



Projekt | Vorstand
Gute Arbeit |

Handlungshilfe des Projekts „Gute Arbeit“



Eingliedern statt kündigen

Gesundheit und demografischer Wandel im Betrieb

www.igmetall.de/gutearbeit/



Impressum

Herausgeber ▶ Industriegewerkschaft Metall, Vorstand,
Ressort Arbeits- und Gesundheitsschutz,
Wilhelm-Leuschner-Straße 79, 60329 Frankfurt am Main,
Tel. 069 / 66 93 22 23, Fax 069 / 66 93 20 03
www.igmetall.de/gutearbeit
ags@igmetall.de

Verantwortlich ▶ Wolfgang Rhode

Text ▶ Werner Feldes, IG Metall, Projekt „Gute Arbeit“

Redaktion ▶ Werner Feldes/Frank Walensky-Schweppe

Fotos ▶ Walensky / HVBG

Druck ▶ alpha print medien AG, Darmstadt

Erste Veröffentlichung ▶ November 2005

Copyright ▶ IG Metall, Frankfurt am Main

Produktnummer ▶ 6707-1127

Inhalt

Vorwort	2	4 Muster-Betriebsvereinbarung	19
1 Betriebliches Eingliederungsmanagement	3	4.1 Vorschlag der IG Metall	19
1.1 Grundlagen	3	4.2 Gemeinsame Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	24
1.2 Bedeutung für die Arbeit des Betriebsrats und der Schwerbehindertenvertretung	6	5 Erhebungsbogen zur Regelungspraxis und zum Entwicklungsstand des betrieblichen Eingliederungsmanagements	31
1.3 Wie wirtschaftlich ist betriebliches Eingliederungsmanagement?	7	6 Betriebliche Beispiele	34
1.4 Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelunternehmen	7	6.1 Neuen Arbeitsplatz kreiert	34
2 Handlungsschritte zur Einführung	10	6.2 Kleine Lösungen	34
3 Eckpunkte für eine Betriebsvereinbarung zum Eingliederungsmanagement	13	6.3 ABAMed und ABATech	34
3.1 Gefährdungslage	13	6.4 Früher reagieren	35
3.2 Die „basics“ des Eingliederungsmanagements	14	6.5 Psychischer Druck – ein Tabu	35
3.3 Eckpunkte einer Betriebsvereinbarung	17	7 Anhang	36
		7.1 Literatur	36
		7.2 Internetadressen	36
		7.3 Folien	36

Vorwort

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
es passiert nicht selten, dass sich Arbeitnehmer nach einer Erkrankung gezielten Fragen ihres Vorgesetzten oder Personalsachbearbeiters zu Art und Ursache ihrer Erkrankung ausgesetzt sehen. Die Zielsetzung von Personalstrategien, die mit solchen Gesprächen operieren, reicht von der „Mitarbeiter-Motivation“ bis zur Androhung einer Kündigung. Damit lassen sich Krankenstände und Lohnkosten drücken. Doch um nicht an Fehlzeitengesprächen teilnehmen zu müssen, „schleppen“ sich viele Beschäftigte lieber krank zur Arbeit. Dadurch wächst die Gefahr chronischer Erkrankungen. Eine betriebliche Gesundheitspolitik ohne Rückkehrgespräche wäre besser und wirksamer.

Tatsächlich steigt mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit das Risiko von Kündigung, „Aussteuerung“ und Frühverrentung. Etwa jede dritte arbeitgeberseitige Kündigung ist krankheitsbedingt. Etwa 500 000 Menschen verlieren – nach Schätzungen des DGB – so jährlich ihren Job. Betroffen sind davon hauptsächlich chronisch- oder Langzeitkranke. Ihr Anteil an alle erkrankten Erwerbstätigen liegt bei mehr als einem Drittel. Und die Hauptrisikogruppe sind ältere Beschäftigte von 40 bis 64 Jahren.

Das Versperren von Zugängen zur vorzeitigen Rente ist die falsche Antwort auf diese gesundheitsbedingten Beschäftigungsprobleme und die massenhafte Arbeitslosigkeit Älterer. Angesichts der ständig steigenden Zahl chronisch kranker Menschen ist eine Modernisierung der Arbeitsbedingungen erforderlich, die der Arbeit wieder ein gesundes Maß gibt. Gerade weil sich viele Unternehmen bereits heute mitten in einem tief greifenden Altersstrukturwandel befinden, ist die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit älterer ArbeitnehmerInnen eine Schlüsselfrage für ihre Innovations- und Leistungsfähigkeit.

Zum betrieblichen Altersstrukturwandel gehört auch, dass mit steigendem Alter der Belegschaften der Anteil der Beschäftigten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Einsatzeinschränkungen zunimmt. Wenn älter werdende Beschäftigte ihren anerkannten Beitrag zur wirtschaftlichen Prosperität der Unternehmen leisten sollen, dann müssen für ihre dauerhafte Integration die nötigen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Wir sehen in der **Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements** dafür eine gute Basis. Die Präventionsvorschrift des SGB IX ist auch ein gutes Beispiel für die Weiterentwicklung der betrieblichen Mitbestimmung. Interessenvertretungen verfügen nun über mehr Handlungsoptionen hinsichtlich der gesundheitlichen Auswirkungen der demografischen Entwicklung der nächsten Jahre.

Für das Projekt Gute Arbeit ergeben sich im **Handlungsfeld Eingliederungsmanagement** unterschiedliche Aufgabenstellungen. Wir können von positiven betrieblichen Beispielen berichten, die ihre bisherige Integrationspraxis überprüfen und weiterentwickeln und innovative Wege zu altersngerechten Arbeitsbedingungen gehen. Für die Mehrzahl der Betriebe gilt jedoch: sie warten ab, schieben Veränderungen hinaus, treffen keine Vorbereitungen, im negativsten Fall wehren sie sich gegen Initiativen der Interessenvertretung. Hier werden wir weiter auf die Probleme fehlender altersngerechter und leistungsadäquater Einsatzmöglichkeiten hinweisen und Alternativen einer integrativen Arbeitsorganisation und Personalpolitik einfordern. Für die Betriebe, in denen bereits Verhandlungen zur Einführung eines Eingliederungsmanagements vorbereitet werden, bieten wir mit der vorliegenden Handlungshilfe wertvolle Informationen und Tipps für die Praxis.

 Wolfgang Rhode
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

1 Betriebliches Eingliederungsmanagement

1.1 Grundlagen

Die Vorschrift des § 84 Absatz 2 SGB IX schafft eine Verfahrensregelung für ein betriebliches Eingliederungsmanagement bei gesundheitlichen Störungen und verpflichtet Arbeitgeber, Betriebsrat und Schwerbehindertenvertretung zur Einführung eines geeigneten Integrationsverfahrens.

Die Regelung verpflichtet den Arbeitgeber nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit bzw. bei wiederholter Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Jahres zur Klärung von Eingliederungsmaßnahmen mit den Betroffenen und der Interessenvertretung. Die Vorschrift definiert Ziele und Maßnahmen eines betrieblichen Eingliederungsverfahrens und regelt auch die Beteiligung des Werks- bzw. Betriebsarztes. Ferner wird eine Verfahrensregelung für die Einschaltung präventiver und teilhabesichernder Dienstleistungen der Servicestellen und der Integrationsämter geschaffen. Darüber hinaus benennt die Vorschrift ein Initiativrecht der Interessenvertretung auf Klärung betrieblicher Eingliederungsmaßnahmen und auf Regelung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie einen Überwachungsauftrag bezüglich des gesamten Verfahrens.

Damit wird die Beschäftigungssicherung gesundheitsbeeinträchtigter und behinderter Beschäftigter durch Rehabilitation und Prävention zu einer Pflichtaufgabe des Arbeitgebers und der Interessenvertretung. Durch einen frühzeitigen Zugang zu den Betroffenen und frühzeitige Rehabilitationsmaßnahmen können chronisch kranke oder behinderte Beschäftigte erfolgreich weiterbeschäftigt bzw. wieder eingegliedert werden.

SGB 9 § 84 Prävention

(1) Der Arbeitgeber schaltet bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung und die in § 93 genannten Vertretungen sowie das Integrationsamt ein, um mit ihnen alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeits- oder sonstige Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.

(2) Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.

(3) Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter können Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern.

Geltungs- und Anwendungsbereich

Das betriebliche Eingliederungsmanagement gilt zum einen für den in § 2 SGB IX genannten gesamten Personenkreis also die dort aufgeführten verschiedenen Gruppen behinderter Menschen: von Behinderung bedrohte, behinderte, den schwerbehinderten Menschen Gleichgestellte, sofern

sie dauerhaft oder wiederholt arbeitsunfähig sind. Diese Vorschrift umfasst aber vor allem Beschäftigte, die nicht oder noch nicht zu diesem Personenkreis gehören. Das Tätigwerden des Arbeitgebers setzt lediglich voraus, dass die betroffene Person in einem Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis gem. §§ 73 Abs. 1 und 3 SGB IX und 102 Abs. 2 Satz

Strukturmodell Eingliederungsmanagements

Informationsmanagement über Arbeitsunfähigkeit

Beschäftigte mit Langzeiterkrankung
Beschäftigte mit wiederholter Arbeitsunfähigkeit

Klärungspflicht und Fallkonferenz

Einschaltung betriebliche Interessenvertretung

Eingliederungsteam/ Eingliederungsmanager

Individueller Eingliederungsplan
Fallführung Prozessbegleitung
Dokumentation
Auswertung
Qualitätssicherung

Integrations- Rehabilitations- Präventionsbedarfsplanung

Ziele des Eingliederungs- managements

Arbeitsunfähigkeit
überwinden,
vorbeugen, Arbeits-
platz erhalten

Information, Beteiligung, Zustimmung der Betroffenen

Hinzuziehung

Werks-/Betriebsarzt
Servicestelle
Integrationsamt

Durchführung der Maßnahme

Integrationsmaßnahmen:

Arbeitsplatz erhalten

Einarbeitung
Versetzung
Innerbetriebliche Qualifizierung
Arbeitsgestaltung und Begleitende Hilfe
Berufsbegleitende Beratung
Coaching

Rehabilitationsmaßnahmen:

Arbeitsunfähigkeit überwinden

Stationäre, teilstationäre,
ambulante Maßnahmen der
medizinischen und beruflichen
Rehabilitation
Stufenweise Wiedereingliederung
Arbeitserprobung
Belastungserprobung

Präventionsmaßnahmen:

Arbeitsunfähigkeit vorbeugen

Gefährdungsbeurteilung
Arbeitsschutzmaßnahmen
Gesundheitsförderungsmaßnahmen

3 SGB IX steht und innerhalb eines Jahres sechs Wochen oder länger bzw. wiederholt arbeitsunfähig ist.

Das Eingliederungsmanagement ist nicht auf den Personenkreis der schwerbehinderte Menschen und gleichgestellten behinderten Menschen begrenzt, sondern umfasst alle betroffenen langzeiterkrankten und wiederholt arbeitsunfähig erkrankten ArbeitnehmerInnen des jeweiligen Betriebes bzw. der Dienststelle. Voraussetzung ist das Vorliegen einer mehr als sechswöchigen ununterbrochenen oder wiederholten Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Jahres. Arbeitsunfähigkeit i.S.v. § 3 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz und § 44 Abs. 1 SGB V ist, wenn ein Arbeitnehmer infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung verhindert ist. Die Voraussetzung, dass die Arbeitsunfähigkeit länger als sechs Wochen oder wiederholt bestehen muss, macht klar,

- ▶ dass eine länger bzw. lang andauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorzuliegen hat,
- ▶ die zu einer Gefährdung des Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisses führen kann,
- ▶ so dass zu befürchten ist, dass die bisherige Tätigkeit wegen Langzeiterkrankung, wegen wiederholt länger andauernder Erkrankung oder wegen häufiger Kurzzeiterkrankungen nicht (mehr) ausgeführt werden kann.

Klärungspflicht des Arbeitgebers, Zustimmungserfordernis und Beteiligung der Betroffenen

Sind die o.g. Voraussetzungen für ein betriebliches Eingliederungsmanagement gegeben hat der Arbeitgeber den Betriebsrat und bei betroffenen schwerbehinderten Beschäftigten auch die Schwerbehindertenvertretung einzuschalten und die betroffene Person zu beteiligen. Durch die gemeinsame Anstrengung aller Beteiligten soll ermittelt werden, welche Möglichkeiten der Gesundheitsprävention

im jeweiligen Fall geeignet sind, das Arbeitsverhältnis möglichst dauerhaft zu sichern.

Die Durchführung der Rehabilitations- bzw. Präventionsmaßnahmen sind von der Zustimmung d.h. vom Willen des Betroffenen und von seiner Beteiligung anhängig. Gegen den Willen der Beschäftigten und ohne ihr direktes Zutun durchgeführte Maßnahmen verstoßen zum einen gegen das Prinzip der Selbstbestimmung behinderter Menschen und damit gegen § 1 des SGB IX, wonach insbesondere Rehabilitationsleistungen die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe behinderter und chronisch kranker Menschen an der Gesellschaft fördern sollen. Daher verlangt die Regelung, dass die Betroffenen an der Entscheidungsfindung über Art, Umfang, Qualität und Zielsetzung der Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements beteiligt sind.

Ziele und Maßnahmen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements

Es ist Ziel und Aufgabe des betrieblichen Eingliederungsmanagements, durch den koordinierten Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen und durch die Zusammenarbeit betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure die ursprüngliche krankheitsbedingte Gefährdung des Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisses zu überwinden, einer erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Die betrieblichen Vertragsparteien haben demnach die Aufgabe, auf der Grundlage dieser Ziele die im Betrieb angemessenen Regelungsabläufe, Kooperationspartner und Maßnahmen zu definieren und für deren Umsetzung im Einzelfall und in den Strukturen des Betriebes zu sorgen.

Mit einem betrieblichen Eingliederungsmanagement werden die für den Einzelfall erforderlichen Maßnahmen und Leistungen der Rehabilitation, der Gesundheitssicherung und -förderung systematisch koordiniert und durchgeführt. Die Aufgabenstellung besteht darin, gemeinsam mit dem betroffenen Beschäftigten eine Eingliederungsbedarfsplanung vorzunehmen und einen Hilfeplan für die individuelle Maßnahmegestaltung zu erstellen. Es kommen nur solche Maßnahmen in Frage, die geeignet sind, den Gesundheitszustand zu stabilisieren und zu verbessern. Die Maßnahmen sollen

- ▶ die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwinden,
- ▶ erneuter Arbeitsunfähigkeit vorbeugen und
- ▶ den Arbeitsplatz erhalten.

Einschaltung und Hinzuziehung betriebsinterner und externe Stellen

Die Schwerbehindertenvertretung, der Betriebsrat und die betroffenen Beschäftigten sind von Anfang an und unmittelbar am Zustandekommen des betrieblichen Eingliederungsmanagements beteiligt. Zunächst hat der Arbeitgeber die erkennbaren gesundheitsbedingten Schwierigkeiten, die zur Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses führen können und alle inner- und außerbetrieblichen Möglichkeiten der Beschäftigungssicherung mit dem Betriebsrat zu erörtern.

Im Bedarfsfall ist auch der Werks- oder Betriebsarzt zur Problemabklärung und zur Maßnahmenplanung hinzuzuziehen. Im Einzelfall kann es erforderlich sein, dass der Werks- oder Betriebsarzt im Auftrag des für das betriebliche Eingliederungsmanagement zuständigen betrieblichen Eingliederungsteams und mit Einverständnis des Betroffenen Kontakt mit der gemeinsamen Servicestelle, dem

behandelnden Arzt bzw. mit der behandelnden Klinik aufnimmt und den für die Start-, Wiedereingliederungs- oder Nachsorgephase erforderlichen Handlungsbedarf klärt und abstimmt.

Sind im Einzelfall zur Sicherung des Beschäftigungsverhältnisses Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben angezeigt, besteht die Aufgabe des Arbeitgebers – mit Zustimmung des Betroffenen – darin, die gemeinsame Servicestelle gem. §§ 22 und 23 SGB IX, bei schwerbehinderten Beschäftigten auch das Integrationsamt einzuschalten. Im Bedarfsfall sind also externe Stellen in die Hilfe- und Maßnahmenplanung einzubeziehen. Diese werden verpflichtet, die zügige Erbringung der erforderlichen Leistungen zu gewährleisten.

1.2 Bedeutung für die Arbeit des Betriebsrats und der Schwerbehindertenvertretung

Mit der Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements stehen die Akteure der betrieblichen Interessenvertretung vor einer komplexen Aufgabenstellung: Das Aufgabenprofil des betrieblichen Eingliederungsmanagements umfasst Information und Sensibilisierung, fallbezogene Beratung und Prozessbegleitung, Vernetzung und Koordination von Angeboten. Es gilt die Schnittstelle zwischen den betrieblichen Abläufen und Einrichtungen und den außerbetrieblichen Beratungs- und Versorgungsstrukturen der Rehabilitation und der Gesundheitsprävention zu definieren. Unzweifelhaft erweitert dies die Handlungsmöglichkeiten der betrieblichen Interessenvertretung bei der Gesundheitssicherung der Beschäftigten.

Die betriebliche Interessenvertretung sollte ihre Beteiligungsrechte deshalb konsequent ausschöpfen. Der Ar-

beitgeber muss die Interessenvertretung unabhängig von der Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person einschalten. Betriebsrat bzw. Schwerbehindertenvertretung haben einen eigenständigen Anspruch darauf, vom Arbeitgeber über alle Angelegenheiten rechtzeitig und umfassend unterrichtet zu werden, die in den Zuständigkeits- und Aufgabenbereich des Betriebsrates bzw. der Schwerbehindertenvertretung fallen. Betriebsräte, und sind schwerbehinderte Menschen betroffen, auch die Schwerbehindertenvertretung, können die notwendige Klärung zur Beschäftigungssicherung verlangen, also bei vergeblichem Fordern die Verpflichtung zur Klärung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen sowie ihre Unterrichts- und Beratungsrechte gegenüber dem Arbeitgeber auch einklagen. Den Erörterungsanspruch können sie im Zuge einer einstweiligen Verfügung sichern.

Mit ihrem Initiativrecht für ein betriebliches Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs.2 Satz 6 SGB IX) besitzt die Interessenvertretung einen wichtigen Hebel für das Zustandekommen einer betrieblichen Regelung. Betriebsrat und Schwerbehindertenvertretung sollten sich auf ein Konzept für eine Betriebsvereinbarung verständigen, mit der sie geeigneten Ziele, Maßnahmen und Durchführungsregelungen für die Ermittlung der Gesundheitsgefahren und für betriebliche Eingliederungsmaßnahmen vereinbaren.

1.3 Wie wirtschaftlich ist betriebliches Eingliederungsmanagement?

Durch professionelles Eingliederungsmanagement können Unternehmen Kosten sparen. Beispielsweise fallen Aushilfen, der Einsatz von Leiharbeitern sowie Kosten für Anlernzeiten weg. So vermeidet man auch unnötigen Aufwand für Vorgesetzte und Personalabteilung. Es wird Zeit gewonnen,

weil Beschäftigte schneller und besser behandelt werden können. Sie werden mit System wieder eingegliedert und die Betriebe nutzen Förderleistungen. Das bedeutet mehr Planungssicherheit für Unternehmen, die nun eine exaktere Übersicht darüber haben, welcher Beschäftigte wann wieder einsetzbar ist.

Eine wissenschaftlich begleitete Studie zum Eingliederungsmanagement bei BMW hat ergeben, dass mit jedem eingesetzten Euro 20 Euro gespart werden: www.regierung.oberpfalz.bayern.de/download/soziales/integration/eingl_ma_ges.pdf.

1.4 Eingliederungsmanagement in Klein- und Mittelunternehmen

Unabhängig von Betriebsgröße, Branchenzugehörigkeit und den jeweiligen betrieblichen Handlungsbedingungen schreibt der Gesetzgeber jedem Betrieb die Durchführung eines individuellen Eingliederungsmanagements vor. Welchen Wert der neue betriebliche Präventionsansatz für die Bewältigung des demografischen Wandels besitzt, ist dabei in den Klein- und Mittelunternehmen (KMU) von Industrie und Handwerk bisher am wenigsten propagiert worden. Dies rührt daher, dass in Unternehmen kleinerer und mittlerer Größe Gesundheitssicherung und Integrationspolitik wenig beachtete Handlungsfelder darstellen.

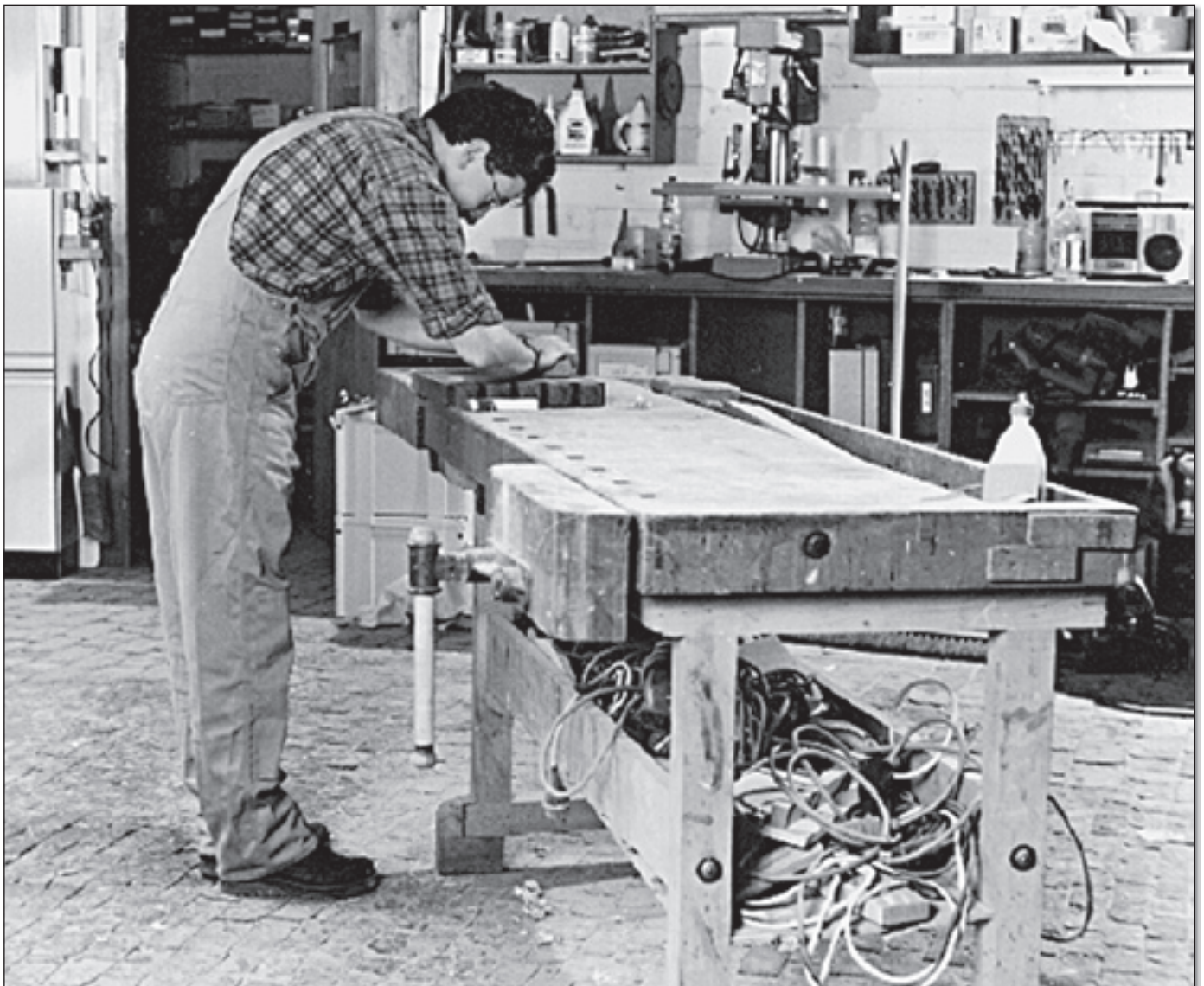
Der enorme wirtschaftliche Druck, dem gerade kleinere Handwerks- und Industriebetriebe durch den Kostensenkungswettbewerb und eine ungesicherte Auftragslage ausgesetzt sind, erschwert nicht nur mittel- und langfristige Planungen auf diesen Gebieten, sondern lässt auch die Umsetzung eines Eingliederungsmanagements als zusätzliche Belastung erscheinen. Die unmittelbaren be-

triebswirtschaftlichen Vorteile von Investitionen in Präventionsaktivitäten bleiben somit unausgeschöpft. Der Nutzen für Beschäftigte und Betriebe bekommt aber auch deshalb kein Gewicht, weil wenig Erfahrungen zur konzeptionellen und organisatorischen Umsetzung der Verfahrensvorschrift vorliegen. Kleine und mittlere Unternehmen in Industrie und Handwerk brauchen daher bei der Einführung des betrieb-

lichen Eingliederungsmanagements und zur Umsetzung geeigneter Verfahren, Abläufe und Strukturen der Eingliederungsarbeit in besonderem Maß externe Unterstützung.

Rahmenbedingungen für KMU

Ohne eigenen Betriebsarzt und andere Präventionsfachkräfte ist der kleine und mittlere Betrieb auf direkte Vernetzung



mit außerbetrieblichen Dienstleistern angewiesen. Ein erfolgreiches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement in kleinbetrieblichen Strukturen verlangt aber auch, dass in KMU vernetzungsfähige Rahmenbedingungen gegeben bzw. herstellbar sein müssen.

Damit Unternehmen eine kontinuierliche und nachhaltige Integrationspolitik aufbauen können, brauchen sie Zugang zu einem Eingliederungsmanagement

- ▶ welches das Unternehmen bei der Wahrnehmung der Integrations- und Gesundheitsverantwortung unterstützt,
- ▶ das an den vorhandenen Bedarfen der Unternehmen, ihren Organisationsstrukturen und Zuständigkeiten für Integrationsaufgaben ansetzt,
- ▶ das die Beschäftigten, die Betriebsinhaber und Vorgesetzten in die Definition und Umsetzung von präventiven und rehabilitativen Verfahrensregelungen und Maßnahmen mit einbezieht,
- ▶ das Teil einer ganzheitlichen und altersgerechten Beschäftigungsstrategie ist und
- ▶ das auch in KMU eine systematische Gesundheitsberichterstattung und Qualitätssicherung entwickelt.

Kooperationsvereinbarung

Ein solches kunden- und nachfrageorientiertes Beratungs- und Unterstützungsmodell haben im Saarland die Fleischerberufsgenossenschaft (FBG), die IKK-Südwest-Direkt und die Fleischerinnung zum 1. Mai 2005 mit einem Kooperationsprojekt für die Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements vereinbart. Zum einen geht es um Unterstützung beim Aufbau von Integrationshilfen und -maßnahmen in kleinen und mittelständischen Unterneh-

men. In Verbindung damit führen IKK und Berufsgenossenschaft für den Arbeitgeber das Eingliederungsmanagement durch. Die beteiligten Leistungsträger reagieren also mit einem pragmatischen und kompetenten Dienstleistungsangebot auf Wünsche der Unternehmen nach einen kompetenten Ansprechpartner für ihren Eingliederungsbedarf. Die zentralen Regelungen des Kooperationsabkommens sind:

- ▶ Für die Organisationsebene die Gültigkeit der Vereinbarung für alle ArbeitnehmerInnen in Innungsbetrieben einer Region (Regionalisierung des Eingliederungsmanagements). Das Dienstleistungsangebot und die Steuerung des BEM durch die Leistungsträger begünstigt die Entwicklung und Verbreitung von praxistauglichen Lösungen für kleinbetriebliche Strukturen.
- ▶ Auf der Informationsebene ein strukturierter Informationsaustausch zwischen Mitgliedsfirma und Leistungsträger: Der Arbeitgeber informiert einen Ansprechpartner des zuständigen Sozialversicherungsträgers, sobald eine Erkrankung von länger als sechs Wochen vorliegt.
- ▶ Auf der Ebene der Vernetzung eine verlässliche Steuerung und Koordination von Rehabilitationsmaßnahmen: Die IKK und die BG leiten in enger Abstimmung mit dem jeweiligen Arbeitgeber und dem erkrankten Beschäftigten Maßnahmen der medizinischen und sozialen Rehabilitation ein. Die Leistungsträger führen auch ihre Kompetenzen zusammen und unterstützen sich bei der Beratung und Durchführung vorbeugender Gesundheitsmaßnahmen.
- ▶ Auf der betrieblichen Ebene die Verbindung der Eingliederungsfrage mit der betrieblichen Arbeitsorganisation: Der Arbeitgeber sichert die bedarfsgerechte Unterstützung in der Wiedereingliederungsphase, bei Arbeitsgestaltungsmaßnahmen und bei Qualifizierungsmaßnahmen zu.

2 Handlungsschritte zur Einführung

Angesichts von Massenarbeitslosigkeit und Lohnkostenwettbewerb gibt es erheblichen Widerstand gegen eine solche neue Qualität integrativer Arbeit und Personalpolitik. Auf der einen Seite stehen Personal- und Produktionskonzepte, in denen für beeinträchtigte Beschäftigte mit meist langen Betriebszugehörigkeiten kaum noch ein Platz vorhanden ist. Auf der anderen Seite verfolgt das Eingliederungsmanagement eine nachhaltige Beschäftigungsperspektive. Das betriebliche Eingliederungsmanagement grenzt sich deutlich gegen die verbreitete Praxis von Krankenrückkehrgesprächen, gegen krankheitsbedingte Kündigungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung ab.

Die Interessenvertretung sollte daher schwierige Verhandlungen einkalkulieren und sich ihrer Mitbestimmungsrechte und Durchsetzungsmöglichkeiten (Einigungsstelle) bewusst sein. Mit dem Instrument gibt es eine konkrete und rechtlich durchsetzbare Interventionschance, die häufig wiederkehrenden Risikomuster bei langandauernden Krankheitsverläufen zu durchbrechen. Gleichzeitig liefert es die Voraussetzungen dafür, rechtliche Ansprüche der Beschäftigten auf ein Rehabilitationsangebot und auf gute Arbeitsbedingungen durchzusetzen.

Arbeitsplan und Handlungsschritte

Der folgende Arbeitsplan beschreibt die notwendigen Handlungsschritte zur betrieblichen Implementierung der gesetzlichen Vorschrift. Das Konzept benennt Aufgaben und Bearbeitungsschritte für die Orientierungsphase, für die Konzeptentwicklungsphase und für die unmittelbare Einführungsphase eines Eingliederungsmanagements. Es ist in erster Linie ein systematischer Bearbeitungsvorschlag für Betriebsräte und Schwerbehindertenvertretungen. Die betrieblichen Verhandlungspartner und späteren Prozessgestalter finden darin aber auch eine mögliche gemeinsame Plattform zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Ziel dieses strukturierten Vorgehens ist es:

- ▶ Transparenz über Probleme und Prozesse der betrieblichen Integration und Rehabilitation herzustellen,
- ▶ Lösungswege für die benannten Probleme zu erarbeiten und sich für die beste Lösung zu entscheiden,
- ▶ Ressourcen, d.h. die Vorkenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten der Beteiligten zu ermitteln,
- ▶ Betriebliche Strukturen und Rahmenbedingungen des Eingliederungsmanagements zu entwickeln,
- ▶ Verfahrensabläufe und Instrumente zu definieren,
- ▶ Verantwortung und Kompetenzen im betrieblichen Eingliederungsteam und in der Prozesskette zu regeln,

Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements

Orientierungsphase

- Sachlage klären – Ressourcen ermitteln
- Schwerpunktprobleme ermitteln und auswählen

Konzeptentwicklungsphase

- Betriebsvereinbarungskonzept entwickeln
- Das Thema Eingliederungsmanagement mit der Belegschaft kommunizieren
- Externe Partner einbinden

Einführungsphase

- Betriebsvereinbarung verhandeln und abschließen
- Mit dem Eingliederungsmanagement beginnen

- ▶ den Konsens zwischen allen Beteiligten über die Teil- und Endergebnisse herzustellen und
- ▶ daraus Entscheidungen und Aktivitäten für Planungsgruppen, Eingliederungsteams und einzelne Beteiligte abzuleiten.

Im Ergebnis erhalten wir mit dem Aufbau eines Eingliederungsmanagements einen wichtigen Beitrag zur Organisationsentwicklung des jeweiligen Unternehmens. Es werden Lernprozesse im Sinne der lernenden Organisation in Gang gesetzt. Durch die gesetzliche Regulierung werden die verschiedenen beteiligten Akteure in der betrieblichen Organisation veranlasst, sich auf ein neues Modell der Integration von Wiedereingliederungs-, Arbeitsorganisations- und Personaleinsatzprozessen zu verständigen. Damit ist Eingliederungsmanagement schließlich auch eine Entwicklungschance für die Unternehmenskultur. Unternehmen und Betriebe entwerfen und praktizieren ein neues Selbst- bzw. Leitbild einer nicht diskriminierenden integrativen Personalpolitik.

1. Sachlage klären – Ressourcen ermitteln

- ▶ Sachkompetenz überprüfen: Wie gut sind wir im Gremium/im Betrieb über die gesetzliche Grundlagen informiert?
- ▶ Organisationsentwicklung: Welchen Entwicklungsstand haben wir beim Eingliederungsmanagement erreicht? Welche Erfahrungen haben wir gemacht?
- ▶ Bestehende Vereinbarungen und Regelungen: Was haben wir davon formell/ informell geregelt?
- ▶ Innovation: Welche (Teil-)Aufgaben sind uns noch (vollkommen) neu?



Ein sinnvolles Arbeitsmittel zur Analyse und Bewertung des Ist-Standes ist der Erhebungsbogen zur Regelungspraxis und zum Entwicklungsstand des betrieblichen Eingliederungsmanagements in Kapitel 5 dieser Handlungshilfe.

2. Schwerpunktprobleme ermitteln und auswählen

- ▶ Daten sichten und sichern: Situations-Analyse der Beschäftigungs- und Gefährdungslage gesundheitsbeeinträchtigter Beschäftigter

3. Betriebsvereinbarungskonzept entwickeln

- ▶ Arbeitsgruppe bzw. Projekt des BR/der SBV einrichten und einen Workshop durchführen
- ▶ Klärung: Welchen Veränderungsbedarf haben wir wirklich? Wo müssen die Veränderungen genau ansetzen?
- ▶ Zielformulierung und Festlegung von Regelungsschwerpunkte
- ▶ Musterbetriebsvereinbarung der IG Metall in den Verhandlungsvorschlag einbeziehen

4. Das Thema Eingliederungsmanagement mit der Belegschaft kommunizieren

- ▶ Eingliederungsmanagement zum Schwerpunktthema von Betriebsversammlungen/ Versammlungen schwerbehinderter Beschäftigter machen
- ▶ Weitere Kommunikationswege (z. Bsp. Intranet, Gesundheitstage, Aktion der Krankenkassen) nutzen

5. Externe Partner einbinden

- ▶ Workshop/ Infogespräche mit externen Akteuren (Betriebs-, Haus-, Fachärzte, Integrationsamt, BFW, Krankenkasse, Beratungsstelle, Kliniken) organisieren

6. Betriebsvereinbarung verhandeln und abschließen

- ▶ Strittige Regelungen herausarbeiten und konsensfähig machen
- ▶ Verhandlungsstände und Vorgehen in den Gremien und Arbeitsstrukturen kommunizieren

7. Mit dem Eingliederungsmanagement beginnen

- ▶ Eingliederungsteam bilden, Aufgaben und Grundsätze der Zusammenarbeit formulieren
- ▶ Workshop durchführen und Arbeitsprogramm aufstellen
- ▶ Früherkennungssystem (Zugang zum Personalinformationssystem, AU-Daten, Verfahren der Gefähr-

dungsbeurteilung, Betriebsgesundheitsbericht, Ergebnisse aus Gesundheitszirkeln, betriebsärztliche Daten, Daten des Arbeitsplatzkatasters) aufbauen

- ▶ Kontakthanbahnung: Vorgehen und Instrumente fixieren
- ▶ Prozessinstrumente planen und beschreiben: Fallkonferenz, Eingliederungsplan, Gefährdungsbeurteilung, Eingliederungsgespräch
- ▶ Betrieblichen Fallmanager bestellen bzw. einstellen
- ▶ Mit Eingliederungsmanagement und Fallmanagement beginnen
- ▶ Dokumentation und Qualitätssicherung starten
- ▶ Öffentlichkeitsarbeit: Ziele, Aufgaben, Strukturen, erste Ergebnisse des Eingliederungsmanagements im Unternehmen kommunizieren
- ▶ Qualifizierungsmaßnahmen für Vorgesetzte vorbereiten und durchführen

Controlling und Qualitätssicherung für das «change-management»

Woran erkennen Betriebsräte und Schwerbehindertenvertretungen, dass der § 84,2 SGB IX erfolgreich umgesetzt wurde?

- ▶ Die Integrationsnorm beeinflusst unternehmerische Entscheidungen. Der Arbeitgeber passt die Ziele, Strukturen und Verfahren des Eingliederungsmanagements in die betriebliche Organisation ein und entwickelt sie damit weiter
- ▶ Die Interessenvertretung schließt eine Betriebsvereinbarung ab und kann ihren Mitbestimmungs- und Unterstützungsauftrag erfolgreich ausüben
- ▶ Am Ende einer gesundheitlichen Krise von Beschäftigten steht ein neues Beschäftigungsangebot
- ▶ Eine wachsende Zahl chronisch gesundheitlich beeinträchtigter ArbeitnehmerInnen bleibt dauerhaft betrieblich integriert
- ▶ Mehr Menschen als bisher können durch präventive Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung gesund in Rente gehen
- ▶ Auch älter werdende Beschäftigte leisten ihren anerkannten Beitrag zur wirtschaftlichen Prosperität der Unternehmen

3 Eckpunkte für eine Betriebsvereinbarung zum Eingliederungsmanagement

Die im SGB IX reichlich versteckt platzierte neue Präventionsvorschrift verpflichtet alle Arbeitgeber, sobald ein Arbeitnehmer innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig ist, unabhängig von der Betriebsgröße zu einem Eingliederungsmanagement. Das betriebliche Eingliederungsmanagement, das die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers für erkrankte Mitarbeiter viel nachdrücklicher und konkreter als früher einfordert, gilt nicht nur wie der Kontext der Norm vermuten ließe für behinderte und schwerbehinderte, sondern gleichermaßen und im Besonderen für nichtbehinderte Menschen, also für sämtliche Beschäftigte.

Spiegelbildlich bildet sich auch für die Interessenvertretung ein eigenständiger Aufgabenbereich heraus. Durch den bereits seit der Einführung des SGB IX geltenden Grundsatz des «Vorrangs der Prävention» (§ 3 SGB IX) konkretisiert sich der allgemeine Schutz- und Förderauftrag des Betriebsrates (§ 80 BetrVG) zu einem dezidierten Auftrag der Prävention von Beschäftigungsrisiken für (chronisch) gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte.

3.1 Gefährdungslage

Die Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements ist im Wesentlichen eine Reaktion auf bestehende gesundheitsbedingte Beschäftigungsprobleme und eröffnet zugleich neue Handlungsoptionen hinsichtlich der gesundheitlichen Auswirkungen der demografischen Entwicklung der nächsten Jahre.

Aktuell liegt der Anteil der chronisch oder Langzeitkranken an alle erkrankten Erwerbstätigen bei mehr als einem Drittel (35,9 Prozent). Von 865 000 chronisch kranken Erwerbstätigen sind fast 60 Prozent (513 000 Personen) ein Jahr oder

länger krank oder unfallverletzt. Je höher das Alter liegt, desto größer der Anteil. Mehr als zwei Drittel der chronisch Kranken sind zwischen 40 bis 64 Jahre alt. Die alleinige Betrachtung nach Altersgruppen ergibt jedoch ein schiefes Bild. Sozioökonomische Einflüsse sind signifikant und wirkungsstark. Arbeiter weisen gegenüber Selbständigen und Angestellten überdurchschnittliche Krankheitsraten auf (Priester, S. 36). Mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit steigt allerdings das Risiko von Kündigung, «Aussteuerung» und Frühverrentung. Die Betroffenen verschwinden mit fortdauernder Abwesenheit aus der Wahrnehmung des betrieblichen Umfeldes, sie werden vergessen. Sie werden schleichend zu Opfern der Amnesie des Wertschöpfungsprozesses.

Sehr geehrter Herr ...

bei der Auswertung unserer Fehlzeiten-Statistik haben wir mit Bedauern festgestellt, dass ihre Fehlzeiten weit über dem Durchschnitt unseres Betriebes liegen.

Im Kalenderjahr 2004 waren Sie über 30,0 Tage arbeitsunfähig.

Aufgrund dieser Entwicklung bitten wir Sie, gemeinsam mit uns zu prüfen, ob Sie psychisch und körperlich in der Verfassung sind, den Anforderungen Ihres Arbeitsplatzes zu entsprechen.

Bitte berücksichtigen Sie auch, dass übermäßige Fehlzeiten eine erhebliche Mehrbelastung für Ihre Arbeitskolleginnen/en bedeuten und sich sehr störend auf unseren Produktionsablauf auswirken.

Sicher verstehen Sie, dass Fehlzeiten in diesem Ausmaß weder für die Firma noch für Ihre Kollegen tragbar sind. Deshalb bitten wir Sie in der 2. Januar-Woche zu einem Gespräch im Personalbüro, um über Ihre Situation zu reden.

Hochachtungsvoll

Schreiben der Firma «TUBEX», Rangendingen an einen Mitarbeiter. Quelle: metall 3/2005

Erfahrungen aus Kündigungsschutzverfahren zeigen häufig wiederkehrende Risikomuster. Bei langandauernden Krankheitsverläufen entstehen berufliche und soziale Rückzugstendenzen, Wiedereingliederungsbarrieren bauen sich auf. Die zugrunde liegende Chronifizierung von Gesundheitsstörungen ist typische Ursache für degenerative Verschleißerkrankungen. Trotz intensivem Therapieaufwand sind die kurativen Erfolge begrenzt. Lange Krankheitsverläufe enden zwar meistens mit der (offiziellen) Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Oft bleiben aber Tätigkeitseinschränkungen zurück. Dann entsteht für beeinträchtigte Beschäftigte mit meist langen Betriebszugehörigkeiten, die aus orthopädischen oder psychischen Gründen nur noch über eine reduzierte Einsatzbreite verfügen, das Dilemma, dass sie in den Personalkonzepten einer hochflexibilisierten Arbeitsorganisation nahezu nicht mehr vorkommen.

Kündigungsschutz: Was sind die Konsequenzen bei unterbliebenem Eingliederungsmanagement?

Voraussetzung für eine krankheitsbedingte Kündigung ist

- ▶ eine negative Prognose bezüglich des zukünftigen Gesundheitszustandes des/der Betroffenen,
- ▶ die Erwartung, dass es dadurch zu einer erheblichen Beeinträchtigung der betrieblichen Interessen kommt und
- ▶ dass die betrieblichen Interessen das Interesse des Arbeitnehmers an der Arbeitsplatzhaltung überwiegen.

Die Durchführung des Eingliederungsmanagements liegt in der Eigenverantwortung des Arbeitgebers. Nach § 84 Abs. 2 SGB IX muss der Arbeitgeber deshalb seinen Verpflichtungen aus der Vorschrift nachkommen, indem er

- ▶ alle zumutbaren Möglichkeiten der Kündigungsvermeidung ausschöpft. Kündigungen des Arbeitsverhältnisses dürfen immer nur das letzte Mittel sein („Ultima Ratio-Prinzip“).

- ▶ Bei fehlendem oder unzureichendem Verfahren ist die Kündigung sozial ungerechtfertigt (§ 1 KSchG). Den Nachweis, dass ein ausreichendes Eingliederungsmanagement durchgeführt wurde, muss der Arbeitgeber erbringen.
- ▶ Im Kündigungsschutzprozess muss der betroffene Arbeitnehmer angeben, dass ein Eingliederungsmanagement vom Arbeitgeber nicht oder nur unzureichend durchgeführt wurde.
- ▶ Wenn der Betroffene Alternativen zur Kündigung angeben kann, ist die Berufung des Arbeitgebers auf Unzumutbarkeit und „Ultima Ratio“ aussichtslos.
- ▶ Auch und gerade bei schwerbehinderten Beschäftigten ist eine krankheitsbedingte Kündigung nicht gerechtfertigt. Das Integrationsamt hat die Möglichkeit das Zustimmungsverfahren auszusetzen bzw. seine Zustimmung zu verweigern.

3.2 Die „basics“ des Eingliederungsmanagements

Im Kerngeschäft des Eingliederungsmanagements geht es demnach darum,

- ▶ den Arbeitsplatz und die Beschäftigungsfähigkeit abzusichern,
- ▶ eine Routine der Früherkennung von Gesundheits- und Beschäftigungsgefährdung zu etablieren,
- ▶ Instrumente und Verfahren zur Beurteilung der Gefährdungsrisikos zu kreieren,
- ▶ im betrieblichen Alltag Präventionsaufgaben in betriebliche Organisationsstrukturen und systematische Entscheidungsprozesse einzubinden und
- ▶ auf die individuelle Situation zugeschnittene Präventions-, Rehabilitations- bzw. Integrationsmaßnahmen zu vereinbaren und interne/externe Hilfsangebote, Leistungsträger und Leistungen zu koordinieren.

Damit wird zunächst einmal die Schwelle zu krankheitsbedingten Kündigungen deutlich angehoben. Von mindestens gleichwertiger Bedeutung sind die betriebspolitischen

Möglichkeiten, die es der Interessenvertretung erlauben, mit dem Instrument Einfluss auf das Führungsverhalten und die Gestaltung des betrieblichen Arbeitsmarkts zu nehmen. Erstmals ergibt sich eine mitbestimmungspolitisch interessante Handlungsalternative gegenüber der meist konzeptionslosen und autoritären Personalstrategie der Krankentrückkehrgespräche. Der Interessenvertretung wächst eine in Fertigung und Verwaltung durchsetzbare Forderung zu, solche Arbeitsplätze und Beschäftigungsbereiche vorzusehen oder zu generieren, die nicht gesundheitsgefährdend und fähigkeitsadäquat gestaltet sind.

Das alles wird in den Betrieben nicht unmittelbar und sofort zustande kommen, auch nicht in Großorganisationen, deren Regelungslandschaft zum Teil ein mehr oder weniger systematisches Eingliederungsmanagement kennt. Gerade weil mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement eine neue Grenze gegen die verbreitete Praxis von Fehlzeiten- und Rückkehrgesprächen und krankheitsbedingten Kündigungen gezogen wurde, ist nicht überall mit freundlicher Zustimmung zu rechnen. Der Präventionsansatz der neuen Integrationsregel kommt zwangsläufig in Konflikt mit Personalstrategien und hochflexibilisierten Produktionskonzepten, die die Beschäftigung beeinträchtigter Arbeitskräfte nicht mehr „auf ihrer Rechnung“ haben.

Gerade weil gegenwärtig der Druck auf die Entgelte, Arbeitszeiten und Sozialstandards die Begleitmusik zur Einführung des Eingliederungsmanagements darstellt, kommt es im Vorfeld von Vereinbarungen und Verhandlungsprojekten darauf an, gegenüber den Beschäftigten den Beschäftigungssicherungscharakter des neuen Integrationsverfahrens zu verdeutlichen. Interessenvertretungen und wenn möglich auch die Personalseite sollten die realen Chancen

dieser betrieblichen Präventionsstrategie gegen chronische Erkrankungen nutzen und einen wirksamen Schutzmechanismus («Rehabilitation vor Kündigung») ins Zentrum ihrer Präventions- und Rehabilitationsinitiative stellen. Für die praktische Umsetzung der neuen Verfahrensvorschrift muss zudem berücksichtigt werden, dass auch diejenigen Akteure, die sich bislang schon für Gesundheit und Beschäftigungserhalt engagiert haben (Schwerbehindertenvertretung, Arbeitssicherheitsausschuss, Sozialberatung), „mitgenommen werden“.

Eine solche koordinierte Strategie erfordert, zweitens, eine verbindliche Vereinbarung über die Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements in Form einer Betriebsvereinbarung. Zwar stünde gem. § 83 Abs. 2a SGB IX auch die Durchführungsform einer Integrationsvereinbarung zur Verfügung. Eine Integrationsvereinbarung erzielte jedoch nicht annähernde die Durchsetzungskraft und Normwirkung einer erzwingbaren Betriebsvereinbarung. Damit ist dem Abschluss einer Betriebsvereinbarung eindeutig der Vorrang vor dem Abschluss des Eingliederungsmanagements in Form einer Integrationsvereinbarung zu geben. Weil der Integrationsvereinbarung die erforderliche inhaltliche Erzwingbarkeit fehlt, würde diese Durchführungsform die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Einführung und zur Durchführung des Eingliederungsmanagements geradezu konterkarieren.

Drittens muss sich das betriebliche Eingliederungsmanagement in manchen Betrieben deutlich gegen eine Personalstrategie abgrenzen, für die Fehlzeiten- und Krankentrückkehrgespräche zentrale Instrumente eines systematischen Fehlzeitenmanagements darstellen. Die erklärte Absicht dieses Ansatzes, die Abwesenheitskosten zu senken und

Der ERA schützt auch Beschäftigte mit Einsetzeinschränkung

Im ERA-Tarifvertrag von Baden-Württemberg werden Einsetzeingeschränkte ausdrücklich berücksichtigt: § 22 legt fest, dass bereits bei der Planung neuer Arbeitsplätze Einsetzeinschränkungen mitbedacht werden müssen. Zudem ist geregelt, dass bei Umstrukturierungen, wie etwa Einführung von Gruppenarbeit, Betroffene nicht anders behandelt werden dürfen als gesunde Beschäftigte. Sie sind vielmehr entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit einzusetzen, auch die Leistungsvorgabe der Gruppe muss daraufhin abgestimmt werden. Eine finanzielle Absicherung ihres Grundentgelts ist in § 12 und 13 geregelt. Dort ist außerdem festgelegt, dass der Arbeitgeber ihnen eine Qualifizierung anbieten muss, falls keine adäquate Arbeitsaufgabe vorhanden ist: www.bw.igm.de

eine höhere Anwesenheitsquote zu erreichen, wird ggf. auch mit autoritären und Mitteln des Arbeitsrechts durchgesetzt. Bezeichnend ist auch das Bild von unmotivierten und simulierenden Beschäftigten, das wir dazu auf betrieblichen Führungsebenen antreffen. Erkrankungsursachen werden vornehmlich in der Privatsphäre des persönlichen Verhaltens gesehen. Dieses Führungskonzept ist als Ganzes Ausdruck einer betrieblichen Misstrauenskultur.

Dagegen steht das Eingliederungsmanagement für eine betriebliche Gesundheitspolitik, die betriebliche Erkrankungsursachen ermittelt und Maßnahmen zum Belastungsabbau einleitet, damit die gesetzlich geforderte nachhaltige Beschäftigungsperspektive überhaupt erst entstehen kann. Arbeitsrechtliche Sanktionen sind dazu weder erlaubt noch erforderlich. Das Präventions- und Gesundheitsförderungsangebot des Eingliederungsmanagements, das auf Freiwilligkeit beruht, ist vielmehr darauf angewiesen, die Beschäftigten für die Teilnahme an diesem Verfahren zu motivieren.

Das im SGB IX normierte Integrations- und Beteiligungsverfahren schafft damit keinen Raum dafür, dass Diszipliniierungsmaßnahmen in Form von Krankenrückkehrgesprächen innerhalb des Prozessverlaufs etabliert und erlaubt werden. Ähnlich abwegig und mit der Vorschrift gänzlich inkompatibel ist die Vorstellung, das Eingliederungsmanagement nach dem Modell der Fehlzeiten- und Rückkehrgespräche abzuwickeln. Jedoch gilt es betrieblich erst sicherzustellen, dass der neue Präventionsansatz tatsächlich neben frühzeitigen Rehabilitationsschritten und Integrationsmaßnahmen vor allem auch eine systematische betriebliche Gesundheitsförderung beinhaltet.

Sofern ein Fehlzeitenmanagement bereits Gegenstand einer Betriebsvereinbarung ist, muss mit der Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements über die Fortwirkung der bisherigen Regelung zu Fehlzeiten- und Rückkehrgesprächen entschieden werden. „Im Sinne des Vertrauensschutzes und zur Vermeidung von Streitigkeiten sollten die Betriebsparteien vereinbaren, dass die Betriebsvereinbarung über die Krankenrückkehrgespräche einvernehmlich aufgehoben wird, keiner Nachwirkung unterliegt und des Weiteren vollständig durch die Betriebsvereinbarung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement abgelöst wird, mit der Maßgabe, dass bei Arbeitsunfähigkeitszeiten von weniger als 42 Tagen innerhalb eines Jahres keine Krankenrückkehrgespräche geführt werden. Ein solcher Aufhebungsvertrag ist jederzeit zulässig, er bedarf jedoch der Schriftform (Fitting, Kaiser u.a. § 77 BetrVG, Rn. 143)“ (Britschgi/Windirsch, 2005, S. 4).

Viertens geht Handlungssicherheit bei der Durchsetzung des Aufgabenspektrums und der Verfahrensregeln vor allem auch davon aus, dass das betriebliche Eingliederungsma-

nagement in ein belastbares System von Mitbestimmungsrechten des Betriebsrates und von Mitwirkungsrechten der Schwerbehindertenvertretung eingebunden ist. Die Mitbestimmungsrechte des Betriebsrates verankern sich in

- ▶ § 87 Abs.1 Zif.1 BetrVG: Verhalten der ArbeitnehmerInnen im Betrieb
- ▶ § 87 Abs.1 Zif.7 BetrVG: Eingliederungsmanagement als Teil und Ausprägung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes
- ▶ § 87 Abs.1 Zif.8 BetrVG: Beteiligung der betriebliche Sozialberatung im Eingliederungsmanagement
- ▶ § 9 Abs.3 ASiG: Tätigkeit des Betriebsarztes im Eingliederungsmanagement
- ▶ § 102 BetrVG: Kündigungsschutz und Erfordernis des Eingliederungsmanagements
- ▶ § 99,2 BetrVG: Personelle Einzelmaßnahmen (Versetzung als Eingliederungsmaßnahme)
- ▶ § 98 BetrVG: Qualifizierung als Eingliederungsmaßnahme

Die Mitwirkungsrechte der Schwerbehindertenvertretung beim Eingliederungsmanagement ergeben sich aus § 95 Abs. 2 SGB IX und § 83 SGB IX.

3.3 Eckpunkte einer Betriebsvereinbarung

Betriebsvereinbarung „Eingliederungsmanagement zur Sicherung der Beschäftigung gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer“

Ziele: Das Ergebnis eines Eingliederungsmanagements für Beschäftigte mit lang andauernder Beeinträchtigung ihrer Arbeitsfähigkeit besteht darin,

- ▶ die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden,
- ▶ einer erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen,
- ▶ eine chronische Erkrankungen zu vermeiden und
- ▶ den Arbeitsplatz zu erhalten.

Geltungsbereich: Das Angebot eines Eingliederungsmanagements gilt für alle ArbeitnehmerInnen, die vom 42. AU-Tag ab gerechnet innerhalb der vorausgegangenen zwölf Monate länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig waren. Die Integrationsregelungen finden auch Anwendung auf Beschäftigte mit Einsatzeinschränkungen.

Beschäftigte, die weniger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind, sollten auch einen Anspruch auf das Angebot eines Eingliederungsmanagements erhalten, wenn damit die Entstehung einer Behinderung und/oder die Chronifizierung ihrer Gesundheitsstörung vermieden werden kann.

Eingliederungsteam: Zur strukturierten Bearbeitung der Eingliederungsaufgaben des Betriebes koordiniert ein betriebliches Eingliederungsteam die beteiligten Akteure und Entscheidungen in regelmäßigen betrieblichen Fallkonferenzen. Das betriebliche Eingliederungsteam unterrichtet die betroffenen Beschäftigten

- ▶ über die für das Eingliederungsmanagement erhobenen und verwendeten Daten,
- ▶ über die Ziele des Eingliederungsmanagements und
- ▶ berät über Hilfsmöglichkeiten und Rechtsansprüche.

Gefährdungsbeurteilung: Das Eingliederungsteam beurteilt auf der Basis der AU-Daten und der Daten aus der Gefährdungsbeurteilung des jeweiligen Arbeitsplatzes gemeinsam mit dem Betroffenen die gesundheitsbedingte Gefährdung ihres Beschäftigungsverhältnisses. Das Eingliederungsteam erörtert den Hilfebedarf und entscheidet gemeinsam und verbindlich mit den Betroffenen über die erforderlichen Maßnahmen.

Eingliederungsplanung: Operative Grundlage des betrieblichen Eingliederungsmanagements ist der Eingliederungsplan. Der Eingliederungsplan definiert Zielsetzung, Verlauf und Qualität der erforderlichen individuellen Integrations-, Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen. Die Maßnahmen müssen erforderlich, bedarfsgerecht, durchführbar und freiwillig sein.

Maßnahmen: Das Eingliederungsteam gewährleistet in enger Abstimmung mit Betroffenen, Leistungsträgern und Bereichsvorgesetzten die zügige Einleitung, Steuerung und Begleitung der Eingliederungsmaßnahmen. Es sollen vorrangig betriebsnahe Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt werden. Das Eingliederungsmanagement endet mit der vollwertigen Wiedereingliederung der Betroffenen in die Arbeitsorganisation. Vor der Wiedereingliederung ist eine Gefährdungsermittlung und -beurteilung des jeweiligen Arbeitsplatzes durchzuführen. Am Ende der Wiedereingliederungsphase erfolgt ein abschließendes Eingliederungsgespräch.

Fallmanagement: Die Prozesssteuerung im Einzelfall erfolgt mit einem Fallmanagement. Im Fallmanagement wird die jeweilige Maßnahme durch regelmäßige Beratungskontakte zu den betroffenen Beschäftigten begleitet. In den Prozessphasen des Eingliederungsmanagements (Einleitung, Umsetzung von Rehabilitationsmaßnahmen, Wiedereingliederung) und bei sonstigen Präventionsmaßnahmen werden die erforderlichen Unterstützungsleistungen auf der Basis des Eingliederungsplans koordiniert.

Datenschutz: Medizinisch-diagnostische Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Vorhandene AU-Daten oder andere Angaben über den Gesundheitszustand und die Arbeitsunfähigkeit dürfen nicht zu einer negativen Prognose der zukünftigen Arbeitsfähigkeit oder zu arbeitsrechtlichen Maßnahmen verwendet werden, die das Beschäftigungsverhältnis gefährden.

Freiwilligkeit: Die Teilnahme an Gesprächen und Maßnahmen des Eingliederungsmanagements ist freiwillig. Eine fehlende Bereitschaft oder Zustimmung zum Eingliederungsmanagement darf zu keinen arbeitsrechtlichen Folgen führen.

Organisationsentwicklung: Das Unternehmen verankert den Grundsatz der aktiven Förderung von Prävention und Integration in seiner Personalpolitik und in seinen Leitlinien. Es entwickelt Strukturen und Rahmenbedingungen zur Früherkennung von Beschäftigungsgefahren, zur Personalentwicklung und zur Zusammenarbeit mit Beratungseinrichtungen und Rehabilitationsleistungsträgern.

Qualifizierungsmaßnahmen: Das Unternehmen schafft ein regelmäßiges Schulungsangebot, damit sich Mitglieder des betrieblichen Eingliederungsteams, Gruppensprecher und Führungskräfte die erforderlichen Kompetenzen für die Umsetzung des Eingliederungsmanagements in ihren Zuständigkeitsbereichen aneignen können.

4 Muster-Betriebsvereinbarung

4.1 Vorschlag der IG Metall

Betriebsvereinbarung „Eingliederungsmanagement zur Sicherung der Beschäftigung gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer“

Präambel

Mit dem Eingliederungsmanagement wird eine Verfahrensregelung zur betrieblichen Umsetzung des § 84 Abs. 2 SGB IX geschaffen, damit für Beschäftigte mit längerer bzw. lang andauernder Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit frühzeitig gesundheitsbedingte Gefährdungen des Arbeitsverhältnisses abgewendet werden. Dazu werden betriebliche Organisationsstrukturen gebildet, Verfahrensabläufe definiert und Verantwortlichkeiten vereinbart.

Grundlage für die Entwicklung und die Ausgestaltung dieses präventiven Schutzmechanismus ist die Zusammenarbeit von Arbeitgeber, Interessenvertretung, Fachkräften und den Trägern und Anbietern von Eingliederungsmaßnahmen. Alle Akteure gewährleisten durch eine systematische Koordination von Maßnahmen der Rehabilitation und der Gesundheitsförderung, dass die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der betroffenen Beschäftigten gesichert wird.

Geltungsbereich

Die Betriebsvereinbarung kommt für alle ArbeitnehmerInnen, die vom 42. AU-Tag ab gerechnet innerhalb der vorausgegangenen 12 Monate länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig waren, zur Anwendung.

Dabei gehen die Betriebsparteien von solchen gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus, die zur Gefährdung des Arbeitsverhältnisses führen können, die zum Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit führen können und für die ein feststellbarer Rehabilitations- bzw. Gesundheitsförderungsbedarf gegeben ist.

Die Regelungen finden auch Anwendung auf Beschäftigte mit Einsatzeinschränkung, die mit Hilfe des Eingliederungsmanagements an einem leistungsgerechten- und qualifikationsadäquaten Arbeitsplatz beschäftigt werden können.

Ziele

Das Eingliederungsmanagement stellt durch die enge Koordination betrieblicher und außerbetrieblicher Hilfen und Leistungen die Umsetzung des Grundsatzes «Rehabilitation vor Kündigung» sicher und sorgt dafür, dass die folgenden Ziele erreicht werden:

- ▶ Überwindung der Arbeitsunfähigkeit
- ▶ Vorbeugung einer erneuten Arbeitsunfähigkeit
- ▶ Erhaltung des Arbeitsplatzes

Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist Teil eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements. Eine Vernetzung mit anderen gesundheitsfördernden und beschäftigungssichernden Betriebsvereinbarungen, Regelungen und Normen ist herzustellen. Zur Erreichung der Ziele ist die Beteiligung der betroffenen Beschäftigten in den Prozessabschnitten des betrieblichen Eingliederungsmanagements in geeigneter Weise sicherzustellen.

Regelungen zur Prozessgestaltung

Intervention

Zur frühestmöglichen Erkennung und Klärung des Eingliederungs- und Rehabilitationsbedarfs erhalten die Mitglieder

des Eingliederungsteams monatlich von der Personalabteilung ein Verzeichnis der Beschäftigten, die die Voraussetzungen für ein Eingliederungsmanagement erfüllen. Die Personalabteilung stellt ferner die Daten aus der Gefährdungsbeurteilung des jeweiligen Arbeitsplatzes zur Bewertung individueller und struktureller gesundheitlicher und qualifikatorischer Risiken zur Verfügung.

Klärungsgespräch

Das betriebliche Eingliederungsteam stellt den Kontakt zu den betroffenen Beschäftigten her und unterrichtet über das Eingliederungsmanagement und die Hilfsangebote. Es macht ein Angebot für ein Klärungsgespräch, das dem Ziel dient das Hilfsangebot zu konkretisieren, die Ausgangssituation zu klären, über Ansatzpunkte eines Eingliederungsmanagements und Rechtsansprüche zu beraten und die Eingliederungsplanung im Eingliederungsteam vorzubereiten. Der Erstkontakt zu arbeitsunfähig erkrankten Beschäftigten erfolgt mit einem Informationsschreiben über das Angebot und die Hilfsmaßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Beschäftigte, deren gesundheitliche Beeinträchtigung innerhalb eines Jahres zu einer Arbeitsunfähigkeit von weniger als sechs Wochen führt, haben auf Verlangen einen Anspruch auf ein Angebot eines Eingliederungsmanagements, wenn dadurch die Entstehung einer Behinderung und/oder die Chronifizierung ihrer Gesundheitsstörung vermieden werden kann.

Eingliederungsgespräch (Fallkonferenz):

Gefährdungsbeurteilung und Eingliederungsplanung

In einem zeitnahen Eingliederungsgespräch (Fallkonferenz) informiert das Eingliederungsteam über die für das

Eingliederungsmanagement erhobenen und verwendeten Daten. Das Eingliederungsteam beurteilt unter Beteiligung der Betroffenen und ggf. interner/externer Fachkräfte die gesundheitsbedingte Gefährdung der Beschäftigung und stellt den konkreten Handlungsbedarf fest. Auf der Basis eines schriftlichen Eingliederungsplans für die individuelle Maßnahmegestaltung, der Angaben über die Art, Umfang, Qualität und Zielsetzung der Maßnahmen enthält, entscheidet das Eingliederungsteam gemeinsam und verbindlich mit den Betroffenen über die erforderlichen Maßnahmen.

Um zu einer passgenauen Maßnahmeauswahl und -gestaltung zu kommen, sind bei der Eingliederungsplanung zu berücksichtigen

- ▶ Art und Ausmaß der (Mehrfach-) Einschränkung und der Arbeitsplatzgefährdung,
- ▶ persönliche Wünsche des Betroffenen,
- ▶ Besonderheiten des Einzelfalls und der Einschränkungen,
- ▶ Betriebliche Bedingungen und Ressourcen,
- ▶ Qualität und Zugang zu Hilfen und Leistungen.

Durchführung von Maßnahmen

Das Eingliederungsteam sorgt in enger Abstimmung mit Betroffenen und Leistungsträgern durch eine zügige Einleitung, Prozesssteuerung und -begleitung für eine effiziente Maßnahmeumsetzung.

Wiedereingliederung und Maßnahmeabschluss

Das Eingliederungsmanagement schließt mit der Wiedereingliederung der Betroffenen in die Arbeitsorganisation ab. Im Regelfall soll nach weiteren 8 Wochen ein Abschlussgespräch erfolgen. Art, Verlauf und Ergebnisse der Maßnahme werden dokumentiert.

Datenschutz und Schweigepflicht

Medizinisch-diagnostische Daten des Betriebsarztes, der Rentenversicherungsträgern, des Integrations- oder Versorgungsamtes, die Auskunft über den Gesundheitszustand und die daraus resultierende Leistungsfähigkeit geben, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen und können im betrieblichen Eingliederungsteam nur mit ausdrücklicher Zustimmung und schriftlicher Erklärung der Betroffenen zur Entwicklung des Eingliederungsplans und zur Erreichung der Ziele des Eingliederungsmanagements verwendet werden. Die Mitglieder des Eingliederungsteams unterliegen der Schweigepflicht. Vorhandene AU-Daten oder andere Angaben über den Gesundheitszustand und die Arbeitsunfähigkeit dürfen nicht zu einer negativen Prognose der zukünftigen Arbeitsfähigkeit betrachtet und verwendet werden.

Freiwilligkeit

Die Teilnahme an Gesprächen und Maßnahmen des Eingliederungsmanagements ist freiwillig und orientiert sich am Recht auf individuelle Selbstbestimmung. Eine fehlende Bereitschaft oder Zustimmung der ArbeitnehmerInnen zum Eingliederungsmanagement oder zu einzelnen Maßnahmen darf nicht zu ihren Lasten gewertet werden. Weigern sich ArbeitnehmerInnen, am Eingliederungsmanagement teilzunehmen, darf dies zu keinen arbeitsrechtlichen Folgen führen.

Regelungen zur Durchführung von Maßnahmen

Die Ziele der Vereinbarung werden im Einzelfall durch ein breites Spektrum von Integrations-, Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen erreicht. Im Eingliederungsplan werden nur solche Maßnahmen vereinbart, die dem indivi-

duellen Bedarfsfall angemessen, erforderlich, durchführbar und freiwillig sind.

Im Betrieb werden Voraussetzungen geschaffen, damit vorrangig betriebsnahe Eingliederungsmaßnahmen durchgeführt werden können. Im Eingliederungsplan ist vorzusehen, dass im Zuge der Wiedereingliederung am jeweiligen Arbeitsplatz eine Gefährdungsermittlung und -beurteilung durchgeführt wird.

Bei langfristigen und komplexen Eingliederungsmaßnahmen (z.B. Umschulung, Suchttherapien, psychischen Erkrankungen) wird das Ziel der Beschäftigungssicherung und die Motivation zur Rehabilitation dadurch unterstützt und gefördert, dass das Beschäftigungsverhältnis, die vorhandenen Besitzstände erhalten bleiben bzw. nach erfolgreichem Maßnahmeabschluss ein Rückkehrrecht eingeräumt wird.

Die Prozesssteuerung im Einzelfall erfolgt mit einem Fallmanagement durch einen/ eine vom Eingliederungsteam beauftragte(n) Eingliederungsmanager/-in (Fall-Manager/-in). Das Fallmanagement kann auch durch einen persönlichen Ansprechpartner erfolgen. Der persönliche Ansprechpartner kann vom betroffenen Beschäftigten aus den Mitgliedern des Eingliederungsteams gewählt werden. Im Fallmanagement werden in den wesentlichen Prozessphasen des Eingliederungsmanagements (Einleitung, Umsetzung von Rehabilitationsmaßnahmen, Wiedereingliederung) die erforderlichen Unterstützungsleistungen auf der Basis des Eingliederungsplans koordiniert. Das örtliche bzw. regionale Eingliederungsteam ist dabei zuständig für die prozess- und maßnahmebegleitende Beratung und Betreuung. Es steht in regelmäßigem Kontakt zu den betroffenen Beschäf-

tigten und es realisiert den Eingliederungsplan indem es die Maßnahmen begleitet.

Die Maßnahmen aus dieser Vereinbarung werden mit den Trägern und Anbieter von Eingliederungsleistungen koordiniert. Entsprechende Beratungs- und finanzielle Förderleistungen werden in Anspruch genommen.

Regelungen zur Organisationsentwicklung

Das betriebliche Eingliederungsmanagement erreicht seine Ziele in der Struktur und im Einzelfall durch die geplante und koordinierte Steuerung inner- und außerbetrieblicher Eingliederungsprozesse, Entscheidungen und Abläufen, die zur frühestmöglichen Durchführung einer Eingliederungsmaßnahme und zur Erhaltung des Arbeitsplatzes führen. Dazu fördert das Unternehmen gezielt die Entwicklung seiner Unternehmenskultur und seiner Organisation durch eine Personalpolitik der aktiven Förderung von Prävention und Rehabilitation.

System der Früherkennung von gesundheitsbedingten Beschäftigungsgefahren

Mit Hilfe eines Informations- und Auswertungssystem werden die vorliegenden gesundheitlichen Basisdaten (AU-Daten, Betriebsgesundheitsberichte, betriebsärztliche Daten), Routinedaten der Gefährdungsbeurteilung und der betrieblichen Qualifizierungs- und Weiterbildungssituation analysiert und hinsichtlich Gefährdungen, die für die Gesundheit und die Qualifikation entstehen, bewertet.

Zusammenarbeit und Vernetzung mit Leistungsträgern, Beratungsdiensten, Einrichtungen der Rehabilitation, behandelnden Ärzt/innen

Auf der Grundlage der gemeinsamen Empfehlungen der

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation entwickelt das Unternehmen seine Einbindung in die vorhandene (ortsnahe) psychosoziale und rehabilitative Versorgung.

Durch geeignete Verfahren und Vereinbarungen wird die Zusammenarbeit auf folgenden Gebieten entwickelt:

- ▶ Unterstützung bei der Einführung des Eingliederungsmanagements (Konzept- und Verfahrensentwicklung),
- ▶ Unterstützung bei der Einführung von Auswertungsverfahren der AU-Daten,
- ▶ Nutzung von Auswertungsdaten der Reha-Leistungsträger,
- ▶ Abstimmung von Verfahren des Krankengeldmanagements mit dem Eingliederungsmanagement,
- ▶ Informationsaustausch zur Früherkennung von Beschäftigungsgefahren und Eingliederungsbedarf,
- ▶ Einleitung von geeigneten Maßnahmen und Leistungen,



- ▶ Maßnahmen zur Sicherung des Maßnahmerfolges.

Der vollständige Text „Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX“ ist im anschließenden Abschnitt 4.2 abgedruckt.

Betriebliches Eingliederungsteam

Zur strukturierten Bearbeitung der Eingliederungsaufgaben des Betriebes wird ein Eingliederungsteam aus jeweils einem/einer Vertreter/in der/des

- ▶ Personalbereiches,
- ▶ Schwerbehindertenvertretung,
- ▶ Betriebsrates,
- ▶ betriebsärztlichen Abteilung/Betriebsarztes

gebildet.

Das Eingliederungsteam arbeitet weisungsungebunden und koordiniert die beteiligten Akteure und Entscheidungen in regelmäßigen betrieblichen Eingliederungsgesprächen (Fallkonferenzen). Das Eingliederungsteam fungiert auch als Lenkungsreis zur Überwachung der Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Bei den Fallkonferenzgesprächen ist auch der zuständige Fertigungs- bzw. Fertigungsbereichsleitung bzw. der Bereichsvorgesetzte vertreten. Das Eingliederungsteam kann im Bedarfsfall und eigenständig innerbetriebliche Fachkräfte und externe Fachleute zur Unterstützung und Beratung heranziehen.

Qualifizierungsmaßnahmen

Für die Aufgaben, die sich unmittelbar aus der Organisation und der Umsetzung des Eingliederungsmanagements in den Fertigungs- bzw. Verwaltungsbereichen ergeben, müssen sich das Eingliederungsteam, die Gruppensprecher und die Führungskräfte die erforderlichen fachlichen, sozialen, organisatorischen und methodischen Kompetenz aneignen. Das Unternehmen ermöglicht die Teilnahme an einem regelmäßigen Schulungsangebot.

Berichterstattung und Qualitätssicherung

Das Eingliederungsteam berichtet in regelmäßigen Abständen im Betriebsausschuss, den Betriebsratssitzungen, den Versammlungen schwerbehinderter Menschen, den Betriebsversammlungen sowie in der betrieblichen Öffentlichkeit (Betriebszeitungen, Intranet usw.) über die erreichten Ziele aus der Vereinbarung Eingliederungsmanagement.

Zur Qualitätssicherung und -verbesserung des Eingliederungsmanagements wird jährlich geprüft, ob die durch-

geführten Maßnahmen, Instrumente und Verfahren des betrieblichen Eingliederungsmanagements die definierten Anforderungen erfüllen und ob die gesetzten Ziele erreicht werden. Dazu können standardisierte Instrumente z.B. Befragungen, Begleitforschung bzw. die Controllingroutine des betrieblichen Eingliederungsteams eingesetzt werden.

Alle Beschäftigten sind regelmäßig über die Ziele und Maßnahmen dieser Vereinbarung zu unterrichten. Die Unter- richtung über die Regelungen und die damit verbundenen Rechte der Beschäftigten finden in Form von Unterweisungen (§12 ArbSchG) mindestens ein Mal jährlich statt.

Regelungen zum Einsatz von Instrumenten

Das betriebliche Eingliederungsmanagement hat durch eine optimale Versorgung der Betroffenen das Ziel der Erhaltung des Arbeitsplatzes sicherzustellen. Dazu werden verschiedene Instrumente eingesetzt, um eine zielführende Gestaltung des Prozesses zu erreichen.

Zur Früherkennung des Förderbedarfes und zur Vorbereitung der Klärungsgespräche stehen dem betriebliche Eingliederungsteam zur Verfügung: Zugang zum Personalinformationssystem, AU-Daten, Verfahren der Gefährdungsbeurteilung, Betriebsgesundheitsbericht, Ergebnisse aus Gesundheitszirkeln, betriebsärztliche Daten, Daten des Arbeitsplatzkatasters, Ergebnisse aus Qualifizierungsabfragen.

Zur Kontaktaufnahme mit den arbeitsunfähig erkrankten Beschäftigten dient ein Informationsschreiben, das über das Angebot und die Hilfsmaßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements unterrichtet.

Operative Grundlage des betrieblichen Eingliederungsmanagements ist der Eingliederungsplan, in dem die Ziele, der Verlauf und die Qualität individueller Eingliederungsmaßnahmen vereinbart werden.

Zur Dokumentation des betrieblichen Eingliederungsmanagements und zum Verlauf und Ergebnis von Maßnahmen werden Besprechungsergebnisse des betriebliche Eingliederungsteams, die Eingliederungspläne, die Eingliederungsgespräche, Anforderungs-/Fähigkeiten-Profilabgleiche sowie Ergebnisse der Gefährdungsanalysen dokumentiert.

Zur Evaluation der Wirksamkeit der Verfahren, Instrumente und Maßnahmen werden Befragungen und Begleitforschung eingesetzt.

4.2 Gemeinsame Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22. März 2004. Diese Empfehlung soll einerseits die Grundlage dafür schaffen, dass die Rehabilitationsträger, behandelnde Ärzte/Ärztinnen, Betriebs- und Werksärzte/-ärztinnen ihre Zusammenarbeit bei der Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe intensivieren. Andererseits soll sie einen Informationsaustausch der Rehabilitationsträger mit behinderten Beschäftigten, betrieblichen Arbeitnehmervertretungen, Arbeitgebern/-innen, Integrationsämtern, Beratungsdiensten, gemeinsamen Servicestellen, Einrichtungen der Rehabilitation und Teilhabe sowie Interessenverbänden der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen

einschließlich der Interessenvertretungen behinderter Frauen und Selbsthilfegruppen gewährleisten. Vorrangiges Ziel ist es, den Beschäftigten den Arbeitsplatz zu erhalten. Die Kompetenzen der betroffenen Menschen und ihre Selbstbestimmung sind zu fördern. Der Kooperations- und Kommunikationsprozess zwischen den betroffenen Menschen und Beteiligten ist barrierefrei zu gestalten. Die Bestimmungen des Datenschutzes sind zu beachten.

Zu diesem Zweck vereinbaren

- ▶ die gesetzlichen Krankenkassen,
- ▶ die Bundesagentur für Arbeit,
- ▶ die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- ▶ die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- ▶ die Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- ▶ die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden
- ▶ sowie die Integrationsämter

die nachstehende Gemeinsame Empfehlung gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX mit dem Ziel, die systematische, gegenseitige Information und Kooperation aller Akteure in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess sicherzustellen.

Eine ergebnisorientierte Zusammenarbeit erfordert eine den Beteiligten problemlos zugängliche Informations- und Kommunikationsplattform, die Wege und Ansprechpartner aufzeigt und sicherstellt, dass alle Beteiligten – mit Zustimmung des betroffenen Menschen – Rückmeldungen über den weiteren Verlauf des Verfahrens erhalten. Ziel ist die Weiterentwicklung einer Träger und Leistungserbringer übergreifenden „Kultur“ der frühzeitigen Rehabilitation, in der die wechselseitige Zusammenarbeit nicht nur von

bestehenden Verfahrensvereinbarungen abhängt, sondern Ausdruck der kooperativen und kreativen Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten durch alle Beteiligten ist.

Die Schaffung, Erhaltung und das Bekannt machen einer solchen Plattform ist Aufgabe der Rehabilitationsträger. Dabei kann an die bereits existierenden gemeinsamen Servicestellen angeknüpft werden.

Die nachstehenden Regelungen gelten in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung unter Berücksichtigung der besonderen Betriebs- und Versichertenstrukturen.

§ 1 Leistungen

Leistungen zur Teilhabe im Sinne dieser Gemeinsamen Empfehlung sind die notwendigen Leistungen

- ▶ zur medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX,
- ▶ zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den §§ 33 und 34 SGB IX sowie
- ▶ nach § 102 Abs.1 Nr.3 SGB IX als begleitende Hilfen im Arbeitsleben

§ 2 Einbindung aller Beteiligten/ Transparenz/Zugänglichkeit

(1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs.1 Nr.1-5 SGB IX verpflichten sich, die Haus-, Fach-, Betriebs- und Werkstättenärzte/-ärztinnen sowohl bei der Einleitung als auch bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe zu beteiligen. Hierzu ist es erforderlich, in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Organisationen, z.B. Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Berufsverbände der Ärzte etc., verbindliche Formen der Einbindung zu entwickeln.

(2) Darüber hinaus sind geeignete Verfahren und Strukturen zur Sicherstellung eines kontinuierlichen und verlässlichen

Informationsaustauschs mit den in § 13 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX genannten behinderten Beschäftigten, Arbeitgeber/innen sowie den in § 83 SGB IX genannten betrieblichen Vertretungen der Arbeitnehmer/innen zu etablieren.

(3) Mit Hilfe zweckentsprechender Instrumentarien ist die Abstimmung unter allen in § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX benannten Akteuren und ein reibungsloser Informationsfluss untereinander sicher zu stellen.

Bestehende gesetzliche Regelungen einer Anzeigepflicht nach SGB VII, IX u.a. bleiben davon unberührt.

(4) Bei den nach Abs. 1 und 2 zu entwickelnden Verfahren sind selbstverständlich die Belange der betroffenen Menschen zu berücksichtigen. In allen Phasen der Verfahren sind die Prinzipien der Selbstbestimmung, Vertraulichkeit und Verschwiegenheit zu wahren. Der zuständige Rehabilitationsträger ist dafür verantwortlich, dass die betroffenen Menschen einen/eine Ansprechpartner/-partnerin für die Phasen der Einleitung und Durchführung von Maßnahmen zur Teilhabe und bei der Nachsorge haben, der/die sie berät, unterstützt und begleitet.

(5) Den spezifischen Belangen von betroffenen Frauen ist Rechnung zu tragen.

§ 3 Zugangswege

Leistungen zur Teilhabe können durch unterschiedliche Personengruppen unter Berücksichtigung des informationellen Selbstbestimmungsrechts und der datenschutzrechtlichen Bestimmungen angeregt werden, wobei auch die betriebliche Ebene eingebunden ist:

- ▶ Betroffene wenden sich an ihre Ärzte/Ärztinnen, Rehabilitationsträger oder die gemeinsame Servicestelle, Integrationsfachdienste und ggf. an ihre Schwerbehindertenvertretungen sowie Betriebs-/Werksärzte/-ärztinnen ihres Betriebes,
- ▶ Werks- und Betriebsärzte/-ärztinnen regen die Einleitung von Teilhabeleistungen an und unterstützen die betroffenen Menschen bei der Antragstellung,
- ▶ Ärzte/Ärztinnen, Psychotherapeuten/-therapeutinnen, Psychologen/ Psychologinnen geben entsprechende Informationen an den für die Teilhabeleistung zuständigen Rehabilitationsträger, im Zweifelsfall an eine gemeinsame Servicestelle in der Region und im Bedarfsfall an die Werks- oder Betriebsärzte/-ärztinnen weiter,
- ▶ Angehörige von Gesundheitsberufen informieren den/die behandelnden/verordnenden Arzt/Ärztin, Beratungsdienste/-stellen von Einrichtungen, Behindertenverbänden etc. informieren den nach ihrer Meinung zuständigen Rehabilitationsträger oder die gemeinsame Servicestelle.

§ 4 Einleitung und Ausführung von Maßnahmen zur Teilhabe durch einen Rehabilitationsträger

(1) Ergeben sich bei einem Rehabilitationsträger Anhaltspunkte für einen möglichen Teilhabebedarf, führt dieser umgehend eine entsprechende Prüfung im konkreten Fall durch. Ist daraufhin Teilhabebedarf anzunehmen, erfolgt in Abstimmung mit dem betroffenen Menschen und unter Beteiligung des/der behandelnden/verordnenden Arztes/Ärztin und/oder Betriebs-/Werksarzt/-ärztin und ggf. Suchtberatungsstellen die Abklärung des Teilhabebedarfs auch unter Berücksichtigung des arbeits- und berufsbezogenen Umfeldes. In diesen Fällen wird das Verfahren durch einen Antrag des/der Versicherten und einen durch den/die Betriebs-/Werksarzt/-ärztin bzw. behandelnden/verordnenden Arzt/Ärztin erstellten Befundbericht, ggf. mit Sozialbericht, eingeleitet.

Verfahren von Amts wegen werden entsprechend der Regelungen der jeweiligen Rehabilitationsträger veranlasst.

Die Rehabilitationsträger stellen durch geeignete Verfahren bzw. Vereinbarungen sicher, dass die Rehabilitationseinrichtungen im Bedarfsfall während der medizinischen Rehabilitation Kontakt zum/zur behandelnden Arzt/Ärztin und zuständigen Betriebs-/Werksarzt/in und ggf. zu anderen Beteiligten aufnehmen, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und zu fördern. Für die Prüfung eines weitergehenden Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ggf. die Einleitung von geeigneten Leistungen stehen die Beratungsdienste der Leistungsträger bereits während der medizinischen Rehabilitationsleistung zur Verfügung.

Nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation wird der/die behandelnde/verordnende Arzt/Ärztin und der/die Betriebs-/Werksarzt/-ärztin sowie beteiligte Rehabilitationsträger mit Einverständnis des betroffenen Menschen über das Ergebnis informiert.

(2) Sofern eine gesetzliche Krankenkasse Rehabilitationsträger ist, finden für das weitere Verfahren die Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V Anwendung. Der/die verordnende Arzt/Ärztin ist nach Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation über das Ergebnis zu informieren und wirkt in Zusammenarbeit mit der Krankenkasse darauf hin, dass Empfehlungen für weitergehende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges umgesetzt werden. Hält die Krankenkasse weitere Leistungen zur Teilhabe für erforderlich, die sie nicht selbst erbringen kann, findet § 14 Abs. 6 SGB IX Anwendung. Ist erkennbar, dass weitergehende Leistungen zur Sicherung des Arbeitsplatzes erforderlich werden, ohne dass es sich

dabei um Leistungen zur Teilhabe handelt, informiert die Krankenkasse hierüber den/die Betriebs- oder Werkarzt/-ärztin. Diese(r) bereitet in Zusammenarbeit mit der Krankenkasse und unter Beteiligung des/der Arztes/Ärztin die betriebliche Wiedereingliederung unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des betroffenen Menschen vor.

(3) Ist die gesetzliche Rentenversicherung Rehabilitationsträger, erhält im Anschluss an die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der/die behandelnde Arzt/Ärztin und zuständige Betriebs-/Werkarzt/-ärztin, mit Einverständnis der Versicherten, eine Durchschrift des Entlassungsberichts.

Die Prüfung eines Bedarfs auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ggf. eine Einleitung von geeigneten Leistungen wird grundsätzlich durch einen Antrag des/der Leistungsberechtigten ausgelöst.

Daneben wirkt der Rehabilitationsberatungsdienst der Rentenversicherung anlässlich seiner Betriebskontakte und Besuchstermine in den Rehabilitationseinrichtungen sowie im Rahmen der Beratungs- und Auskunftsangebote auf ein Erkennen notwendiger Leistungen zur Teilhabe und deren zielführende Umsetzung hin. Er führt grundsätzlich die Ermittlungen zur Einleitung und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch und koordiniert die Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern. Unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden die am Prozess Beteiligten über den Verlauf und das Ergebnis der Leistungen zur Teilhabe unterrichtet.

Lässt sich bereits im Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Bedarf für Leistungen zur

Teilhabe am Arbeitsleben ermitteln, sollen die Leistungen in geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden, die diagnostische Vorfeldmaßnahmen in Bezug auf berufsbezogene Belastungsmerkmale zulassen.

Ergibt sich die Notwendigkeit erst während der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, haben die durchführenden Rehabilitationseinrichtungen eigenverantwortlich oder in Kooperation mit Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation entsprechende Feststellungen zu treffen. Durch die frühzeitige Berücksichtigung der konkreten beruflichen Situation der Leistungsberechtigten wird eine bedarfsorientierte Empfehlung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der medizinischen Einrichtung heraus erreicht. In diesem Verzahnungsbereich von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommt dem Rehabilitationsberatungsdienst der Rentenversicherung eine Prozess steuernde Funktion zu.

(4) Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen hat der zuständige Träger der gesetzlichen Unfallversicherung von Amts wegen (§ 19 Satz 2 SGB IV) festzustellen, ob ein Rehabilitations- bzw. Teilhabebedarf vorliegt.

Die gesetzlichen Anzeigepflichten gemäß §§ 193, 202 SGB VII, die Vorstellungspflicht Arbeitsunfallverletzter beim Durchgangsarzt und dessen durchgängige „Lotsenfunktion“ gewährleisten eine effiziente Versorgung und frühzeitige Maßnahmen zur Rehabilitation und Teilhabe.

In ärztlichen Berichten und Gutachten sowie im Rahmen des Rehabilitationsmanagements der Unfallversicherungsträger findet eine ganzheitliche Beurteilung des Gesundheitszustandes der Versicherten statt. Damit soll festgestellt wer-

den, ob neben Arbeitsunfall- und Berufskrankheitenfolgen weitere Funktionsstörungen vorliegen, die sich auf Art und Ausmaß der Rehabilitationsleistungen auswirken können und gegebenenfalls die Beteiligung eines anderen Rehabilitationsträgers erfordern.

Die Unfallversicherungsträger legen besonderen Wert darauf, mit Einverständnis der Versicherten oder deren gesetzlichen Vertreter Schulen und Arbeitgeber sowie Betriebs- und Werksärzte/-ärztinnen über das Leistungsvermögen der Versicherten zu informieren, um eine dauerhafte Eingliederung in den Bildungs- und Arbeitsprozess zu erreichen und später auftretende Sekundärfolgen zu vermeiden.

Für arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Berufskrankheiten wurden die Grundlagen für eine intensive Zusammenarbeit mit den Betriebs- und Werksärzten/-ärztinnen gelegt.

(5) Ergeben sich bei der Arbeitsverwaltung in Beratungsgesprächen mit Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen Hinweise auf gesundheitliche Einschränkungen, die Auswirkungen auf die weitere Berufsausübung haben können, werden unverzüglich die notwendigen Abklärungen durch den ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit veranlasst. Dabei ist auch in Kooperation mit den behandelnden Ärzten/Ärztinnen, ggf. auch mit psychosozialen Beratungsstellen, sonstigen Leistungserbringern sowie – in Fällen mit noch gegebenem Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis – mit dem/der zuständigen Betriebs- oder Werksarzt/-ärztin festzustellen, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

Eine Möglichkeit zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe ist auch durch die Verpflichtung zur frühzeitigen Arbeitssuche gemäß § 37b SGB III gegeben.

(6) Ergeben sich im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben Anhaltspunkte für einen gesundheitlichen oder beruflichen Teilhabebedarf von schwerbehinderten Beschäftigten, wirken die Integrationsämter auf Leistungen der Rehabilitationsträger hin.

§ 5 Verfahren zur Bedarfserkennung von Leistungen zur Teilhabe auf der betrieblichen Ebene

(1) Die Rehabilitationsträger stellen den kontinuierlichen Informationsaustausch nach § 13 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX mit Betrieben jeder Größenordnung sicher. Ziel dieser Zusammenarbeit ist das gemeinsame Bestreben, möglichst frühzeitig den voraussichtlichen Bedarf für Leistungen zur Teilhabe zu erkennen, den Rehabilitationsbedarf dann zu bestimmen und ggf. die notwendigen Maßnahmen umgehend einzuleiten und dadurch den Erhalt der funktionalen Gesundheit und damit den Erhalt des Arbeitsplatzes zu unterstützen. Die für diese Früherkennung erforderlichen trägerübergreifenden Maßstäbe und Standards müssen aus der Praxis heraus entwickelt bzw. durch die Anpassung und Vereinheitlichung bereits vorhandener Instrumente und Richtlinien präzisiert werden.

Es ist dafür Sorge zu tragen, dass diese gemeinsame Vorgehensweise nicht zu einer Gefährdung des Arbeitsverhältnisses führt. Vertraulichkeit und niedrigschwellige Zugangswege sind zu gewährleisten.

(2) Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass die Informationen über Kriterien zur Feststellung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs, über zuständige Ansprechpartner und Verfahrenswege an Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber/innen gelangen. Dies kann durch Informationsblätter, Aushänge in Betrieben, Informationsveranstaltungen etc. geschehen. Diese Angaben beinhalten auch Hinweise auf Servicestellen und einschlägige Internetadressen.

Für behandelnde Haus- und Fachärzte/-ärztinnen sowie Betriebs- und Werksärzte/-ärztinnen sind gezielte Informationsmaterialien zu entwickeln. Zur adressatenspezifischen Aufklärung von Beteiligten über die mögliche Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs sind regionale Strukturen zu nutzen (z.B. Innungen, Handwerkskammern, Qualitätszirkel der Hausärzte/-ärztinnen, Unternehmensverbände, Gewerkschaften).

(3) Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass ihre jeweiligen Rehabilitationsberater/Berufshelfer/Rehabilitationsmanager auf Anforderung Betriebe aufsuchen, um in Beratungsgesprächen Wege zur Abklärung des Rehabilitationsbedarfs und mögliche Leistungen zur Teilhabe aufzuzeigen. Sie leisten Unterstützung bei der Antragsstellung.

Bei der Abklärung und Einleitung von Maßnahmen arbeiten sie eng mit den in den Betrieben Beteiligten von Arbeitgeberseite und den Arbeitnehmervertretungen sowie den Betriebs- und Werksärzten/-ärztinnen entsprechend §13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 bzw. § 84 SGB IX zusammen.

(4) Als betriebliche Entscheidungshilfe für das Erkennen eines Rehabilitationsbedarfs dienen u.a. systematisch ausgewertete Ergebnisse allgemeiner und spezieller arbeitsme-

medizinischer Vorsorgeuntersuchungen sowie Ergebnisse von betrieblichen Gefährdungsbeurteilungen. Ein weiterer Indikator für möglichen Rehabilitationsbedarf kann die wiederholte Arbeitsunfähigkeit oder eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen Dauer sein. Handlungsbedarf besteht immer dann, wenn bei einem Abgleich von betrieblichen Anforderungen und individuellem Gesundheitszustand eine Diskrepanz auftritt, die nicht durch innerbetriebliche Maßnahmen wie Modifizierung der Arbeitsanforderungen bzw. Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz oder eine Optimierung der bisherigen Therapie gelöst werden kann.

(5) Soweit vorhanden knüpfen Rehabilitationsträger an bereits in den Betrieben und Regionen vorhandenen Organisationsstrukturen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes und des betrieblichen Gesundheitswesens an und unterstützen die (Weiter-)Entwicklung von Strukturen und Instrumenten zur frühzeitigen Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs sowie Einleitung von Leistungen zur Teilhabe in Kooperation mit allen in den Betrieben Beteiligten.

(6) Die Rehabilitationsträger stellen mit Einverständnis des betroffenen Menschen sicher, dass in Mittel- und Großbetrieben insbesondere die Schwerbehindertenvertretung, der Werksärztliche Dienst bzw. der/die Betriebsarzt/-ärztin und der Sozialdienst frühzeitig über das Antragsverfahren sowie alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sowohl im Planungsstadium als auch in der Umsetzungsphase informiert und einbezogen werden, um möglichst frühzeitig ein betriebliches Teilhabemanagement zu ermöglichen. Der/die Betriebsarzt/-ärztin bindet dazu bestehende Organisationsstrukturen wie betriebliche Rehabilitationsteams, Gesundheitsbeauftragte oder Ombudsleute ein.

(7) In Kleinbetrieben sind Strukturen i.S. des vorstehenden Absatzes 6 meist nicht vorhanden, deshalb kommt hier der Kooperation zwischen Hausärzten/-ärztinnen und Betriebsärzten/-ärztinnen bei der Einleitung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben eine besondere Bedeutung zu. Die Rehabilitationsträger erfassen im Rahmen des Antragsverfahrens über die betroffene Person und den Arbeitgeber den zuständigen Betriebsarzt/Arbeitsmedizinischen Dienstleister und stellen bei Bedarf mit Zustimmung des betroffenen Menschen den Informationsweg zwischen behandelndem Arzt/Ärztin und dem/der Betriebsarzt/-ärztin her.

Um den Zugang der Beschäftigten in Kleinbetrieben zu Leistungen zur Teilhabe zu verbessern, entwickeln die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter Strukturen für den Informationsaustausch mit regionalen Organisationen, insbesondere Kreishandwerkerschaften sowie Handwerks-, Industrie- und Handelskammern.

(8) Vorstehende Regelungen gelten für die Integrationsämter entsprechend.

§ 6 Datenschutz

Der Schutz der personenbezogenen Daten, insbesondere der Sozialdaten, ist zu wahren, das Recht auf informationelle Selbstbestimmung ist zu gewährleisten.

§ 7 In Kraft treten

(1) Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 01. April 2004 in Kraft.

(2) Die Vereinbarungspartner und die anderen Rehabilitationsträger werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen unter Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände prüfen, ob diese Empfehlung auf Grund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und eingetretener Entwicklungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechenden zu ändernden gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.

5 Erhebungsbogen zur Regelungspraxis und zum Entwicklungsstand des betrieblichen Eingliederungsmanagements

Verändern beginnt mit dem Feststellen was ist. Der Erhebungsbogen zur Regelungspraxis und zum Entwicklungsstand des betrieblichen Eingliederungsmanagements unterstützt gezielt die Ist-Stand-Analyse in der Orientierungs-

phase. Damit lassen sich Schwachstellen aufdecken und Fortschritte beurteilen. So entsteht ein realistisches Bild der Ausgangslage.

Erhebungsbogen zur Regelungspraxis und zum Entwicklungsstand des betrieblichen Eingliederungsmanagements

Betrieb	
Betriebsrat	
Schwerbehindertenvertretung	
Eingliederungsteam	
Erhebungszeitpunkt	

Erhebungsbereich

Werk	
Niederlassung	
Abteilung	
Cost-Center	

1 Eingliederungsregelung

Am Standort gibt es bei wiederholter oder lang andauernder Arbeitsunfähigkeit von Beschäftigten eine Eingliederungsregelung oder ein Eingliederungsverfahren ☐ Ja ☐ Nein

Ein Eingliederungsverfahren existiert nur für spezielle Erkrankungen (z.B. Sucht- oder psychischen Erkrankungen) ☐ Ja ☐ Nein

2 Verfahrensgestaltung

Bei wiederholter oder lang andauernder Arbeitsunfähigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitszeiten von der Personalabteilung erfasst..... ☐ Ja ☐ Nein

Der Betriebsrat/ die Schwerbehindertenvertretung wird über wiederholte oder lang andauernde Arbeitsunfähigkeit informiert

- ☐ von der Personalabteilung
- ☐ vom Vorgesetzten
- ☐ von der Sozialberatung
- ☐ vom Eingliederungsmanager
- ☐ von Sonstigen

Dem Betriebsrat bzw. der Schwerbehindertenvertretung werden auch die Beschäftigten mit einer Tätigkeitseinschränkung mitgeteilt.....

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Eine betriebliche Stelle nimmt während der Arbeitsunfähigkeit schriftlich oder persönlich Kontakt zu den betroffenen Beschäftigten auf.....

- ☐ der Betriebsrat
- ☐ die SBV
- ☐ die Sozialberatung
- ☐ der Eingliederungsmanager
- ☐ der Vorgesetzte
- ☐ Sonstige

Nach Beendigung der wiederholten oder lang andauernden Arbeitsunfähigkeit wird ein Krankenrückkehrgespräch durchgeführt

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Am Krankenrückkehrgespräch ist beteiligt.....

- ☐ die Personalabteilung
- ☐ der Betriebsrat
- ☐ die SBV
- ☐ die Sozialberatung
- ☐ der Eingliederungsmanager
- ☐ der Vorgesetzte
- ☐ Sonstige

Das Krankenrückkehrgespräch kann arbeitsrechtliche Folgen für die Betroffenen haben

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Bei der Planung von Anlagen, Arbeitsverfahren und Produkten werden auch gesundheitliche bzw. ergonomische Anforderungen berücksichtigt.....

- ☐ Ja
- ☐ Nein

3 Unterstützungsmaßnahmen

Am Standort erhalten Beschäftigte bei wiederholter oder lang andauernder Arbeitsunfähigkeit ein Hilfeangebot von Seiten einer betrieblichen Stelle ☐ Ja ☐ Nein

Für die betroffenen Beschäftigten wird ein Eingliederungsplan erstellt ☐ Ja ☐ Nein

Während einer Langzeiterkrankung werden Beschäftigte von einer betrieblichen Stelle betreut ☐ Ja ☐ Nein

Nach einer Langzeiterkrankung erhalten die Betroffenen ☐ eine stufenweise Wiedereingliederung
☐ einen leistungsadäquaten Arbeitsplatz
☐ einen „Schonarbeitsplatz“
☐ einen speziellen Reha-Arbeitsplatz
☐ einen Teilzeitarbeitsplatz
☐ eine Qualifizierungsmaßnahme
☐ ein Gesundheitsförderungsangebot
☐ Sonstiges

Zur Integration von Beschäftigten mit einer eingeschränkten Einsatzbandbreite erhalten Gruppen/Teams ☐ längere Vorgabezeiten
☐ Zeitzuschläge
☐ höhere Personalbelegung
☐ Zeitgutschriften
☐ Lohnkostenausgleiche
☐ Sonstiges

4 Information und Qualifizierung

Die Beschäftigten werden über die Ziele und Maßnahmen der Eingliederungsregelung und über das Eingliederungsverfahren regelmäßig unterrichtet ☐ Ja ☐ Nein

Vorgesetzte, Arbeitssicherheitsfachkräfte und Fachkräfte der Planung werden zur Umsetzung der Eingliederungsverfahren und -maßnahmen qualifiziert ☐ Ja ☐ Nein

6 Betriebliche Beispiele

Die Probleme sind überall ähnlich: Es gelingt immer seltener, gesundheitlich beeinträchtigte Kollegen mit Tätigkeiten zu beauftragen, die weniger unter Stress setzen und weniger auf die Knochen gehen. Pforte, Botendienste, Lager – viele dieser Jobs sind fremd vergeben.

6.1 Neuen Arbeitsplatz kreiert

„Wir sehen die Liste der Langzeitkranken regelmäßig durch und bitten sie zu einem Gespräch mit Betriebsrat, Schwerbehindertenvertrauensmann, Vertreter der Personalabteilung und Gruppenverantwortlichem der Abteilung. Gelingt es nicht, den Arbeitsplatz zu verändern, muss der Kollege versetzt werden. Das ist schwierig. Viele Tätigkeiten sind fremd vergeben oder bereits besetzt. Aber bislang haben wir immer eine Lösung gefunden. Für einen Kollegen, der nach einem Freizeitunfall ein künstliches Kniegelenk bekam, wurde ein neuer Arbeitsplatz kreiert: Er ist für die Nietenversorgung der Flugzeugproduktion zuständig und bewegt sich mit einem von der LVA finanzierten Flurförderfahrzeug durch den Betrieb.“

Norbert Bergdolt, Betriebsrat, Pfalz Flugzeugwerke, Speyer

6.2 Kleine Lösungen

„Wir haben ein gut funktionierendes Eingliederungsteam, eine konzernweite Integrationsvereinbarung und kooperieren mit einer nahe gelegenen Rehabilitationsklinik. Doch das löst nicht unser größtes Problem: Weil wir ein reines Montagewerk sind, gibt es zu wenig Arbeitsplätze für einsatzbeschränkte Mitarbeiter. Wir sind an unsere Grenzen gelangt. Wir arbeiten an den kleinen Lösungen: Überkopfarbeit kann nicht abgeschafft werden, wird aber auf mehrere Schultern verteilt, so dass keiner mehr übermäßig lange in dieser ungesunden Haltung arbeiten muss. Wir wollen zudem durchsetzen – auch gegen den Willen einiger Vor-

gesetzter – dass Kollegen auch in andere Teams rotieren können. Auch das mindert die Gefahr einseitiger Belastungen. In internen Workshops und durch Hinweise von Ärzten der Rehaklinik, mit der wir kooperieren, werden die Beschäftigten auf lang eingeübte, falsche Bewegungsabläufe aufmerksam gemacht. Technische Hilfsmittel versuchen wir außerdem durchzusetzen. Viele Kollegen klagen über Rückenschmerzen, Folgen von jahrelanger falscher Belastung.“

Ulrich Böckel, Betriebsrat und Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen, Opel Eisenach

6.3 ABAMed und ABATech

Eine Betriebsvereinbarung regelt in den BMW-Werken, wie Langzeitkranke wiedereingegliedert werden können. Die Betroffenen erhalten eine Broschüre mit Informationen über die Vorgehensweise: Wer länger als sechs Wochen krank ist, soll Kontakt mit dem Werksarzt aufnehmen, um Beginn und Dauer der Wiedereingliederung sowie die tägliche Arbeitszeit zu regeln. Der Kranke nimmt die Arbeit schrittweise wieder auf. Um arbeitsbedingte Erkrankungen zu vermeiden und Mitarbeiter auch dann sinnvoll einzusetzen, wenn sie nicht die volle Leistung bringen können, setzt BMW das so genannte ABA-Verfahren ein, eine Anforderungs- und Belastbarkeitsanalyse, die aus zwei Teilen besteht. Mit ABATech wird die im Arbeitsschutzgesetz vorgesehene Gefährdungsbeurteilung durchgeführt. Viele Tausend Arbeitsplätze in der Produktion werden nach mehreren Kriterien analysiert, um die ergonomischen Belastungsfaktoren zu ermitteln. Mit ABAMed werden medizinische Daten und gegebenenfalls Leistungseinschränkungen des Mitarbeiters festgehalten. Die Daten werden nun abgeglichen, um einen adäquaten Arbeitsplatz zu finden. Häufig gelingt es, den Arbeitsplatz so umzugestalten, dass der

Kollege in der angestammten Abteilung bleiben kann, sagt Gerd Menzel, Betriebsrat in München. Oder, wie in Regensburg, zuvor ausgelagerte Arbeiten wieder ins Unternehmen zu holen, damit auch die Beschäftigung leistungsgewandelter, älterer oder schwerbehinderter Kollegen gesichert ist, sagt Willi Mücke, Schwerbehindertenvertrauensmann in Regensburg. Die Arbeit des Eingliederungsteams bei der Wiedereingliederung sei eine Erleichterung. „Früher habe ich selbst Ausschau gehalten nach geeigneten Versetzungsmöglichkeiten, heute macht das ein Team aus verschiedenen Fachleuten.“

Gerd Menzel, Betriebsrat BMW, Standort München

6.4 Früher reagieren

„Unser Eingliederungsteam reagiert bereits nach etwa 25 Fehltagen. Sechs Wochen abzuwarten, wie es im Sozialgesetzbuch vorgesehen ist, kann in vielen Fällen zu lang sein, beispielsweise bei Suchtproblemen oder psychischen Beschwerden. Je länger jemand allein gelassen ist, desto größer die Gefahr, dass sich Probleme verschlimmern. Wir legen Wert darauf, frühzeitig einzugreifen. Beispiel: Eine 36-jährige Kollegin ist über mehrere Wochen von Arzt zu Arzt geschickt worden, ohne dass sich die Schmerzen an der Wirbelsäule gebessert hätten. Wir konnten sie dank unserer Kooperation mit einer Akutklinik dort innerhalb von drei Tagen unterbringen. Bei einem anderen Mitarbeiter haben wir noch vor der Krankschreibung reagiert. Ihm drohte eine Abmahnung wegen häufigen Zuspätkommens. Dahinter steckten massive private Probleme, die in einer psychosomatischen Fachklinik angegangen wurden. Wir haben eine konzernweite Betriebsvereinbarung abgeschlossen, die sämtliche Maßnahmen zu Integration, Rehabilitation und Prävention umfasst.“

Ronald Weinschenk, Vertrauensperson schwerbehinderter Menschen, Carl Zeiss, Oberkochen

6.5 Psychischer Druck – ein Tabu

„Arbeitsverdichtung und Zeitdruck sind bei uns ein Tabu. Eine wissenschaftlich begleitete, anonym durchgeführte Umfrage in einem unserer Unternehmensbereiche hat ergeben, dass die Belegschaft zwar mit großem Spaß bei der Arbeit ist, aber über ausufernde Arbeitszeiten klagt, die es schwer möglich machen, Arbeit, Familie und Freizeit zu vereinbaren. Solche Arbeitsbedingungen führen nicht selten zu Gesundheitsbeschwerden. Die Kollegen fühlen sich oft müde und antriebschwach, es fällt schwer sich zu konzentrieren, Rückenschmerzen nehmen zu. Manche sind nervlich am Ende. Die Untersuchung gab uns den letzten Anstoß, den Arbeitskreis Gesundheit zu initiieren. Um das Thema zu enttabuisieren. Unser Ziel ist, die Betroffenen mit einzubeziehen: Sie wissen am besten, wie sich Arbeitsprozesse und -strukturen verändern lassen. Langfristig würde ich mir wünschen, dass Gesundheit eine strategische Bedeutung für das Unternehmen bekommt. Denn nur gesunde Mitarbeiter sind langfristig motiviert und leistungsfähig. Bei jeder Umorganisation, in allen betrieblichen Prozessen und im Führungsverhalten müssten die Folgen des Handelns und der Entscheidungen auch im Hinblick auf die Gesundheit der Menschen berücksichtigt werden.“

Wolfgang Mai, Betriebsrat, Siemens Erlangen



7 Anhang

7.1 Literatur

- ▶ Ahlers, E., Brüssig, M., Gesundheitsbelastungen und Prävention am Arbeitsplatz – WSI Betriebsrätebefragung 2004, in: WSI Mitteilungen 11/2004, S. 617 - 624
- ▶ Britschgi, S. Betriebliches Eingliederungsmanagement, in: Arbeitsrecht im Betrieb 5/2005, S. 284 -288
- ▶ Britschgi, S./ Windirsch, R., Stellungnahme zum Diskussionsbeitrag Nr. 3/2005 IQPR Betriebsvereinbarung zur Regelung des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX.
- ▶ Werner Feldes, Kündigungsprävention und betriebliches Eingliederungsmanagement im novellierten SGB IX, in: Behindertenrecht 7/2004, S. 187 - 193
- ▶ Werner Feldes, Das betriebliche Rehabilitationsmanagement, in Behindertenrecht 2/2005, S. 48 - 52
- ▶ Gagel, A., Betriebliches Eingliederungsmanagement, in: Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht 24/2004, S. 1359 - 1362
- ▶ Magin, J., Schnetter, B., Die Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements. Erste Erfahrungen aus der Praxis, in: Behindertenrecht 2/2005, S. 52 - 59
- ▶ Klaus Priester, Wieder mehr Kranke und Unfallverletzte, in: Gute Arbeit 1/2005, S. 36 -39
- ▶ Klaus Priester, Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland: Arbeitslose, Arbeiter und Beamte am häufigsten krank, in: Gute Arbeit 6/2005, S. 35-38.
- ▶ Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX: www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/nid/1/aid/536
- ▶ Prävention und Eingliederungsmanagement, Arbeitshilfe für Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs- und Personalräte, IG Metall/ver.di, 2005

7.2 Internetadressen

- ▶ Projekt Gute Arbeit: www.igmetall.de/gutearbeit
- ▶ Behindertenpolitische Seiten der IG Metall: www.igmetall.de → Gruppen & Netze → Behinderte Menschen
- ▶ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: www.bar-frankfurt.de/Verzeichnisse_und_Arbeitsmaterialien.BAR?ActiveID=1085
- ▶ Projekt Teilhabepaxis: www.teilhabepraxis.de
- ▶ Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter: www.integrationsaemter.de
- ▶ Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation: www.iqpr.de

7.3 Folien

Zur betrieblichen Umsetzung des Eingliederungsmanagements wurde im Rahmen des Projekts **Gute Arbeit** ein Foliensatz entwickelt, der im Internet als Powerpoint-Datei kostenlos per Download bezogen werden kann: www.igmetall.de/gutearbeit/



Endlich erreichbar: Gute Arbeit. für alle!

AiB
Verlag



ISSN 1860-0077

Erscheint monatlich.
Bezugspreis jährlich: 148,20 €.
Einzelpreis: 14,00 €.
Bezugspreis für Studenten
jährlich: 88,80 €.

Bezugspreis Ausland jährlich:
148,20 € zuzüglich Versandkosten.

Die Arbeit
& Ökologie-
Briefe heißen seit
1. Januar 2005
Gute Arbeit.

Gute Arbeit.

Zeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung

Gute Arbeit. ist die Fachzeitschrift für Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung. In **Gute Arbeit.** verbinden sich neue, moderne Inhalte und Altbewährtes. Denn 15 Jahre lang hieß die Zeitschrift **Arbeit & Ökologie-Briefe.**

Monat für Monat berichtet nun **Gute Arbeit.** wie zuvor die **Arbeit & Ökologie-Briefe** über alles Wichtige zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Aktuell, gut aufbereitet, kritisch, kurz und knackig oder auch mal ausführlicher mit den notwendigen Hintergrundinfos. Unsere Themen:

- ▶ neueste Entwicklungen und Trends im Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz
- ▶ Betriebsvereinbarungen, Gerichtsentscheide und neue gesetzliche Regeln zum Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz
- ▶ Hintergrundinformationen und Praxistipps zum Umgang mit Gefahrstoffen, Stress, psychischen Belastungen, Lärm und Mobbing
- ▶ Wege zu menschengerechter Arbeitsgestaltung in Betrieben und Büros, in der Fertigung und bei der Bildschirmarbeit
- ▶ Handlungsmöglichkeiten und Mitbestimmungsrechte für Betriebs- und Personalräte im Gesundheits- und Umweltschutz

Gute Arbeit. ist ein für die Betriebsratsarbeit erforderliches Hilfsmittel im Sinne des § 40.2 BetrVG und muss der Interessenvertretung auf Verlangen zur Verfügung gestellt werden.

www.gutearbeit-online.de

Ja, ich bestelle das Test-Abo Gute Arbeit.

☐ Ich erhalte zunächst 3 Ausgaben kostenlos. Möchte ich **Gute Arbeit.** danach nicht weiter beziehen, teile ich dies spätestens eine Woche nach Erhalt der dritten Ausgabe mit. Ansonsten erhalte ich **Gute Arbeit.** zum Jahresbezugspreis von 148,20 € inkl. Porto.* Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Jahresende gekündigt wird.

☐ Bitte senden Sie mir zunächst 1 kostenloses Probeexemplar + Zusatzinfos.
Ihre Vertrauensgarantie: Sie haben das Recht, diese Bestellung innerhalb von 14 Tagen bei unten stehender Bestelladresse schriftlich zu widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Bitte kopieren und per Fax an 069 / 79 50 10 12

Privat ☐ Firma ☐

Firma _____

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Tel. / Fax _____

E-Mail _____

Datum / Unterschrift _____

Materialien zum Projekt **Gute Arbeit**

www.igmetall.de/gutearbeit



Gute Arbeit im Netz der IG Metall:

- **Arbeitszeit-TÜV**
- **Gute Beispiele aus den Betrieben**
- **Arbeitsmappen**
- **Handlungshilfen**
- **Dokumentationen**
- **Präsentationen**
- **Termine und Bildungsangebote**
- **und noch vieles mehr...**



„Gute Arbeit – Menschengerechte Arbeitsgestaltung als gewerkschaftliche Zukunftsaufgabe“
Dokumentation der IG Metall-Konferenz

im Dezember 2002 | 8,18 €



„Gute Arbeit im KFZ-Handwerk: wissen wo es lang geht“
(Arbeitsschutz im KFZ-Handwerk)
Arbeitshilfe 18

Februar 2004 | 3,00 €



„Schwarzbuch Krank durch Arbeit, Arbeitsbedingungen – Gesundheitsrisiken – Gegenwehr“
Broschüre
Januar 2005 | kostenlos



„Arbeit im Büro gesund gestalten“ | Tipp 23
September 2004 | kostenlos



„Gute Arbeit ... – Menschengerechte Arbeitsgestaltung als gewerkschaftliche Zukunftsaufgabe“
Informations-

grundlage | Jürgen Peters/Horst Schmitthenner | VSA-Verlag 2003
| 278 Seiten | 16,80 € | ISBN 3-89965-025-5 | Zu bestellen über:
www.vsa-verlag.de



„Schafft alter(n)s-gerechte Arbeit“
Tipp 22 | Oktober 2003 | kostenlos



„Der Arbeitszeit-TÜV – Wie gesundheitsverträglich sind unsere Arbeitszeiten?“
Arbeitsmappe
Januar 2005

kostenlos



„Das betriebliche Eingliederungsmanagement – Neue Wege der Gesundheits- und Beschäftigungssicherung älterer ArbeitnehmerInnen Dokumentation eines Workshop Juni 2004 | 10 €

„Dauer-Sprinter gibt es nicht“



„Schlechte Zeiten für gute Arbeit“
Tipp 21
März 2004
kostenlos



„Freiwillig die Gesundheit riskieren? Indirekte Mitarbeitersteuerung und neue Fragen zu Gefährdungsbeurteilung und

Prävention im Betrieb“
Dokumentation des Workshop im Juli 2004 | kostenlos



„Gute Arbeit im Büro – Neue Bürokonzepte gemeinsam gesund gestalten“
| Arbeitshilfe 20 | September 2004 | 3,00 €



Tipp 24
„Dauer-Sprinter gibt es nicht“
Dezember 2004
kostenlos

Download oder Bestellmöglichkeit unter
www.igmetall.de/gesundheits/material und www.igmetall.de/gutearbeit