



Mitarbeitervertretung der landeskirchlichen Angestellten in den Kirchengemeinden und Kirchenbezirken

Stand: Oktober 2013

**MAV**



# LEITFADEN UND PRAXISHILFEN

Betriebliches Eingliederungs Management (BEM)



**MAV**

**f**  
EVANGELISCHE  
LANDESKIRCHE  
IN BADEN

# INHALT

## LEITFADEN UND PRAXISHILFEN

### BETRIEBLICHES EINGLIEDERUNGS MANAGEMENT (BEM)

Rundschreiben zum betrieblichen Eingliederungs-Management..... 3

#### I PRAXISHILFEN UND ANLEITUNGEN

P 1 Einladung zur Teilnahme an einem Informationsgespräch ..... 4

P 2 Rückantwort - Teilnahme an einem „Informationsgespräch“ ..... 7

P 3 Beschreibung des Informationsgesprächs ..... 9

P 4 Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement ..... 12

P 5 Beschreibung des Eingliederungsgesprächs..... 22

P 6 Leitfaden/Dokumentation Eingliederungsgespräch..... 25

P 7 Eingliederungsplan ..... 27

P 8 Beschreibung Abschlussgespräch ..... 29

P 9 Checkliste Personalakte ..... 30

P 10 Bericht an die Geschäftsleitung..... 32

#### II DATENSCHUTZ/DATENRÜCKLAUF

D 1 Verschwiegenheitsvereinbarung zum Datenschutz im Rahmen  
des betrieblichen Eingliederungsmanagements..... 34

D 2 Einwilligungserklärung zur Erhebung von Daten (§ 3a, 4 DATENSCHUTZG - EKD) ..... 36

D 3 Einwilligung zur Übermittlung der im Rahmen des Informationsgesprächs  
(bzw. Eingliederungsgesprächs) erhobenen Daten an das BEM-Team ..... 37

D 4 Einwilligung zur Übermittlung der im Rahmen der Beantragung von  
Leistung zur Teilhabe erhobenen Daten ..... 38

D 5 Einvernehmliche Feststellung über Beendigung  
des betrieblichen Eingliederungsmanagements..... 39

# RUNDSCHREIBEN ZUM BETRIEBLICHEN EINGLIEDERUNGS MANAGEMENT

## LIEBE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER,

Ihr Wohlbefinden und Ihre Gesundheit sind neben Ihrer fachlichen und sozialen Kompetenz ausschlaggebende Faktoren für unsere gemeinsame Arbeit.

Um diese Werte zu schützen und zu fördern, hat der Gesetzgeber Arbeitgebern und Arbeitgeberinnen die wichtige Aufgabe übertragen, dafür zu sorgen, dass erforderliche Maßnahmen des Arbeitsschutzes getroffen werden, um die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten positiv zu beeinflussen. Daraus abgeleitet, ist eine kontinuierliche Verbesserung von Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz anzustreben. Das Arbeitsschutzgesetz regelt diese präventiven Schritte seit 1996.

Aber nicht immer lassen sich durch präventive Maßnahmen Krankheiten und Unfälle gänzlich vermeiden, unabhängig, ob der Ursprung für die Erkrankung im beruflichen oder privaten Umfeld liegt, es sich um kürzere, längere, leichtere oder schwerere Erkrankungen handelt.

Um auch bei längeren und häufigeren Erkrankungen eine optimale Betreuung der Beschäftigten gewährleisten zu können, hat der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des Sozialgesetzbuches IX u.a. dafür Sorge getragen, dass der Arbeitgeber in solchen Situationen Maßnahmen anbietet und diese umsetzt. Diese Maßnahmen werden mit dem Begriff des betrieblichen Eingliederungsmanagements definiert und sind im § 84 Absatz 2 SGB IX wie folgt beschrieben: „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).“

Auf Grundlage dieser gesetzlichen Regelung ist die Evangelische Landeskirche in Baden in die Pflicht genommen, ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchzuführen, wenn sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von zwölf Monaten aufgetreten sind. In diesem Fall hat er dem/der Beschäftigten persönlich ein Eingliederungsmanagement anzubieten. Sie haben einen Anspruch darauf.

Die Teilnahme an Gesprächen und Maßnahmen des Eingliederungsmanagements ist freiwillig und orientiert sich am Recht auf individuelle Selbstbestimmung.

Wir möchten Sie über die Möglichkeiten eines betrieblichen Eingliederungsmanagements umfassend informieren, damit zukünftig

- durch zielgerichtete Maßnahmen Erkrankungen und Unfälle vermieden werden,
- Beschäftigte ihren Fähigkeiten gemäß eingegliedert werden,
- die Arbeitsfähigkeit langfristig erhalten bleiben kann und somit
- alle einen Beitrag zur Verbesserung der gemeinsamen Arbeit leisten können.

# I PRAXISHILFEN UND ANLEITUNGEN

Wir legen großen Wert darauf, dass Sie die Angebote kennen und bei Bedarf auch nutzen. Dabei ist es nicht notwendig, dass Sie Ihre Arbeitsunfähigkeitstage sorgfältig zusammenrechnen, sondern wenden Sie sich bei Problemen am Arbeitsplatz - unabhängig von der Länge der Abwesenheit - an eine Person Ihres Vertrauens.

Gleiches bieten wir Ihnen auch gerne an, sollten die Probleme außerhalb des Arbeitsumfeldes liegen.

Weitere schriftliche Informationen erhalten Sie im Intranet unter \_\_\_\_\_ und im GVBI \_\_\_\_\_

## DIE MITGLIEDER DES BEM-TEAMS SIND:

Beauftragte/r der Evangelischen Landeskirche in Baden Herr/Frau \_\_\_\_\_

Beauftragte/Beauftragter Herr/Frau \_\_\_\_\_

Mitglied der MAV Herr/Frau \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenvertretung Herr/Frau \_\_\_\_\_

## FALLS ERFORDERLICH, WERDEN HINZUGEZOGEN:

Betriebsarzt/-ärztin Herr/Frau \_\_\_\_\_

die Fachkraft für Arbeitssicherheit Herr/Frau \_\_\_\_\_

der/die Datenschutzbeauftragte Herr/Frau \_\_\_\_\_

Das BEM-Team dankt für Ihr Vertrauen und freut sich, Ihnen bei gesundheitlichen Problemstellungen helfen zu dürfen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Geschäftsleitung  
des Evangelischen Oberkirchenrats

Mitarbeitervertretung

## P 1 EINLADUNG ZUR TEILNAHME AN EINEM INFORMATIONSGESPRÄCH



Einladung zur Teilnahme an einem Informationsgespräch im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements

Sehr geehrte(r) Herr/Frau \_\_\_\_\_

seit der Novellierung des § 84 SGB IX sind Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen aufgerufen, Beschäftigten, die aufgrund einer Krankheit arbeitsunfähig sind oder waren, spätestens nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit in den vorausgegangenen zwölf Monaten ein betriebliches Eingliederungsmanagement anzubieten.

Das betriebliche Eingliederungsmanagement wird in unserer Landeskirche vom BEM-Team durchgeführt, dem folgende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen angehören:

Beauftragte/Beauftragter Herr/Frau \_\_\_\_\_

Vertreter/in der Dienststellenleitung Herr/Frau \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenvertretung Herr/Frau \_\_\_\_\_

Mitglied der MAV Herr/Frau \_\_\_\_\_

weitere Herr/Frau \_\_\_\_\_

Die in § 84 SGB IX genannten Kriterien treffen auch auf Sie zu. Wir möchten Sie daher über die Möglichkeiten eines betrieblichen Eingliederungsmanagements in unserer Evangelischen Landeskirche zunächst umfassend informieren und laden Sie zu einem unverbindlichen Informationsgespräch ein.

Im Rahmen dieses Gesprächs werden wir Sie näher über die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements und über Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten einschließlich der Maßnahmen des Datenschutzes informieren.

In der Anlage finden Sie unser Faltblatt zum betrieblichen Eingliederungsmanagement und das Rundschreiben an alle Beschäftigten vom \_\_\_\_\_

Wir freuen uns, wenn Sie Ihre Zustimmung zur Mitarbeit am betrieblichen Eingliederungsmanagement geben, und weisen darauf hin, dass die Teilnahme freiwillig ist.

Wir verweisen ebenfalls darauf, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_  
(Mitglied der MAV) und ggf. Herr/Frau \_\_\_\_\_  
(Schwerbehindertenvertretung) über diese Einladung informiert ist/sind, um der gesetzlich verankerten Überwachungspflicht nachzukommen.

Wir bitten Sie, das beiliegende Formular nach Möglichkeit innerhalb der nächsten sieben Tage zurückzuschicken.

Sollten Sie Fragen zur Rentenversicherung haben, können Sie gern bei \_\_\_\_\_  
anrufen, bei Fragen zur \_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

Personalverwaltung

## ANLAGE

Rundschreiben zum betrieblichen Eingliederungsmanagement  
Faltblatt BEM

## P 2 - RÜCKANTWORT - TEILNAHME AN EINEM „INFORMATIONSGESPRÄCH“



Rückantwort - Einladung „Informationsgespräch“ über ein betriebliches Eingliederungsmanagement

### BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN

Ich wünsche ein unverbindliches Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement mit

Herrn/Frau

Herrn/Frau

Herrn/Frau

Folgende Personen sollen - sofern möglich - bei dem Gespräch ebenfalls anwesend sein:

Schwerbehindertenvertretung

Betriebsarzt/-ärztin

Vertreter/in der Dienststellenleitung

Mitglied der MAV

andere Person des Vertrauens \_\_\_\_\_

Zur Terminabsprache erreichen Sie mich unter folgender Telefonnummer:

---

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen über meine Arbeitsunfähigkeitszeit (Anzahl der Tage, Häufigkeit und der letzte Arbeitsunfähigkeitstag) an Herrn/Frau \_\_\_\_\_ zur Durchführung des Informationsgespräches weitergegeben werden.

Ich möchte derzeit nicht an einem Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement teilnehmen.

ggf. Begründung

---

Ort und Datum Unterschrift

---

## P 3 - BESCHREIBUNG DES INFORMATIONSGESPRÄCHS

### WER FÜHRT DAS GESPRÄCH?

Das Gespräch wird von einem Mitglied der MAV bzw. der Personalverwaltung geführt. Die Gesprächsführerinnen und -führer unterliegen der Schweigepflicht.

### ZIEL DES GESPRÄCHS (CA. 45-60 MIN)

Ein Ziel dieses Gesprächs ist es, die Beschäftigten über das betriebliche Eingliederungsmanagement zu informieren. Es ist darauf zu achten, dass ihnen die Abläufe des betrieblichen Eingliederungsmanagements und ihr erforderliches Engagement nachvollziehbar erläutert werden.

Um das infrage kommende Hilfsangebot zu ermitteln, muss ein erstes Bild der Grundproblematik, der Ressourcen sowie der Vorstellungen und Wünsche der Beschäftigten gewonnen werden.

Entlang den Verfahrensgrundsätzen nach Selbstbestimmung im Bereich der beruflichen Rehabilitation empfiehlt es sich, das Informationsgespräch so anzulegen, dass dem Selbstbestimmungsrecht der Beschäftigten, vor allem das Recht, den Auskunftsprozess selbst zu steuern, Raum geschenkt wird.

So sind sie u. a. darauf aufmerksam zu machen, dass sie sich auch der Antworten enthalten können. Weiterhin sind die Beschäftigten über die Verwendung der zu erhebenden Daten im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements zu informieren.

### HINWEISE

Nach DatenschutzG - EKD (Zulässigkeit der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung) bedarf es der Einwilligung des/der Beschäftigten zur Datenerhebung. Es empfiehlt sich, dies schriftlich mithilfe der Vorlage D2 (Einwilligungserklärung zur Erhebung von Daten) vorzunehmen.

Hinweise, die der/die Beschäftigte während des Gesprächs gibt, können in dem dazugehörigen Leitfaden (P5) vermerkt werden. Dieser dient somit u. a. zur Dokumentation des Gesprächs. Macht der/die Beschäftigte von dem Recht Gebrauch und gibt auf eine Frage keine Antwort, soll dies im Leitfaden vermerkt werden.

Zum Abschluss des Gesprächs soll der/die Beschäftigte durch Unterschreiben des dokumentierten Informationsgesprächs bestätigen, dass er/sie mit den besprochenen Inhalten einverstanden ist.

Erscheint es sinnvoll, die Sachlage im BEM-Team zu diskutieren, so kann dies nur mit Einwilligung des/der Beschäftigten erfolgen (D3).

Der Leitfaden wurde von der bzw. dem Datenschutzbeauftragten datenschutzrechtlich überprüft. Der bearbeitete Leitfaden von Beschäftigten, die nicht an einem betrieblichen Eingliederungsmanagement teilnehmen, dürfen aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht in der Einrichtung verbleiben und werden dem/der Mitarbeiter/in übergeben.

## MATERIALIEN, DIE ZU DEM GESPRÄCH MITGENOMMEN WERDEN SOLLTEN

- Die BEM-Akte bestehend aus Einladung, Rückantwort und ggf. Informationen zur Arbeitsunfähigkeit etc.
- Formular D2: Einwilligungserklärung zur Erhebung von Daten
- Formular D3: Einwilligung zur Übermittlung der Daten ins BEM-Team
- Formular P5: Leitfaden und Dokumentation Informationsgespräch
- Unterlagen zur allgemeinen Information über das betriebliche Eingliederungsmanagement

## INHALTE DES GESPRÄCHS

### I Begrüßung und Einleitung

- Vorstellung der eigenen Person:
- Tätigkeit, Aufgabe in der Dienststelle, Rolle im BEM-Team
- Ziel des Gesprächs:
  - Abklären der Bereitschaft zur Teilnahme
  - Gemeinsame Beratung, ob Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements sinnvoll erscheinen
  - Vermittlung von Informationen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

### II Vorstellung des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)

- Was ist ein BEM?  
Erläuterung des § 84 SGB IX
- Zeitlicher Rahmen (Verlauf und Dauer)  
Wenn die Bereitschaft zur Teilnahme vorhanden ist, wird ein „Eingliederungsgespräch“ mit einem Mitglied des BEM-Teams, auf Wunsch des/der Beschäftigten unter Hinzuziehung des Mitglieds der MAV und ggf. der Schwerbehindertenvertretung, geführt, in dem über weitere Maßnahmen gemeinsam beraten wird.
- Erläuterung zu den Maßnahmen  
Je konkreter Maßnahmen benannt werden, desto eher wird der Nutzen für den/die Mitarbeiter/in deutlich. Dies bedarf vorab der innerbetrieblichen Abstimmung.  
Es muss deutlich werden, dass ohne Zustimmung und Beteiligung des/ der betroffenen Beschäftigten keine Maßnahmen festgelegt werden.
- Datenschutz  
Es soll darüber informiert werden,
  - wie mit den erhobenen Daten umgegangen wird (Personalakte/BEMAkte),
  - dass sowohl die Erhebung als auch die Weiterleitung von Daten nur mit Einwilligung geschieht,
  - dass der/die Beschäftigte die Unterlagen jederzeit einsehen kann.

### III Interesse des/der Beschäftigten

#### IV Mitarbeiterdaten

#### V Arbeit und Gesundheit

#### VI Medizinische Versorgung

#### VII Erwartungen und Befürchtungen

#### VIII Verständigung über Inhalte des Gesprächs

#### IX Vereinbarungen

## P 4 - INFORMATIONSGESPRÄCH ZUM BETRIEBLICHEN EINGLIEDERUNGSMANAGEMENT

Datum

---

Gesprächsleitung

---

Funktion

---

Name des/der Beschäftigten

---

Abteilung/Bereich

---

Gegenwärtige Tätigkeit

---

Arbeitsunfähigkeitszeiten erhoben durch die Personalverwaltung

---

Anzahl der AU-Tage in den letzten zwölf Monaten

---

Häufigkeit der AU-Zeiten in den letzten zwölf Monaten -mal

---

Letzter AU-Tag des/der Beschäftigten

---

Derzeitiger Status:

arbeitsfähig

arbeitsunfähig

## INHALTSVERZEICHNIS

- I Begrüßung und Einleitung
- II Vorstellung des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)
- III Interesse des/der Beschäftigten
- IV Mitarbeiterdaten
- V Arbeit und Gesundheit
- VI Medizinische Versorgung
- VII Erwartungen und Befürchtungen
- VIII Verständigung über Inhalte des Gesprächs
- IX Vereinbarungen

## I BEGRÜSSUNG UND EINLEITUNG

- Begrüßung der Anwesenden
- Vorstellung der eigenen Person
- Erläuterung des Gesprächsablaufs

## II VORSTELLUNG DES BETRIEBLICHEN EINGLIEDERUNGSMANAGEMENTS (BEM)

### 1. Haben Sie bereits Informationen zum BEM erhalten?

ja

nein

Wenn ja, welche?

---

**Bitte sicherstellen, dass dem/der Beschäftigten folgende Sachverhalte bekannt sind:**

Grund des Gesprächs

Ziel des BEM

Ablauf des BEM

Freiwilligkeit des BEM

Nutzen für den/die Beschäftigte/n

Anforderungen an Teilnehmer/innen

Umgang mit Daten (Datenschutz)

## III INTERESSE DES/DER BESCHÄFTIGTEN

### 2. Haben Sie nach diesen Informationen grundsätzlich Interesse an einem BEM?

ja

nein

Wenn ja, dem/der Beschäftigten eine Einwilligungserklärung zur Erhebung von Daten (D2) zur Unterschrift vorlegen und mit Kapitel IV fortfahren.

## IV MITARBEITERDATEN

(Nur erheben, sofern die Daten noch nicht bekannt sind.)

### 3. Geburtsjahr

#### 4. Dauer der Dienstzeit

- < 1 Jahr  
 1 -2 Jahre  
 3 - 5 Jahre  
 6 -15 Jahre  
 > 15 Jahre

#### 5. Familienstand

- ledig  
 verheiratet  
 v erwitwet  
 geschieden

#### 6. Schwerbehinderung

- ja  
 n ein

#### 7. Arbeitszeit

- Vollzeit  
 Teilzeit \_\_\_\_\_Wochenstunden

#### 8. Arbeitsverhältnis

- u nbefristet  
 b efristet

## V ARBEIT UND GESUNDHEIT

### 9. Wie geht es Ihnen derzeit gesundheitlich?

- sehr gut  
 gut  
 weniger gut  
 schlecht

Ergänzungen:

---

### 10. Wo sind die Ursachen für Ihre AU-Zeiten zu suchen?

Unfall \_\_\_\_\_

Arbeitsorganisation \_\_\_\_\_

Arbeitsbedingungen \_\_\_\_\_

Arbeitsklima \_\_\_\_\_

Kollegen/-innen \_\_\_\_\_

Vorgesetzte/r \_\_\_\_\_

Familie \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

### 11. Sind Ihre AU-Zeiten der letzten zwölf Monate auf die gleichen Ursachen zurückzuführen?

- ja  
 nein

Ergänzungen:

---

### 12. Haben bzw. hatten Sie Probleme bei der Ausübung Ihrer Tätigkeit?

Habe  ja  nein

Hatte  ja  nein

13. Beschreiben Sie bitte Ihre Tätigkeiten.

---

---

---

---

14. Worin bestehen die hauptsächlichen Belastungen bei der Ausübung Ihrer Tätigkeiten?  
(Lärm, Zeitdruck, Arbeitsdichte, Unter-/Überforderung ...)

---

---

---

---

15. Welche Tätigkeiten können Sie nicht mehr ausüben?

---

---

---

---

## VI MEDIZINISCHE VERSORGUNG

16. Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Betreuung?

ja

nein

Bemerkungen:

---

17. Sind medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt worden oder geplant?

Durchgeführt  ja  nein

Geplant  ja  nein

Bemerkungen:

---

**18. Wie zufrieden sind Sie mit ihrer medizinischen Betreuung?**

- sehr zufrieden  
 zufrieden  
 weniger zufrieden  
 gar nicht zufrieden

Bemerkungen:

---

## VII ERWARTUNGEN UND BEFÜRCHTUNGEN

**19. Welche Erwartungen und Befürchtungen haben Sie hinsichtlich eines BEM?**

Erwartungen:

---

---

---

---

Befürchtungen:

---

---

---

---

**20. Wenn Befürchtungen genannt wurden, wie können diese beseitigt werden?**

---

---

---

---

**21. Welche der nachfolgenden Maßnahmen - bezogen auf Ihre AU-Zeiten - haben Sie bereits in Anspruch genommen? (Mehrfachantworten möglich)**

- Arbeits- und betriebsmedizinische Maßnahmen
- Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen
- Veränderung in der Arbeitsorganisation
- Umsetzung innerhalb der Dienststelle (Versetzung)
- Stufenweise Wiedereingliederung
- Konfliktmanagement
- Mitarbeitergespräche
- Krankrückkehrgespräche
- Soziale Maßnahmen
- Externe Unterstützungsmöglichkeiten
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen
- Qualifizierungsangebote
- Sonstige

**22. Was können wir noch für Sie tun?**

---

---

---

---

**23. Sind Sie bereit, an einem BEM teilzunehmen?**

- ja
- eher ja
- eher nein
- nein

## 24. Wenn nein, was sind die Gründe hierfür?

Begründung:

Trifft zu	Trifft nicht zu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sie sehen für sich keinen Nutzen in einem betrieblichen Eingliederungsmanagement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sie halten sich für voll arbeitsfähig.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sie haben Ihre Probleme und Beschwerden im Griff.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sie wollen an Ihrer derzeitigen Situation nichts ändern.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sie befürchten negative Konsequenzen für sich.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sie fühlen sich durch betriebliche Eingliederungsmaßnahmen überfordert.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sie haben kein Vertrauen in die Verfahrensbeteiligten.

## 25. Wenn nein, was müsste erfüllt sein, dass Sie an einem BEM teilnehmen?

Bemerkungen:

---



---



---

## VIII VERSTÄNDIGUNG ÜBER INHALTE DES GESPRÄCHS

### 26. Wurde Ihnen klar,

- weshalb Sie zu diesem Gespräch eingeladen wurden?
- was das Ziel des BEM ist?
- was Maßnahmen im BEM sein können?
- was der Nutzen für Sie ist?
- welche Anforderungen an Sie gestellt werden?
- wie der Datenschutz gewährleistet wird?

## IX VEREINBARUNGEN

**27. Sie nehmen an einem BEM teil.**

ja

nein

noch unklar; Rückmeldung bis zum \_\_\_\_\_

**28. Sie wünschen, dass ein Mitglied der Mitarbeitervertretung Ihre betriebliche Eingliederung begleitet.**

ja

nein

noch unklar; Rückmeldung bis zum \_\_\_\_\_

**29. Sie wünschen, dass die Schwerbehindertenvertretung Ihre betriebliche Eingliederung begleitet.**

ja

nein

noch unklar; Rückmeldung bis zum \_\_\_\_\_

**30. Sie sind damit einverstanden, dass das BEM-Team Ihre betriebliche Eingliederung begleitet.**

ja

nein

Ggf. Einwilligung zur Übermittlung der Daten ins BEM-Team (D 3) unterschreiben lassen.

Weitere Vereinbarungen:

---

---

---

---

**31. An diesem Informationsgespräch hat/haben neben dem/der betroffenen Beschäftigten teilgenommenen (bitte Namen einfügen):**

Beauftragter / Beauftragte: Herr/Frau \_\_\_\_\_

Arbeitnehmersvertreter/in: Herr/Frau \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenvertretung: Herr/Frau \_\_\_\_\_

Betriebsarzt / Betriebsärztin: Herr/Frau \_\_\_\_\_

Vertreter/in der Dienststellenleitung: Herr/Frau \_\_\_\_\_

Sonstige: Herr/Frau \_\_\_\_\_

Gesprächsdauer \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass die gemachten Angaben im Informationsgespräch von mir durchgesehen und für richtig befunden wurden.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Beschäftigte/r \_\_\_\_\_

## P 5 - BESCHREIBUNG DES EINGLIEDERUNGSGESPRÄCHS

### WER FÜHRT DAS GESPRÄCH?

Das Eingliederungsgespräch soll von einer Person geführt werden, die auch weitere explorative Aktivitäten, wie Erhebungen zur gesundheitlichen, psychosozialen und finanziellen Situation des/der Beschäftigten sowie ggf. arbeitsmedizinische und arbeitspsychologische Untersuchungen, Profilvergleiche etc., koordiniert. Es ist von Vorteil, wenn das Mitglied des BEM-Teams über Kompetenzen auf dem Gebiet der Gesprächsführung verfügt und Kenntnisse über geeignete Diagnoseinstrumente mitbringt.

Das Gespräch wird von einem Mitglied des BEM-Teams geleitet.

Die Mitglieder des BEM-Teams sollen in der Gesprächsführung geschult werden.

### AUSGANGSPUNKT DES GESPRÄCHS

Ausgangspunkt dieses Gesprächs sind die Ergebnisse des Informationsgesprächs. Eine Zusammenfassung hiervon soll folgende Dimensionen berücksichtigen:

- Gesundheitszustand des/der Beschäftigten
- Ursachen der Arbeitsunfähigkeit
- Medizinische Versorgung
- Erwartungen des/der Beschäftigten
- Falls möglich: anvisierte Maßnahmen

### ZIEL DES GESPRÄCHS

Ziel des Eingliederungsgesprächs ist es,

- das Problem, das der Arbeitsunfähigkeit zugrunde liegt, zu erkennen,
- zielorientierte Maßnahmen zu erarbeiten und
- einen gemeinsamen Eingliederungsplan zu entwerfen.

Dabei steht die persönliche Hilfestellung am Arbeitsplatz im Mittelpunkt.

### HINWEISE

In der Vorbereitung des Eingliederungsgesprächs sollte darauf geachtet werden, dass ein angemessener Raum zur Verfügung steht, der eine vertrauliche Atmosphäre zulässt und vor allem Störungen (Telefon usw.) ausschließt. Entlang den Verfahrensgrundsätzen nach Selbstbestimmung im Bereich der beruflichen Rehabilitation empfiehlt es sich, das Eingliederungsgespräch so anzulegen, dass dem Selbstbestimmungsrecht des/der Beschäftigten, v. a. das Recht, den Auskunftsprozess selbst zu steuern, Raum geschenkt wird. Weiterhin ist der/die Mitarbeiter/in über die Verwendung der zu erhebenden Daten im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements zu informieren.

Hinweise, die der/die Beschäftigte während des Gesprächs gibt, können in dem dazugehörigen Leitfaden/Dokumentation (P7) vermerkt werden. Zum Abschluss des Gesprächs soll der/die Beschäftigte durch Unterschrift bestätigen, dass er/sie mit den besprochenen Inhalten einverstanden ist.

Nach DatenschutzG - EKD (Zulässigkeit der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung) bedarf es der Einwilligung der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters zur Datenerhebung. Diese kann schriftlich mithilfe der Vorlage D2 (Einwilligungserklärung zur Erhebung von Daten) vorgenommen werden.

Erscheint es sinnvoll, die Sachlage im BEM-Team zu diskutieren, sollte der/die Gesprächsführer/in von dem/der betroffenen Beschäftigten eine Schweigepflichtentbindung unterschreiben lassen.

Externe Kooperationspartnerinnen/Kooperationspartner können zu diesem Zeitpunkt ggf. einbezogen werden. Hier muss der Datenschutz im Einzelfall überprüft werden und insbesondere eine Einwilligung des/der Beschäftigten zur Übermittlung der Daten ins BEM-Team (D3) eingeholt werden.

Zu beachten ist, dass die in § 84 Abs. 2 SGB IX genannten betrieblichen Akteure und Akteurinnen grundsätzlich in ihren jeweiligen Verantwortungsbereichen am betrieblichen Eingliederungsmanagement zu beteiligen sind.

Mitglied der MAV, Arbeitgebervertretung und ggf. die Schwerbehindertenvertretung sollten also an den wichtigen Schritten und Entscheidungen, z. B. über arbeitsplatzspezifische Maßnahmen, mitwirken können.

Der nachfolgende Leitfaden wurde von der bzw. dem Datenschutzbeauftragten überprüft und für in Ordnung befunden.

## MATERIALIEN, DIE VON DEM MITGLIED DES BEM-TEAMS ZU DEM GESPRÄCH MITGENOMMEN WERDEN SOLLTEN

- BEM-Akte, insbesondere dokumentiertes Informationsgespräch
- Formular P8: Eingliederungsplan
- Formular D2: Einwilligungserklärung zur Erhebung von Daten
- Formular D3: Einwilligung zur Übermittlung der Daten ins BEM-Team
- Formular D4: Einwilligung zur Übermittlung der Daten an Externe
- Formular D5: Feststellung Ende BEM
- Schweigepflichtentbindung

## INHALT DES GESPRÄCHS

### I Begrüßung und Eröffnung

- Begrüßung, Vorstellung der eigenen Person, Funktion im BEM-Team
- Bezug nehmen auf das Informationsgespräch
- Fragen zum aktuellen Befinden
- Gesprächsanlass und Ziel herausstellen
- Hinweis geben, dass das Gespräch ein Hilfsangebot ist
- Hinweis auf den Umgang mit Daten (Datenschutz), soweit möglich,
- Hinweis darauf, welche Daten voraussichtlich benötigt werden, ggf. Einwilligungserklärung zur Erhebung von Daten (D4) unterschreiben lassen

### II Problem erkennen und besprechen

### III Ziele und Maßnahmen beraten

### IV Vereinbarungen abschließen

- Erste Schritte/Maßnahmen gemeinsam festlegen - Eingliederungsplan (P8)
- Weitere Gesprächstermine verabreden
- Ggf. Einwilligung zur Übermittlung der Daten ins BEM-Team (D3)
- Ggf. Einwilligung zur Übermittlung der Daten an Externe (D4)
- Ggf. Feststellung Ende BEM (D5)
- Ggf. Schweigepflichtentbindung
- Eingliederungsgespräch

## P 6 - LEITFADEN/DOKUMENTATION EINGLIEDERUNGSGESPRÄCH

Name des/der Beschäftigten \_\_\_\_\_

Name des Mitgliedes des BEM-Teams \_\_\_\_\_

### I BEGRÜSSUNG UND ERÖFFNUNG

- Fragen zum aktuellen Befinden
- Bezug nehmen auf Informationsgespräch
- Gesprächsanlass und Ziel herausstellen
- Hinweise zum Datenschutz, Einwilligungserklärung zur Erhebung von Daten (D2)

### II PROBLEM ERKENNEN UND BESPRECHEN

- Welche Probleme liegen der Arbeitsunfähigkeit zugrunde?
- Wie äußern sich diese Probleme?
- Wo liegen Einschränkungen vor?
- Welche Ressourcen aufseiten des/der Beschäftigten gibt es?

### III ZIELE UND MASSNAHMEN BERATEN

- Welche Ziele und Veränderungswünsche hat der/die Beschäftigte?
- Ist der/die Beschäftigte adäquat eingesetzt? (Fähigkeits- und Anforderungsprofil?)
- Können Arbeitsbelastungen verringert werden?
- Kann die technische Ausstattung verbessert werden?
- Gibt es Qualifizierungsbedarf?
- Gibt es alternative Einsatzmöglichkeiten?
- Sind externe Kooperationspartnerinnen/Kooperationspartner einzubeziehen?
- Ist die aktuelle Datenlage ausreichend?

## IV VEREINBARUNGEN ABSCHLIESSEN

- erste Schritte gemeinsam festlegen (Wer macht was bis wann?)
- ggf. Eingliederungsplan (P 8) erarbeiten
- ggf. Besprechung im BEM-Team (D3)
- weitere Gesprächstermine und Themen vereinbaren
- ggf. Schweigepflichtentbindung
- ggf. Einwilligung zur Weitergabe von Daten an Externe (D4)
- ggf. Beendigung des BEM (D5)

An diesem Gespräch hat/haben außerdem teilgenommen:

Name/Funktion \_\_\_\_\_

Name/Funktion \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Beschäftigte/r \_\_\_\_\_

Gesprächsführer/in \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Mitglied BEM-Team: \_\_\_\_\_

Vorgesetzte/r: \_\_\_\_\_

Bemerkung:

---

---

---

---

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Teilnehmer/in \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Mitglied BEM-Team \_\_\_\_\_

## P 7 - EINGLIEDERUNGSPLAN

Diagnostische Maßnahmen				
Wer?	Macht was?	Mit wem?	Bis wann?	Bemerkungen/ Erledigungsvermerk
Mitglied BEM-Team				
Unmittelbare/r Vorgesetzte/r				
Betriebsarzt/ Betriebsärztin				
Schwerbehinderten- vertretung				
andere				

Aufgaben des Beschäftigten			
Was?	Mit wem?	Bis wann?	Bemerkungen/ Erledigungsvermerk?
Mitglied BEM-Team			
Unmittelbare/r Vorgesetzte/r			
Betriebsarzt/ Betriebsärztin			
Schwerbehinderten- vertretung			
andere			

Betriebliche Maßnahmen				
Wer?	Macht was?	Mit wem?	Bis wann?	Bemerkungen/ Erledigungsvermerk
Mitglied BEM-Team				
Unmittelbare/r Vorgesetzte/r				
Betriebsarzt/ Betriebsärztin				
Schwerbehinderten- vertretung				
andere				

Außerbetriebliche Maßnahmen				
Wer?	Macht was?	Mit wem?	Bis wann?	Bemerkungen/ Erledigungsvermerk
Unmittelbare/r Vorgesetzte/r				
Betriebsarzt/ Betriebsärztin				
Schwerbehinderten- vertretung				
andere				

## P 8 - BESCHREIBUNG ABSCHLUSSGESPRÄCH

### KURZBESCHREIBUNG DES ABSCHLUSSGESPRÄCHS IM RAHMEN EINES BETRIEBLICHEN EINGLIEDERUNGSMANAGEMENTS

Das Abschlussgespräch hat zum Ziel, einvernehmlich den Prozess der betrieblichen Eingliederung zu beenden. Wird das Verfahren nicht einvernehmlich, sondern einseitig beendet, so wird kein Eintrag in die Personalakte vorgenommen oder lediglich die Tatsache der einseitigen Beendigung kurz vermerkt.

An dem Abschlussgespräch nehmen der/die Beschäftigte sowie ggf. die von dem/der Beschäftigten benannte Vertrauensperson teil.

Die Beteiligten stellen eine erfolgreiche oder erfolglose Umsetzung der Maßnahme(n) fest und prüfen im Falle von Unzulänglichkeiten weitere Optionen.

#### **Folgende Aspekte sollten erörtert werden:**

- Aktuelle Selbsteinschätzung zum derzeitigen Gesundheitszustand. Zudem sollte auch die Passung zwischen Fähigkeiten des/der Beschäftigten und den Anforderungen der Tätigkeiten besprochen werden.
- Ergebnisse der Maßnahme(n) ggf. gemäß Eingliederungsplan.
- Bewertung des BEM-Verlaufs
- Weiterer Betreuungsbedarf
- Installation präventiver Maßnahmen zur Vermeidung ähnlicher Krankheiten oder Verletzungen.
- Sind die Ursachen für die entstandenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit beeinflusst worden?

Bleiben Fragen unbeantwortet, sollte das Mitglied des BEM-Teams mit Einverständnis des/der Beschäftigten das BEM-Team zur Erarbeitung von Lösungsvorschlägen konsultieren. Sofern diese der Mitwirkung der Geschäftsleitung bedürfen, ist diese zur Entscheidungsfindung hinzuzuziehen.

## P 9 - CHECKLISTE PERSONALAKTE

Name des/der Beschäftigten \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Kopie des Einladungsschreibens	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Kürzel / Datum
Rückantwort	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hat der / die Mitarbeiter/in zugestimmt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Bei fehlender Rückantwort: Datum der Kontaktaufnahme _____			
schriftlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
mündlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hat der / die Mitarbeiter/in nach wiederholter Kontaktaufnahme zugestimmt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Beendigung des BEM			
Wurde das betriebliche Eingliederungsmanagement einvernehmlich beendet(D5)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wurde das betriebliche Eingliederungsmanagement einseitig beendet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

*Nur auszufüllen bei Maßnahmen, die eine Mitwirkungspflicht der Evangelischen Landeskirche in Baden erfordern!*

Maßnahme	durchgeführt/abgebrochen	Kürzel/Datum
	durchgeführt <input type="checkbox"/> abgebrochen <input type="checkbox"/>	
	durchgeführt <input type="checkbox"/> abgebrochen <input type="checkbox"/>	
	durchgeführt <input type="checkbox"/> abgebrochen <input type="checkbox"/>	

## P 10 - BERICHT AN DIE GESCHÄFTSLEITUNG

Berichtszeitraum bis: \_\_\_\_\_

	Anzahl
Betroffene Mitarbeiter/innen	
Angeschriebene Mitarbeiter/innen	
Selbst aktive gewordene Mitarbeiter/innen	
Teilnehmer/innen an einem betrieblichen Eingliederungsmanagement	
Informationsgespräche	
Eingliederungsgespräche	
Abschlussgespräche	
Abbruch des betrieblichen Eingliederungsmanagements	
Erfolgreiche Eingliederung	
Derzeit andauernde Eingliederungsfälle	
Maßnahmen mit Beteiligung der Evangelischen Landeskirche in Baden	
Maßnahmen mit Beteiligung Externer	

Häufigste Ursachen der Arbeitsunfähigkeit	
Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	
Psychische Erkrankungen	
Erkrankungen des Verdauungssystems	
Erkrankungen der Atmungsorgane	
Bösartige Neubildungen	
Sonstige Erkrankungen	

Bemerkungen:

---



---



---



---

**Hinweis**

*Das BEM-Team entscheidet, ob die anzunehmenden Ursachengruppen der Arbeitsunfähigkeit dem Evangelische Landeskirche in Baden mitgeteilt werden.*

Datum \_\_\_\_\_

BEM-Koordinator/in \_\_\_\_\_

## III DATENSCHUTZ / DATENRÜCKLAUF

### D 1 - VERSCHWIEGENHEITSVEREINBARUNG ZUM DATENSCHUTZ IM RAHMEN DES BETRIEBLICHEN EINGLIEDERUNGSMANAGEMENTS

Zwischen Herrn/Frau \_\_\_\_\_

und dem \_\_\_\_\_ (führt das Informationsgespräch)

vertreten durch Herrn/Frau \_\_\_\_\_

Funktion im BEM-Team \_\_\_\_\_

Herr/Frau \_\_\_\_\_

wurde heute über die nachstehend abgedruckten Bestimmungen des Datenschutzes unterrichtet. Er/Sie wurde besonders darüber belehrt, dass Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse/bezüglich Behinderungen/Leistungseinschränkungen/Diagnosen, die ihm/ihr bei der Erfüllung der Aufgaben im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements zur Kenntnis gelangen, Dritten gegenüber geheim zu halten sind und nicht unbefugt offenbart werden dürfen.

Alle Unterlagen, die solche Einzelangaben enthalten, sind so zu verwahren, dass Dritte keine Einsicht nehmen, keine Änderungen oder Löschungen vornehmen und nichts entnehmen können.

**Als Dritter im vorstehenden Sinne gilt auch die Evangelische Landeskirche in Baden/in bzw. die Personalverwaltung.**

Die Evangelische Landeskirche in Baden bzw. die Personalverwaltung darf von dem/der unterzeichnenden Mitarbeiter/in nicht verlangen, gegen oben genannte Verpflichtungen zu verstoßen.

Die o. g. Verpflichtungen gehören zu den arbeitsvertraglichen Pflichten des/der Unterzeichners/in. Bei Verstößen können entsprechende Konsequenzen gezogen werden.

Die o. g. Daten dürfen ausnahmsweise, nur mit Zustimmung des/der Betroffenen und nur soweit es zum Zwecke des betrieblichen Eingliederungsmanagements erforderlich ist, an die Mitglieder des BEM-Teams, bestehend aus

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

übermittelt werden.

Eine Übermittlung von Daten an die Mitglieder des erweiterten BEM-Teams ist ausnahmsweise zulässig, wenn die ausdrückliche Einwilligung der/des Betroffenen vorliegt, die Übermittlung für die Zwecke des BEM erforderlich ist und die übermittelten Daten keine Diagnosen, Prognosen oder Informationen, die darauf schließen lassen, enthalten.

Der/die Mitarbeiter/in bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift gleichzeitig den Empfang einer Ausfertigung der Vereinbarung.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

BEM-Teammitglied \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_

BEM-Teammitglied \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

---

---

---

## D 2 - EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG VON DATEN (§§ 3A, 4 DATENSCHUTZG - EKD)

Hiermit willige ich \_\_\_\_\_  
 (Name ein, dass zum Zwecke eines betrieblichen Eingliederungsmanagements von  
 Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
 oder seiner/ihrer Stellvertreterin Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
 Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden.  
 Herr/Frau \_\_\_\_\_  
 und sein/e ihr/e Stellvertreter/in Herr/Frau \_\_\_\_\_  
 sind gegenüber der Dienststellenleitung und der Personalverwaltung auch aufgrund einer schriftlichen Verschwiegenheitsvereinbarung zur Verschwiegenheit über meine Daten verpflichtet.  
 Die Übermittlung von Daten an andere als die oben namentlich benannten Personen bedarf meiner ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung.  
 Diagnosen, Prognosen sowie damit eng zusammenhängende Daten (z. B. ärztliche Gutachten, soweit sie über das arbeitsbezogene Ergebnis hinausgehen) dürfen in keinem Fall an die Geschäftsleitung oder eine/n ihrer Vertreter/innen übermittelt werden.  
 Gegenstand der Erhebungen sind die Fragen aus \_\_\_\_\_  
 (Name des Fragebogens) Stand: \_\_\_\_\_  
 soweit ich diese im Gespräch beantwortet habe, also u. U. auch Gesundheitsdaten.  
 Im weiteren Verlauf des betrieblichen Eingliederungsmanagements können zum Zweck des betrieblichen Eingliederungsmanagements auch andere als die in diesem Gespräch erhobenen Daten - u. U. auch Gesundheitsdaten - erhoben und unter den genannten Einschränkungen verarbeitet und genutzt werden. Hierüber werde ich ggf. informiert und meine Einwilligung eingeholt.  
 Die erhobenen Daten werden in Papierform entsprechend dem vorliegenden Fragebogen bei Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
 vor unbefugtem Zugriff unter Verschluss aufbewahrt. Im Falle der Verhinderung von Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
 wird Herr/Frau \_\_\_\_\_  
 diese/n vertreten. Er/sie hat in diesem Falle auch Zugang zu den Daten.  
 Eine Nutzung der erhobenen Daten erfolgt ausschließlich zum Zwecke des betrieblichen Eingliederungsmanagements. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Teilnahme an der Erhebung freiwillig ist.  
 Der/die Mitarbeiter/in bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift gleichzeitig den Empfang einer Ausfertigung der Vereinbarung.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Mitarbeiter/in \_\_\_\_\_

## D 3 - EINWILLIGUNG ZUR ÜBERMITTLUNG DER IM RAHMEN DES INFORMATIONSGESPRÄCHS (BZW. EINGLIEDERUNGSGESPRÄCHS) ERHOBENEN DATEN AN DAS BEM-TEAM

Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_  
(Name und Personalnummer), dass ich mit der Übermittlung der im Informationsgespräch/Explorationsgespräch erhobenen, und für das betriebliche Eingliederungsmanagement erforderlichen Daten an das BEM-Team einverstanden bin.

Das BEM-Team besteht aus ... (alternativ: Verweis auf die Betriebsvereinbarung).

Alle Mitglieder des BEM-Teams sind gegenüber der Evangelischen Landeskirche in Baden bzw. der Personalverwaltung aufgrund einer schriftlichen Verschwiegenheitsvereinbarung mit diesem zur Verschwiegenheit über meine Daten verpflichtet.

Über die für das betriebliche Eingliederungsmanagement erforderlichen Daten bin ich von Herrn/  
Frau \_\_\_\_\_

der/die das Gespräch mit mir geführt hat, informiert worden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass es sich hierbei auch um gesundheitsbezogene Daten handelt. Diagnosen und Prognosen sowie alle eng damit zusammenhängenden Daten (z. B. ärztliche Gutachten, soweit sie über arbeitsbezogene Ergebnisse hinausgehen) werden in keinem Fall an die Evangelische Landeskirche in Baden oder die Personalverwaltung und nur an die Mitglieder des BEM-Teams übermittelt. Dieses besteht aus:

Soweit diese Personen verhindert sind, können die Daten auch an ihre Stellvertreterinnen/Stellvertreter übermittelt werden. Diese sind: \_\_\_\_\_

Die Mitglieder des BEM-Teams sind über ihre Verschwiegenheitsvereinbarung mit der Geschäftsleitung hinaus kraft ihres Amtes bzw. aufgrund ihres Berufes gesetzlich gegenüber der Evangelischen Landeskirche in Baden bzw. der Personalverwaltung zur Verschwiegenheit über meine Daten verpflichtet.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an dem betrieblichen Eingliederungsmanagement freiwillig ist und dass ein jederzeitiges uneingeschränktes Widerspruchsrecht am betrieblichen Eingliederungsmanagement und zum Widerruf in die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung besteht.

Sofern ich mit der Weitergabe meiner Daten nicht einverstanden bin, entstehen mir hierdurch keinerlei arbeitsrechtliche Nachteile.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Mitarbeiter/in \_\_\_\_\_

## D 4- EINWILLIGUNG ZUR ÜBERMITTLUNG DER IM RAHMEN DER BEANTRAGUNG VON LEISTUNG ZUR TEILHABE ERHOBENEN DATEN

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_  
(Name und Sozialversicherungsnummer), dass ich mit der Übermittlung nachfolgend bezeichneter Daten zum Zwecke des betrieblichen Eingliederungsmanagements an (Institution /Rehabilitations-träger/Leistungserbringer) einverstanden bin:

Informationsgespräch vom \_\_\_\_\_  
(ggf. einschließlich Gesundheitsdaten)

Explorationsgespräch vom \_\_\_\_\_  
(ggf. einschließlich Gesundheitsdaten)

Verlaufsdokumentation vom \_\_\_\_\_  
(ggf. einschließlich Gesundheitsdaten)

Arztbericht von Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
vom \_\_\_\_\_

Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes

Sonstiges:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Mitarbeiter/in \_\_\_\_\_

*Hier muss noch mit aufgenommen werden, dass die betroffene Person mit einverstanden ist, dass das Anforderungsprofil weitergegeben wird.*

## D 5 - EINVERNEHMLICHE FESTSTELLUNG ÜBER BEENDIGUNG DES BETRIEBLICHEN EINGLIEDE- RUNGSMANAGEMENTS

Hiermit stellen die Unterzeichner einvernehmlich fest, dass das betriebliche Eingliederungsma-  
nagement, begonnen mit dem Einladungsschreiben vom am beendet wurde.

Die in der BEM-Akte abgelegten Daten, die

im Informationsgespräch vom \_\_\_\_\_  
(ggf. einschließlich Gesundheitsdaten)

im Eingliederungsgespräch vom \_\_\_\_\_  
(ggf. einschließlich Gesundheitsdaten)

im Eingliederungsplan vom \_\_\_\_\_  
(ggf. einschließlich Gesundheitsdaten)

Arztbericht von Herrn/Frau vom \_\_\_\_\_

Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes

Sonstiges:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

erhoben wurden, werden drei Jahre ab dem oben benannten Beendigungszeitpunkt in unserer  
Evangelischen Landeskirche unter Verschluss und geschützt vor unbefugtem Zugriff aufbewahrt.  
Danach werden sie

an Herrn/Frau übergeben,

sachgemäß vernichtet,

ohne eine weitere Speicherung von Daten in unserer Landeskirche vorzuhalten.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Geschäftsleitung \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Mitarbeiter/in \_\_\_\_\_

