 SGB IX.

Datenschutzrechtliche Hinweise der Bundesagentur für Arbeit finden Sie unter www.arbeitsagentur.de/datenerhebung.

Der Arbeitsplatz muss für Sie geeignet sein. Dies ist der Fall, wenn Sie Ihre Tätigkeit unter Berücksichtigung Ihrer Behinderung auf Dauer ausüben können. Geringfügige behinderungsbedingte Beeinträchtigungen oder Einschränkungen der Aktionsfähigkeit am Arbeitsplatz schließen die Eignung des Arbeitsplatzes nicht aus. Nicht geeignet ist ein Arbeitsplatz immer dann, wenn sich bei einer Weiterbeschäftigung die Behinderung zu verschlechtern droht (trotz technischer Ausstattung).

Des Weiteren müssen die Wettbewerbsnachteile auf dem Arbeitsmarkt in jedem Fall auf die Behinderung als wesentliche Ursache zurückzuführen sein („infolge“ der Behinderung). Anhaltspunkte für eine behinderungsbedingte Gefährdung eines Arbeitsplatzes können beispielsweise sein:

- wiederholte bzw. häufige behinderungsbedingte Fehlzeiten,
- behinderungsbedingt verminderte Arbeitsleistung auch bei behinderungsgerecht ausgestatteten Arbeitsplatz,
- dauernde verminderte Belastbarkeit,
- Abmahnungen oder Abfindungsangebote im Zusammenhang mit behinderungsbedingt verminderter Leistungsfähigkeit,
- auf Dauer notwendige Hilfeleistungen anderer Mitarbeiter,
- eingeschränkte berufliche und/oder regionale Mobilität aufgrund der Behinderung.

Nicht ausreichend für eine Begründung der Gleichstellung sind hingegen Umstände wie

- Produktionsänderungen, Rationalisierungsmaßnahmen, Teilstelllegungen, Betriebs-einstellungen oder ähnliche Maßnahmen, von denen behinderte und nichtbehinderte Menschen gleichermaßen betroffen sind,
- eine ungünstige Arbeitsmarktlage oder
- persönliche Umstände wie fortgeschrittenes Alter oder fehlende Qualifikation.

Auch bei der Gleichstellung zur Erlangung eines Arbeitsplatzes müssen konkrete Anhaltspunkte vorliegen, dass eine Gleichstellung erforderlich ist, um eine berufliche Eingliederung zu erreichen. Nur Arbeitslosigkeit rechtfertigt für sich genommen keine Gleichstellung.

Besonderheit im öffentlichen Dienst

Bei Beschäftigten im Öffentlichen Dienst, die aufgrund ihrer Rechtsstellung (z.B. Beamtinnen/ Beamte) oder ihres besonderen Kündigungsschutzes einen „sicheren Arbeitsplatz“ haben, scheidet die Gleichstellung nicht generell wegen deren Unkündbarkeit aus. Es bedarf aber besonderer Umstände bzw. einer besonderen Begründung, warum trotz der besonderen Rechtsstellung bzw. des Kündigungsschutzes der Arbeitsplatz nachvollziehbar unsicherer ist als bei einer nichtbehinderten Kollegin bzw. einem nichtbehinderten Kollegen (Urteil des Bundessozialgerichts – B 7 AL 6/10 R – vom 1. März 2011). Ein besonderer Umstand kann bei einer Beamtin bzw. einem Beamten beispielsweise sein, wenn behinderungsbedingt eine Versetzung in den Ruhestand droht.

Gleichstellung behinderter Jugendlicher/ junger Erwachsener nach § 151 Abs. 4 SGB IX

Die Gleichstellung nach § 151 Abs. 4 SGB IX erfolgt ohne eigenes förmliches Verfahren und tritt bei Vorliegen der Voraussetzungen kraft Gesetz ein. Die gesetzliche Gleichstellung erstreckt sich auf behinderte Jugendliche und junge Erwachsene (§ 2 Abs. 1 SGB IX) während der Zeit ihrer Berufsausbildung in Betrieben und Dienststellen oder einer beruflichen Orientierung. Dies gilt unabhängig davon, ob ein Grad der Behinderung von 40, 30 oder 20 vorliegt oder ein Grad der Behinderung (noch) nicht festgestellt ist.

Voraussetzung dieser Form der Gleichstellung ist, dass eine Behinderung i. S. d. § 2 Abs. 1 SGB IX festgestellt ist. Der Nachweis der Behinderung wird durch eine Stellungnahme der Agentur für Arbeit oder durch einen Bescheid über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht.