

Anschreiben an langfristig oder mehrfach erkrankte ArbeitnehmerInnen **(Anlage I)**

An
Frau / Herrn Muster
Musterstraße

Musterort

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Sehr geehrte Frau/Herr ...,

Sie sind seit ... insgesamt länger als sechs Wochen arbeitsunfähig gewesen. Vor diesem Hintergrund ist der Arbeitgeber entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten.

Das neunte Sozialgesetzbuch sieht in Fällen, in denen sich die Fehlzeiten wegen Arbeitsunfähigkeit einer/s Mitarbeiterin/s während zwölf zurückliegender Monate auf insgesamt wenigstens 42 Kalendertage belaufen, die Möglichkeit zur Einleitung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements durch den Arbeitgeber vor (§ 84 SGB IX).

Die Durchführung eines BEM-Verfahrens verfolgt insbesondere folgende Ziele:

- die Überwindung bestehender und/oder Verhinderung weiterer Arbeitsunfähigkeit
- die Vermeidung von chronischen Erkrankungen
- den Erhalt des Arbeitsplatzes
- eine sog. leidensgerechte Sicherung der Beschäftigung kranker Menschen
- die Vorbeugung in Bezug auf Gefahren des Eintritts von (Schwer-)Behinderung und/oder Erwerbsunfähigkeit

Wir möchten mit diesem Schreiben anfragen, ob Ihr Arbeitsplatz, Ihre Arbeitstätigkeit oder Ihr Arbeitsumfeld so verändert werden könnten, dass durch bestimmte Maßnahmen, Leistungen oder Hilfen einer erneuten oder fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit entgegengewirkt werden kann.

Jedes BEM-Verfahren beginnt mit einem Erstgespräch mit der Geschäftsführung des ambulante dienste e.V. Wenn Sie sich für ein BEM-Verfahren entscheiden, können Sie zu dem Erstgespräch und möglichen Folgegesprächen eine/n Beauftragte/n des Betriebsrats oder weitere Personen zur fachlichen Beratung und Unterstützung hinzuziehen. Dies können sein:

- ein Beauftragter des Betriebsrats
- die zuständige Einsatzbegleitung
- der Betriebsarzt
- interne Fachkräfte wie z.B. Sicherheitsbeauftragte
- externe Fachkräfte, beispielsweise aus dem Integrationsamt oder einer Servicestelle.

Wenn Sie die Hinzuziehung und Beteiligung eines/er Beauftragten des Betriebsrats wünschen, erreichen Sie den Betriebsrat unter:

Betriebsrat *ambulante dienste e.V.*, Gneisenastr. 2a, 10961 Berlin
Tel.: 69 59 75 18; email: betriebsrat.ambulante_dienste@web.de.

Alle Gesprächspartner unterliegen der Schweigepflicht über den Inhalt der Gespräche.

Wir bitten Sie, uns spätestens vier Wochen nach Erhalt dieses Schreibens darüber in Kenntnis zu setzen, ob Sie der Teilnahme an einem BEM-Verfahren zustimmen. Sollten Sie sich innerhalb dieser Frist nicht melden, gehen wir davon aus, dass sich die Angelegenheit erledigt hat. Betrachten Sie dieses Schreiben dann bitte als gegenstandslos.

Wenn Sie an einem BEM-Verfahren teilnehmen möchten, senden Sie bitte innerhalb der vier Wochen eine schriftliche Nachricht - per Post, Fax oder email (gf@adberlin.com) - an die zuständige Geschäftsführung Frau Uta Wehde, die sich mit Ihnen für die Vereinbarung eines Termins für ein Erstgespräch in Verbindung setzen wird.

Wichtig am BEM-Verfahren ist:

- **die Durchführung des BEM-Verfahrens setzt Ihr Einverständnis voraus** (das Verfahren beruht auf freiwilliger Teilnahme).
- **Sie können mitbestimmen, welche Personen am Verfahren beteiligt werden.**
- **Sie können das BEM-Verfahren jederzeit beenden.**
- **Sie können den Betriebsrat zum BEM-Verfahren hinzuziehen.**

Mit freundlichen Grüßen

(Geschäftsführung)

Dieses Schreiben geht zur Kenntnis an den Betriebsrat.

Faktorenkatalog für das Erstgespräch BEM (Anlage II)

Beispiele für krankmachende Faktoren

Fragen nach Arbeitsbelastung und Arbeitstempo

- hohe körperliche Belastung
- Über- oder Unterforderung
- mangelnde Vielfalt der Anforderungen
- zu hohe Verantwortung
- Konfrontation mit psychisch belastenden Situationen: z.B. Trauer & Tod, familiäre Konflikte, Suchtprobleme etc.
- mangelnde Qualifikation
- geringe Handlungs- und Entscheidungskompetenz
- widersprüchliche oder auch unzumutbare Aufträge
- Zeitdruck / Stress
- Arbeitsverdichtung

Fragen nach Ausstattung und Bedingungen am Arbeitsplatz

- ergonomische Ausstattung des Arbeitsplatzes (z.B. fehlende bzw. ungenügende Hilfsmittel)
- mangelnder Einsatz von Hilfsmitteln
- Arbeiten in anstrengenden Positionen
- körperliche Belastungen (Transfers, Lasten und Gewichte)

Fragen nach der Arbeitsorganisation

- Arbeitszeiten:
Schichtarbeit (Verteilung der Schichten, Nacharbeit, etc.)
Pausenregelungen
Bereitschaftsdienste
- Planungsunsicherheit in Lage und Umfang des monatlichen Arbeitsvolumens
- mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Fragen nach Organisationsstrukturen im Betrieb

- beeinträchtigte Verhältnisse zu Vorgesetzten / KollegInnen / ASN
- mangelnde Zusammenarbeit und Kommunikation mit Vorgesetzten / KollegInnen
- Mobbing
- mangelnde Informationsübermittlung und Transparenz von Entscheidungen
- Gratifikationskrisen / mangelnde Wertschätzung
- Arbeitsplatzunsicherheit
- Hemmnisse in der Verwaltung
- Hemmnisse durch vorgebliche oder faktische arbeitsvertragliche Nebenpflichten (z.B.

Beispiele für gesundmachende Faktoren

Arbeitsinhalte

- Vielfalt der Arbeitsanforderungen
- Attraktivität der Arbeitstätigkeit
- Erfolgserlebnisse
- Sinnhaftigkeit / Ausführbarkeit der Aufgaben
- Erfahrungs- und Wissenserwerb

Arbeitsorganisation

- ausgewogene und gerechte Dienstplangestaltung (Mitsprachemöglichkeiten bei der Schichtverteilung)
- Planungssicherheit in Lage und Umfang des monatl. Arbeitsstundenvolumens
- gerechte Verteilung der Arbeitsbelastungen im Team

Gesundheitsgerechte Arbeitsumgebung

- technisch sicherer und nach ergonomischen Erkenntnissen gestalteter Arbeitsplatz
- Einsatz von geeigneten Hilfsmitteln
- saubere und freundliche Umgebung
- Rückzugsräume für den Arbeitnehmer

Gutes Betriebsklima

- freundliche Atmosphäre
- gutes Verhältnis zu KollegInnen / Vorgesetzten / AssistenznehmerInnen
- kooperierendes Verhalten mit KollegInnen / Vorgesetzten
- respektvoller Umgang
- Wertschätzung der Arbeit
- Anerkennung sowohl körperlicher als auch psychosozialer und psychischer Belastung
- transparente Betriebsabläufe

MitarbeiterInnenorientierte Angebote

- Möglichkeiten der sozialen Interaktion (z.B. durch "interne" Teamtreffen / begleitete Teamtreffen / thematische innerbetriebl. Fortbildungen)
- Unterstützung bei dem Wunsch nach Veränderung des Arbeitsplatzes, bzw. nach einem Arbeitsplatzwechsel
- Beratungsangebote z.B. Stressbewältigung, Entspannung, Rückenschule, Supervision
- Vertrauliche Hilfsangebote zu Problem- und Konfliktlösungen wie Beratung und Supervision
- Qualifizierung durch Fort- und Weiterbildung
- materielle Unterstützung (z. B. Lohnvorschuss)

- Gratifikationen

Betriebliches Eingliederungsmanagement (Erstgespräch)
Standardprotokoll: Erstgespräch (Anlage III)

Anwesend:

Unter Berücksichtigung folgender betrieblicher Faktoren:

werden folgende Maßnahmen vereinbart:

Maßnahme	verantwortlich	bis wann zu erledigen?

Die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen zur Behebung vorhandener Defizite soll zu folgendem Ergebnis führen:

Vereinbarter Termin zur Überprüfung der Umsetzung und der Eignung der vereinbarten Maßnahmen (Zweitgespräch):

_____ (Zeit) _____ (Ort)

Es wird festgestellt, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit durch betriebliche Faktoren weder verursacht noch gefördert wird.

Datum

Unterschrift Gesprächsführer/in

Unterschrift Beschäftigte/r

Betriebliches Eingliederungsmanagement (Zweitgespräch)
Standardprotokoll: Zweitgespräch (Anlage IV)

Anwesend:

Erwartetes Ergebnis	Bis heute erreicht
	Bei unterschiedlichen Sichtweisen – Einschätzung des Beschäftigten:
<input type="checkbox"/> positiver Trend <input type="checkbox"/> keine Veränderung <input type="checkbox"/> negativer Trend	

Sind die Maßnahmen a) geeignet?	b) planmäßig durchgeführt worden?
Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Warum nicht oder nicht ausreichend?	Warum nicht oder nicht ausreichend?

Veränderte Maßnahme

Maßnahme	Verantwortlich	Bis wann erledigt

Vereinbarung wie Erstgespräch Vereinbarung wie folgt geändert:

Die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen zur Behebung der betrieblichen Faktoren für die Arbeitsunfähigkeit soll zu folgendem Ergebnis führen:

Das Ergebnis ist erreicht, wenn:

Vereinbarter Termin zur Überprüfung der Umsetzung und der Eignung der vereinbarten Maßnahmen (Drittgespräch):

_____ (Zeit) _____ (Ort)

Datum

Unterschrift Gesprächsführer/in

Unterschrift Beschäftigte/r

Betriebliches Eingliederungsmanagement (Drittgespräch)
Standardprotokoll: Drittgespräch (Anlage V)

Anwesend:

Erwartetes Ergebnis	Bis heute erreicht
	bei unterschiedlichen Sichtweisen – Einschätzung des Beschäftigten
a) <input type="checkbox"/> Das erwartete Ergebnis ist eingetreten (siehe Protokoll Erstgespräch bzw. Zweitgespräch), das Verfahren wird heute erfolgreich beendet.	
_____ Gesprächsführer/in	_____ Beschäftigte/r

b) Die Maßnahmen zur Behebung der betrieblichen Faktoren für die Arbeitsunfähigkeit trugen nicht dazu bei, das erwartete Ergebnis zu erzielen.

Verabredung über das weitere Vorgehen oder Beendigung des Verfahrens

Vorgehen	Verantwortlich

Datum

Unterschrift Gesprächsführer/in

Unterschrift Beschäftigte/r

Musterschreiben: Schutz personenbezogener Daten (Anlage VI)

[Es wird die betriebliche Erklärung „*Schweigepflicht und Datenschutz – Ausfertigung für den Verpflichteten und für die Personalakte*“ in ihrer jeweils gültigen Fassung verwendet]

Musterschreiben: Vereinbarung über den Schutz persönlicher Daten im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (Anlage VII)

Name _____

Vorname _____

ambulante dienste e.V.
vertreten durch
die Geschäftsführung (*Uta Wehde*)

und

der Mitarbeiter / die Mitarbeiterin _____

schließen folgende Vereinbarung über die Mitwirkung am Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM):

Der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin willigt ein, dass ausschließlich die Daten, die im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements erhoben und in den Gesprächsprotokollen (siehe Protokollvorlagen I-III als Anhänge III-V der Betriebsvereinbarung) dokumentiert werden, den am Verfahren des Betrieblichen Eingliederungsmanagements beteiligten Personen zum Zwecke ihrer/seiner Eingliederung bekannt gemacht werden. Ärztliche Angaben zu Krankheitsdiagnosen werden nicht erfasst und auch nicht zur Personalakte genommen.

Der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin ist darüber informiert, dass alle Personen, die am Verfahren des Betrieblichen Eingliederungsmanagements beteiligt sind, zur Wahrung des Datengeheimnisses gemäß § 5 Bundesdatenschutzgesetz verpflichtet sind. Es werden im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements außer den durch die Datenerhebung geführten Informationen nur Informationen verwendet, die gemäß Protokollvorlage erhoben in diese eingegangen sind.

Daten, die im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements erhoben worden sind, dürfen an Dritte (wie z.B. Einrichtungen der Rehabilitation) nur nach vorheriger Zustimmung des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin weitergegeben werden.

Der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin ist über die Freiwilligkeit seiner/ihrer Angaben sowie die Möglichkeit der Datenspeicherung, -veränderung und -nutzung belehrt worden. Er/sie ist darauf hingewiesen worden, dass er/sie Einsicht in alle Urkunden und Dokumente nehmen kann, die seine/ihre Person betreffen.

Ort, Datum	Mitarbeiter/in	Ort, Datum	Betrieb
------------	----------------	------------	---------

**Musterschreiben: Entbindung des Betriebsarztes von der ärztlichen
Schweigepflicht, freiwillig (Anlage VIII)**

Hiermit entbinde ich, _____ geboren am _____
(Name, Vorname)

wohnhaft _____

Betriebsarzt Herr / Frau Dr. _____

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den am innerbetrieblichen Verfahren eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) beteiligten Personen des ambulante dienste e.V., Urbanstr. 100, 10967 Berlin.

Dies gilt nur insoweit, als die Informationen über meinen gesundheitlichen Zustand zum Zwecke meiner Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess im Sinne des § 84 SGB IX dienlich sind.

Ort, Datum

(Unterschrift)

Vorgangsübersicht und Dokumentation BEM-Verfahren für

Assistent/in Name/Vorname _____

	Was	Datum	
Angebot BEM-Verfahren	Anschreiben an Assistent/in Nachweislich per Post am:		<input type="checkbox"/> ja
	Rückmeldefrist bis		
	Teilnahme am BEM-Verfahren		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gespräche	1. Gespräch/Beteiligte		<input type="checkbox"/> ja
	2. Gespräch/Beteiligte		<input type="checkbox"/> ja
	3. Gespräch/Beteiligte		<input type="checkbox"/> ja
	Abbruch BEM Verfahren auf Wunsch des Arbeitnehmers/Arbeitnehmerin am:		<input type="checkbox"/> ja
Ergebnis	Maßnahmen erfolgreich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Berlin, den _____

 Unterschrift