

Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

Datum

Gesprächsleitung

Funktion

Name des/der Beschäftigten

Abteilung/Bereich

Gegenwärtige Tätigkeit

Arbeitsunfähigkeitszeiten erhoben durch die Personalabteilung s. Erhebungsbogen

Derzeitiger Status: arbeitsfähig arbeitsunfähig

Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

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

Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

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 (Formular 04 & Formular 05)

Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

III. Mitarbeiterdaten

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

3. Geburtsjahr

4. Dauer der Betriebszugehörigkeit

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

5. Familienstand

- ledig verheiratet
 verwitwet geschieden

6. Schwerbehinderung

- ja nein

7. Arbeitszeit

- Vollzeit Teilzeit Wochenstunden:

8. Arbeitsverhältnis

- unbefristet befristet

Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

IV. 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?

Ursache	Ergänzungen
<input type="checkbox"/> Unfall	<hr/>
<input type="checkbox"/> Arbeitsorganisation	<hr/>
<input type="checkbox"/> Arbeitsbedingungen	<hr/>
<input type="checkbox"/> Betriebsklima	<hr/>
<input type="checkbox"/> Kollegen/-innen	<hr/>
<input type="checkbox"/> Vorgesetzte/r	<hr/>
<input type="checkbox"/> Familie	<hr/>
<input type="checkbox"/> Sonstige	<hr/>

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

- ja nein

Ergänzungen:

Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

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?

V. 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:

Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

VI. 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?

Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

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
- Innerbetriebliche Umsetzung
- Stufenweise Wiedereingliederung
- Konfliktmanagement
- Mitarbeitergespräche
- Krankenrückkehrgespräche
- 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

Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

24. Wenn nein, was sind die Gründe hierfür?

Begründung:

	Trifft zu	Trifft nicht zu
Sie sehen für sich keinen Nutzen in einem betrieblichem 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 betrieblichen Akteure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Bemerkungen:

Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

VII. 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?

VIII. Vereinbarungen

27. Sie nehmen an einem BEM teil.

- ja nein
- noch unklar, Rückmeldung bis zum _____

28. Sie wünschen, dass die Schwerbehindertenvertretung Ihre betriebliche Eingliederung begleitet.

- ja nein
- noch unklar, Rückmeldung bis zum _____

Informationsgespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

Weitere Vereinbarungen:

29. An diesem Informationsgespräch hat/haben neben dem/der betroffenen Beschäftigten teilgenommen (bitte Namen einfügen):

Arbeitgebervertreter/in

Herr/Frau _____

Arbeitnehmervertreter/in

Herr/Frau _____

Schwerbehindertenvertretung

Herr/Frau _____

sonstige

Gesprächsdauer

Datum

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

Ort und Datum

Beschäftigte/r