

**E I B E**

*Manual Teil A*

*Praxishilfen*

PRAXISHILFEN UND  
DOKUMENTE ZUM  
DATENSCHUTZ



## I Praxishilfen und Anleitungen

- P 1** Rundschreiben
- P 2** Einladung Informationsgespräch
- P 3** Rückantwort Informationsgespräch
- P 4** Beschreibung Informationsgespräch
- P 5** Leitfaden und Dokumentation Informationsgespräch
- P 6** Beschreibung Eingliederungsgespräch
- P 7** Dokumentation und Leitfaden Eingliederungsgespräch
- P 8** Eingliederungsplan
- P 9** Beschreibung Abschlussgespräch
- P 10** Checkliste Personalakte
- P 11** Bericht an Unternehmensleitung

## II Datenschutz/Datenrücklauf

- D 1** Verschwiegenheitsvereinbarung im Verhältnis des EIBE-Teammitglieds gegenüber Personalbüro und Unternehmensleitung
- D 2** Einwilligungserklärung zur Erhebung von Daten (§ 4 BDSG)
- D 3** Einwilligung zur Übermittlung der Daten ins EIBE-Team (enger Kreis)
- D 4** Einwilligung zur Übermittlung der Daten an Externe
- D 5** Feststellung Ende BEM

Liebe Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen,

Ihr Wohlbefinden und Ihre Gesundheit sind neben Ihrer fachlichen, intellektuellen und sozialen Kompetenz ausschlaggebende Faktoren für unseren gemeinsamen Erfolg und der damit verbesserten Wettbewerbsfähigkeit unseres Unternehmens.

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 der Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin nun 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. Eine fehlende Bereitschaft oder Zustimmung zum Eingliederungsmanagement oder zu einzelnen Maßnahmen hat keine arbeitsrechtlichen Konsequenzen.

Wir möchten Sie über die Möglichkeiten eines betrieblichen Eingliederungsmanagements in unserem Unternehmen 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 Wettbewerbsfähigkeit unseres Unternehmens leisten können.

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.

Wir haben Herrn/Frau \_\_\_\_\_ für die Position des/der EIBE-Koordinators/in bestellt. Er/sie leitet ein Team von verantwortlichen Akteuren und Akteurinnen, die ein gemeinsames Ziel haben: Ein gesundes Unternehmen mit gesunden Beschäftigten! Sollten Sie bereits im Vorfeld Fragen haben, so wenden Sie sich bitte bereits an ihn/sie.

Weitere schriftliche Informationen erhalten Sie in unserem Gesundheitsportal, im betriebsärztlichen Dienst oder beim Betriebsrat/bei der Mitarbeitervertretung. In der Betriebszeitung Nr. .... sind die Grundzüge ebenfalls noch einmal beschrieben.

**Rundschreiben zum betrieblichen EingliederungsManagement – BEM**

Die Mitglieder des EIBE-Teams sind:

Arbeitgeberbeauftragte/r      Herr/Frau \_\_\_\_\_

EIBE-Koordinator/in      Herr/Frau \_\_\_\_\_

Mitglied des Betriebsrats      Herr/Frau \_\_\_\_\_

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

Fallmanager/in      Herr/Frau \_\_\_\_\_

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

Falls erforderlich, werden hinzugezogen:

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

der/die Qualitätsbeauftragte      Herr/Frau \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

Geschäftsleitung

EIBE-Koordinator/in

\_\_\_\_\_

Anrede

\_\_\_\_\_

Vorname, Name

\_\_\_\_\_

Privatanschrift

Datum

## 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 unserem Hause vom EIBE-Team durchgeführt, dem folgende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen angehören:

EIBE-Koordinator/in                      Herr/Frau \_\_\_\_\_

Fallmanager/in                            Herr/Frau \_\_\_\_\_

Arbeitgebervertreter/in                Herr/Frau \_\_\_\_\_

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

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

Mitglied des Betriebsrats/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 unserem Unternehmen 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 den Rundbrief 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 des Betriebsrats/der Mitarbeitervertretung) 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.

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen unter \_\_\_\_\_ gerne zur Verfügung.

Wenn Sie noch Unterstützung bei der Bearbeitung verschiedenster Formalitäten im Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung benötigen, können Sie sich gerne an mich wenden.

Mit freundlichen Grüßen

Personalabteilung

Anlage: Rundbrief zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

\_\_\_\_\_

Anrede

\_\_\_\_\_

Vorname, Name

\_\_\_\_\_

betriebsinterne Adresse

**Rückantwort  
Einladung „Informationsgespräch“ über ein  
betriebliches Eingliederungsmanagement**

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Ich wünsche ein unverbindliches Informationsgespräch zum betrieblichen  
Eingliederungsmanagement mit

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

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

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

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

Schwerbehindertenvertretung \_\_\_\_\_

Betriebsarzt/-ärztin \_\_\_\_\_

Arbeitgeberbeauftragte/r \_\_\_\_\_

Mitglied des Betriebsrats/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

## Beschreibung des Informationsgesprächs

### Wer führt das Gespräch?

Aus Gründen des Datenschutzes empfiehlt das iqpr, dass der/die Gesprächsführer/in einer Berufsgruppe angehört, die unter § 203 Absatz 1 oder 2 Strafgesetzbuch fällt.

Ist dies nicht möglich, wird als Mindestanforderung die Unterzeichnung einer Erklärung empfohlen, woraus sich, neben der gewöhnlichen Schweigepflicht gegenüber jedermann, insbesondere auch die Schweigepflicht gegenüber der Unternehmensleitung und dem Personalwesen ergibt (D1).

### 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, v. a. das Recht, den Auskunftsprozess selbst zu steuern, Raum geschenkt wird. So sind sie u. a. darauf aufmerksam zu machen, dass sie sich auch Antworten enthalten können. Weiterhin sind die Beschäftigten über die Verwendung der zu erhebenden Daten im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements zu informieren.

### Hinweise

Nach § 4 Bundesdatenschutzgesetz (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 EIBE-Team zu diskutieren, so kann dies nur mit Einwilligung des/der Beschäftigten erfolgen (D3).

Der Leitfaden wurde von den Datenschutzbeauftragten des iqpr datenschutzrechtlich überprüft. Der bearbeitete Leitfaden von Beschäftigten, die nicht an einem betrieblichen Eingliederungsmanagement teilnehmen, dürfen aus datenschutzrechtlicher Sicht nicht im Unternehmen 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 EIBE-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, Stellung im Betrieb, Rolle im EIBE-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 dem/der Fallmanager/in, auf Wunsch des/der Beschäftigten unter Hinzuziehung des Mitglieds des Betriebsrats/der Mitarbeitervertretung 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/BEM-Akte),
- 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

Informationsgespräch  
zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

Datum \_\_\_\_\_

Gesprächsleitung \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Name des/der Beschäftigten \_\_\_\_\_

Abteilung/Bereich \_\_\_\_\_

Gegenwärtige Tätigkeit \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeitszeiten erhoben durch die Personalabteilung

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

Jede Frage sollte auf ihre Relevanz, bezogen auf die individuelle  
Problemstellung, überprüft werden.

**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 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



**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?

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

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

Begründung:

---

---

---

	Trifft zu	Trifft nicht zu
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 betrieblichen Akteure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 des Betriebsrats/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 EIBE-Team Ihre betriebliche Eingliederung begleitet.

- ja             nein
- noch unklar, Rückmeldung bis zum \_\_\_\_\_



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

Weitere Vereinbarungen:

---

---

---

---

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

- EIBE-Koordinator/in  
Herr/Frau \_\_\_\_\_
- Fallmanager/in  
Herr/Frau \_\_\_\_\_
- Arbeitnehmervertreter/in  
Herr/Frau \_\_\_\_\_
- Schwerbehindertenvertretung  
Herr/Frau \_\_\_\_\_
- Betriebsarzt/-ärztin  
Herr/Frau \_\_\_\_\_
- Arbeitgebervertreter/in  
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



## Beschreibung Eingliederungsgespräch

### 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 der/die Fallmanager/in über Kompetenzen auf dem Gebiet der Gesprächsführung verfügt und Kenntnisse über geeignete Diagnoseinstrumente mitbringt.

Aus Gründen des Datenschutzes empfiehlt das iqpr, dass der/die Fallmanager/in einer Berufsgruppe angehören sollte, die unter § 203 Abs. 1,2 Strafgesetzbuch fällt.

### 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 §4 Bundesdatenschutzgesetz (Zulässigkeit der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung) bedarf es der Einwilligung des Mitarbeiters zur Datenerhebung. Diese kann schriftlich mithilfe der Vorlage D2 (Einwilligungserklärung zur Erhebung von Daten) vorgenommen werden.

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

Externe 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 EIBE-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 des Betriebsrats/der Mitarbeitervertretung, 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 den Datenschutzbeauftragten des iqpr überprüft und für in Ordnung befunden.

## Materialien, die von dem/der Fallmanager/in zu dem Gespräch mitgenommen werden sollten

- BEM-Akte, insbesondere dokumentiertes Informationsgespräch
- Formular P8: Eingliederungsplan
- Formular D2: Einwilligungserklärung zur Datenerhebung
- Formular D3: Einwilligung zur Übermittlung der Daten ins EIBE-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 EIBE-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 (D14) 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 EIBE-Team (D3)
- Ggf. Einwilligung zur Übermittlung der Daten an Externe (D4)
- Ggf. Feststellung Ende BEM (D5)
- Ggf. Schweigepflichtentbindung

Leitfaden/Dokumentation  
Eingliederungsgespräch

Name des/der Beschäftigten \_\_\_\_\_

Name des/der Fallmanagers/in \_\_\_\_\_

**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 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 EIBE-Team (D 3)
- weitere Gesprächstermine und Themen vereinbaren
- ggf. Schweigepflichtentbindung
- ggf. Einwilligung zur Weitergabe von Daten an Externe (D 4)
- ggf. Beendigung des BEM (D 5)

---

---

---

---

---

---

---

---

An diesem Gespräch hat/haben außerdem teilgenommen:

Name/Funktion

---

Name/Funktion

---

Ort und Datum

Beschäftigte/r

---

Gesprächsführer/in

---

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

Fallmanager/in: \_\_\_\_\_

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

Bemerkung:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ort und Datum                      Teilnehmer/in

\_\_\_\_\_  
 Ort und Datum                      Fallmanager/in

Aufgaben des/der Beschäftigten			
Was?	mit wem?	bis wann?	Bemerkungen/ Erledigungsvermerk

Betriebliche Maßnahmen	Diagnostische Maßnahmen				
	Wer?	macht was?	mit wem?	bis wann?	Bemerkungen/ Erledigungsvermerk
	Fallmanager/in				
	Unmittelbare/r Vorgesetzte/r				
	Betriebsarzt/ -ärztin				
	Schwerbehinder- tenvertretung				
	andere				

Betriebliche Maßnahmen	Verhaltensbezogene Maßnahmen				
	Wer?	macht was?	mit wem?	bis wann?	Bemerkungen/ Erledigungsvermerk
	Fallmanager/in				
	Unmittelbare/r Vorgesetzte/r				
	Betriebsarzt/ -ärztin				
	Schwerbehinder- tenvertretung				
	andere				

Betriebliche Maßnahmen	Verhältnisbezogene Maßnahmen (technisch und arbeitsorganisatorisch)				
	Wer?	macht was?	mit wem?	bis wann?	Bemerkungen/ Erledigungsvermerk
	Fallmanager/in				
	Unmittelbare/r Vorgesetzte/r				
	Betriebsarzt/ -ärztin				
	Schwerbehinder- tenvertretung				
	andere				

MUSTER





## **Kurzbeschreibung des Abschlussgesprächs im Rahmen eines betrieblichen Eingliederungs- managements**

Das Abschlussgespräch hat zum Ziel, einvernehmlich den Prozess der betrieblichen Eingliederung zu beenden.<sup>1</sup>

An dem Abschlussgespräch nehmen der/die Beschäftigte und der/die zuständige Fallmanager/in 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 der/die Fallmanager/in mit Einverständnis des/der Beschäftigten das EIBE-Team zur Erarbeitung von Lösungsvorschlägen konsultieren. Sofern diese der Mitwirkung der Unternehmensleitung bedürfen, ist diese zur Entscheidungsfindung hinzuzuziehen.

<sup>1</sup> Als schriftliche Erklärung hat das iqpr einen Vorschlag zur einvernehmlichen Feststellung über die Beendigung des betrieblichen Eingliederungsmanagements (D5) erarbeitet. 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.

# Checkliste für die Personalakte

# EIBE

P10  
MUSTER

\_\_\_\_\_  
Name des/der Beschäftigten

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

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

<b>Bei fehlender Rückantwort</b>			Kürzel/Datum
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?			

## Beendigung des BEM

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

**Nur auszufüllen bei Maßnahmen, die eine Mitwirkungspflicht des/der Arbeitgebers/in erfordern!**

Maßnahmen	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"/>	
_____	durchgeführt <input type="checkbox"/> abgebrochen <input type="checkbox"/>	

Berichtszeitraum

bis:

	Anzahl
Identifizierte Mitarbeiter/innen	
Angeschriebene Mitarbeiter/innen	
Selbst aktiv gewordene Mitarbeiter/innen	
Teilnehmer/innen an einem betrieblichen Eingliederungsmanagement	
Informationsgespräche	
Eingliederungsgespräche	
Abschlussgespräche	
Abbruch des betrieblichen Eingliederungsmanagements	
Erfolgreiche Eingliederung	
Derzeit andauernde Eingliederungsfälle	
Maßnahmen mit Beteiligung des Arbeitgebers bzw. der Arbeitgeberin	
Maßnahmen mit Beteiligung Externer	
<b>Häufigste Ursachen der Arbeitsunfähigkeit:</b>	
Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	
Psychische Erkrankungen	
Erkrankungen der Verdauungsorgane	
Erkrankungen der Atemorgane	
Bösartige Neubildungen	
Sonstige Erkrankungen	

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

**Hinweis**

Über die einzelnen Ursachengruppen der Arbeitsunfähigkeit darf mit Sicherheit nur dann ein Bericht an den Arbeitgeber erstattet werden, wenn im Berichtszeitraum mehr als fünf Fälle vorlagen. Vorherige Berichte sind unzulässig und ggf. von rechtlichen Konsequenzen bedroht.

---

Datum

BEM-Koordinator/in

## Verschwiegenheitsvereinbarung zum Datenschutz im Rahmen des betrieblichen Eingliederungs- managements

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

und dem BFW \_\_\_\_\_

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

Funktion im EIBE-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 der/die Arbeitgeber/in bzw. das Personalbüro.**

Der/die Arbeitgeber/in/ bzw. das Personalbüro 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 EIBE-Kernteam, bestehend aus

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

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

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

übermittelt werden.

Eine Übermittlung von Daten an die Mitglieder des erweiterten EIBE-Teams ist ausnahmsweise zulässig, wenn die ausdrückliche Einwilligung 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                      EIBE-Teammitglied

---

Ort und Datum                      BfW

---

vertreten durch

---

BfW

---

vertreten durch

---

Anschrift

## Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ... (Name und Personalnummer) 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 Unternehmensleitung und dem Personalbüro 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 Unternehmensleitung 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

**Einwilligung zur Übermittlung der im Rahmen des Informationsgesprächs (bzw. Eingliederungsgesprächs) erhobenen Daten an das EIBE-Team**

Hiermit erkläre ich ... (Name und Personalnummer), dass ich mit der Übermittlung der im Informationsgespräch/Explorationsgespräch erhobenen, und für das betriebliche Eingliederungsmanagement im Rahmen des Projekts EIBE erforderlichen Daten an das EIBE-Team im Berufsförderungswerk ... einverstanden bin.

Das EIBE-Team besteht aus ... (alternativ: Verweis auf die Betriebsvereinbarung). Alle Mitglieder des EIBE-Teams sind gegenüber dem/der Arbeitgeber/in 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 den/die Arbeitgeber/in oder das Personalbüro und nur an die Mitglieder des EIBE-Kernteam übermitteln. Dieses besteht aus: ...

Soweit diese Personen verhindert sind, können die Daten auch an ihre Stellvertreter übermitteln werden. Diese sind: ...

Die Mitglieder des EIBE-Kernteam sind über ihre Verschwiegenheitsvereinbarung mit der Unternehmensleitung hinaus kraft Ihres Amtes bzw. aufgrund ihres Berufes gesetzlich gegenüber dem Arbeitgeber zur Verschwiegenheit über meine Daten verpflichtet.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an dem betrieblichen Eingliederungsmanagement und an dem Projekt EIBE 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

## Einwilligung zur Übermittlung der im Rahmen der Beantragung von Leistung zur Teilhabe erho- benen Daten

Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_  
(Name und Sozialversicherungsnummer), dass ich mit der Übermittlung  
nachfolgend bezeichneter Daten zum Zwecke des betrieblichen  
Eingliederungsmanagements an \_\_\_\_\_  
(Institution/Rehabilitationsträger/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

**Einvernehmliche Feststellung über Beendigung des  
betrieblichen Eingliederungsmanagements**

Hiermit stellen die Unterzeichner einvernehmlich fest, dass das betriebliche Eingliederungsmanagement, 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 unserem Unternehmen unter Verschluss und geschützt vor unbefugtem Zugriff aufbewahrt. Danach werden sie

- an Herrn/Frau \_\_\_\_\_ übergeben,
- sachgemäß vernichtet,

ohne eine weitere Speicherung von Daten im Unternehmen vorzuhalten.

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

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum                      Mitarbeiter/in