**A. Checkliste BEM**

**Hier bitte Name, Vorname eingeben.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Name des/der Beschäftigten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***was?*** | ***wer?*** | ***wann?*** |
|  |  |  |  |
| **1.** | **Beratung über BEM-Angebot** | SL, öSBV, öPR  | Datum: **\_\_.\_\_.\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |
| **2.** | **Einladung Beschäftigte/r** | SL | Datum: **\_\_.\_\_.\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |
| **3.** | **Einladung- öSBV- öPR** | SL | Datum: **\_\_.\_\_.\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |
| **4.** | **BEM-Gespräch** | SL, öSBV, öPR  | Datum: **\_\_.\_\_.\_\_\_\_** |
| **Maßnahmenplan(Maßnahmen/Zeiträume)** | SL, öSBV, öPR |
| **Mitteilung an Staatl. Schulamt(Personalakte)** | SL | Datum: **\_\_.\_\_.\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |
| **5.** | **Evaluation BEM** | SL, öSBV, öPR  | Datum: **\_\_.\_\_.\_\_\_\_** |
| **Vernichtung BEM-Akte** | SL |

SL: Schulleiterin/Schulleiter

öSBV: örtliche Schwerbehindertenvertretung

öPR: örtlicher Personalrat (Schulpersonalrat)

**B.1 Anschreiben Beschäftigte/r - Angebot eines betrieblichen Eingliederungsmanagements**

**Hier bitte die Anrede auswählen.**

**Hier bitte den Nachnamen und Vornamen eintragen.**

**Hier bitte die Straße und Hausnummer eintragen.**

**Hier bitte die PLZ und den Wohnort eintragen.**

**Angebot Eingliederungsgespräch/betriebliches Eingliederungsmanagement**

Sehr **Hier bitte eine Anrede auswählen.**  **Hier bitte den Nachnamen eintragen.**,

Sie waren in den letzten zwölf Monaten länger als sechs Wochen arbeitsunfähig und gehören damit zu dem Personenkreis, für den der Gesetzgeber eine besondere Fürsorgepflicht des Arbeitgebers vorsieht.

Ich möchte Sie daher zu einem Eingliederungsgespräch im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 167 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX einladen, um eine bestehende Arbeitsunfähigkeit zu überwinden oder einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen.

Zusammen mit der örtlichen Schwerbehindertenvertretung und einem Vertreter des örtlichen Personalrates, den Sie bestimmen können, würde ich gerne frühzeitig gemeinsam mit Ihnen nach Möglichkeiten und Wegen suchen, wie Ihre Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt bzw. auf Dauer erhalten und Ihre Gesundheit gefördert werden kann.

Dabei möchte ich mit Ihnen auch Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfen erörtern.

Weitere Teilnehmer, wie z.B. die Frauen- u. Gleichstellungsbeauftrage oder der arbeitsmedizinische Dienst können mit ihrer Zustimmung oder auf ihren Vorschlag hin in das Gespräch einbezogen werden.

**Die Teilnahme an einem Eingliederungsgespräch und dem betrieblichen Eingliederungs-management ist für Sie freiwillig.**

**Es findet nur nach Ihrer ausdrücklichen Zustimmung statt.**

Sie können diese jederzeit widerrufen oder nach einer Nichtzustimmung jederzeit ein Eingliederungsgespräch vereinbaren.

Bitte teilen Sie mir innerhalb von **zwei Wochen** nach Zustellung mit, ob Sie das Gesprächsangebot annehmen möchten.

Als Termin für das Eingliederungsgespräch schlage ich vor: **Hier bitte das Datum eintragen.**

**Zum Datenschutz:**

Die Teilnehmer des Eingliederungsgesprächs sind zur absoluten Verschwiegenheit verpflichtet.

Informationen aus dem Gespräch dürfen nur mit Ihrer Zustimmung weitergegeben werden. Medizinische Informationen, insbesondere ärztliche Atteste und Gutachten, gelangen nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung in Ihre Personalakte. Über das Gespräch wird ein Protokoll erstellt, das nicht in die Personalakte eingeht und nach Abschluss des Verfahrens vernichtet wird, sofern Sie keinen gegenteiligen Antrag stellen. In der Personalakte wird lediglich dokumentiert, dass ein Eingliederungsverfahren angeboten wurde und ob es durchgeführt wurde.

**Zu Beratungsmöglichkeiten:**

Sie haben die Möglichkeit, sich vor einer Zustimmung von Ihrem Personalrat, der Schwerbehindertenvertretung oder der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten beraten zu lassen.

**Weitere Informationen:**

Den vollständigen Text der Dienstvereinbarung und das Ablaufschema zum betrieblichen Eingliederungsmanagement im Bereich des Staatlichen Schulamtes für den Rheingau-Taunus-Kreis und die Landeshauptstadt Wiesbaden bekommen Sie von Ihrer Schulleitung oder unter:

www.schulaemter.hessen.de/standorte/wiesbaden/Zuständigkeiten/Gremien/SBV

Mit freundlichen Grüßen

**Anlagen**

§ 167 Sozialgesetzbuch IX

Ablaufschema des betrieblichen Eingliederungsmanagements

Antwortschreiben

**B.2 Anlage zum Anschreiben Lehrkraft**

**Gesetzliche Grundlage für das betriebliche Eingliederungsmanagement**

§ 167 SGB IX „Prävention“(9. Sozialgesetzbuch) lautet:

(1) Der Arbeitgeber schaltet bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebs-bedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung und die in § 176 genannten Vertretungen sowie das Integrationsamt ein, um mit ihnen alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeits- oder sonstige Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.

(2) **Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 176, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement).**

Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die Rehabilitationsträger oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden. Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 176, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.

**Ablaufschema des betrieblichen Eingliederungsmanagements**

im Bereich des Staatlichen Schulamtes für den Rheingau-Taunus-Kreis und die Landeshauptstadt Wiesbaden

 **Evaluation: BEM-Team**

Maßnahmen umgesetzt?
Ziel erreicht?

**DURCHFÜHRUNG**

**1. BEM-Gespräch:
 Erstellen eines Maßnahmenplans durch Beschäftigten + BEM-Team (SL, öSBV, öPR**)
**2.** **Rückmeldung an Staatliches Schulamt über geführtes BEM-Gespräch (Personalakte)**

**Beratung SL - öSBV - öPR (BEM-Team)**

Soll jetzt ein BEM angeboten werden?

**ggf.**

weiteres BEM-Gespräch

**SL:**

Mitteilung an öSBV + öPR

 (fallbezogen auch an FuGB)

**Arbeitsunfähigkeit von bis zu 6 Wochen**

**Einleitung auf Antrag Beschäftigte/r**

**Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Wochen**

**Einleitung durch SL**

**kein BEM-Angebot**

erneute Beratung möglich

**D**

**Zustimmung**

Beschäftigte/r

**4.5**

**D**

**kein BEM**

erneutes BEM nur auf Wunsch der/des Beschäftigten

**D**

**D**

**Ablehnung**

Beschäftigte/r

**nein**

**ja**

**externe Unterstützung**

(z.B. Integrationsfachdienst, betriebsärztlicher Dienst, etc.)

**ggf.**

**nein**

**4.1**

**4.2**

**4.3**

**4.4**

**4.6**

**4.7**

**4.4.1**

**4.8**

**ABSCHLUSS**

**Vernichtung der „BEM-Akte“ (SL)**

**Gesprächsangebot**

Inhalt: Ziel des Verfahrens, Freiwilligkeit, Beratung bzgl. möglicher Maßnahmen und Hilfen

**D**

 **Umsetzung der Maßnahmen**

 = Dokumentation SL = Schulleiter/in, öSBV = örtliche Schwerbehindertenvertretung öPR = örtlicher Personalrat (Schulpersonalrat), FuGB = Frauen- und Gleichstellungsbeauftragte

**D**

**B.3 Einverständniserklärung Beschäftigte/r:
Teilnahme am betrieblichen Eingliederungsmanagement**

An

**Hier bitte den Schulnamen eintragen.**

**Hier bitte die Straße und Hausnummer eintragen.**

**Hier bitte die PLZ und den Ort eintragen.**

**Angebot Eingliederungsgespräch/betriebliches Eingliederungsmanagement**

[ ]  Ich nehme an einem betrieblichen Eingliederungsmanagement teil.

Ich wünsche, dass für den örtlichen Personalrat  **Anrede auswählen; Namen eintragen**,

am betrieblichen Eingliederungsmanagement teilnimmt.

[ ]  Ich bin mit der Teilnahme der zuständigen örtlichen Schwerbehindertenvertreterin/
des zuständigen örtlichen Schwerbehindertenvertreters **nicht** einverstanden.

[ ]  Ich nehme an einem betrieblichen Eingliederungsmanagement **nicht** teil.

**Ort und Datum eintragen.**

------------------------------------------------------------------

Ort, Datum, Unterschrift

**B.4 Rückmeldung an das Staatliche Schulamt**

An das

Staatliche Schulamt

für den Rheingau-Taunus-Kreis

und die Landeshauptstadt Wiesbaden

Walter-Hallstein-Straße 3-5

65197 Wiesbaden

**Eingliederungsgespräch/betriebliches Eingliederungsmanagement**

**hier: Bitte eine Anrede auswählen; Hier bitte den Vor- und Nachnamen eintragen.**

Ein betriebliches Eingliederungsmanagement

[ ]  wurde der/dem Beschäftigten mit Schreiben vom **Hier bitte das Datum eintragen.** angeboten.

[ ]  wurde mit Zustimmung der/des Beschäftigten durchgeführt.

Das BEM-Gespräch hat am **Hier bitte das Datum eintragen.** stattgefunden.

[ ]  wurde auf Wunsch der/des Beschäftigten **nicht** durchgeführt.

Ggf. Anträge an das Staatliche Schulamt:

------------------------------------------------------------------

Schulleiter/in - Datum, Unterschrift

------------------------------------------------------------------

Beschäftigte/r - Datum, Unterschrift

**C.1 Gesprächsleitfaden für das BEM- Gespräch**

|  |
| --- |
| **1. Vorstellung der Teilnehmer** |
| **2. Prinzipien des BEM**- Freiwilligkeit von Teilnahme und Angaben,- Dialog,- Konsens- Lösungsorientierung statt Defizitorientierung |
| **3. Darstellung des BEM:**- Ziele,- Verfahren,- Inhalt,- Datenschutz (keine krankheitsbezogenen Daten in Personalakte, Vernichtung BEM-Akte). |
| **4. Vorgeschichte, Entwicklung und Auswirkungen der Krankheit**4.1 Krankheitsverlauf4.2 Persönliche Ursachen und Auswirkungen- Art der Fehlzeiten,- persönliche Auswirkungen,- Art der Einschränkungen,- bisherige Rehabilitationsmaßnahmen,- vorhandene Wiedereingliederungspläne (z.B. des behandelnden Arztes).4.3 Schulische Ursachen und Auswirkungen einschließlich der Erkenntnisse aus der Gefährdungsanalyse- Überbeanspruchung,- Konflikte mit Personen aus dem Arbeitsumfeld (Kollegen, Eltern, Schulleitung, Schüler),- Arbeitsplatz (gesundheitsgerechte Einrichtung),- Arbeitsorganisation (Unterrichtsverteilung, Stundenplan, Aufsicht, Mehrarbeit). |

|  |
| --- |
| **5. Maßnahmen**Handlungsmöglichkeiten (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):5.1 Personenbezogene Maßnahmen- vorübergehende Stundenentlastung oder stufenweise Wiedereingliederung gem. § 11 PflStdVO,- Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung (Folge: siehe Integrationsvereinbarung\* v. 25.1.2017, u.a.: Pflichtstundenermäßigung, weitere Nachteilsausgleiche, etc.),- Überprüfung zusätzlicher Aufgaben (Abgabe oder Verlagerung),- Fortbildung (z.B. Stimmbildung, Stressbewältigung, Methodik, Didaktik),- Klärung medizinischer Ursachen,- Einleitung gesundheitlicher/therapeutischer Maßnahmen (z.B. Beantragung einer Kur),- Maßnahmen zur Suchtbekämpfung,- Supervision, Coaching,- Teilzeitbeschäftigung,- Beurlaubung,- Sabbatjahr,- Antrag auf Feststellung der Teildienstfähigkeit oder - Ruhestandsversetzung wegen Dienstunfähigkeit,- Rückgabe einer Funktionsstelle (Rückernennung),5.2 Schulbezogene Maßnahmen- Anti-Mobbing-Maßnahmen, Supervision, Schulberatung, Mediation,- Herbeiführung baulicher Maßnahmen in der Schule,- Änderung des Einsatzes (tägliche/wöchentliche Unterrichtsverteilung, Pausen, Jahrgangsstufen, Mehrarbeit, Aufsicht, Klassenfahrten, Team-Arbeit),- Abordnung oder Versetzung an eine andere Schule.5.3 Externe Maßnahmen- Verweisung an das Integrationsteam beim Staatlichen Schulamt für den Rheingau-Taunus-Kreis und die Landeshauptstadt Wiesbaden,- technische Hilfen am Arbeitsplatz (Integrationsamt),- Einbeziehung externer Rehabilitationsträger (Krankenkasse, Unfallkasse, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Integrationsamt). |
| **6. Evaluation (Absprachen, Termin)** |

\* Integrationsvereinbarung nach § 166 des Sozialgesetzbuches - Neuntes Buch – [SGB IX] zwischen dem Hessischen Kultusministerium, der Hauptschwerbehindertenvertretung und dem Hauptpersonalrat der Lehrerinnen und Lehrer vom 25. 1. 2017, § 4, III, C; Abl. 03/2017, S.102 ff.

**C.2 Protokoll des BEM-Gesprächs**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **1. weitere Teilnehmer:** BEM-Team | 1. SL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. öSBV: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. öPR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. weitere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **2. Information über die Freiwilligkeit** der- Teilnahme,- Angaben zur Krankheit. | [ ]  ist erfolgt |
| **3. Information über BEM**- Ziele,- Verfahren,- Inhalt,- Datenschutz. | [ ]  ist erfolgt |
| **4. Angaben zur Erkrankung**- Vorgeschichte,- Entwicklung,- Auswirkungen,- konkrete Belastungen,- Ergebnisse aus Gefährdungsanalyse |  |

|  |
| --- |
| **5. Maßnahmenplan** |
| **6. Evaluationstermin**Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Uhrzeit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ort\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Schulleiterin/Schulleiter)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Beschäftigte/r) |