

Muster: Einladungsschreiben zum BEM-Gespräch

(Firmenüblicher Briefkopf)

Per Boten

(Name, Adresse)

____.____. 20xx

Betriebliches Eingliederungsmanagement, § 167 Abs. 2 SGB IX

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____,

seit dem _____ sind Sie arbeitsunfähig erkrankt.

oder

Sie waren innerhalb der letzten 12 Monate insgesamt länger als sechs Wochen arbeitsunfähig erkrankt. Bei der Berechnung wurden unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die uns vorliegenden Nachweise über Ihre Arbeitsunfähigkeitszeiten wie auch die Ihrerseits gemeldeten Krankheitstage addiert.

Die gesetzliche Regelung des § 167 Abs. 2 SGB IX verpflichtet uns, im Rahmen eines sog. betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) gemeinsam mit Ihnen nach Lösungen zu suchen, um Ihre Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und Vorschläge für Leistungen oder Hilfen zu erarbeiten, mit denen einer erneuten/weiteren Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Dabei weisen wir Sie ausdrücklich darauf hin, dass es um die Grundlagen Ihrer Weiterbeschäftigung geht und dazu ein ergebnisoffenes Verfahren durchgeführt werden soll, in das Sie auch Vorschläge einbringen können.

In diesem Rahmen werden, soweit erforderlich, auch personenbezogene – insbesondere gesundheitsbezogene – Daten erhoben, gespeichert und verwendet, sofern Sie dem zustimmen. Es handelt sich dabei um sensible, personenbezogene Daten i. S. d. Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO. Diese werden in einer gesonderten BEM-Akte aufbewahrt, zu der nur ... Zugang haben. Auf Wunsch können Sie jederzeit Einsicht in die BEM-Akte nehmen.

Bei den angesprochenen Daten handelt es sich um die für das BEM erforderlichen Daten zu

- medizinisch-diagnostischen Umständen,
- Dokumentation vereinbarter Maßnahmen und Verantwortlichkeiten sowie der Verläufe und Ergebnisse von Arbeitsversuchen und Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung und innerbetrieblicher Umsetzung einschließlich Anpassung des Arbeitsplatzes,
- Klärung, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und wie das Arbeitsverhältnis erhalten werden kann.

Wir versichern, dass die am BEM beteiligten Personen zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet sind und dass nur solche Daten erhoben werden, deren Kenntnis erforderlich ist, um ein zielführendes, der Gesundheit und Gesunderhaltung Ihrer Person dienendes BEM durchzuführen.

Wir bieten Ihnen ein gemeinsames Gespräch zu einem solchen BEM an. In diesem Gespräch soll gemeinsam überlegt werden, welche betrieblichen Bedingungen in Ihrem konkreten Fall im Hinblick auf Gesundheit und Gesunderhaltung verändert und ggf. welche geeigneten Maßnahmen künftig ergriffen werden können, um weiterer/erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass Sie nicht verpflichtet sind, Angaben zu dem medizinischen Grund Ihrer Arbeitsunfähigkeit zu machen.

Sofern Sie es wünschen, können an diesem Gespräch auch Vertreter des Betriebsrats und/oder *(nur bei Schwerbehinderten oder Gleichgestellten:)* der Schwerbehindertenvertretung teilnehmen. Gegebenenfalls können auch Vertreter des Integrationsamtes hinzugezogen werden *(dies ebenfalls nur bei Schwerbehinderten oder Gleichgestellten)*. Sie können hierzu eine zusätzlich eine Vertrauensperson eigener Wahl hinzuziehen. Hierbei kann es sich um eine Person aus dem Betrieb oder um eine Person außerhalb des Betriebes handeln. Wir weisen darauf hin, dass Kosten, die durch die Hinzuziehung der Vertrauensperson entstehen, von uns nicht erstattet werden. Das BEM setzt zu jedem Zeitpunkt Ihre Beteiligung und Zustimmung voraus, die Sie jederzeit widerrufen können. In Ihrer Entscheidung sind Sie frei. Ebenso haben Sie das Recht, einer Beteiligung der/s Betriebsarztes des Arbeitsmedizinischen Dienstes zu widersprechen oder aber auch im Vorfeld sich dort beraten zu lassen.

Im Verlauf des BEM werden wir Ihre Situation einschließlich Ihrer Qualifikationen, Fähigkeiten und Kenntnisse sowie auch Ihre gesundheitlichen Einschränkungen nebst absehbaren Veränderungen erfassen und gemeinsam mit Ihnen festzustellen versuchen, ob, wo und wie ein künftiger Einsatz ermöglicht werden kann.

Der Betriebsarzt wird dabei ggf. genaue Diagnosen erheben müssen, was allerdings von Ihrer Einwilligung abhängig ist.

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass die Teilnahme am BEM freiwillig ist und wir für die Durchführung des BEM Ihre ausdrückliche Zustimmung benötigen. Wir bitten Sie daher, das anliegende Formular ausgefüllt an uns zurückzusenden.

Wenn Sie dieses Schreiben nicht bis zum _____ *(14-Tages-Frist)* mit beigefügtem Formular oder auf andere Weise beantworten, gehen wir davon aus, dass Sie kein BEM wünschen. Vorsorglich weisen wir Sie darauf hin, dass sich dies nachteilig für den Erhalt Ihres Arbeitsplatzes auswirken kann.

Sofern Sie mit der Durchführung des BEM einverstanden sind, bitten wir Sie, ebenfalls bis zum _____ *(14-Tages-Frist)* die beigefügte Einwilligungserklärung ausgefüllt an uns zurückzusenden. Daran anschließend werden wir Ihnen konkrete Terminvorschläge für das BEM unterbreiten.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Entscheidung über die Wahrnehmung dieses Gesprächs in der Personalakte vermerkt wird, ebenso bei einem etwaigen Gespräch der Termin, die Gesprächsteilnehmer/innen und die angebotenen und vereinbarten Maßnahmen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift) _____
(Name, Funktion)