

Az.: FD 4.2-3.0-

Eingangsstempel:

Kreis Rendsburg-Eckernförde
Fürsorgestelle für Kriegsopfer, Hinterbliebene
und Behinderte
Kaiserstraße 8

24768 Rendsburg

**Antrag des Arbeitgebers auf Zustimmung gemäß §§ 168 ff. des Neunten Buches
Sozialgesetzbuch - SGB IX - zur**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ordentlich fristgerechten Kündigung | <input type="checkbox"/> ordentlichen Änderungskündigung |
| <input type="checkbox"/> außerordentlich fristlosen Kündigung | <input type="checkbox"/> außerordentlich fristlosen Kündigung und nur hilfsweise zur ordentlich fristgerechten Kündigung |
| <input type="checkbox"/> außerordentlich fristlosen <u>und</u> ordentlich fristgerechten Kündigung | <input type="checkbox"/> außerordentlichen Kündigung mit sozialer Auslauffrist |
| <input type="checkbox"/> Beendigung des Arbeitsverhältnisses gem. § 175 SGB IX wegen des Eintritts - der teilweisen Erwerbsminderung - der vollen Erwerbsminderung auf Zeit - der Erwerbsunfähigkeit auf Zeit - der Berufsunfähigkeit | |

der schwerbehinderten Mitarbeiterin, Frau / des schwerbehinderten Mitarbeiters, Herrn

| | | | |
|---------------------------------|---------------------|----------|--|
| Name, Vorname, Anschrift | Geburtsdatum | Telefon: | |
| | | Telefax: | |
| | | E-Mail: | |

1. Angaben zum Arbeitgeber:

| | |
|--|---------------------|
| Betriebsname, Rechtsform: | |
| Anschrift des Beschäftigungsbetriebes (Straße, PLZ, Ort): | Telefon: |
| | Telefax: |
| | E-Mail: |
| Name der/des zuständigen Personalsachbearbeiters/in | Telefon (Durchwahl) |

Zu 1. Angaben zum Geschäftsbetrieb

| | | |
|---|---|-----------------------------------|
| Name und Anschrift der Vertrauensfrau/ des Vertrauensmannes der Schwerbehindertenvertretung: | | Telefon (Durchwahl)/Telefax/Mail: |
| Name und Anschrift der/des Vorsitzenden des Betriebs- oder Personalrates bzw. der Mitarbeitervertretung: | | Telefon (Durchwahl)/Telefax/Mail: |
| Aktuelle Zahl der Arbeitsplätze (§ 156 SGB IX): | Zahl der aktuell beschäftigten schwerbehinderten Menschen und anderen Personen gem. § 154 SGB IX: | |

2. Angaben zum Hauptbetrieb, nur wenn dieser vom Beschäftigungsbetrieb abweicht

| | | | |
|--|-----------------------------|----------|--|
| Anschrift des Hauptbetriebes (Straße, PLZ, Ort): | | Telefon: | |
| | | Telefax: | |
| Gesamtschwerbehindertenvertretung Name: | arbeitet in Betriebsstätte: | Telefon: | |
| | | Telefax: | |
| Gesamtbetriebs-/Gesamtpersonalrat Name: | arbeitet in Betriebsstätte: | Telefon: | |
| | | Telefax: | |
| Gibt es - außer Haupt- und Beschäftigungsbetrieb - noch weitere Betriebe? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anschrift und Bezeichnung: | | | |

3. Angaben zum behinderten Menschen (soweit bekannt)

| | |
|---|--|
| Frau/Herr <input type="checkbox"/> ist schwerbehindert, der Grad der Behinderung (GdB) beträgt <input type="checkbox"/> ist den schwerbehinderten Menschen gleichgestellt, der GdB beträgt <input type="checkbox"/> hat am beim Landesamt für soziale Dienste die Feststellung bzw. die Erhöhung einer Behinderung beantragt. Ein Bescheid liegt noch nicht vor. <input type="checkbox"/> hat am bei der Agentur für Arbeit die Gleichstellung beantragt. Ein Bescheid liegt noch nicht vor. <input type="checkbox"/> Konkrete Angaben zum Schwerbehinderten- bzw. Gleichstellungsstatus können nicht gemacht werden. Der Kündigungsschutz nach dem SGB IX besteht, wird unterstellt, weil | Eintritt am: |
| | Arbeitsverhältnis ist <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis (bitte Kopie des Arbeitsvertrages beifügen) |
| | Beschäftigt als: |
| | Wochenarbeitszeit (Std.): |
| | Tarifliche Lohn- oder Gehaltsgruppe: |
| | Bruttomonatslohn/-gehalt (EUR): |
| geltender Tarifvertrag: | |

Kündigungsfrist laut Arbeitsvertrag/Tarifvertrag/Gesetz:

Wochen/Monate zum Monatsende zum 15. des Monats zum Quartalsende

Ist die ordentliche Kündigung gesetzlich, tarif- oder arbeitsvertraglich ausgeschlossen (z. B. wegen Zugehörigkeit zum Betriebs-/Personalrat/zur Mitarbeitervertretung oder mit Rücksicht auf die Eigenschaft als Vertrauensperson bzw. stellvertretende Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen oder wegen der Dauer der Betriebszugehörigkeit und des Lebensalters)?

nein

ja Grund:

Für die Beschäftigung des schwerbehinderten Menschen hat die Agentur für Arbeit, die Deutsche Rentenversicherung, die Berufsgenossenschaft oder das Integrationsamt des Landesamtes für soziale Dienste Schleswig-Holstein innerhalb der letzten 5 Jahre Zuschüsse (z. B. Lohnkosten-Zuschüsse, Einarbeitungszuschüsse oder Zuschüsse zu den Kosten für technische Hilfen am Arbeitsplatz) geleistet:

nein ja

Art der Leistung:

Höhe in EUR:

Betriebliche Leistungen wegen der Kündigung (z. B. Interessenausgleich, Sozialplan)?

nein ja, bitte Kopien zur Kenntnisnahme beifügen!

Ist die Schwerbehindertenvertretung über den Sachverhalt rechtzeitig und umfassend unterrichtet und vor der Antragstellung angehört worden (§ 178 Abs. 2 SGB IX)?

nein ja

Hinweis! Nach der aktuellen Fassung des § 178 Abs. 2 SGB IX ist eine Kündigung, die ohne vorherige Beteiligung der Schwerbehindertenvertretung ausgesprochen wird, unwirksam!!

Ist die/der Behinderte/Schwerbehinderte über die beabsichtigte Kündigung etc. informiert?

nein ja

Bei Anträgen auf Zustimmung zur außerordentlichen Kündigung!

Kenntnis vom Kündigungsgrund am:

4. Begründung des Zustimmungsantrages

Bitte so ausführlich wie möglich - Eventuell auf einem gesonderten Blatt

Unterschrift des **zur Kündigung Berechtigten**, Datum
(Namen bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Firmenstempel

MERKBLATT

zum Antrag des Arbeitgebers auf Zustimmung zur Kündigung einer/eines Schwerbehinderten/Gleichgestellten gem. §§ 168 ff. SGB IX

1. Jede Kündigung einer/eines Schwerbehinderten, soweit sie/er nicht länger als 6 Monate zur vorübergehenden Aushilfe - auf Probe - oder für einen vorübergehenden Zweck eingestellt worden ist, darf erst ausgesprochen werden, wenn die Zustimmung der zuständigen Fürsorgestelle vorliegt. Die nachträgliche Zustimmung zu einer Kündigung ist aus Rechtsgründen nicht möglich. Nach Vorliegen der Zustimmung soll die ordentliche Kündigung innerhalb eines Monats nach Zustellung erklärt werden. Die Zustimmung zur außerordentlichen Kündigung kann nur innerhalb von 2 Wochen beantragt werden. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Arbeitgeber von den für die Kündigung maßgebenden Tatsachen Kenntnis erlangt. Die Kündigung ist nach Erteilung der Zustimmung unverzüglich auszusprechen, und zwar auch dann, wenn Widerspruch eingelegt worden ist. Der Kündigungsschutz nach dem Schwerbehindertenrecht erfordert, dass der Arbeitgeber vor der Antragstellung den Fall mit dem Vertrauensmann der Schwerbehinderten, dem Betriebsrat und den Beauftragten des Arbeitgebers erörtert.
Hinweis: Die Stellungnahme des Betriebsrates zum Antrag auf Zustimmung zur Kündigung durch die Fürsorgestelle ersetzt nicht seine Anhörung zur Kündigung gemäß § 102 BetrVG.
2. Durch das Formular soll sichergestellt werden, dass der gesamte für die Entscheidung über den Antrag auf Zustimmung zur Kündigung relevante Sachverhalt ermittelt und dargelegt wird. Das ist auch eine Entscheidungshilfe für den Arbeitgeber, Betriebsrat, Vertrauensmann und Beauftragten des Arbeitgebers, wenn sie darüber beraten, ob ein Antrag auf Zustimmung zur Kündigung gestellt werden soll. Auf diese Weise wird gewährleistet, dass alle für die Entscheidung wesentlichen Sachverhalte gewürdigt werden. In manchen Fällen kann das dazu führen, dass ein Antrag nicht gestellt wird und überflüssige Belastungen des Arbeitsverhältnisses vermieden werden. Im Übrigen hat die Verwendung des Formulars selbstverständlich den Vorteil, dass Rückfragen vermieden werden und damit das Verfahren vereinfacht wird. Obwohl das Gesetz keine Formvorschrift für den Antrag auf Zustimmung zur Kündigung kennt, ist es aus den genannten Gründen zweckmäßig, das Formular zu verwenden.
3. **Zuständig** für den Antrag ist die Fürsorgestelle, in deren Bereich sich der Betrieb befindet, in dem der zu kündigende Schwerbehinderte beschäftigt ist
4. Im Falle der **außerordentlichen Kündigung** ist zu überlegen, ob nicht gleichzeitig auch ein Antrag auf ordentliche Kündigung gestellt werden soll.
5. Bei der Frage nach der **Zahl der Arbeitsplätze im Betrieb** (Nr. 1) ist § 156 SGB IX zu beachten. Danach sind Arbeitsplätze alle Stellen im Betrieb, auf denen Arbeiter/-innen, Angestellte, Auszubildende und andere zu ihrer beruflichen Bildung Eingestellte beschäftigt werden. Abgesehen von den Ausnahmen des § 156 Abs. 2, die für private Arbeitgeber in der Regel nicht in Betracht kommen, zählen gem. Abs. 3 als Arbeitsplätze auch **nicht** die Stellen, die nach der Natur der Arbeit oder nach den zwischen den Parteien getroffenen Vereinbarungen nur auf die Dauer von höchstens 8

Wochen besetzt sind und Stellen, auf denen Arbeitnehmer/-innen weniger als 18 Stunden wöchentlich beschäftigt werden.

6. Die **Schwerbehinderteneigenschaft/Gleichstellung** wird nachgewiesen durch:

- Bescheid des Landesamtes für soziale Dienste (Versorgungsamt) gem. § 152 Abs. 1 SGB IX sowie Schwerbehindertenausweis gem. § 152 Abs. 5 SGB IX (ab GdB von 50),
- Bescheide der Berufsgenossenschaften,
- rechtskräftige Gerichtsentscheidungen,
- Schwerkriegsbeschädigtenausweis, soweit vor dem 1. Mai 1974 ausgestellt und noch gültig,
- Schwerbehindertenausweis
- Gleichstellungsbescheide der Agenturen für Arbeit.

7. Der **Anteil** der tatsächlich im Betrieb **beschäftigten Schwerbehinderten** einschließlich der anrechenbaren Gleichgestellten unter Berücksichtigung der Mehrfachanrechnungen berechnet sich nach der Formel:

$$\frac{\text{Zahl der Schwerbehinderten/Gleichgestellten} \times 100}{\text{Gesamtzahl der Beschäftigten des Betriebes}}$$

8. Um Rückfragen zu vermeiden und das Verfahren zu beschleunigen, sollte der Antrag **besonders sorgfältig** begründet werden. Dabei sollten nur sachliche Angaben erfolgen und allgemeine Werturteile vermieden werden.

Zur Begründung der Kündigung können die folgenden Angaben von Bedeutung sein:

Handelt es sich um eine Betriebseinstellung, -einschränkung, -rationalisierung, -umstellung?

Welche Änderungen im Betriebsablauf sind wann geplant oder bereits durchgeführt? Warum?

Warum kann die/der Behinderte nicht - notfalls im Wege der Änderungskündigung - auf einen anderen Arbeitsplatz im Betrieb umgesetzt werden? Es fehlen z. B. behindertengerechte Arbeitsplätze, mit einer Umsetzung wäre ein vermindertes Einkommen verbunden, Schicht- bzw. Nachtarbeit.

Die Möglichkeit einer behindertengerechten Arbeitsplatzgestaltung besteht auch bei Inanspruchnahme eines Zuschusses durch das Integrationsamt nicht. Die Leistung kann auch nicht durch behindertengerechte Ausstattung des Arbeitsplatzes verbessert werden, obwohl ggf. ein Zuschuss des Integrationsamtes dazu gezahlt werden würde.

Diese Feststellungen können unter Zuhilfenahme eines technischen Beraters des Integrationsamtes getroffen werden.

Bei der Überprüfung dieser Fragen kann der technische Berater der Agentur für Arbeit oder des Integrationsamtes eingeschaltet werden.

Falls für eine Umsetzung geeignete Arbeitsplätze vorhanden sind, die von Nichtbehinderten besetzt sind, sind Angaben darüber zu machen, warum nicht ein/e Nichtbehinderte/r ggf. umgesetzt oder entlassen werden kann.

Zahl und Zeitpunkt durchgeführter und noch geplanter weiterer Entlassungen.

Werden nach Ausspruch der Kündigung gem. § 172 Abs. 1 SGB IX noch 3 Monatsgehälter an die/den Behinderten gezahlt, falls der Betrieb eingestellt oder eingeschränkt wird?

Soweit wie möglich sollten ausführliche Angaben über die wirtschaftliche Situation und die soziale Sicherung der/des zu kündigenden Schwerbehinderten/Gleichgestellten gemacht werden (z. B. mitverdienende/r Ehegattin/Ehegatte).

Welche Kriterien (z. B. wirtschaftliche Absicherung, Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit) wurden bei der Auswahl der zu entlassenden Personen angewandt?

Besteht ein Sozialplan? Welche Leistungen erhält die/der Behinderte daraus?

Soweit bekannt, Aufstellung der Krankheitszeiten innerhalb der letzten Jahre nach Dauer, Häufigkeit und Grund.

Die in Zukunft zu erwartenden Ausfallzeiten, ggf. lt. ärztlicher Prognose.

Wie wurden die Ausfallzeiten bisher überbrückt?

Warum ist eine Überbrückung in Zukunft nicht mehr möglich?

Leistungen des Behinderten im Vergleich zu den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern.

Ursache der Minderleistung, insbesondere wenn sie nicht im Zusammenhang mit der Behinderung steht.

Bei außerordentlichen Kündigungen ist Art und Zeitpunkt des Fehlverhaltens anzugeben, sowie Art und Form der Abmahnung bei früherem Fehlverhalten.

Es besteht kein Ursachenzusammenhang zwischen der Behinderung und dem Fehlverhalten.

Benennung von Zeugen.

Soll anstelle der/des zu kündigenden Schwerbehinderten ein/e andere/r Schwerbehinderte/r eingestellt werden?

Bei Änderungskündigung ist anzugeben, welcher Arbeitsplatz der/dem Behinderten angeboten wird, in welcher Abteilung, mit welchen Hilfsmitteln, Werkzeugen, Lohnhöhe pro Stunde bzw. Bruttoentgelt monatlich, Schichtarbeit?

Gleiche Aufstiegschancen wie am alten Arbeitsplatz?