



Fachhochschule Ludwigsburg

**Hochschule für öffentliche
Verwaltung und Finanzen**

Wahlpflichtfach: Sozialverwaltung im Wandel

**Das betriebliche Eingliederungsmanagement
beim Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Familie in Potsdam**

DIPLOMARBEIT

zur Erlangung des Grades einer Diplom - Verwaltungswirtin (FH)

vorgelegt von

Alexandra Metten

Studienjahr 2007/2008

Erstgutachter: Profin. A. Diebold

Zweitgutachter: Prof. G. Pfeifer

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
Anlagenverzeichnis	VI
1 Einführung	1
1.1 BEM - Baustein des Gesundheitsmanagements	2
1.2 Anspruch nichtbehinderter Arbeitnehmer	6
2 Fünf Schritte in die richtige Richtung	9
2.1 Zeitpunkt des Tätigwerdens	10
2.1.1 Arbeitsunfähigkeitszeiten	13
2.1.2 Anzeigepflicht	15
2.1.3 Nachweispflicht	16
2.2 Schutz der persönlichen Daten	18
2.3 Das Integrationsteam	20
2.4 Die Rolle des Betroffenen	22
2.5 Die Maßnahmenplanung	24
2.5.1 Innerbetriebliche Maßnahmen	25
2.5.2 Die stufenweise Wiedereingliederung	27

2.5.3	Servicestellen	32
2.5.4	Maßnahmen externer Partner	34
2.5.4.1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	37
2.5.4.2	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	40
2.5.4.3	Ergänzende und unterhaltssichernde Leistungen	45
2.6	Rechtsfolgen	48
3	BEM - eine sinnvolle Angelegenheit	54
	Quellen	VII
	Anlagen	XIII
	Erklärung nach § 26 Abs. 3 APrORV gD	XIV

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
APrORV gD	Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den gehobenen Verwaltungsdienst in der Rentenversicherung
BEM	betriebliches Eingliederungsmanagement
BB	Betriebs-Berater
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BPersVG	Bundespersönlichkeitsvertretungsgesetz
DB	Der Betrieb
DVD	Digital Versatile Disc
EFZG	Entgeltfortzahlungsgesetz
ErfK	Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht
HK-SGBIX	Handkommentar zum SGB IX
HWK	Arbeitsrecht Kommentar
IQPR	Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln
KSchG	Kündigungsschutzgesetz
LWL	Landschaftsverband Westfalen - Lippe
MASGF	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg mit Sitz in Potsdam
NZA	Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
Rdn.	Randnummer
S.	Seite
SGB I	Erstes Buch Sozialgesetzbuch
SGB III	Drittes Buch Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch
Vgl.	vergleiche

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersstruktur des MASGF	2
Abbildung 2: Das betriebliche Gesundheitsmanagement	5
Abbildung 3: Die Träger der Leistungen zur Teilhabe	35
Abbildung 4: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	38
Abbildung 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	41
Abbildung 6: Vorteile für den Arbeitgeber	56
Abbildung 7: Vorteile für den Arbeitnehmer	57

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Altersstruktur des MASGF XIII

Anlagen auf DVD

Anlage 2: Diskussionsbeitrag 3/2007
Anlage 3: Konzept des BEM vom MASGF
Anlage 4: Zurück ins Berufsleben
Anlage 5: LWL Handlungsempfehlungen zum BEM
Anlage 6: Unfallverhütungsbericht Arbeit 2005
Anlage 7: Luxemburger Deklaration
Anlage 8: Dienstvereinbarung des MASGF
Anlage 9: Diskussionsbeitrag 10/2005
Anlage 10: Diskussionsbeitrag 3/2006
Anlage 11: Diskussionsbeitrag 1/2008
Anlage 12: Diskussionsbeitrag 9/2005
Anlage 13: Diskussionsbeitrag 6/2004
Anlage 14: Diskussionsbeitrag 1/2005
Anlage 15: Studententext Nummer 12
Anlage 16: Studententext Nummer 14
Anlage 17: Diskussionsbeitrag 4/2004
Anlage 18: Rahmenempfehlung zur Errichtung von Servicestellen
Anlage 19: §§ SGB IX
Anlage 20: §§ SGB I, III und V
Anlage 21: §§ BetrVG, BDSG, BGB, EFZG, KSchG
Anlage 22: weitere Paragrafen
Anlage 23: Gesprächsleitfaden BEM des MASGF
Anlage 24: Empfehlung zur Erbringung von Prämien
Anlage 25: Personaldatenblatt des MASGF
Anlage 26: Verfassung der Weltgesundheitsorganisation

1 Einführung

Das zum 01.05.2004 erweiterte „Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwer behinderter Menschen“ rückte das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) in den Vordergrund. Dadurch wurde die Präventionsvorschrift § 84 Abs. 2 SGB IX (Sozialgesetzbuch IX) eingeführt. Somit wurde dem Arbeitgeber die Pflicht auferlegt, Möglichkeiten zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeitszeiten, zur Vorbeugung und zur Arbeitsplatzzerhaltung der Beschäftigten¹ zu prüfen und umzusetzen².

Das Wort „Management“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet *sich um etwas kümmern und etwas tun*; dementsprechend ist es Aufgabe jedes einzelnen Unternehmens³, ein Verfahren zu entwickeln, das speziell auf die Bedürfnisse der eigenen Beschäftigten ausgerichtet ist. Dieser Ablauf sollte für alle Beschäftigten transparent und frei zugänglich sein. Das BEM richtet sich an diejenigen Beschäftigten, deren Arbeitsplätze aufgrund von Beeinträchtigungen gefährdet sind.

Das BEM ist für jeden Arbeitgeber verpflichtend, doch die Umsetzung liegt ganz in der Hand der einzelnen Unternehmen. Hierbei ist nicht nur der privatwirtschaftliche Sektor betroffen, diese Norm gilt auch für öffentliche Verwaltungen⁴. Einige Integrationsämter haben Handlungsleitfäden veröffentlicht, die die Einführung des BEM in den Unternehmen vereinfachen sollen. Doch dabei wird die Unternehmensstruktur nicht berücksichtigt, sodass die Vorgehensweise freigestellt ist. Es besteht

¹ In dieser Diplomarbeit umfassen die Begriffe Beschäftigte, Mitarbeiter und Arbeitnehmer die weiblichen und die männlichen Personen.

² Siehe § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX (alle genutzten Paragraphen sind in den Anlagen 19 – 22 einzusehen).

³ Dieser Begriff umfasst alle Betriebe und öffentliche Verwaltungen.

⁴ Vgl. Gagel/Schian, § 84 Abs. 2 SGB IX gilt auch für Beamte, in: Diskussionsforum B, Beitrag 3/2007, www.iqpr.de; Mehrhoff, Betriebliches Eingliederungsmanagement für kranke Mitarbeiter, Externe Dienstleister helfen beim Disability Management, in: Soziale Sicherheit 2005, Heft 10, S. 318 (319).

keine Verpflichtung zur Einführung eines betrieblichen Systems mit einem Integrationsteam, sondern nur die Anwendung im Einzelfall⁵. Kleineren Unternehmen wird angeboten, sich bei den Servicestellen zu melden, von denen sie dann weitere Unterstützung erhalten.

Auch im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (MASGF) mit Sitz in Potsdam sollen die Beschäftigten zufrieden sein und die Möglichkeit haben, gute Leistungen erbringen zu können. Deshalb führte das MASGF das BEM zum Ende des Jahres 2007 ein.

Das Konzept des MASGF⁶ ist Grundlage der vorliegenden Diplomarbeit. Abweichungen mit anderen Leitfäden können auftreten, da das Konzept speziell auf das MASGF und deren Beschäftigten zugeschnitten ist.

1.1 BEM - Baustein des Gesundheitsmanagements

Beim MASGF sind mehr als 80% der Beschäftigten über 41 Jahre alt und die jüngste Altersgruppe, die Gruppe der 21 – 30 jährigen, ist mit einem Prozentsatz von 4,26 am wenigsten vertreten.

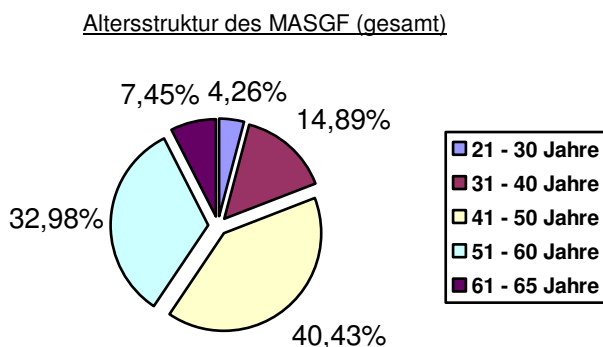


Abbildung 1: Altersstruktur des MASGF

Quelle: eigene Darstellung nach Daten aus dem Personalreferat, Stand: 07.08.2007⁷

⁵ Vgl. Frank, Das Schwerbehindertenrecht, Sudholt 2006, S. 95.

⁶ Siehe Anlage 3.

⁷ Vgl. Anlage 1.

Es ist spürbar, dass immer weniger Fachkräfte nachrücken, sodass das Unternehmen die vorhandenen Ressourcen und Potenziale nutzen muss, um somit der demographischen Entwicklung entgegenzuwirken. Die älter werdende Bevölkerung muss fit bleiben⁸, da jeder dritte Beschäftigte im Jahr 2015 über 50 Jahre alt sein wird⁹. Doch nicht nur das Alter der Beschäftigten steigt, auch die Anzahl der Krankheiten und deren Häufigkeiten. Gerade in der öffentlichen Verwaltung nehmen die Erkrankungen der Augen, des Rücken und der Psyche zu.

Voraussetzungen für ein gutes Unternehmen sind Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter. Zukünftig müssen die Mitarbeiter durch die demografischen Veränderungen intensiver und mit mehr Belastung arbeiten. An dieser Stelle greift der Präventionsauftrag des Arbeitgebers im Sinne des Gesundheitsmanagements. Hier stellt sich die Frage, was überhaupt das betriebliche Gesundheitsmanagement ist.

Die Erhaltung und Förderung der Gesundheit ist zu einer relevanten Aufgabe geworden, da die Wechselwirkung verschiedener organisatorischer, sozialer und technischer Beeinflussungen und die Einwirkung äußerer schädigender Einflüsse auf den Menschen zunehmen¹⁰. In den letzten Jahren hat sich die Gesundheitsförderung immer weiter entwickelt. Im Jahr 1997 wurde die „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“ von dem Europäischen Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung (ENWHP) verabschiedet. Darin wurde gefestigt, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement alle Maßnahmen vom Arbeitgeber, Arbeitnehmer und der Gesellschaft zur Verbesserung und zum Wohlbefinden am Arbeitsplatz

⁸ Vgl. Mehrhoff, Zurück ins Berufsleben – Neue Aufgabe für die Prävention, in: Bundesarbeitsblatt 2005, Heft 9, S. 19.

⁹ Vgl. Landschaftsverband Westfalen – Lippe, Integrationsamt, Handlungsempfehlung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement, Köln, S. 7 (Anmerkung: im weiteren Verlauf wird diese Empfehlung als LWL Handlungsempfehlung abgekürzt).

¹⁰ Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2005, Unfallverhütungsbericht Arbeit, S. 89 (Anmerkung: im weiteren als baa abgekürzt).

umfasst¹¹. Dies geschieht durch eine Verknüpfung von Ansätzen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, zur Förderung der Mitarbeiterbeteiligung und zur Stärkung der persönlichen Kompetenzen¹². Somit ist das betriebliche Gesundheitsmanagement das Einbeziehen von Gesundheitsaspekten in die Entscheidungen und in das Handeln von Unternehmen.

Es gibt zwei wesentliche Gründe für die Einführung des betrieblichen Gesundheitsmanagements: Entweder aus Verpflichtung, die durch Gesetze beziehungsweise Verordnungen entsteht, oder aus Notwendigkeit. Dabei sind die Kosten, die durch den Menschen verursacht werden, stärker in das betriebliche Interesse gerückt. Die Motivation der Beschäftigten, die Kommunikation innerhalb der Organisation und das Führungsverhalten spielen keine unwesentliche Rolle¹³.

Im Rahmen der „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“ wurden Prinzipien für eine erfolgreiche Durchsetzung des Gesundheitsmanagements festgelegt. Das Wichtigste ist die Partizipation der Beschäftigten. Es sollen Betroffene zu Beteiligten gemacht werden. Neben der Partizipation steht die Integration, durch die die Gesundheit der Beschäftigten in allen Entscheidungen innerhalb des Unternehmens berücksichtigt werden soll. Dass eine Bedürfnisorientierung, eine Erfolgskontrolle und eine anschließende Bewertung erfolgen muss, beinhaltet das Prinzip Projektmanagement. Das letzte Prinzip, das Prinzip der Ganzheitlichkeit, ist die Verschmelzung zwischen Verhalten, Verhältnissen und Prozessen¹⁴.

Die wichtigsten Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind die Fort- und Weiterbildung von Führungskräften, das Feedbackgespräch für Führungskräfte, die Mitarbeiterbefragung und Gespräche mit einzelnen Mitarbeitern.

¹¹ Vgl. Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der europäischen Union, S.2.

¹² Vgl. Luxemburger Deklaration, S. 2.

¹³ Vgl. baua, S. 89.

¹⁴ Vgl. Luxemburger Deklaration, S. 4; baua, S. 89.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist die Verhaltens- und Verhältnisprävention und die Prävention durch Prozesse und Verfahren. In diesem Präventionsverfahren werden nicht nur Maßnahmen zusammengefasst, die die Gesundheitsgefahren im Unternehmen vermeiden sollen, sondern es werden auch psychische Stressoren und das Führungsverhalten der Vorgesetzten in den Blick genommen¹⁵.

Selbst der Arbeitsschutz wird vom betrieblichen Gesundheitsmanagement umfasst. Dieser bezieht sich vor allem auf die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Die betriebliche Eingliederung ist ein erweiterter Präventionsauftrag vom Arbeitgeber¹⁶.

Hieran kann die Systematik des betrieblichen Gesundheitsmanagements erkannt werden. Sie beinhaltet die Primärprävention als Arbeits- und Gesundheitsschutz und die Sekundärprävention als Gesundheitsförderung. Allerdings ist noch nicht der Fall berücksichtigt, wenn ein Krankheitsbild aufgetreten ist und der präventive, also vorbeugende Charakter keine Anwendung mehr findet. Bei einem akuten Problem wird die betriebliche Eingliederung im Rahmen des betrieblichen BEM durchgeführt.

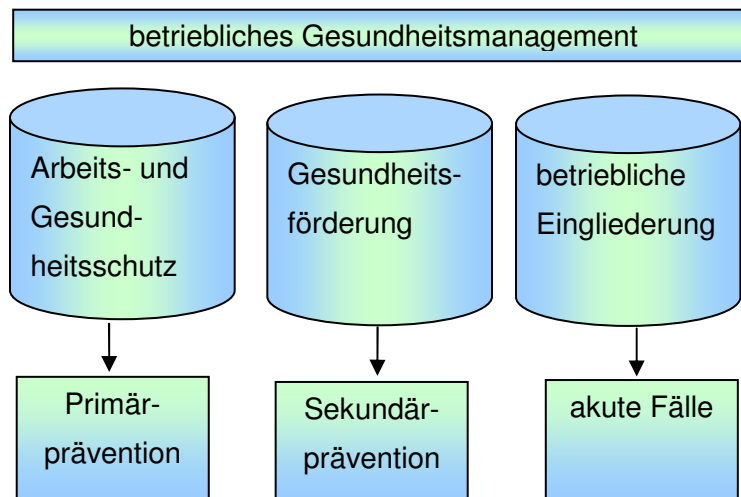


Abbildung 2: Das betriebliche Gesundheitsmanagement

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Mehrhoff und LWL Handlungsempfehlung

¹⁵ Vgl. LWL Handlungsempfehlung, S. 7.

¹⁶ Vgl. Mehrhoff, Bundesarbeitsblatt 9/2005, S. 19.

Die betriebliche Eingliederung kann auch als Tertiärprävention bezeichnet werden. Durch die Einführung des § 84 Abs. 2 SGB IX erhält der Arbeitgeber mehr Verantwortung für die Gesundheit seiner Beschäftigten. Sie besteht nicht mehr nur darin den Lohn weiterzuzahlen, sondern sich um die Rückkehr seiner Beschäftigten zu bemühen¹⁷. Dadurch sind nicht mehr ausschließlich die Rehabilitationsträger für die Betroffenen verantwortlich.

Das BEM wird als Querschnittsaufgabe bewertet¹⁸, um dem demographischen Wandel entgegenzuwirken. Die Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten und dadurch kann der fehlende Nachwuchs an Fachkräften ausgeglichen werden.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement soll ein fester Bestandteil von Unternehmenszielen und –leitbildern sein¹⁹.

1.2 Anspruch nichtbehinderter Arbeitnehmer

Die Anwendung des Personenkreises des § 84 Abs. 2 SGB IX führte seit der Einführung zu Diskussionen. Dem Wortlaut betreffend müsste der Paragraf auf alle Beschäftigten anwendbar sein. Jedoch bezog sich § 84 Abs. 2 SGB IX alte Fassung nur auf Schwerbehinderte und der Gesetzgeber hätte eine Erklärung abgeben müssen, wenn es eine Erweiterung des Personenkreises geben würde. Da der Gesetzgeber nur den Präventionsgedanken erweitern wollte, sei das BEM nur auf Schwerbehinderte und deren gleichgestellte Menschen anzuwenden. Auch die Auslegung nach Sinn und Zweck der Vorschrift führe zu keinem anderen Ergebnis, da das Ziel der Prävention ausschließlich auf behinderte und deren gleichgestellte Personen abzielt. Ebenso die systematische Einordnung der Norm in den 2. Teil des SGB IX mit der

¹⁷ Vgl. Mehrhoff, Soziale Sicherheit 10/2005, S. 318.

¹⁸ Vgl. Mehrhoff, Bundesarbeitsblatt 9/2005, S. 19 (20).

¹⁹ Vgl. baua, S. 89.

Überschrift „Besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen (Schwerbehinderungsrecht)“ ist ausschlaggebend für diese Annahme, denn § 68 SGB IX legt fest, dass dieser Teil nur für Schwerbehinderte und diesen gleichgestellten Menschen gilt²⁰. Dass die Schwerbehindertenvertretung in § 84 Abs. 2 SGB IX explizit genannt wird, ist von den Autoren dadurch erklärt worden, da nicht alle Betriebe eine solche Vertretung haben und vom Gesetzgeber darauf aufmerksam gemacht werden, eine solche einzuführen²¹.

Nach herrschender Meinung ist § 84 Abs. 2 SGB IX auf alle Beschäftigten eines Betriebes anzuwenden. Das Gesetz spricht von „Beschäftigten“ und dieser eindeutige Wortlaut²² drängt die äußere Systematik als Argument in den Hintergrund²³. § 1 SGB IX beschreibt, dass Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen nach diesem Gesetz

²⁰ Vgl. Arnold/Fischinger, Kündigungsschutz und § 84 SGB IX – der Nebel lichtet sich!, in: Betriebs-Berater (BB) 2007, Heft 35, S. 1894 (1894/1895); Balders/Lepping, Das betriebliche Eingliederungsmanagement nach dem SGB IX, in: Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht (NZA) 2005, Heft 15, S. 854; Brose, Das betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX als eine neue Wirksamkeitsvoraussetzung für die krankheitsbedingte Kündigung?, in: Der Betrieb (DB) 2005, Heft 7, S. 390 (390/391); Namendorf/Natzel, Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX und seine arbeitsrechtliche Implikationen, in: DB 2005, Heft 33, S. 1794 (1794/1795).

²¹ Ebenda.

²² Vgl. Britschgi, Krankheit und betriebliches Eingliederungsmanagement, Düsseldorf 2006, S. 18; Frank, S. 95; Gagel, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Rechtspflicht und Chance, in: NZA 2004, Heft 24, S. 1359; Mehrhoff, Betriebliches Eingliederungsmanagement – Herausforderung für Unternehmen, in: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten – Report 2006, Zahlen, Daten, Analysen aus allen Bereichen der Wirtschaft, Chronische Krankheiten, Bonn/ Bielefeld 2006, S. 128 (folgend zitiert als: Fehlzeiten – Report); Seel, § 84 Abs. 2 SGB IX, in: Ernst, K./Adlhoch, U./Seel, H. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Rdn. 63 (im weiteren: Ernst/Adlhoch/Seel); Welti, Das betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX – sozial- und arbeitsrechtliche Aspekte, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS) 2006, Heft 12, S. 623 (624).

²³ Vgl. Seel, Ernst/Adlhoch/Seel, § 84 Abs. 2 SGB IX, Rdn. 63.

erhalten können. Der Präventionscharakter des § 84 Abs. 2 SGB IX ist gemäß § 3 SGB IX vorrangig und durch die daraus wirksam werdenden Leistungen sollen Behinderungen und chronische Erkrankungen vermieden werden.

Ein Ziel des BEM ist der Arbeitsplatzertand. Somit sind alle Personen betroffen, deren Arbeitsplatz durch eine gesundheitliche Beeinträchtigung bedroht ist und dieses Risiko kann alle Arbeitnehmer treffen²⁴. In § 84 Abs. 2 SGB IX wird neben den schon genannten Argumenten auch eine Differenzierung zwischen den Verfahren für Schwerbehinderte und gleichgestellten Arbeitnehmern und den für andere Beschäftigten gemacht. Für den besonderen Fall, dass ein schwerbehinderter Beschäftigter betroffen ist, wird die Kontaktaufnahme mit der Schwerbehindertenvertretung²⁵ sowie die Hinzuziehung des Integrationsamts explizit genannt²⁶. An dieser Stelle muss die Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie erwähnt werden, die durch das individuelle Arbeitsrecht des SGB IX umgesetzt werden soll²⁷.

Auch die Gerichte haben sich mit diesem Thema befasst. Das Landesarbeitsgericht Niedersachsen und das Bundesarbeitsgericht haben geurteilt, dass das BEM auf alle Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen arbeitsunfähig sind, anzuwenden ist²⁸.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass alle Beschäftigten einen Anspruch auf die Durchführung des BEM haben.

²⁴ Vgl. Welti, NZS 12/2006, S. 623 (624).

²⁵ Vgl. Britschgi, S. 18; Seel, Ernst/Adlhoch/Seel, § 84 Abs. 2 SGB IX, Rdn. 63; Welti, NZS 12/2006, S. 623 (624); Gagel, Stärkung des Kündigungsschutzes durch § 84 Abs. 1 und 2 SGB IX, in: Diskussionsforum B, Beitrag 1/2005, www.igpr.de, S. 2.

²⁶ § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB IX.

²⁷ Vgl. Welti, NZS 12/2006, S. 623 (624).

²⁸ Landesarbeitsgericht Niedersachsen, Urteil vom 25.10.2006, AZ: 6 Sa 974/05, BB 2007, Heft 13, S. 719 – 723; Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 12.07.2007, 2 AZR 716/06, DB 2007 Heft 29.

2 Fünf Schritte in die richtige Richtung

Diese Diplomarbeit ist nach dem Konzept zum BEM des MASGF und diversen Handlungsempfehlungen aufgebaut, sodass zwischen einzelnen Handlungsleitfäden anderer Unternehmen und dieser Diplomarbeit Unterschiede auftreten können. Das Konzept wurde inhaltlich nach fünf Punkten aufgebaut.

Als Erstes werden die Daten vom Personalreferat über die Arbeitsunfähigkeitszeiten ausgewertet. Falls bei diesem Schritt als Ergebnis herauskommen sollte, dass ein Mitarbeiter innerhalb des letzten Jahres²⁹ länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt krankgemeldet war, dann wird ein Gespräch³⁰ mit diesem Mitarbeiter stattfinden. Das Gespräch wird von einer neutralen Person des MASGF gehalten. Dies ist für den Betroffenen leichter, da sich viele Mitarbeiter bei solchen Themen nicht mit dem direkten Vorgesetzten in Verbindung setzen möchten.

Voraussetzung für ein Durchführen des BEM ist die Zustimmung des Betroffenen. Falls diese versagt wird, darf das BEM nicht durchgeführt werden.

Wenn der Betroffene seine Zustimmung gegeben hat, wird eine Planung über etwaige Maßnahmen aufgestellt, die innerbetrieblich oder mithilfe externer Partner durchgeführt werden können. Der betroffene Mitarbeiter soll während dieser Phase weiterhin unterstützt werden. Viele Unternehmen haben eigens dafür einen Integrationsbeauftragten wie zum Beispiel die Deutsche Rentenversicherung Baden – Württemberg. Beim MASGF wird diese Position jedoch von einem Mitarbeiter des Integrationsteams übernommen.

Sind die Maßnahmen erfolgreich abgeschlossen, endet das BEM mit einem Rückkehrgespräch. Bei diesem hat der Betroffene die Möglichkeit sich zu dem Verfahren zu äußern und sich langsam wieder in den

²⁹ Siehe § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX.

³⁰ Der dazugehörige Leitfaden ist in der Anlage 23 hinterlegt.

Arbeitsprozess zu integrieren. Dieses Gespräch findet in einer lockeren Atmosphäre statt, sodass der Betroffene sich unterstützt fühlt.

Der entgegengesetzte Fall wäre, dass die Maßnahme nicht erfolgreich geendet hat. Dann ist es möglich, eine andere Maßnahme zu versuchen, um das Ziel des BEM, die Überwindung der Arbeitsunfähigkeit, zu erreichen. Das letzte Mittel ist die personenbedingte Kündigung wegen Krankheit, doch diese sollte vermieden werden. Nach solch einer krankheitsbedingten Kündigung würde die Inanspruchnahme einer Rente als Möglichkeit in den Vordergrund rücken, doch dies wird durch das soziale Rentensystem und die politischen Vorgaben zunehmend erschwert³¹.

Die Dokumentationen der Gespräche, Maßnahmen und sonstigen Kontakte werden in einer Akte außerhalb der Personalakte für zwei Jahre ab Ende des Verfahrens aufgehoben³².

Dies stellte einen kleinen Einblick in das Konzept des MASGF dar.

Mit einigen der genannten Punkte werde ich mich ausführlicher in den kommenden Abschnitten befassen, allerdings können nicht alle behandelt werden, da dies über den Rahmen der Arbeit hinaus gehen würde. Daher werde ich auf das Erstgespräch, die Kontaktaufnahme und die Rückkehrgespräche nicht eingehen.

2.1 Zeitpunkt des Tätigwerdens

Um das Verfahren des BEM einleiten zu können, muss der sachliche Anwendungsbereich berücksichtigt werden. § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX wird auf die Beschäftigte angewendet, die länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind. Hierbei wurde das Ende der Entgeltfortzahlung und der Beginn des Krankengeldanspruchs

³¹ Vgl. Mehrhoff, Fehlzeiten – Report, S. 128.

³² Das wurde im Konzept und in der Dienstvereinbarung des MASGF festgelegt.

als Grundlage genommen, da das Risiko der Arbeitsunfähigkeit ab diesem Zeitpunkt sozialisiert wird³³. Die Verantwortlichen im Betrieb müssen aus diesem Grund rechtzeitig erfahren, welcher Beschäftigte diese gesetzliche Grenze erreicht hat.

Im MASGF stellt das Personalreferat dem Integrationsteam eine Statistik über die Arbeitsunfähigkeitszeiten der Mitarbeiter zur Verfügung. Dies geschieht mindestens einmal im Quartal, um frühzeitig intervenieren zu können. Diese Statistik ist weder personenbezogen noch personenbeziehbar. Auch die Beschäftigten, die unter den § 84 Abs. 2 SGB IX fallen, werden vom Personalreferat gemeldet³⁴.

Das Gesetz besagt, dass der Betroffene innerhalb eines Jahres ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sein muss, damit das Verfahren eingeleitet werden kann. Fraglich ist dennoch, ob ein Kalenderjahr oder die letzten 12 Monate gemeint ist. „Es wäre formal und lebensfremd, die Formulierung „innerhalb eines Jahres“ auf das Kalenderjahr zu beziehen“³⁵. Es handelt sich bei § 84 Abs. 2 SGB IX um einen Schutzzweck für Beschäftigte, sodass für die Prüfung der Arbeitsunfähigkeit auf die letzten 12 Monate abzustellen ist³⁶.

Die Regelung ist auf die Dauer aller arbeitsunfähigen Tage³⁷ gerichtet, sodass es zu einer Summierung dieser Tage kommen muss. Es kommt jedoch nicht auf die Abwesenheit der Arbeit an, sondern auf die Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung³⁸. Viele arbeitsunfähige Tage werden von den Ärzten nicht bescheinigt, da diese auf einen Feiertag oder auf das Wochenende fallen, daher ist es schwierig den genauen Zeitpunkt zu ermitteln. Der Arbeitgeber erfährt zwar über die Arbeitsunfähigkeits-

³³ Vgl. Welti, NZS 12/2006, S. 623 (626).

³⁴ Vgl. Dienstvereinbarung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement des MASGF.

³⁵ Welti, NZS 12/2006, S. 623 (626).

³⁶ Vgl. Britschgi, S. 20; Frank, S. 95; Gagel, NZA 24/2004, S. 1359; LWL Handlungsempfehlung, S. 13; Seel, Ernst/Adlhoch/Seel, § 84 Abs. 2 SGB IX, Rdn. 65; Trenk-Hinterberger, in: Lachwitz, K./Schellhorn, W./Welti, F. (Hrsg.): HK-SGB IX, Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX, § 84 SGB IX, Rdn. 20 (folgend: HK-SGB IX).

³⁷ Vgl. Frank, S. 95.

³⁸ Vgl. Seel, Ernst/Adlhoch/Seel, § 84 Abs. 2 SGB IX, Rdn. 66.

bescheinigung ob es sich um eine Erst- oder Folgeerkrankung handelt, jedoch nicht die genaue Ursache. Dabei ist wiederum zu berücksichtigen, dass viele Krankheitsbilder in vielfältigen Ausprägungen auftreten können, sodass es zwangsläufig nicht möglich ist, diese als Folgeerkrankung einzustufen³⁹. Es ist unerheblich, ob die Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz steht⁴⁰.

Das Gesetz beinhaltet, dass die Gesamtanzahl der Arbeitsunfähigkeitszeiten entweder ununterbrochen oder wiederholt länger als sechs Wochen innerhalb eines Jahres sein muss. Es fließen zunächst alle Zeiten der Arbeitsunfähigkeit in diesen Zeitraum⁴¹, egal ob der Betroffene an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen hat oder nicht. Bei dem ersten Kontakt zwischen dem betroffenen Beschäftigten und dem Mitglied des Integrationsteams wird die Berücksichtigung dieser Zeiten besprochen. Es besteht die Variante, dass der Betroffene zum Beispiel wegen eines Beinbruchs arbeitsunfähig ist, dann ist es nicht zwingend notwendig dass ein BEM durchgeführt wird. Sollte der Beschäftigte nach der Heilung des Beinbruchs wieder voll einsatzfähig sein, müssen Maßnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes im Sinne des § 84 Abs. 2 SGB IX nicht durchgeführt werden.

Es ergeben sich zwei Möglichkeiten, wie sich die Sechswochenfrist des § 84 Abs. 2 SGB IX berechnen lässt.

Die erste Möglichkeit zielt auf die ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit ab. Diese Zeit ist eine Frist gemäß § 188 Abs. 2 in Verbindung mit § 187 Abs. 1 BGB, da spezielle Regelungen im Sozialgesetzbuch nicht vorhanden sind⁴². Somit ist die Woche mit sieben Tagen anzusetzen. Daraus ergibt sich, dass eine Erkrankung über 42 Tage die Voraussetzung erfüllt. Maßgebend sind Kalendertage und nicht Arbeitstage. Wenn sich aus den

³⁹ Vgl. Britschgi, S. 20.

⁴⁰ Ebenda, S. 19.

⁴¹ Vgl. Seel, Ernst/Adlhoch/Seel, § 84 Abs. 2 SGB IX, Rdn. 64.

⁴² Vgl. Gagel/Schian/Schian, Zur Berechnung des Sechs-Wochen-Frist des § 84 Abs. 2 SGB IX, in: Diskussionsforum B, Beitrag 10/2005, www.igpr.de, S. 3.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ergibt, dass der Arbeitnehmer länger als 42 Kalendertage arbeitsunfähig ist, setzt an diesem Punkt das Verfahren des BEM ein.

Die zweite Möglichkeit beinhaltet wiederholte Erkrankungen und ist deshalb komplizierter. Da es sich um keinen zusammenhängenden Zeitraum handelt, greift § 187 BGB nicht. § 191 BGB regelt jedoch einen ähnlichen Fall, wonach ein Monat mit 30 Tagen und ein Jahr mit 365 Tagen anzusetzen ist. Dies ließe sich analog übertragen, sodass eine Woche mit sieben Tagen angesetzt werden kann. Demnach wären wieder 42 Kalendertage zu berücksichtigen⁴³, doch diese Meinung hat sich nicht durchgesetzt. Bei der Prüfung des Zeitraums wird auf die vertraglich festgelegte Wochenarbeitszeit abgestellt⁴⁴. Bei einer Fünftagewoche ist die Voraussetzung somit bei 30 Arbeitstagen und bei einer Sechstagewoche bei 36 Arbeitstagen erfüllt.

2.1.1 Arbeitsunfähigkeitszeiten

Zur Beantwortung der Frage nach dem Zeitpunkt des Tätigwerdens, muss geklärt werden, was überhaupt eine Arbeitsunfähigkeit ist. Diese wird häufig mit dem Begriff Krankheit verwechselt, doch nicht jede Krankheit löst automatisch eine Arbeitsunfähigkeit aus. Krankheit als Begriff ist gesetzlich nicht definiert, arbeitsrechtlich wird vom Begriff der medizinischen Krankheit ausgegangen⁴⁵.

⁴³ Vgl. Gagel/Schian/Schian, Beitrag 10/2005, S. 4.

⁴⁴ Vgl. Gagel/Schian/Schian, Beitrag 10/2005, S. 4; Seel, Ernst/Adlhoch/Seel, § 84 Abs. 2 SGB IX, Rdn. 66; LWL Handlungsempfehlung, S. 14.

⁴⁵ Vgl. Schliemann, Kommentar zu § 3 EFZG, in: Henssler, M./Willemsen, H./Kalb, H.-J. (Hrsg.): Arbeitsrecht Kommentar, Köln/Düsseldorf 2006, Rdn. 34 (im weiteren zitiert als HWK).

In diesem Sinne ist eine Krankheit ein regelwidriger Geistes- und Körperzustand, der einer Heilbehandlung bedarf⁴⁶. Diese Definition ist jedoch von den Erkenntnissen der sich stetig entwickelnden Medizin abhängig⁴⁷. Regelwidrig ist nach derzeitigem Stand jeder Zustand, der nicht bei allen Menschen in diesem Lebensabschnitt gleich ist. Dieser Zustand muss ärztlich diagnostizierbar sein⁴⁸ und eine Funktionseinschränkung darstellen. Er kann einem gesunden Menschen plötzlich widerfahren oder angeboren sein. Wichtig ist, den Begriff Behandlungsbedürftigkeit nicht mit den Begriffen Behandlungsfähigkeit und Heilbarkeit zu verwechseln⁴⁹.

Da nicht jede Erkrankung ein Tatbestand der Arbeitsunfähigkeit ist, muss der Begriff definiert werden. Arbeitsunfähigkeit setzt voraus, dass es dem Arbeitnehmer unmöglich ist, dem Arbeitgeber die geschuldete Arbeitsleistung zu erbringen⁵⁰. Dies ist von einem Arzt zu prüfen, da es sein kann, dass je nach Art der Tätigkeit, eine andere Arbeitsleistung geschuldet werden muss. Dabei ist die objektive Betrachtung maßgebend⁵¹. Bei der Beurteilung muss ein Bezug zwischen der Arbeitsunfähigkeit und der Art der Tätigkeit des Betroffenen gezogen werden; es besteht die Möglichkeit, dass derjenige seine Arbeit weiter ausführen kann. Zum Beispiel kann eine Schreibrkraft mit einer Fußverletzung weiter arbeiten, wenn eine Verschlimmerung oder Verzögerung der Heilung ausgeschlossen ist. Dabei liegt eine Krankheit vor, aber keine Arbeitsunfähigkeit. Wenn die Schreibrkraft ihren Arbeitsplatz nicht erreichen kann, muss gegebenenfalls der Arbeitgeber die Kosten für

⁴⁶ Vgl. Schliemann, HWK, § 3 EFZG, Rdn. 34; Dörner, Kommentar zu § 3 EFZG, in: Dietrich, T./Müller-Glöge, R./Preis, U./Schaub, G. (Hrsg.): Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht, Kassel/Köln/Schauenburg 2006, Rdn. 11 (im weiteren zitiert: ErfK).

⁴⁷ Vgl. Dörner, ErfK, § 3 EFZG, Rdn. 12; Schliemann, HWK, § 3 EFZG, Rdn. 37.

⁴⁸ Vgl. Lepke, Kündigung bei Krankheit, Berlin 2003, Rdn. 52.

⁴⁹ Vgl. Dörner, ErfK, § 3 EFZG, Rdn. 14.

⁵⁰ Vgl. Britschgi, S. 19; Dörner, ErfK, § 3 EFZG, Rdn. 16; Lepke, S. 123; Schliemann, HWK, § 3 EFZG, Rdn. 42.

⁵¹ Vgl. Schliemann, HWK, § 3 EFZG, Rdn. 48.

ein geeignetes Transportmittel tragen⁵². Aber wenn es sich um einen Arbeitnehmer handelt, der stehende oder gehende Tätigkeiten ausführt, ist dieser bei einer Fußverletzung arbeitsunfähig. Ambulante Behandlungen sind grundsätzlich außerhalb der Arbeitszeit zu erledigen, es sei denn, der Arbeitnehmer ist schon während dieser Zeit arbeitsunfähig.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit den Arbeitnehmer außerstande setzt, die vertragliche Arbeitsleistung zu erfüllen oder er würde die Arbeit nur unter der Gefahr verrichten, dass sich sein Zustand verschlimmert⁵³. Das Grundverständnis für Arbeitsunfähigkeitszeiten muss sich ändern. Dies wurde durch das BEM in die wegweisende Richtung geleitet.

„Zeiten der Arbeitsunfähigkeit sind keine Zeiten des Stillstands, sondern Zeiten für verstärkte Aktivitäten, es sind keine Zeiten der Trennung vom Betrieb, sondern Teil des betrieblichen Arbeits- und Kooperationsprozesses und Zeiten der Arbeitsunfähigkeit verknüpfen das betriebliche Geschehen mit Angeboten sozialer Leistungssysteme.“⁵⁴

Dr. Alexander Gagel

Sache des Arbeitgebers ist es, den Mitarbeitern dieses neue Verständnis deutlich zu machen und sie dabei zu unterstützen, sich helfen zu lassen.

2.1.2 Anzeigepflicht⁵⁵

Nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) ist jeder Arbeitnehmer verpflichtet, im Falle einer Arbeitsunfähigkeit diese unverzüglich seinem Arbeitgeber mitzuteilen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass jede zur Arbeitsunfähigkeit führende Krankheit und jede Rehabilitationsmaßnahme anzeigepflichtig ist, unabhängig davon, ob Entgelt-

⁵² Vgl. Dörner, ErfK, § 3 EFZG, Rdn. 27.

⁵³ Vgl. Schliemann, HWK, § 3 EFZG, Rdn. 48.

⁵⁴ Gagel, NZA 24/2004, S. 1359 (1360).

⁵⁵ Ich beziehe mich bei diesem und bei dem folgenden Abschnitt auf das Inland.

fortzahlungsanspruch besteht oder dieser bereits erschöpft ist⁵⁶. Diese Anzeigepflicht des Arbeitnehmers wird als Dispositionsrecht des Arbeitgebers angesehen. Die Pflicht besteht ebenfalls, wenn der Arbeitgeber schon Kenntnis von der Arbeitsunfähigkeit hatte, zum Beispiel bei einem Arbeitsunfall, da dieser nicht einschätzen kann, inwieweit dieser Unfall zu einer Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers führt⁵⁷. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit muss unverzüglich mitgeteilt werden. Unverzüglich, ohne schuldhaftes Zögern⁵⁸ hängt vom Einzelfall ab. Bei der Beurteilung kommt es auf den Zugang der Bescheinigung beim Arbeitgeber, entsprechend § 130 BGB, an. In der Regel reicht eine Mitteilung in den ersten Arbeitsstunden aus⁵⁹, diese ist auch telefonisch möglich. Es muss aber eine Meldung zu dem Zeitpunkt erfolgen, wenn der Arbeitnehmer sich nicht fähig fühlt, zur Arbeit zu erscheinen. Wenn er erst Klarheit über die Dauer und Art der Arbeitsunfähigkeit erlangt und sich anschließend meldet, ist es zu spät. Die Mitteilung muss an denjenigen abgegeben werden, der zur Annahme solcher Erklärungen im Unternehmen zuständig ist⁶⁰. Im MAGSF ist diese Person der Dienstvorgesetzte, da § 5 EFZG auch im öffentlichen Dienst Anwendung findet⁶¹. Zu dem Zeitpunkt der Mitteilung ist es in der Regel nicht notwendig, eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen, jedoch muss die Dauer nach subjektiven Kenntnisstand erklärt werden.

2.1.3 Nachweispflicht

Es besteht für eine Arbeitsunfähigkeit bis zu drei Kalendertage keine Pflicht, eine Bescheinigung vorzulegen, außer der Arbeitgeber verlangt es

⁵⁶ Vgl. Dörner, ErfK, § 5 EFZG, Rdn. 5; Schliemann, HWK, § 5 EFZG, Rdn. 2.

⁵⁷ Vgl. Dörner, ErfK, § 5 EFZG, Rdn. 6; Schliemann, HWK, § 5 EFZG, Rdn. 3.

⁵⁸ Vgl. § 121 Abs. 1 BGB.

⁵⁹ Vgl. Dörner, ErfK, § 5 EFZG, Rdn. 13; Schliemann, HWK, § 5 EFZG, Rdn. 17-19.

⁶⁰ Vgl. Lepke, Rdn. 332.

⁶¹ Ebenda, Rdn. 334.

anderweitig. Die Nachweispflicht beginnt ab dem Zeitpunkt, ab dem der Arbeitnehmer länger als drei Kalendertage arbeitsunfähig ist. Die Berechnung dieser drei Kalendertage ist umstritten⁶². Einerseits wird ab dem Tag, an dem die Krankheit als erstes aufgetreten ist, gerechnet und andererseits wird auf den Arbeitsbeginn abgezielt. Wenn die Arbeitsunfähigkeit vor dem regelmäßigen Arbeitsbeginn angefangen hat, dann ist dieser Tag mitzuzählen. Falls die Arbeitsunfähigkeit erst danach beginnt, soll dieser Tag nicht mitgerechnet werden. Dem Gesetzessinn folgend wird die erste Variante bevorzugt, da das Gesetz auf Kalendertage abzielt. Somit wird ein Tag, der teilweise mit einer Arbeitsunfähigkeit belegt ist, voll gezählt⁶³.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass am vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit eine Bescheinigung vorgelegt werden muss, falls die Arbeitsunfähigkeit länger andauern sollte⁶⁴.

Gemäß § 5 Abs. 1 Satz 3 EFZG kann der Arbeitgeber verlangen, dass die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eher als am vierten Tag vorgelegt werden muss. Es stellt keine Überforderung des Mitarbeiters dar, die Bescheinigung über die Erkrankung schon am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit bei dem Arzt einzuholen und dann dem Arbeitgeber zu übergeben. Muss die Bescheinigung per Post übermittelt werden, besteht für den Arbeitnehmer wegen der zeitlichen Verzögerung kein Verschulden⁶⁵. Die frühere Vorlage kann unterschiedlich gehandhabt werden, entweder kann der Arbeitgeber die Vorlage im Einzelfall durch rechtzeitige Meldung an den Arbeitnehmer verlangen oder es kann arbeitsvertraglich, tarifvertraglich oder in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung allgemein geregelt werden. Bei der generellen vorzeitigen Vorlage muss der Betriebs- oder Personalrat zustimmen⁶⁶.

⁶² Es greift nicht § 187 Abs. 1 BGB.

⁶³ Vgl. Schliemann, HWK, § 5 EFZG, Rdn. 48.

⁶⁴ Siehe § 5 Abs. 1 Satz 2 EFZG.

⁶⁵ Vgl. Dörner, ErfK, § 5 EFZG, Rdn. 55; Schliemann, HWK, § 5 EFZG, Rdn. 22/23.

⁶⁶ Vgl. Schliemann, HWK, § 5 EFZG, Rdn. 58.

Die Erstbescheinigung der Arbeitsunfähigkeit muss die Merkmale enthalten, dass die Arbeitsunfähigkeit krankheitsbedingt ist und die voraussichtliche Dauer der Erkrankung⁶⁷. Dabei kann die Dauer datums-genau bescheinigt werden oder der Arzt benennt eine Frist. Die Bescheinigung muss von einem approbierten Arzt stammen, der frei wählbar ist. Gemäß § 72 Abs. 1 SGB V zählen auch Zahnärzte dazu. Der Arzt darf keine Angaben über die Art der Erkrankung machen, Geschieht dies doch, verletzt er seine Schweigepflicht⁶⁸.

Bei gesetzlich Versicherten enthält die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung einen Vermerk, dass die Krankenkasse benachrichtigt ist.

Eine Folgebescheinigung muss dem Arbeitgeber vorgelegt werden, wenn die Arbeitsunfähigkeit länger dauert als zunächst angegeben⁶⁹.

2.2 Schutz der persönlichen Daten

Der Datenschutz ist für eine erfolgreiche Durchführung des BEM eine Grundvoraussetzung. Doch es stellen sich zwei wichtige Fragen: Wie viel muss der Betroffene von seinem Krankheitsverlauf darlegen und wie viel darf der Arbeitgeber wissen?

„Nur so viel wie unbedingt erforderlich, um ein zielführendes, der Gesundwerdung und Gesunderhaltung der/des Beschäftigten dienendes BEM durchführen zu können.“⁷⁰

Um auch das Vertrauen der Mitarbeiter während des gesamten Verfahrens zu erhalten, sollte sich jedes Unternehmen an diesen Leitspruch halten. Es ist die Pflicht des Arbeitgebers, den Betroffenen über die

⁶⁷ Siehe § 5 Abs. 1 Satz 3 EFZG.

⁶⁸ Siehe § 203 Abs. 1 Nummer 1 Strafgesetzbuch.

⁶⁹ Siehe § 5 Abs. 1 Satz 4 EFZG.

⁷⁰ LWL Handlungsempfehlung, S. 20.

Art und den Umfang der erhobenen Daten zu informieren⁷¹. Der Betroffene soll mitbestimmen, welche Daten erhoben, gespeichert und weitergeleitet werden, um die Selbstbestimmung gewährleisten zu können⁷². Es stellt sich die Problematik, dass vor dem BEM nicht genau gesagt werden kann, welche Daten im Endeffekt benötigt werden. Deswegen ist es unumgänglich, die Daten des Erkrankten in einer EDV – geschützten Datenbank oder in einer eigens dafür geführten Personalakte aufzubewahren. § 1 Abs. 2 Nummer 3 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) findet hierbei Anwendung. Der Betroffene muss seine Zustimmung unter Berücksichtigung des § 4a BDSG schriftlich erteilen.

Stimmt der Betroffene nicht zu, muss § 28 BDSG betrachtet werden. Dieser beschreibt einen eingeschränkten Erhebungstatbestand von persönlichen Daten ohne vorherige Zustimmung des Betroffenen. Demnach dürfen Krankheits- und Fehldaten erhoben werden, da der Arbeitgeber daran ein berechtigtes Interesse hat. Bei einem automatisierten Verfahren muss der Betriebs- oder Personalrat angehört werden⁷³. Wenn über diese Daten hinaus noch Informationen, zum Beispiel über den Krankheitsverlauf oder der Ursache, benötigt werden, bedarf es der Zustimmung des Betroffenen. Bei einem Fehlverhalten von Seiten des Arbeitgebers würde es zu einer Ordnungswidrigkeit und damit zusammenhängend zu einer Geldbuße in Höhe von bis zu 250 000 € kommen können⁷⁴.

Bei den zu erhebenden Daten muss eine dreifache Unterteilung gemacht werden: Es gibt Daten zur medizinischen Diagnose, zur Aufklärung von Krankheitsursachen im Betrieb und zu den gesundheitsbedingten Einschränkungen der Einsatzmöglichkeiten einer Person⁷⁵. Bei den Daten

⁷¹ Siehe § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB IX.

⁷² Vgl. Dalitz, Informationsfluss und Datenschutz beim BEM, in: Diskussionsforum B, Beitrag 3/2006, www.igpr.de, S. 2.

⁷³ Vgl. Wank, ErfK, § 28 BDSG, Rdn. 18.

⁷⁴ Siehe § 43 Abs. 2 Nummer 1 und 3 BDSG.

⁷⁵ Vgl. LWL Handlungsempfehlung, S. 21; Seel, Ernst/Adlhoch/Seel, § 84 Abs. 2 SGB IX, Rdn. 97.

zur medizinischen Diagnose handelt es sich um die Daten, die für die Maßnahmenplanung von Bedeutung sind, und von denen nur der Betriebsarzt Kenntnis hat. Daten für Ursachen im Betrieb sind in der Hinsicht wichtig, um zu erkennen, ob die Ursachen der Arbeitsunfähigkeit im Betrieb liegen. Für die Maßnahmenplanung sind Daten zu Einschränkungen der Einsatzmöglichkeiten wenig von Bedeutung. Demnach sind die wichtigsten Daten die der medizinischen Diagnose, die von allen Beteiligten sehr vertraulich behandelt werden müssen. Diese „sensiblen Daten“⁷⁶ dürfen nicht weitergegeben werden. Personen, die diese Daten weitergeben, verstoßen gegen ihre Verschwiegenheitspflicht, da alle Beteiligten dem Datenschutz unterliegen. Der Betriebs- oder Personalrat nach § 79 BetrVG beziehungsweise § 10 BPersVG, die Schwerbehindertenvertretung gemäß §§ 96 Abs. 7, 97 Abs.7 SGB IX und die Rehabilitationsträger und das Integrationsamt gemäß § 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch.

Das MASGF bezieht sich in ihrer Dienstvereinbarung (vgl. Anlage 8) auf den Datenschutz (Punkt 7). Dabei gelten die jeweils datenschutzrechtlichen Bestimmungen und nur das Integrationsteam hat Einsicht in die persönlichen Daten; in anderweitigen Fällen wird der Betroffene im Vorfeld informiert und dessen Einwilligung eingeholt. Sämtliche Dokumentationen werden in einer Sachakte unabhängig von der Personalakte aufgehoben, die zwei Jahre nach Ablauf des BEM vernichtet wird.

2.3 Das Integrationsteam

Der Gesetzgeber hat der Interessenvertretung im Sinne des § 93 SGB IX und bei schwerbehinderten Menschen der Schwerbehindertenvertretung die Möglichkeit eingeräumt, zusammen mit dem Arbeitgeber und dem Betroffenen Maßnahmen zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit zu

⁷⁶ Dalitz, Beitrag 3/2006, S. 3.

finden. Weiterführend haben sie das Recht, selbst eine Klärung herbeizuführen und über den Arbeitgeber zu wachen, dass dieser seiner Pflicht nachkommt⁷⁷. Die Interessenvertretung kann einen Anstoß zum BEM geben, gemäß § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB IX für die Schwerbehindertenvertretung und § 68 Abs. 1 Nummern 1, 3 und 4 BPersVG für den Personalrat. Im Rahmen der Überwachungspflicht nach § 84 Abs. 2 Satz 7 SGB IX erfahren der Personalrat und die Schwerbehindertenvertretung, wann ein Beschäftigter länger als sechs Wochen innerhalb eines Jahres arbeitsunfähig ist⁷⁸.

Es kann auch ein Integrationsteam gebildet werden, das aus den innerbetrieblichen Akteuren besteht. Diese sind die Gesundheitspartner der Dienststelle und bilden das Kernteam des BEM. In dem Integrationsteam sollen fallbezogene aber auch allgemeine Rehabilitationsaspekte geklärt werden⁷⁹.

Das MASGF hat für den gesamten Ablauf des BEM ein Integrationsteam gebildet, das aus einer Person des Personalreferats, einem Mitglied des Personalrats, der Beauftragten des Arbeitgebers in Schwerbehindertenangelegenheiten und der Vertrauensfrau der Schwerbehinderten besteht⁸⁰. Der Dienstherr übertrug somit alle Aufgaben in Bezug auf das BEM diesem Integrationsteam. Die Krankheits- und Fehlzeiten erfährt das Team ohne vorherige Zustimmung des Betroffenen, für alle weiteren Maßnahmen wird die Zustimmung eingeholt. Das BEM ist ein Verfahren das auf gegenseitiges Vertrauen beruht. Durch die Einführung eines Integrationsteams kann der Betroffene sich darauf verlassen, dass sein direkter Vorgesetzter von dem Verfahren nichts erfährt.

⁷⁷ Siehe § 84 Abs. 2 Satz 2, 6, 7 SGB IX.

⁷⁸ Vgl. Seel, Ernst/Adlhoch/Seel, § 84 Abs. 2 SGB IX, Rdn. 82, 83.

⁷⁹ Vgl. Timm, Umgang mit chronischen Erkrankungen im Betrieb – Bausteine für ein betriebliches Integrationsmanagement, in: Fehlzeiten – Report 2006, S. 154.

⁸⁰ Siehe Punkt 4 der Dienstvereinbarung des MASGF.

2.4 Die Rolle des Betroffenen

Von der Zustimmung des Betroffenen hängt das Verfahren des BEM ab, daher wird ihm eine ganz zentrale Rolle zuteil. Die gesamte Belegschaft soll deshalb das BEM akzeptieren. Nur durch eine Transparenz für alle Mitarbeiter kann das Verfahren erfolgreich durchgeführt werden⁸¹. Das Vertrauen in die betriebliche Eingliederung, aber auch die Bereitschaft der Mitarbeiter ein solches Verfahren durchzuführen, sind von großer Bedeutung⁸². Es darf nicht vergessen werden, dass die Betroffenen krank sind und ihren Arbeitsplatz in Gefahr sehen. Der Arbeitnehmer kann das BEM einfordern und im äußersten Fall auch einklagen⁸³.

In der Literatur wird diskutiert, ob den Arbeitnehmer Mitwirkungspflichten treffen. Aus dem reinen Gesetzeswortlaut lässt sich in dieser Hinsicht nichts entnehmen, der Beschäftigte hat lediglich eine Beteiligungsberechtigung und es besteht ein Zustimmungsbedürfnis. Der Gesetzesbegründung zufolge wird zwar eine Trennung zwischen dem Erkrankten und dem Arbeitgeber gemacht, aber nur der Arbeitgeber erhält eine Verpflichtung, sodass auch aus dieser Sicht keine Mitwirkungspflichten für den Betroffenen erkennbar sind⁸⁴. Diese Pflichten könnten sich aber aus dem „Arbeitsvertrag, Betriebsvereinbarungen oder aus Treu und Glauben ergeben“⁸⁵.

Ein Arbeitnehmer hat wie oben beschrieben arbeitsvertragliche Nebenpflichten, zum Beispiel, bei plötzlicher Erkrankung rechtzeitig den Arbeitgeber zu informieren oder drohende Schäden anzuzeigen. Hier hat der Arbeitnehmer Mitwirkungspflichten zur Schadensabwägung. Auch bei langanhaltenden Erkrankungen könnten Schäden durch Fehlzeiten ein-

⁸¹ Vgl. Mehrhoff, Soziale Sicherheit, S. 318 (319).

⁸² Vgl. Gagel, NZA, 24/2004, S. 1359 (1360).

⁸³ Ebenda, S. 1361.

⁸⁴ Vgl. Wolf, Die Mitwirkungspflicht des Arbeitnehmers bei Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX, in: Diskussionsforum B, Beitrag 1/2008, www.igpr.de, S. 3.

⁸⁵ Gagel, NZA, 24/2004, S. 1359 (1361).

treten. Das Unternehmen muss die Möglichkeit haben, den Einsatzplan im Voraus erstellen zu können und die Vertreter der Erkrankten müssen benachrichtigt werden. So kann eine Mitwirkungspflicht aus arbeitsrechtlicher Treuepflicht bejaht werden⁸⁶. Dieser Ansatz übersieht die „kollidierenden Interessen auf beiden Seiten“⁸⁷, da das Recht auf Selbstbestimmung nicht durch Nebenpflichten außer Kraft gesetzt werden kann. Bei einem Gespräch zum BEM ist es von großer Bedeutung, dass der Arbeitnehmer Details über seine Erkrankung preisgibt. Aber der Arbeitnehmer muss keine Informationen über seine Krankheitsursachen gegenüber dem Arbeitgeber machen. Hierbei ist eine Interessenabwägung zu treffen, ob die Interessen des Arbeitgebers mehr ins Gewicht fallen, als die Rechte des Arbeitnehmers. Der Arbeitnehmer ist nur dann zur Aufklärung verpflichtet, wenn es nicht unverhältnismäßig in sein Persönlichkeitsrecht eingreift. Doch dieser Eingriff ist der Fall, somit besteht aus dieser Sicht keine Aufklärungspflicht⁸⁸.

Der Arbeitnehmer hat in bestimmten Krankheitsfällen Auskunftspflicht gegenüber seinem Arbeitgeber zu erbringen zum Beispiel bei Ansteckungskrankheiten. Aber es dürfte keine allumfassende Mitwirkungspflicht des Arbeitnehmers daraus resultieren, da sonst der Ausnahmecharakter entfällt⁸⁹. Wenn es aber die Möglichkeit gibt, dass ein Dritter mit dem betroffenen Arbeitnehmer über die Erkrankung spricht und die Geheimhaltung der Details wahrt, können die eben beschriebenen Bedenken ausgeräumt werden.

Grundsätzlich hat der Arbeitnehmer somit keine Auskunftspflicht gegenüber seinem Arbeitgeber. Doch es kann nicht gesagt werden, dass der Arbeitnehmer sich komplett den Gesprächen im Rahmen des BEM entziehen kann, mit dieser passiven Haltung schadet sich der Betroffene selbst. Wenn er am BEM nicht teilnimmt oder es an einem Punkt abbricht,

⁸⁶ Vgl. Wetzling/Habel, Betriebliches Eingliederungsmanagement und Mitwirkung des Mitarbeiters, in: NZA 2007, Heft 20, S. 1129 (1130).

⁸⁷ Wolf, Beitrag 1/2008, S. 5.

⁸⁸ Vgl. Wolf, Beitrag 1/2008, S. 4.

⁸⁹ Ebenda S. 4.

hat dies „keine unmittelbaren Folgen“⁹⁰. Im Fall einer krankheitsbedingten Kündigung kann er sich jedoch nicht auf ein fehlendes BEM berufen, denn er selbst hat sich allen Maßnahmen zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeitszeiten entzogen.

Ein Arbeitnehmer muss sich so verhalten, dass er bald wieder gesund wird, seine Heilung nicht verzögert oder die Krankheit verschlimmert; er trägt dieses Risiko, wenn Maßnahmen nicht umgesetzt werden können⁹¹. Die günstigste Variante, so wie sie auch im MASGF genutzt wird, ist, dass ein Dritter, also das Integrationsteam, die Gespräche mit dem Betroffenen durchführt. So stellt sich nicht die Frage der Auskunftspflicht gegenüber dem Arbeitgeber.

2.5 Die Maßnahmenplanung

Mit Beteiligung des Betroffenen werden Maßnahmen geplant, mit welchen die Arbeitsunfähigkeit überwunden werden kann. An diesem Punkt wird das Verfahren des BEM genau auf den Betroffenen zugeschnitten, hier ist nur der Einzelfall entscheidend. Eventuell muss auf verschiedene Behinderungen oder Erkrankungen Rücksicht genommen werden. Deshalb ist die Anwesenheit des betreffenden Beschäftigten bei diesem Gespräch wichtig. Im MASGF wird eine Dokumentation über die Maßnahmen in einem Maßnahmenkatalog schriftlich festgehalten.

Einer Arbeitsunfähigkeit soll vorgebeugt werden (Prävention), eine bestehende Arbeitsunfähigkeit soll überwunden werden (Rehabilitation) und der Arbeitsplatz soll später erhalten bleiben (Integration)⁹²; diese drei Gesichtspunkte werden in der Maßnahmenplanung vereinbart. Es muss ein Augenmerk auf den Erhalt der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter gelegt werden, aber auch die Prävention muss weiter vorangetrieben werden.

⁹⁰ Seel, Ernst/Adlhoch/Seel, § 84 Abs. 2 SGB IX, Rdn. 81.

⁹¹ Vgl. Seel, Ernst/Adelhoch/Seel, § 84 Abs. 2 SGB IX, Rdn. 81.

⁹² Vgl. Britschgi, S. 23.

Dies kann mit Hilfe externer Partner geschehen⁹³. Das große Ziel ist die Sicherung des Arbeitsplatzes.

2.5.1 Innerbetriebliche Maßnahmen

Der Arbeitgeber hat vom Gesetzgeber die Pflicht erhalten, das BEM durchzuführen, also sollte dieser auch die Initiative ergreifen. Eingliedern statt ausgliedern heißt die Devise⁹⁴. Leistungen im Betrieb werden im Gegensatz zu den Leistungen zur stationären Rehabilitation vorrangig berücksichtigt⁹⁵. Das MASGF hat in ihrer Dienstvereinbarung Maßnahmen zur Eingliederung festgehalten, die sich auf den Einzelfall abstimmen und ändern lassen. Maßnahmen wie *Arbeitsplatzgestaltung* und *Qualifizierung* einzelner Mitarbeiter sind Schwerpunkte genauso wie Angebote zur Verhaltensprävention, zur Gesundheitsförderung oder Änderungen in der Arbeitszeit⁹⁶. Das MASGF verfügt im gesamten Haus über barrierefreie Zugänge, sodass im Rollstuhl sitzende Mitarbeiter an ihren Arbeitsplatz gelangen können. Es gibt Vorbereitungen zur Möglichkeit der *Wohnraumarbeit* beziehungsweise zur *Telearbeit*. Ebenso wie *Veränderungen der Arbeitsorganisation*, können die Betroffenen Maßnahmen wahrnehmen, die zur Konfliktbewältigung am Arbeitsplatz vorhanden sind.

Die innerbetrieblichen Maßnahmen werden entsprechen § 81 Abs. 4 SGB IX durchgeführt. Obwohl dieser Paragraph nur für schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 2 Abs. 2 SGB IX gilt, kann diese Vorschrift auf arbeitsunfähige Beschäftigte analog angewendet werden. Zusätzlich zu *räumlichen oder baulichen Veränderungen* des Arbeitsplatzes sowie *Veränderungen der Arbeitszeit* können inhaltliche, konzeptionelle Veränderungen der Beschäftigung in Betracht gezogen werden.

⁹³ Vgl. Mehrhoff, Soziale Sicherheit 10/2005, S. 318 (319).

⁹⁴ Vgl. Mehrhoff, Fehlzeiten – Report 2006, S. 131.

⁹⁵ Siehe § 19 Abs. 2 SGB IX.

⁹⁶ Siehe Dienstvereinbarung des MASGF.

Die Beschäftigung soll nach den Fähigkeiten des betroffenen Mitarbeiters gestaltet sein. Es soll für denjenigen eine Tätigkeit entsprechend seiner körperlichen Verfassung gefunden werden, nicht irgendeine⁹⁷. Auch *technische Hilfsmittel* können im Rahmen der innerbetrieblichen Maßnahmenfindung Abhilfe schaffen. Diese sollten vorhanden sein, um Restfähigkeiten zu nutzen und zu unterstützen. Sie dienen zur Entlastung und Erleichterung der Tätigkeiten⁹⁸. Wenn jemand eine Sehschwäche hat, ist ein größerer Computerbildschirm die Option zur enormen Erleichterung der täglichen Arbeit. Auch sind Hebe- oder Stehhilfen als technische Hilfsmittel möglich⁹⁹.

Des Weiteren ist *Teilzeit* im Sinne § 81 Abs. 5 SGB IX eine innerbetriebliche Maßnahme in einem Unternehmen. Gemäß § 81 Abs. 5 Satz 3 SGB IX ist eine kürzere Arbeitszeit möglich, wenn wegen Art und Schwere der Behinderung dies notwendig ist. Dabei ist eine Mindestbetriebsgröße nicht erforderlich, ebenso wenig wie eine mindestens sechsmonatige Betriebszugehörigkeit¹⁰⁰. Doch die Zumutbarkeit und Verhältnismäßigkeit nach § 81 Abs. 4 Satz 3 gilt auch an dieser Stelle¹⁰¹, aber es bestehen weder Form- noch Fristvorschriften¹⁰². Ob derjenige, der in einem Teilzeitbeschäftigungsverhältnis nach § 81 Abs. 4 SGB IX steht, seine Arbeitszeit nach dem Wegfall der Behinderung erhöhen kann, ist noch nicht eindeutig geklärt. Diese Möglichkeit könnte nach § 9 Teilzeit- und Befristungsgesetz bestehen. Einige Autoren nehmen an, dass eine solche Verlängerung ausgeschlossen sei¹⁰³. Es sei denn, die Gesundheit würde sich erheblich verbessern, so dass eine Teilzeitbeschäftigung nicht

⁹⁷ Vgl. Dopatka/Ritz, § 81 SGB IX in: Bihr, D./Fuchs, H./Krauskopf, D./Ritz, H.-G. (Hrsg.): SGB IX, Kommentar und Praxishandbuch, Sankt Augustin 2006, Rdn. 30 (im weiteren: SGB IX).

⁹⁸ Vgl. Dopatka/Ritz, SGB IX, § 81 SGB IX, Rdn. 34.

⁹⁹ Vgl. Dopatka/Ritz, SGB IX, § 81 SGB IX, Rdn. 34; Trenk-Hinterberger, HK-SGB IX, § 81 SGB IX, Rdn. 45.

¹⁰⁰ Vgl. Dopatka/Ritz, SGB IX, § 81 SGB IX, Rdn. 37; Rolfs, ErfK, § 81 SGB IX, Rdn. 20.

¹⁰¹ Ebenda.

¹⁰² Vgl. Trenk-Hinterberger, HK-SGB IX, § 81 SGB IX, Rdn. 47.

¹⁰³ Vgl. Rolfs, ErfK, § 81 SGB IX, Rdn. 21.

mehr notwendig ist. Andere Autoren sehen darin Einzelfälle, die in § 9 Teilzeit- und Befristungsgesetz Anwendung finden¹⁰⁴.

Auch *Übertragungen anderer Aufgaben* oder gar die *Umsetzung* innerhalb des Unternehmens sind Maßnahmen zur Arbeitserleichterung. Innerbetriebliche Maßnahmen sind jedoch von Unternehmen zu Unternehmen unterschiedlich, da immer andere Voraussetzungen vorhanden sind und die Erkrankungen unterschiedliche Formen aufweisen. Jedes Unternehmen sollte deshalb immer im Vorfeld prüfen, was vorhanden ist und mit welchen Mitteln welche Ergebnisse erreicht werden können.

2.5.2 Die stufenweise Wiedereingliederung¹⁰⁵

Durch die zeitlich gestaffelte Wiederaufnahme der Tätigkeit soll der Arbeitnehmer wieder an die Belastungen seines Arbeitsplatzes herangeführt werden. So sollen Versicherte ihre bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen, um erneut in das Erwerbsleben eingegliedert zu werden. Durch die gesetzliche Einordnung in das 4. Kapitel des SGB IX wird deutlich, dass es sich um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation handelt. Doch die stufenweise Wiedereingliederung stellt keine Anspruchsgrundlage dar, sodass es sich nicht um eine eigenständige Leistung handelt¹⁰⁶. Sie soll im Rahmen der medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation entsprechend der dazugehörigen Zielsetzungen erbracht werden¹⁰⁷. Es ist eine Abgrenzung zur früheren reinen betriebsbezogenen Maßnahme nach § 74 SGB V zu treffen¹⁰⁸. Die stufenweise Wiedereingliederung eröffnet allen Leistungsträgern eine Flexibilisierung in der Praxis der Rehabilitation¹⁰⁹.

¹⁰⁴ Vgl. Dopatka/Ritz, SGB IX, § 81 SGB IX, Rdn. 40.

¹⁰⁵ Bezugnehmend auf § 28 SGB IX.

¹⁰⁶ Vgl. Stähler, HK-SGB IX, § 28 SGB IX, Rdn. 11.

¹⁰⁷ Siehe § 28 SGB IX.

¹⁰⁸ Vgl. Stähler, HK-SGB IX, § 28 SGB IX, Rdn. 3.

¹⁰⁹ Ebenda Rdn. 5.

Ziel einer stufenweise Wiedereingliederung ist es, dass der Betroffene nach einer länger andauernden Krankheit die tägliche Arbeitszeit steigern kann. Die Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit soll gefördert und der Arbeitsentwöhnung entgegengewirkt werden¹¹⁰. Dies geschieht auf Grundlage eines Wiedereingliederungsplans, bei dem unter ärztlicher Überwachung die Arbeitszeit und die Arbeitsbelastung nach medizinischen, arbeitsphysiologischen und psychologischen Gesichtspunkten erhöht wird. Die Erhöhung kann individuell erreicht werden. Dabei sind gesundheitliche und persönliche Faktoren ebenso zu berücksichtigen, wie organisatorische Möglichkeiten im Betrieb¹¹¹. Grundlage ist, dass der Arbeitnehmer auf diese Weise „voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert“¹¹² werden kann.

Gemäß § 28 SGB IX muss der Arbeitnehmer, der die stufenweise Wiedereingliederung in Anspruch nimmt, weiterhin arbeitsunfähig sein, nach ärztlicher Feststellung könnte er seine bisherige Tätigkeit ausüben und die Prognose über die Wiedereingliederung muss günstig ausfallen¹¹³. Die Prognose setzt die Bereitschaft des Betroffenen zur Teilnahme und die ärztliche Zustimmung in Hinblick auf die gesundheitliche Leistung voraus¹¹⁴. Dafür muss im Vorfeld die Art und der Umfang der Teilbeschäftigung bescheinigt werden und es muss klargestellt werden, wann die ärztliche Überwachung der Maßnahme stattfindet¹¹⁵. Es ist wichtig, dass der Arzt nach seiner Erfahrung und Ausbildung den Arbeitsplatz des Betroffenen hinsichtlich der Belastungen richtig beurteilen kann¹¹⁶.

¹¹⁰ Vgl. Gagel/Schian/Schian/Dalitz, Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, in: Diskussionsforum B, Beitrag 9/2005, www.iqpr.de, S. 2.

¹¹¹ Vgl. Stähler, HK-SGB IX, § 28 SGB IX, Rdn. 8.

¹¹² § 28 SGB IX.

¹¹³ Vgl. Gagel/Schian/Schian/Dalitz, Beitrag 9/2005, S. 4.

¹¹⁴ Vgl. Stähler, HK-SGB IX, § 28 SGB IX, Rdn. 12.

¹¹⁵ Vgl. Gagel/Schian/Schian/Dalitz, Beitrag 9/2005, S. 4.

¹¹⁶ Vgl. Fuchs, § 28 SGB IX in: Bihr, D./Fuchs, H./Krauskopf, D./Ritz, H.-G. (Hrsg.): SGB IX, Kommentar und Praxishandbuch, Sankt Augustin 2006, Rdn. 4.

Auch muss der Betroffene arbeitsunfähig infolge Krankheit¹¹⁷ sein, denn nur dieser Personenkreis kann an der stufenweise Wiedereingliederung teilnehmen. Die Arbeitsunfähigkeit muss auch während der Wiedereingliederung fortbestehen. Fraglich ist, an wen sich diese Vorschrift richtet.

Zunächst ist es Sache der Leistungsträger, dass diese die stufenweise Wiedereingliederung durch Zahlungen von Sozialleistungen ermöglichen und eventuell mit anderen Trägern nach Maßgabe des § 10 SGB IX zusammenzuwirken. Aber auch der Arbeitgeber ist in der Pflicht im Rahmen des BEM alle zumutbaren Möglichkeiten zur Eingliederung eines kranken Beschäftigten zu prüfen. Somit ist die stufenweise Wiedereingliederung auch seitens des Arbeitgebers mitwirkungspflichtig. Er muss die Wiedereingliederung ermöglichen, „soweit sie ärztlich empfohlen und ihm zumutbar ist“¹¹⁸. Die Wiedereingliederung ist nicht durch eine andere Maßnahme zu ersetzen und die Belastungen des Arbeitgebers sind nicht hoch. Organisatorische Probleme könnten auftreten, es ist die Abwägung zu treffen, ob dies zumutbar ist. Die Gesundheit des Arbeitnehmers und die Verantwortung des Arbeitgebers sind bei der Beurteilung der Interessenabwägung zur Fürsorgepflicht von großer Bedeutung. Dem Arbeitgeber wird die Pflicht auferlegt, als „Bestandteil der Fürsorgepflicht“¹¹⁹ die stufenweise Wiedereingliederung zu ermöglichen.

Der Arbeitgeber ist nicht verpflichtet Arbeitsentgelt zu zahlen, da bei der Wiedereingliederung eine therapeutische Zielerreichung im Vordergrund steht. Es besteht somit ein sozialrechtliches Rechtsverhältnis eigener Art und kein Arbeitsverhältnis mit reduzierten Anforderungen oder versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis¹²⁰. Aus der Erfüllung des Rechtsverhältnis eigener Art entstehen keine Hauptpflichten. Zur

¹¹⁷ Siehe Punkt 2.1.1 der Diplomarbeit.

¹¹⁸ Gagel/Schian/Schian/Dalitz, Stufenweise Wiedereingliederung, Voraussetzungen und Möglichkeiten, in: Diskussionsforum B, Beitrag 6/2004, www.iqpr.de, S. 4.

¹¹⁹ Gagel/Schian/Schian/Dalitz, Beitrag 9/2005, S. 5.

¹²⁰ Vgl. Gagel/Schian/Schian/Dalitz, Beitrag 9/2005, S. 2; Gagel/Schian/Schian/Dalitz, Beitrag 6/2004, S. 3; Stähler, HK-SGB IX, § 28 SGB IX, Rdn. 13.

Diskussion stehen Nebenpflichten, die sich ergeben können. Das Wiedereingliederungsverhältnis stützt sich auf die Verrichtung der Tätigkeit des Arbeitnehmers und der Arbeitgeber hat Weisungsrechte in Bezug auf diese zu verrichtende Arbeit. Grenzen werden nur durch die ärztliche Überwachung gesetzt. Ansonsten kann der Vertrag frei und flexibel organisiert werden. Auch besteht die Möglichkeit innerhalb diesen Vertrages Ruhetage oder Zuschüsse zur Sozialleistung zu regeln. Somit sind auch die Nebenpflichten deutlich. Treue- und Verschwiegenheitspflichten sind auf Seiten des Arbeitnehmers ebenso zu beachten, wie Fürsorge-, Schutz- und Informationspflichten¹²¹. Im Rechtsverhältnis mit therapeutischer Zielsetzung besteht Versicherungsfreiheit.

Der Arbeitgeber kann mit dem Arbeitnehmer auch neben dem bestehenden Arbeitsvertrag ein Zweitarbeitsverhältnis abschließen. Dann besteht Versicherungspflicht in allen Sozialversicherungszweigen, dabei werden eventuelle Verdienste auf das Krankengeld angerechnet und es müssen die Hinzuverdienstgrenzen der Rentenversicherung berücksichtigt werden¹²².

Während der stufenweisen Wiedereingliederung kommen Unterhaltsicherungsleistungen der Rehabilitationsträger für die Betroffenen zum Tragen. Wenn der Arbeitnehmer aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit nicht mehr arbeiten kann, tritt die Krankenkasse für 78 Wochen (§ 48 SGB V) mit der Zahlung des Krankengeldes (§§ 44, 46 SGB V) ein. Das Krankengeld wird auch während der stufenweisen Wiedereingliederung gezahlt, aber eventuell geleistetes Arbeitsentgelt wird darauf angerechnet¹²³. Für den Fall, dass der Krankengeldanspruch erschöpft ist, greift die Rentenversicherung. Diese zahlt Übergangsgeld (§§ 20, 21 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch) als ergänzende Leistung im Sinne des § 44 Abs. 1 SGB IX. Die Weiterzahlung des Übergangsgeldes bis zum Ende der stufenweisen Wiedereingliederung wird durch § 51 Abs. 5 SGB IX

¹²¹ Vgl. Gagel/Schian/Schian/Dalitz, Beitrag 9/2005, S. 3; Stähler, HK-SGB IX, § 28 SGB IX, Rdn. 13.

¹²² Vgl. Gagel/Schian/Schian/Dalitz, Beitrag 6/2004, S. 7.

¹²³ Vgl. Stähler, HK-SGB IX, § 28 SGB IX, Rdn. 14.

gesichert, wenn diese unmittelbar im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgt.

Eine gezahlte Rente aus der Unfallversicherung bleibt von der stufenweisen Wiedereingliederung unberücksichtigt.

Beim Anspruch auf Arbeitslosengeld während der Eingliederung ist die Lebensunterhaltssicherung problematischer. Schwierigkeiten ergeben sich nicht bei der Beschäftigungslosigkeit, die eine Anforderung des § 119 Abs. 1 Nummer 1 SGB III ist, sondern bei der Verfügbarkeit im Sinne des § 119 Abs. 1 Nummer 3 SGB III. Jeder, der mindestens 15 Stunden in der Woche auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten kann und diese Beschäftigung annimmt und der zeit- und ortsnah Folge leistet, steht der Arbeitsvermittlung zur Verfügung. Der Arbeitslose muss Eigenbemühungen nachweisen, damit sein Anspruch auf Arbeitslosengeld weiter Bestand hat. Diese Voraussetzungen erfüllt kein Arbeitnehmer, der an einer stufenweisen Wiedereingliederung teilnimmt¹²⁴.

Die stufenweise Wiedereingliederung ist auch kein Tatbestand der Ausnahmenregelung § 120 SGB III. Mit dieser Schwierigkeit hat sich das Bundessozialgericht auseinandergesetzt. Mit dem Urteil¹²⁵ vom 21.03.2007 wurde entschieden, dass Arbeitslosengeld weiter gezahlt werden muss, wenn als Grundlage der § 125 Abs. 1 SGB III in Betracht gezogen wurde und der Betroffene jetzt die stufenweise Wiedereingliederung in Anspruch genommen hat. Dies ändert nichts an der Fiktion der Verfügbarkeit des Arbeitslosen, obwohl die Beschäftigungslosigkeit weg fällt. Es handelt sich um ein Rechtsverhältnis eigener Art und nicht um ein Beschäftigungsverhältnis handelt (siehe oben), somit besteht die fingierte Verfügbarkeit nach § 125 Abs. 1 SGB III auch während einer stufenweisen Wiedereingliederung und das Arbeitslosengeld muss bis zur Aufnahme der Vollzeittätigkeit weitergezahlt werden.

Leider kann die stufenweise Wiedereingliederung nicht erfolgen, wenn eine volle Wiederherstellung der Arbeitsleistung nicht zu erwarten ist oder eine andere Tätigkeit geeigneter erscheint. Denkbar ist auch, dass die

¹²⁴ Vgl. Gagel/Schian/Schian/Dalitz, Beitrag 6/2004, S. 5.

¹²⁵ Bundessozialgericht (BSG), 21.03.2007, B 11a AL 31/06 R.

stufenweise Wiedereingliederung in einem anderen Betrieb erfolgreicher sein kann. Zu diesem Zweck sollten eigene Verträge abgeschlossen werden, entweder als freie Verträge oder auf Grundlage des § 28 SGB IX.

2.5.3 Gemeinsame Servicestellen

Ein Betroffener kann unter normalen Umständen nicht wissen, welche Leistungen für ihn in Betracht kommen können und welcher Leistungsträger zuständig ist. Ebenso kann es sein, dass verschiedene Leistungen in Frage kommen. Um in solchen Situationen schnell und effektiv handeln zu können, hat der Gesetzgeber den Rehabilitationsträgern die Aufgabe gestellt, sogenannte „Gemeinsame Servicestellen“ einzurichten. Unter Nutzung der bisher bestehenden Strukturen muss eine Servicestelle in allen Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet werden. Es soll keine neue Behörde geschaffen werden, sondern diese Aufgabe sollen sich die Rehabilitationsträger des § 6 Abs. 1 SGB IX teilen¹²⁶. Die Verbände der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung und die Bundesanstalt für Arbeit haben sich im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in der „Rahmenempfehlung zur Errichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation“¹²⁷ vom 27.4.2001 darauf geeinigt, dass die Federführung der Gemeinsamen Servicestelle bei der ansässigen Deutschen Rentenversicherung liegt¹²⁸. Bei kleineren Landkreisen ist eine Zusammenlegung von Servicestellen möglich. Die Verwaltungsstrukturen der Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg sind gemäß § 23 Abs. 1 Satz 3 SGB IX zu berücksichtigen. Das oberste Kriterium ist die ortsnahe Beratung und Unterstützung, deshalb kann es in einigen Landkreisen mehrere Servicestellen geben, wenn die Ortsnähe nicht gegeben ist.

¹²⁶ Vgl. Welti, NZS 12/2006, S. 623 (627).

¹²⁷ Diese Rahmenvereinbarung wurde zum 01.01.2008 neu verfasst, in der Anlage 18 ist die Vereinbarung vom 01.01.2008 angehängt.

¹²⁸ Vgl. Frank, S. 34; Seiter, Ernst/Adlhoch/Seel, § 23 SGB IX, Rdn. 5,6.

Die Gemeinsamen Servicestellen müssen mit qualifiziertem Personal ausgestattet werden, ebenso dürfen keine Kommunikations- und Zugangsbarrieren bestehen. Neben der Vermeidung von langen Wartezeiten, besteht die Möglichkeit, eine solche Beratung auch in der Wohnung des behinderten Menschen durchzuführen¹²⁹. § 23 Abs. 4 SGB IX stellt sicher, dass ausschließlich die persönlichen Daten erhoben und verarbeitet werden, die zur Aufgabenerfüllung notwendig sind.

Neben allgemeinen Informationen zu Leistungsarten wird gezielt auf die rasche Klärung der Rehabilitationsbedürftigkeit des Einzelnen eingegangen. Eine zentrale Aufgabe der Gemeinsamen Servicestelle ist es, Informationen über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen, Hilfen im Arbeitsleben und Verwaltungsabläufe zu geben, die individuell und umfassend erfolgen. Das Rehabilitationssystem soll für den Betroffenen transparenter und nachvollziehbar werden. Ebenso soll der Rehabilitationsbedarf und die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger geklärt werden und die Antragsaufnahme und -weiterleitung ist eine Aufgabe der Gemeinsamen Servicestelle. Zur Verfahrensbeschleunigung soll die Gemeinsame Servicestelle den Rehabilitationsträger informieren, wenn ein Gutachten erforderlich ist. Auch eine Entscheidungsvorbereitung soll umfassend und unverzüglich gemacht werden, da eine zügige Entscheidungsfindung oberste Priorität und Ziel ist. Mehrere Träger der Rehabilitation können an einer Leistung beteiligt sind, an diesem Punkt tritt die Gemeinsame Servicestelle als Moderator auf. Eine ihrer wichtigsten Aufgaben der ist die Unterstützung und Beratung der Betroffenen. Dabei soll der Betroffene motiviert werden und auf eine eventuelle Maßnahme vorbereitet werden. Zum Beispiel können auch Maßnahmen zur Reduzierung eines möglichen Übergewichts von den Gemeinsamen Servicestellen unterstützt werden¹³⁰.

¹²⁹ Vgl. Stähler/Welti, HK-SGB IX, § 23 SGB IX, Rdn. 11.

¹³⁰ § 22 Abs. 1 Satz 2 SGB IX; vgl. Fuchs, SGB IX, § 22 SGB IX, Rdn. 10 – 19; Seiter, Ernst/Adlhoeh/Seel, § 22 SGB IX, Rdn. 13 - 20; Stähler/Welti, HK-SGB IX, Rdn. 5 – 9.

Durch die Einrichtung einer Gemeinsamen Servicestelle bleibt die Beratungspflicht nach § 14 SGB I bestehen. Es werden lediglich die Vorschriften der Auskunfts- und Beratungspflicht des SGB I ergänzt.

Die Berechtigten sind behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, deren Vertrauenspersonen und die Personenberechtigten¹³¹. Somit wäre die Gemeinsamen Servicestelle nicht beim BEM zuständig. Doch der Gesetzgeber hat dem entgegengewirkt, indem er in § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB IX explizit auf die Gemeinsame Servicestelle hinweist. Dementsprechend ist die Beratungspflicht der Gemeinsamen Servicestelle auf Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber, die am BEM mitwirken, ausgeweitet.

2.5.4 Maßnahmen externer Partner

Der Schwerpunkt des BEM wird auf innerbetriebliche Maßnahmen und deren positive Auswirkungen auf den Betroffenen gelegt. Für den Fall, dass diese Maßnahmen nicht ausreichen oder zur weiteren Unterstützung, kann das Integrationsteam Hilfe von externen Partnern in Anspruch nehmen. Unterstützung kann gemäß § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB IX von den Gemeinsamen Servicestellen und bei schwerbehinderten Betroffenen auch von den Integrationsämtern erbracht werden. Die Gemeinsamen Servicestellen, die Integrationsämter und die Rehabilitationsträger, haben wiederum die Aufgabe, den Arbeitnehmern und den Arbeitgebern Unterstützung anzubieten¹³². Die Rehabilitationsträger sollen Leistungen nach § 5 SGB IX erbringen. Darunter fallen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltsichernde und ergänzende Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Diese Leistungen sollen eine mögliche Behinderung abwenden, beseitigen oder mindern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit überwinden, die Teilhabe am Arbeitsleben sichern und

¹³¹ Siehe § 22 Abs. 1 Satz 1 SGB IX.

¹³² Vgl. Seel, Ernst/Adlhoch/Seel, § 84 SGB IX, Rdn. 94.

die persönliche Entwicklung fördern¹³³, sodass behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen auf Dauer in das Erwerbsleben und in das Leben der Gesellschaft eingegliedert werden.

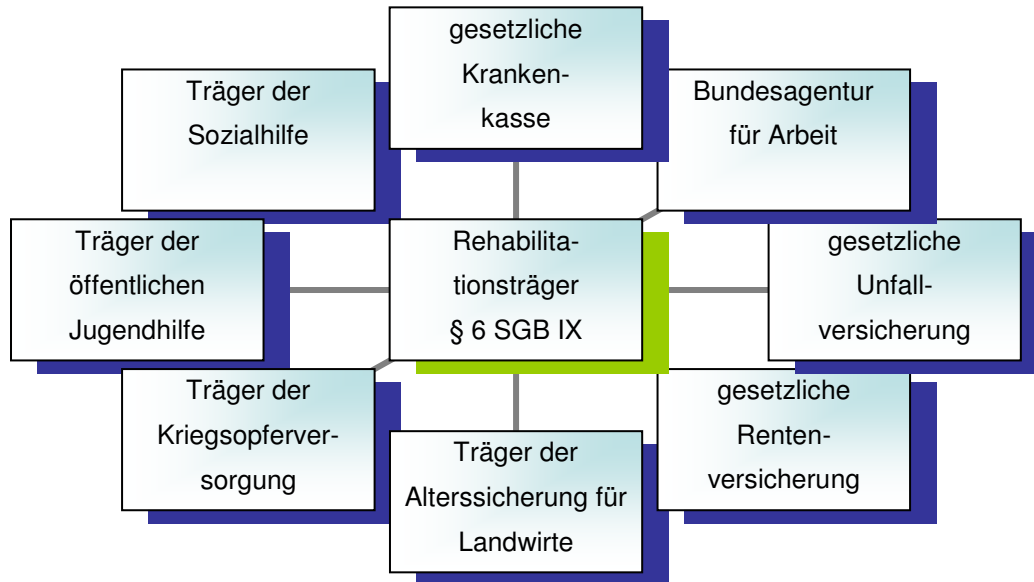


Abbildung 3: Die Träger der Leistungen zur Teilhabe

Quelle: eigene Darstellung nach § 6 Abs. 1 SGB IX

Abbildung 3 zeigt die Leistungsträger, die grundsätzlich Leistungen erbringen. Dabei ist zu beachten, dass die einzelnen Träger unterschiedliche Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen haben.

Die **Träger der gesetzlichen Krankenversicherungen** erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Krankengeld und ergänzende Leistungen wie Reisekosten oder eine Haushaltshilfe. Träger sind unter anderem Innungs-, Orts- oder Ersatzkrankenkassen.

Die **Bundesagentur für Arbeit**, zuständig für Arbeitsförderung und Grundsicherung für Arbeitssuchende, erbringt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Übergangsgeld und Ausbildungsgeld. Gemäß § 16 Abs. 1 Satz 2 Zweites Buch Sozialgesetzbuch führt es für Leistungsberechtigte der Grundsicherung zur Leistungserbringung nach dem SGB III.

Beim Vorliegen einer Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalls sind immer die **Träger der gesetzlichen Unfallversicherung** zuständig. Diese wären

¹³³ Siehe § 4 Abs. 1 SGB IX.

zum Beispiel die gewerbliche Berufsgenossenschaft, die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft oder die Unfallkasse der Länder und Gemeinden. Bei Vorliegen einer Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalls hat die gesetzliche Unfallversicherung immer Vorrang vor den anderen Leistungsträgern. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben werden genauso erbracht wie Verletzten- oder Übergangsgeld, ergänzende Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Bei den **Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung** müssen die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen der §§ 10, 11 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt sein, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, sonstige Leistungen und Übergangsgeld erbracht werden können. Die Träger gliedern sich in die Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft - Bahn - See und in die Regionalträger auf.

Bei der **Alterssicherung für Landwirte** sind die landwirtschaftlichen Alterskassen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige und ergänzende Leistungen zuständig.

Wenn bei Gesundheitsschäden Kriegs- oder Wehrdienst, Kriegseinwirkung, Impfungen oder rechtswidrige Gewalt Ursache sind, dann greifen die **Träger der Kriegsopferversorgung** mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, Versorgungsgeld, Übergangsgeld, Unterhaltsbeihilfe und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden sind die Versorgungsämter, Landesversorgungsämter, orthopädische Versorgungsstellen und bei Schwerbehinderungen auch die Integrationsämter.

Alle Leistungen werden auch von den **Trägern der öffentlichen Jugendhilfe und Sozialhilfe** erbracht, diese sind jedoch allen anderen

Sozialleistungsträgern nachrangig. Die Träger sind örtliche (kreisfreie Städte und Landkreise) und überörtliche Träger¹³⁴.

In den folgenden Abschnitten gehe ich auf die wichtigsten Maßnahmen zur Rehabilitation näher ein. Jedes Sozialgesetzbuch hat einzelne Vorschriften über die Leistungserbringung, diese münden jedoch in das SGB IX, sodass ich nur darauf Bezug nehme. Ich lasse dabei Voraussetzungen der einzelnen Sozialleistungsträger außer Acht.

2.5.4.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden stationär oder ambulant erbracht. Es gibt hierbei keine Vorrangigkeit einer Leistungsart. Art, Dauer, Umfang und Leistungsort bestimmt der zuständige Sozialleistungsträger. Es sind die jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen der einzelnen Träger zu beachten. Bei jeder Maßnahme muss die Notwendigkeit und die Erforderlichkeit berücksichtigt werden¹³⁵. Notwendig sind die Maßnahmen, wenn ohne deren Einsatz der Erfolg nicht eingetreten wäre. Auch nachsorgende Leistungen können Rehabilitationsleistungen sein. Behinderungen und chronische Erkrankungen sollen abgewendet und beseitigt, sowie deren Verschlimmerung verhindert werden, ebenso sollen Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und eine mögliche Pflegebedürftigkeit vermieden werden¹³⁶. Chronische Erkrankungen liegen vor, wenn die jeweilige Krankheit, durch die sich funktionelle, körperliche und/oder psychosoziale Einschränkungen ergeben, mindestens ein Jahr besteht und ein hoher Bedarf an medizinischen Versorgungsleistungen vorhanden ist. Die Ziele der medizinischen Rehabilitation, die in § 26 Abs. 1 SGB IX enthalten sind, sollen durch alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erreicht werden. Alle Leistungen stehen den Betroffenen unter Berücksichtigung der

¹³⁴ Vgl. Welti, HK-SGB IX, § 6 SGB IX, Rdn. 1 – 31.

¹³⁵ Vgl. Stähler, HK-SGB IX, § 26 SGB IX, Rdn. 10.

¹³⁶ Siehe § 26 Abs. 1 SGB IX.

Rehabilitationsträger zur Verfügung¹³⁷. Durch den Einsatz von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation soll der Frühverrentung und der Pflegebedürftigkeit vorgebeugt werden¹³⁸. Ein frühzeitiger Einsatz geeigneter Maßnahmen ist entscheidend für den Erfolg. Doch nicht nur geeignete Maßnahmen sind von Bedeutung, auch geeignete Rehabilitationsdienste und -einrichtungen müssen vorhanden sein.

Der Maßnahmenkatalog nach § 26 Abs. 2 SGB IX ist nicht abgeschlossen, es sind nur die wichtigsten Leistungen genannt.

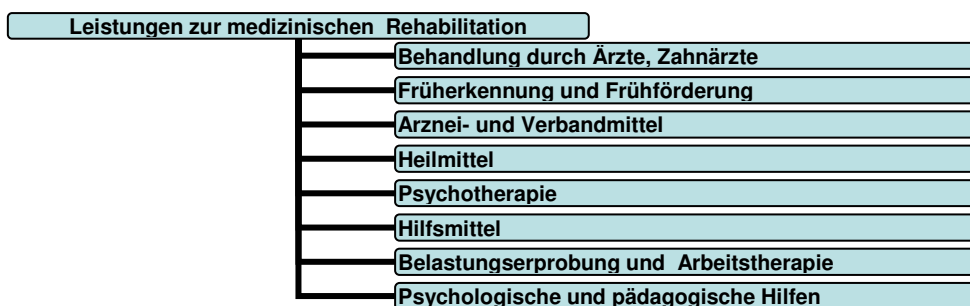


Abbildung 4: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Quelle: eigene Darstellung gemäß § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX

Die Ziele nach § 26 Abs. 1 SGB IX sollen erreicht werden und die Leistungen an sich sind „Muss-Leistungen“, demnach besteht ein einklagbarer Rechtsanspruch¹³⁹.

Unter *ärztlicher Behandlung* ist jede Form der Untersuchung, Beobachtung, Betreuung und Feststellung der Krankheitsursachen und des Umfangs zu verstehen. Dies kann auch von Angehörigen anderer Heilberufe zum Beispiel Physiotherapeuten oder Masseurinnen, durchgeführt werden. Bei einer stationären Unterbringung werden auch akute Krankheitsfälle mitbehandelt. Im Zuge der allgemeinen Mitwirkungspflichten eines Betroffenen gemäß §§ 60 – 67 SGB I sollen eigene Heilungskräfte entwickelt werden. Insbesondere die Gesundheitserziehung und das

¹³⁷ Vgl. Fuchs, SGB IX, § 26 SGB IX, Rdn. 7.

¹³⁸ Siehe § 26 Abs. 1 Nummer 2 SGB IX.

¹³⁹ Vgl. Stähler, HK-SGB IX, § 26 SGB IX, Rdn. 15.

dazugehörige Training sollen gefördert werden. Diese Änderung des Lebensstils geschieht während und nach der Rehabilitation.

Präventive Elemente und Vorsorgegesichtspunkte hat die Maßnahme der *Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder*¹⁴⁰. Diese Begrifflichkeiten werden im Gesetz nicht weiter definiert. Da es sich um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation handelt, sind alle allgemeinen Merkmale darauf anzuwenden.

Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehören auch *Arznei- und Verbandmittel*. Diese sollen ebenso wie die Heilmittel die Ursache der Behinderung beseitigen oder mildern oder die Verschlimmerung verhindern. Arzneien wirken auf den Organismus und „sie werden dem Körper durch Einnehmen, Einatmen, Einreiben oder Einspritzen zugeführt“¹⁴¹. Diese können in Form von Zäpfchen, Tropfen oder Tabletten verabreicht werden. Mullbinden und Pflaster als Verbandmittel sollen Wunden abdecken und eventuell auftretende Wundflüssigkeiten aufsaugen. Sie sind Medizinprodukte, die am Körper wirken und an dieser Stelle den Zweck der Heilung erfüllen. *Heilmittel oder therapeutische Maßnahmen* sind Massagen, Bestrahlungen oder Bäder aber auch Beschäftigungs-, Sprach- und Ergotherapien. Die Therapiearten sind eng mit der „Psychotherapie als ärztliche Behandlung“¹⁴² verbunden. Diese sollen in geeigneten Einrichtungen durchgeführt werden, dabei wird ein besonderer Augenmerk auf die persönliche Verarbeitung von Krankheitsbildern gelegt.

Hilfsmittel sind orthopädische Hilfen und Körperersatzstücke, die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt werden. Diese sollen Funktionsverluste ausgleichen und den Erfolg einer Behandlung sichern. Die Folgeerscheinungen sollen durch Hilfsmittel wie Hörgeräte, Sitzhilfen,

¹⁴⁰ Siehe § 30 SGB IX.

¹⁴¹ Löschau, Leistungen zur Teilhabe, Deutsche Rentenversicherung, Studentexte für Sozialversicherungsfachangestellte, Studententext Nummer 12, S. 27 (im weiteren: Studententext 12).

¹⁴² § 26 Abs. 2 Nummer 5 SGB IX.

Rollstühle erträglicher gemacht werden¹⁴³. Ob und welche Leistung überhaupt benötigt wird, muss im Rahmen einer Belastungserprobung oder einer Arbeitstherapie geklärt werden. Bei der *Belastungserprobung* wird das Restleistungsvermögen des Betroffenen ermittelt, um so den Leistungsumfang und die Anpassungsfähigkeit festzustellen. Die *Arbeitstherapie* dient zur Stabilisierung der Fähigkeiten, die zur Berufsausübung wesentlich sind¹⁴⁴.

Auch *psychologische und pädagogische Hilfen*¹⁴⁵ sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Bei diesen müssen die oben genannten Ziele auch erreicht werden. Diese Hilfen sind keine eigenständigen Leistungen, sie werden im Zusammenhang mit anderen Maßnahmen im Bedarfsfall erbracht. Es sind Verfahren zur Krankheitsbewältigung und anderer psychologischer Problemlagen. Dabei kann eine Suchtberatung, wie andere Informationsveranstaltungen auch, einen großen Stellenwert einnehmen. Spezielle Trainings zu Merkfähigkeiten und Orientierung sind auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn diese während oder nach einem Aufenthalt durchgeführt werden und dadurch zum Beispiel eine Behinderung ausgeglichen werden kann. Alle Hilfen sollen die Eigenverantwortlichkeit und die Selbstbestimmung der Betroffenen fördern.

Da eine Suchterkrankung eine Krankheit ist, können Entwöhnungsbehandlungen im Sinne einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen werden.

2.5.4.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben¹⁴⁶

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen

¹⁴³ § 31 SGB IX; vgl. Löschau, Studententext 12, S. 28.

¹⁴⁴ Vgl. Stähler, HK-SGB IX, § 26 SGB IX, Rdn. 20.

¹⁴⁵ § 26 Abs. 3 SGB IX; Fuchs, SGB IX, § 26 SGB IX, Rdn. 17.

¹⁴⁶ §§ 33, 34 SGB IX.

zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben auf Dauer zu sichern (§ 33 Abs. 1 SGB IX). Es sind nichtmedizinische Leistungen, die entweder stationär oder nichtstationär durchgeführt werden. Die stationären Einrichtungen, Berufsförderungswerke oder Berufsbildungswerke, sind jeweils mit Unterbringung und Verpflegung, falls dies notwendig sein sollte. Wenn eine Unterbringung und Verpflegung in einer solchen Einrichtung nicht gegeben ist, werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung vom Sozialleistungsträger übernommen.

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit steht im Vordergrund¹⁴⁷. Wenn die Erwerbsfähigkeit in diesem Beruf nicht erhalten werden kann, rückt der allgemeine Arbeitsmarkt in das Blickfeld. Die Gleichbehandlung von Frauen wird besonders berücksichtigt¹⁴⁸.

§ 33 Abs. 3 SGB IX enthält die Kernpunkte über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, der Leistungskatalog ist nicht abgeschlossen.

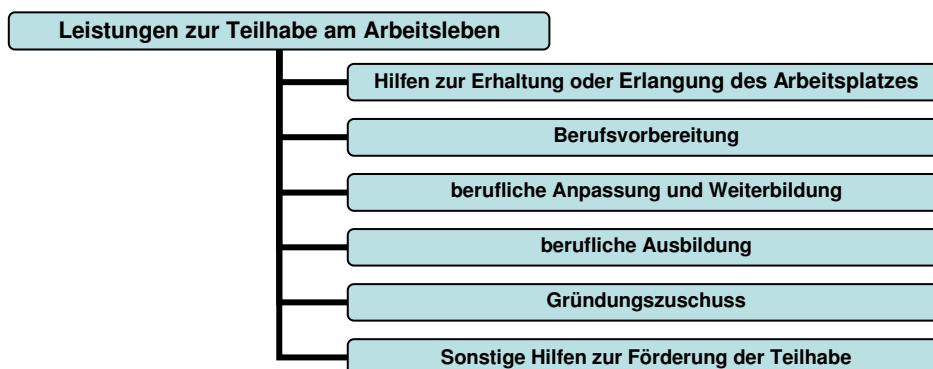


Abbildung 5: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Quelle: eigene Darstellung nach § 33 Abs. 3 SGB IX

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung des Arbeitsplatzes beinhalten Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen. Die Erhaltung des Arbeitsplatzes bezieht sich auf die bisherige Tätigkeit und die Erlangung eines Arbeitsplatzes auf einen

¹⁴⁷ Vgl. Bieritz-Harder, HK-SGB IX, § 33 SGB IX, Rdn. 10.

¹⁴⁸ § 33 Abs.2 SGB IX.

neuen Beruf oder Arbeitsplatz. Als Unterstützungsangebot kann die Übernahme von Bewerbungs- oder Reisekosten in Betracht kommen. Auch Bewerbertrainings als Trainingsmaßnahmen können dem Betroffenen angeboten werden. Nicht nur bei den Hilfsmöglichkeiten der Unterstützung und Trainingsmaßnahmen, sondern auch bei den Mobilitätshilfen ist der Leistungskatalog des SGB III Grundlage¹⁴⁹. Demnach können Trennungs-, Umzugs-, Reise-, Fahrkosten- und Ausrüstungsbeihilfen als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden. Fahrkostenbeihilfen können gewährt werden, wenn die Kosten zwischen der Arbeitsstelle und dem Wohnort unverhältnismäßig groß sind. Diese Unterstützung kann für die ersten sechs Monate geleistet werden. Kosten für den Umzug können für den Fall übernommen werden, wenn ein Arbeitsplatz am Wohnort nicht möglich ist und dadurch ein Umzug unumgänglich wird. Auch die Transportkosten für den Hausrat werden mit übernommen. Des Weiteren können Kosten für Arbeitskleidung und -geräte vom Leistungsträger übernommen werden, wenn diese Dinge üblicherweise vom Arbeitnehmer zu tragen sind.

Es ist jedoch zu beachten, dass diese Hilfen zum Ausgleich einer Behinderung erforderlich sind.

Für die ersten sechs Monate nach Aufnahme einer Beschäftigung kann ein monatlicher Betrag gezahlt werden, wenn der Arbeitnehmer eine getrennte Haushaltsführung aufnehmen muss. Bis die erste Gehaltszahlung vom Arbeitgeber entrichtet wird, kann dem Betroffenen eine Übergangshilfe zur Sicherung des Lebensunterhalts gewährt werden.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen auch Leistungen zur *Berufsvorbereitung*. Dem Betroffenen muss das Erlernen eines neuen Berufs ermöglicht werden, dabei werden Grundkenntnisse vermittelt und Wissenslücken geschlossen¹⁵⁰.

Eine Anpassung des vorhandenen Wissens an die Entwicklungen im Beruf wird mit der Begrifflichkeit *berufliche Anpassung* bezeichnet.

¹⁴⁹ Siehe §§ 45 – 55 SGB III.

¹⁵⁰ Vgl. Bieritz-Harder, HK-SGB IX, § 33 SGB IX, Rdn. 19.

Bei der *beruflichen Weiterbildung* erfolgt eine Unterteilung in Fortbildung und Umschulung. Bei der Fortbildung wird mit Qualifizierungsmaßnahmen auf vorhandenem Wissen im bisherigen Beruf aufgebaut und bei der Umschulung erfolgt eine Neuorientierung in Tätigkeitsbereichen in neuen Berufen¹⁵¹.

Als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kann auch die *berufliche Ausbildung* in Betracht kommen. Jedoch ist nur das erstmalige Erlangen einer Berufsausbildung vorgesehen.

Der *Gründungszuschuss*, auch als Überbrückungsgeld bezeichnet, wird für bisherige Arbeitnehmer gezahlt, die eine selbstständige, hauptberufliche Tätigkeit aufnehmen. Es soll der Lebensunterhalt für die erste Zeit gesichert werden. Voraussetzung für diese Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit mit mindestens 15 Stunden pro Woche. Derjenige, der diese Leistung in Anspruch nehmen möchte, muss vorher mindestens vier Wochen Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II bezogen haben und es muss von fachkundiger Stelle ein Nachweis über die Tragfähigkeit der selbstständigen Tätigkeit vorgelegt werden. Die Dauer und Höhe richten sich nach dem SGB III¹⁵².

Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe können nicht von den anderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben getrennt werden. Der behinderte Mensch steht im Vordergrund, sodass an dieser Stelle weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommen können, die gesetzlich nicht festgelegt sind.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden auch für die Zeit von Praktika übernommen. Mögliche Maßnahmen im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind auch *medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen* für die Betroffenen.

Für die notwendige Unterbringung außerhalb des eigenen Haushalts werden *Kosten für Unterkunft und Verpflegung* übernommen, ebenso *Kosten, die im direkten Zusammenhang mit der Ausführung der*

¹⁵¹ Vgl. Löschau, Studententext 12, S. 39.

¹⁵² Vgl. Bieritz-Harder, HK-SGB IX, § 33 SGB IX, Rdn. 26; §§ 57, 58 SGB III.

Leistungen stehen, wie zum Beispiel Prüfungsgebühren, Lernmittel oder Lehrgangskosten.

Als weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können *Kosten für Hilfsmittel*, die die Sicherheit auf dem Weg zur Arbeitsstelle erhöhen sollen, und *Kosten für erforderliche technische Arbeitshilfen* übernommen werden. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass der Ausgleich einer Behinderung für eine bestimmte Berufsausübung im Vordergrund steht.

Ein *Ausgleich unvermeidbaren Verdienstauffalls* soll für den behinderten Menschen oder einer Begleitperson, die während der Fahrten zur Bildungseinrichtung oder zu Arbeitgebern erforderlich ist, getätigt werden. Die Sozialleistungsträger können sich an einen *behinderungsbedingten Umbau* einer Wohnung beteiligen, wenn dies im Zusammenhang mit der Erlangung oder Erhaltung des Arbeitsplatzes notwendig ist.

Eine Verbindung muss auch zwischen der Erlangung eines Arbeitsplatzes und einer *Arbeitsassistenz* bestehen. Dabei unterstützt ein Assistent den Betroffenen bei der Integration ins Arbeitsleben und ist zuständig für die Klärung von Fähigkeiten und Neigungen des behinderten Menschen.

Eine wichtige Leistung im Rahmen der Erhaltung oder Erlangung des Arbeitsplatzes ist die *Kraftfahrzeughilfe*. Gemäß § 2 der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung gibt es Unterstützungen bei der Beschaffung eines Fahrzeugs, bei der behinderungsbedingten Zusatzausstattung oder bei der Erlangung einer Fahrerlaubnis. Wenn der behinderte Mensch für den Arbeitsweg nicht nur vorübergehend auf sein Auto angewiesen ist, kann eine solche Kraftfahrzeughilfe gewährt werden. Die Höhe ist abhängig von den Einkommensverhältnissen der Betroffenen. Auch einkommensabhängig ist die finanzielle Unterstützung für die Erlangung einer Fahrerlaubnis. Kosten für eine Zusatzausstattung wie zum Beispiel Lenkhilfen oder Spezialsitze können, in voller Höhe übernommen werden¹⁵³.

Ausbildungszuschüsse oder *Eingliederungszuschüsse* können als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geleistet werden, sowie

¹⁵³ Vgl. Kraftfahrzeughilfe-Verordnung; Löschau, Studententext 12, S. 36.

Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb oder Kostenerstattungen für befristete Probebeschäftigungen, diese jedoch vom Einzelfall abhängig sind. Im Gegensatz zu den Ausbildungszuschüssen, die für die gesamte Dauer der Maßnahme geleistet werden, sind die Eingliederungszuschüsse auf ein Jahr begrenzt. Es werden 50 Prozent des Arbeitsentgeltes gezahlt. Bei Ausnahmen können diese Zuschüsse auf zwei Jahre und 70 Prozent erhöht werden¹⁵⁴.

2.5.4.3 Ergänzende und unterhaltssichernde Leistungen

Dass die Teilnehmer der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und auch zur Teilhabe am Arbeitsleben das Ziel der Maßnahmen ohne Sorgen erreichen können, werden unterhaltssichernde Maßnahmen geleistet. Für diese Leistungen sind die einzelnen Rehabilitationsträger zuständig. Diese Leistungen sind ergänzend, das heißt, sie müssen im Zusammenhang mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stehen. Es können *Verletztengeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld oder Unterhaltsbeihilfe als Leistungen zum Lebensunterhalt*¹⁵⁵ gezahlt werden. Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nimmt das Übergangsgeld einen hohen Stellenwert ein. Bei der Berechnung der Höhe wird das bisher erzielte Arbeitsentgelt zugrunde gelegt.

Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation kommen alle anderen unterhaltssichernden Leistungen in Betracht. Auch *Beiträge und Beitragszuschüsse* zur gesetzlichen Sozialversicherung werden gezahlt.

Nach den Leistungen kann zur Erfolgssicherung auch ein ärztlich verordneter *Rehabilitationssport* finanziert werden. Dabei ist wichtig, dass Sport, der zur Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens ausgeübt wird, nicht unter diese Regelung fällt. Die Anwesenheit eines Arztes ist nicht zwingend, die Abstimmung mit dem jeweiligen Arzt reicht aus,

¹⁵⁴ Siehe § 34 SGB IX.

¹⁵⁵ Siehe § 44 SGB IX.

dennoch muss die Möglichkeit bestehen, dass er jederzeit eingreifen kann. Es werden bewegungstherapeutische Übungen und Entspannungsübungen gemacht, ebenso werden Hilfen zur Krankheitsbewältigung durchgeführt. Dabei wird der Grundstein für ein selbstständiges Bewegungstraining und ein gesundheitsbewusstes Verhalten gelegt. Neben dem Ziel der Erfolgssicherung der Rehabilitation oder Teilhabe soll Ausdauer und Kraft gestärkt, Koordinierung und Flexibilität verbessert und das Selbstbewusstsein gefestigt werden. Der Rehabilitationssport ist zeitlich begrenzt und nicht von Dauer, die Durchführung liegt unter Aufsicht von anerkannten Sportgemeinschaften¹⁵⁶.

Im Gegensatz zum Rehabilitationssport wird das *Funktionstraining* in Gruppenübungen abgehalten. Dies geschieht unter Anleitung und Überwachung durch Krankengymnasten. Das Funktionstraining muss ebenso ärztlich verordnet werden, aber es bedarf keiner Aufsichtspflicht von Seiten des Arztes. Auch hierbei soll der Erfolg der vorangegangenen Maßnahme gesichert und gestärkt werden. Im Fokus steht die Verbesserung der Leistungsfähigkeit beziehungsweise die Vorbeugung eventueller Verschlechterung. Die Durchführung unterliegt den örtlichen Verbänden der betreffenden Behinderungsarten, zum Beispiel die Deutsche Rheuma - Liga¹⁵⁷.

Besondere Rücksicht wird auf die Stärkung des Selbstbewusstseins von behinderten Frauen oder Mädchen gelegt¹⁵⁸.

Bei bestehen bestimmter Voraussetzungen, kann dem Betroffenen für die Dauer der Maßnahme eine *Haushaltshilfe*¹⁵⁹ genehmigt werden. Wenn es dem Betroffenen nicht möglich ist, den Haushalt weiterzuführen und wenn keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, dem ein Kind unter 12 Jahren zugehörig ist, weiterführen kann, dann besteht ein Anspruch auf eine Haushaltshilfe. Diese ist für die gesamte Haushaltsführung, wie zum Beispiel kochen, putzen und waschen, sowie für die

¹⁵⁶ Vgl. Schellhorn/Stähler, HK-SGB IX, § 44 SGB IX, Rdn. 10.

¹⁵⁷ Ebenda.

¹⁵⁸ Siehe § 44 Abs. 1 Nummer 3 SGB IX.

¹⁵⁹ Siehe § 54 SGB IX.

Kinderbetreuung zuständig und kann während der gesamten Dauer der Maßnahme in Anspruch genommen werden. Das Kind kann auch in die Rehabilitationseinrichtung mitgenommen oder anderweitig untergebracht werden, wenn eine kindgerechte und sorgenfreie Betreuung des Kindes dabei sichergestellt ist. Dafür anfallende Kosten können nur bei Vorliegen eines entsprechenden Antrags übernommen werden. Für den Fall, dass keine Haushaltshilfe genehmigt wurde, können *Betreuungskosten* für jedes Kind gezahlt werden, wenn diese durch die Ausführung einer Leistung unvermeidbar entstehen. Die Höhe liegt bei 130 € pro Monat für jedes Kind¹⁶⁰.

Im Zusammenhang mit den Leistungen können für jeden Teilnehmer *Reisekosten* übernommen werden. Grundsätzlich werden Fahr- und Transportkosten für das günstigste Verkehrsmittel erstattet. Wenn wegen Art und Schwere der Behinderung ein anderes Verkehrsmittel in Anspruch genommen werden muss, ist dies im Einzelfall zu entscheiden. Einige Betroffene können mit ihrem eigenen PKW anreisen, dann wird eine Entfernungspauschale gezahlt. Diese beträgt für eine einfache Strecke für die ersten zehn Kilometer 0,36 € und für jeden weiteren Kilometer 0,40 €. Die Höchstgrenze liegt bei 269 €¹⁶¹.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können zwei *Familienheimfahrten* im Monat übernommen werden. Selbstverständlich besteht auch die Möglichkeit, dass die Familie an den Aufenthaltsort der Rehabilitanden reist. Die dabei anfallenden Kosten werden im Rahmen der Familienheimfahrten übernommen. Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besteht dieser Anspruch erst ab einem achtwöchigen Aufenthalt in der Einrichtung¹⁶².

Auch die *Kosten für eine Begleitperson* können bei besonderer Schwere der Behinderung übernommen werden. Bei Abwesenheit vom Wohnort

¹⁶⁰ Siehe § 54 Abs. 3 SGB IX.

¹⁶¹ Siehe § 53 Abs. 4 SGB IX in Verbindung mit § 111 SGB III.

¹⁶² Vgl. Greif/Naumann, Ergänzende und sonstige Leistungen zur Teilhabe und Zuzahlungen, Deutsche Rentenversicherung, Studententexte für Sozialversicherungsfachangestellte, Studententext Nummer 14, S. 22 (im weiteren: Studententext 14).

wird *Verpflegungsgeld* nach dem Bundesreisekostengesetz gezahlt. Dies beträgt bei acht bis weniger als vierzehn Stunden Abwesenheit 6,00 €, bei vierzehn bis weniger als vierundzwanzig Stunden 12,00 € und bei einer Abwesenheit von mehr als vierundzwanzig Stunden 24,00 €.

Da die Leistungskataloge der einzelnen Leistungsarten nicht abschließend sind, können weitere Aspekte oder Maßnahmen erweitert werden. Der Betroffene steht im Vordergrund und soll mit den Maßnahmen Hilfe zuteil werden. Eine Erweiterung der Maßnahmen wäre problemlos möglich, wenn die Ziele der Rehabilitation erreicht werden und die Voraussetzungen der einzelnen Sozialleistungsträger erfüllt sind.

2.6 Rechtsfolgen

Grundsätzlich gibt es keine unmittelbaren Sanktionen bei einem Unterlassen des BEM. Ein Unterlassen stellt auch keine Ordnungswidrigkeit im Sinne des § 156 SGB IX dar.

Fraglich ist, wie die Norm einzuordnen ist. Der herrschenden Meinung nach ist § 84 Abs. 2 SGB IX eine Verpflichtung des Arbeitgebers¹⁶³. Durch die Tatsache, dass „der Arbeitgeber klärt“ und die Interessenvertretung darüber wacht, dass der Arbeitgeber seine Verpflichtung erfüllt, kann von einer Pflicht des Arbeitgebers ausgegangen werden. Doch die wichtigere Frage in diesem Zusammenhang ist, inwiefern das BEM Auswirkung auf die Beendigung eines Arbeitsverhältnisses hat.

Das BEM könnte Auswirkungen auf § 1 Kündigungsschutzgesetz (KSchG) haben. Zunächst ist zu klären, ob auf das Kündigungsschutzgesetz als Rechtsfolge des § 84 Abs. 2 SGB IX zurückgegriffen werden kann. § 1 KSchG beinhaltet den Schutz des Arbeitsplatzes des Arbeitnehmers und

¹⁶³ Vgl. Brose, DB 7/2005, S. 390 (392); Seel, Ernst/Adlhoch/Seel, § 84 Abs. 2 SGB IX, Rdn. 105; Welti, NZS 12/2006, S. 623 (626); gegen diese Ansicht sind Namendorf/Natzel, DB 33/2005, S. 1794 (1796).

auch § 84 Abs. 2 SGB IX befasst sich mit diesem Gesichtspunkt. Der Rückgriff auf das Kündigungsschutzgesetz ist gerechtfertigt im Hinblick auf den Grundsatz der Einheit der Rechtsordnung. Dabei dürfen keine Widersprüche auftreten. Bei dieser Prozedur handelt es sich um eine Suche nach einem gemeinsamen Anhaltspunkt und dabei entstehen keine Widersprüche¹⁶⁴. Ohne ein durchgeführtes BEM führt eine krankheitsbedingte Kündigung nicht immer zur Unwirksamkeit. Das Bundesarbeitsgericht hat entschieden, dass das BEM keine formelle Wirksamkeitsvoraussetzung für eine personenbedingte Kündigung aus krankheitsbedingten Gründen ist. Aber es ist eine Ausprägung des dem Kündigungsrecht beherrschenden Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes und somit können Folgen für den Arbeitgeber im Rahmen der Darlegungs- und Beweislast auftreten¹⁶⁵. Eine Kündigung kommt nur als äußerstes Mittel in Betracht, das sogenannte ultima - ratio Prinzip. Der Arbeitgeber muss alle zumutbaren Möglichkeiten ausschöpfen, um eine Kündigung nicht auszusprechen. Auch das BEM stellt eine Möglichkeit dar, den Arbeitsplatz des Betroffenen zu erhalten. Somit könnte ein Unterlassen des BEM zur Sozialwidrigkeit einer Kündigung führen.

Das KSchG ist auf alle Arbeitnehmer, die länger als 6 Monate ohne rechtliche Unterbrechung in dem Betrieb arbeiten, anzuwenden. Auch Auszubildende sind von § 1 KSchG erfasst, wenn das Berufsbildungsgesetz nicht greift¹⁶⁶.

Als Kündigungsgrund kommt die personenbedingte Kündigung in Betracht. Der Arbeitnehmer ist bei einer Erkrankung nicht mehr in der Lage, die geschuldete Arbeitsleistung zu erbringen. Eine Kündigung wegen Krankheit¹⁶⁷ ist nur möglich, wenn keine Sozialwidrigkeit vorliegt. Die Sozialwidrigkeit einer Kündigung wird in drei Schritten geprüft. Diese drei Schritte sind die Prüfung der negativen Prognose hinsichtlich des künftigen Gesundheitszustands, der erheblichen Beeinträchtigung der

¹⁶⁴ Vgl. Brose, DB 7/2005, S. 390 (392).

¹⁶⁵ Siehe Bundesarbeitsgericht (BAG), 12.07.2007, 2 AZR 716/06.

¹⁶⁶ Vgl. Ascheid/Oetker, ErfK, § 1 KSchG, Rdn. 47 – 71.

¹⁶⁷ Ich gehe von dem Fall der mehr als 6 monatigen Betriebszugehörigkeit aus.

betrieblichen Interessen und die Interessenabwägung, ob eventuelle betriebliche Interessen überwiegen¹⁶⁸. Fraglich ist, bei welchem Prüfungsschritt das BEM Bedeutung finden wird.

Das Erstellen einer **negativen Gesundheitsprognose** ist insofern wichtig, um eine Aussage darüber treffen zu können, ob mit weiteren krankheitsbedingten Ausfallzeiten zu rechnen ist. Da der Arbeitgeber im Normalfall keine Erkenntnisse über den Gesundheitszustand und den Verlauf der Erkrankung des Arbeitnehmers hat, muss die Prognose aus den Vorgängen der Vergangenheit erstellt werden. Auf Grund objektiver Umstände wird die Feststellung zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigung getroffen¹⁶⁹. Eine Änderung des Zustandes nach Ausspruch der Kündigung führt zu keiner Korrektur der Prognose. Die Kündigung würde wirksam bleiben. Bei einer Verbesserung des Zustandes vor Ablauf der Kündigungsfrist könnte ein Wiedereinstellungsanspruch geltend gemacht werden¹⁷⁰. Bisher wurde davon ausgegangen, dass bei langandauernder Arbeitsunfähigkeit keine Prognose vorgelegt werden muss¹⁷¹. Dann hätte das BEM keinerlei Auswirkung auf eine Kündigung, aber auch bei langandauernder Arbeitsunfähigkeit ist eine Prognose zu erstellen¹⁷². Das BEM würde aber keinen Einfluss auf die Prognose nehmen, da der maßgebende Zeitpunkt der Zugang der Kündigung ist¹⁷³. Eine Nichtdurchführung würde an den objektiven Tatsachen nichts ändern. Eine Prognose sei nicht vollständig ist, wenn das BEM nicht durchgeführt werden würde.

¹⁶⁸ Vgl. Britschgi, S. 54; Seel, Ernst/Adlhoch/Seel, § 84 Abs. 2 SGB IX, Rdn. 107.

¹⁶⁹ Vgl. Arnold/Fischinger, DB 35/2007, S. 1894 (1896); Ascheid/Oetker, ErfK, § 1 KSchG, Rdn. 195.

¹⁷⁰ Vgl. Britschgi, S. 56; Lepke, Rdn. 468.

¹⁷¹ Siehe Brose, DB 7/2005, S. 390 (393).

¹⁷² Vgl. Namendorf/Natzel, DB 33/2005, S. 1794 (1797).

¹⁷³ Vgl. Arnold/Fischinger, DB 35/2007, S. 1894 (1896); Brose, DB 7/2005, S. 390 (393); Namendorf/Natzel, DB 33/2005, S. 1794 (1797).

Es sei ein „institutionalisiertes Verfahren“¹⁷⁴, durch das eine umfassende Prognose erst erstellt werden kann¹⁷⁵.

Die Prüfung der **erheblichen Beeinträchtigung** erhält keinen großen Stellenwert bei der Frage der Einordnung des BEM. Unter dieser Beeinträchtigung sind Störungen im Betriebsablauf und wirtschaftliche Belastungen zu verstehen, im Fall einer Erkrankung eines Mitarbeiters sind diese meistens zu bejahen.

Der weitere Prüfungsschritt ist die **Interessenabwägung**. Diese geschieht im Rahmen des Verhältnismäßigkeitsprinzips¹⁷⁶. Es ist zu prüfen, inwieweit die Interessen des Arbeitnehmers am Erhalt des Arbeitsplatzes im Vergleich zu den betrieblichen Interessen überwiegen. Anhaltspunkte für ein überwiegendes Interesse des Arbeitnehmers sind vielfältig. So könnte ein Arbeitsunfall Ursache für die Arbeitsunfähigkeitszeiten sein, dann wird dies zu Lasten des Arbeitgebers ausgelegt. Auch bei einem Verschulden des Arbeitgebers wird es dementsprechend gehandhabt. Wenn der Arbeitgeber bei der Einstellung des Arbeitnehmers Kenntnis von dessen Erkrankungen hatte, muss er die Ausfallzeiten hinnehmen. In diesem Fall sind diese Zeiten dem Arbeitgeber zurechenbar. Bei anderen Einsatzmöglichkeiten innerhalb des Betriebes oder durch Einsatz berufsfördernder Leistungen überwiegt das Interesse des Arbeitnehmers¹⁷⁷. Bei dem Schritt der Interessenabwägung wird untersucht, ob der Arbeitgeber alle Möglichkeiten zur Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers in Betracht gezogen hat. Nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit muss eine Maßnahme geeignet sein, es muss das Mittel genommen werden, welches den Betroffenen am wenigsten belastet, und das bezweckte Ziel muss im Verhältnis zur Beeinträchtigung stehen. An

¹⁷⁴ Gagel/Schian/Schian/Dalitz, Bedeutung des Eingliederungsmanagements für den Kündigungsschutz, in: Diskussionsforum B, Beitrag 4/2004, www.iqpr.de, S. 8.

¹⁷⁵ Vgl. Britschgi, S. 56.

¹⁷⁶ Ascheid/Oetker, ErfK, § 1 KSchG, Rdn. 144.

¹⁷⁷ Vgl. Britschgi, S. 58/59.

dieser Stelle ist zu prüfen, ob das BEM ein milderes Mittel im Vergleich zur krankheitsbedingten Kündigung ist. Das heißt, dass erst ein Eingliederungsmanagement durchgeführt werden muss und danach gekündigt werden kann. Das BEM stelle kein milderes Mittel dar, da der gleiche Fragekomplex ähnlich wie bei der krankheitsbedingten Kündigung abgehandelt wird¹⁷⁸. Das BEM konkretisiert das Verhältnismäßigkeitsprinzip nicht, da es nur ein Hilfsmittel zur Findung von milderen Mitteln sei¹⁷⁹. Eine krankheitsbedingte Kündigung ist immer das letzte Mittel und der Ausspruch einer solchen soll verhindert werden. Mit der Interessenvertretung werden gesundheits- und arbeitsplatzzerhaltende Maßnahmen untersucht, dadurch ist eine Erhöhung der Erfolgchancen möglich. Der Arbeitgeber muss darlegen, dass es keine realen Möglichkeiten zur Weiterbeschäftigung gibt. Da das BEM ein Instrument zur Arbeitsplatz-erhaltung ist, muss es genutzt werden, um einer krankheitsbedingten Kündigung entgegenzuwirken. Somit konkretisiert das BEM das Verhältnismäßigkeitsprinzip¹⁸⁰.

Wenn kein BEM durchgeführt wurde, ist eine krankheitsbedingte Kündigung sozialwidrig und unverhältnismäßig und somit gemäß § 1 KSchG unwirksam¹⁸¹. Außer es kann von vornherein ausgeschlossen werden, dass ein BEM keine Auswirkung auf eine krankheitsbedingte Kündigung hat oder der Arbeitgeber andere Maßnahmen unternommen hat und diese gescheitert sind¹⁸².

Bei schwerbehinderten und deren gleichgestellten Menschen muss bei einer personenbedingten Kündigung noch das Integrationsamt zu-

¹⁷⁸ Vgl. Namendorf/Natzel, DB 33/2005, S. 1794 (1797).

¹⁷⁹ Siehe Arnold/Fischinger, DB 35/2007, S. 1894 (1896).

¹⁸⁰ Vgl. Brose, DB 7/2005, S. 390 (393); Gagel/Schian/Schian/Dalitz, Beitrag 4/2004, S. 8; Landesarbeitsgericht (LAG) Berlin, 27.10.2005, 10 Sa 783/05.

¹⁸¹ Vgl. Frank, S. 98; Gagel/Schian/Schian/Dalitz, Beitrag 4/2004, S. 9; Mehrhoff, Fehlzeiten – Report, S. 131.

¹⁸² Arbeitsgericht (ArbG) Essen, 15.05.2007, 2 Ca 4309/06; Landesarbeitsgericht Hamm, 29.03.2006, 18 Sa 2104/05.

stimmen¹⁸³. Daher kann davon ausgegangen werden, dass das Integrationsamt, vor Zustimmungserteilung, untersucht, ob der Arbeitgeber alle Möglichkeiten ausgeschöpft hat.

¹⁸³ § 85 SGB IX.

3 BEM - eine sinnvolle Angelegenheit

Die Einführung eines BEM kann durch Prämien oder Boni gefördert werden¹⁸⁴. Diese sollen Anreize schaffen für die Durchführung eines qualifizierten Verfahrens in den. Prämien¹⁸⁵ sind einmalige Zahlungen an die Arbeitgeber und Boni¹⁸⁶ sind Ermäßigungen der Sozialversicherungsbeiträge. Dadurch soll ein mitarbeiterfreundliches und risikosenkendes Verhalten belohnt werden.

Die Erbringung von Prämien liegt im Ermessen der Integrationsämter. Diese entscheiden einmal im Jahr über die Vergabe und letztlich über die Höhe der Prämie, wobei ein Betrag bis zu 20 000€ angemessen ist. Das Konzept für das BEM muss über die Mindestanforderungen hinausgehen. Die öffentlichen und privaten Unternehmen müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen, um die Prämien zu erhalten. Neben einer schriftlichen Vereinbarung über das BEM muss im Betrieb eine Interessenvertretung existieren und das Unternehmen muss die gesetzlich vorgeschriebene Beschäftigungsquote erreicht haben oder Nachweise zur Steigerung bringen¹⁸⁷. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen hat in der „Empfehlung zur Erbringung von Prämien zur Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements“¹⁸⁸ weitere Voraussetzungen für den Erhalt solcher Prämien veröffentlicht. Ein Anspruch auf Prämien besteht jedoch nicht.

Prämien oder Boni sind nicht nur die einzigen Vorteile, die für die Einführung eines BEM sprechen. Grundsätzlich sind alle Arbeitgeber verpflichtet ein solches Verfahren einzuführen oder sich durch die Gemeinsamen Servicestellen beraten zu lassen. Die Gemeinsamen

¹⁸⁴ Siehe § 84 Abs. 3 SGB IX.

¹⁸⁵ § 102 Abs. 3 Satz 1 Nummer 2 SGB IX in Verbindung mit § 26c Schwerbehinderten – Ausgleichabgabeverordnung.

¹⁸⁶ § 162 Abs. 2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch; § 65a Abs. 3 SGB V.

¹⁸⁷ Vgl. Trenk-Hinterberger, HK-SGB IX, § 84 SGB IX, Rdn. 39.

¹⁸⁸ Siehe Anlage 24.

Servicestellen als qualifizierte Ansprechpartner wurden durch die Sozialleistungsträger geschaffen, um die Leistungskataloge und die dazugehörigen Voraussetzungen der einzelnen Rehabilitationsträger verständlicher zu machen. Aus den Erfahrungen anderer Betriebe kann ein Unternehmen lernen, um dadurch innerbetriebliche Schwachstellen erkennen und minimieren zu können. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten sollen reduziert werden; da diese häufig mit Krankheiten verbunden sind, muss eine vertrauensvolle Basis geschaffen werden. Diese Herausforderung wird an jeden gestellt, der in dem Betrieb arbeitet.

Durch das BEM ist eine enorme Kosteneinsparung auf Seiten des Arbeitgebers ersichtlich. Dieser muss nicht mehr so häufig Lohnfortzahlung leisten aufgrund der Reduzierung der Fehlzeiten. Schwachstellen, die im Betrieb beseitigt werden, führen auch zu dieser günstigen Konstellation. Wenn die Fehlzeiten reduziert sind, sinken auch die Kosten für Zusatzpersonal, welches bei Ausfallzeiten von Mitarbeitern eingestellt werden musste.

Ein sehr wichtiger Faktor für die Durchführung des BEM, ist der Erhalt und die Weiterbeschäftigung von erfahrenen Mitarbeitern. In den nächsten Jahren wird die Bevölkerung älter und weniger Fachkräfte rücken nach¹⁸⁹. Aus diesem Grund ist es bedeutungsvoll, die vorhandenen Mitarbeiter durch ein attraktives und arbeitnehmerfreundliches Klima an das Unternehmen zu binden. Die Arbeitnehmer sollen sich wohl fühlen und dies auch nach außen hin ausstrahlen. Wenn die Beschäftigten dies tun und mit Freude ihrer Arbeit nachgehen, erhöht sich nicht nur das Betriebsklima, sondern auch die Identifikation mit dem Unternehmen. Dadurch verbessert sich das Image des Arbeitgebers, der sich auch auf die demographischen Veränderungen einstellen muss.

¹⁸⁹ Siehe Punkt 1.1 der vorliegenden Diplomarbeit.

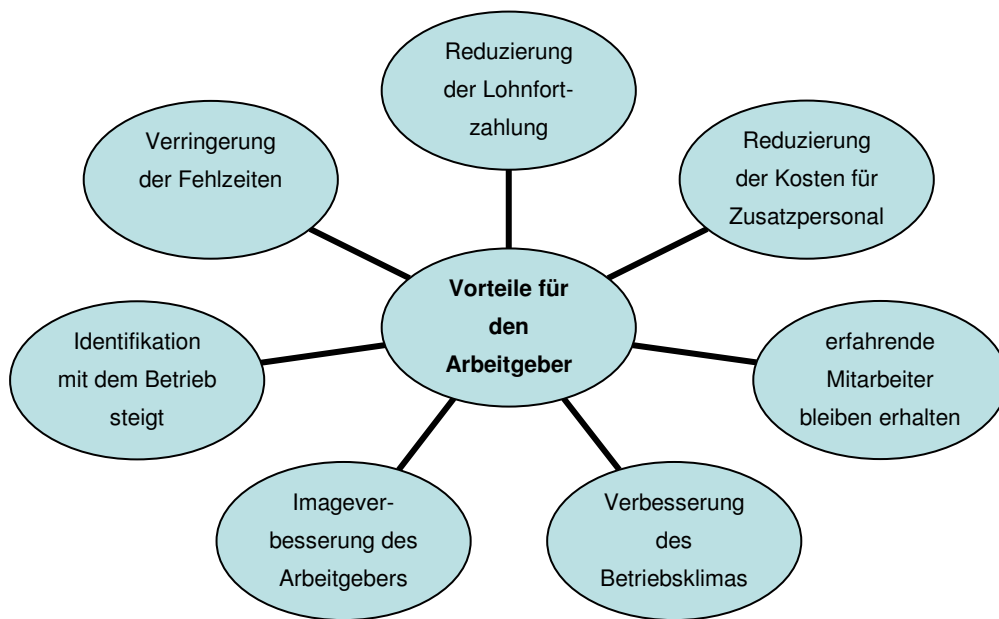


Abbildung 6: Vorteile für den Arbeitgeber

Quelle: eigene Darstellung

Bei der Durchführung des BEM gibt es jedoch nicht nur Vorteile für den Arbeitgeber. Von den Ausfallzeiten ist direkt der Arbeitnehmer betroffen und dieser soll durch Maßnahmen in das Unternehmen wieder integriert werden. Das wichtigste Argument für das BEM ist der langfristige Erhalt der Gesundheit. Nur bei Erkennung der Gründe für die Fehlzeiten kann richtig interveniert werden. Bei der Beseitigung von betrieblichen Schwachstellen können auch andere Mitarbeiter profitieren. Auch der finanzielle Anreiz bei der Eingliederung ist nicht von der Hand zu weisen, da die Lohnzahlung höher ist, als das Krankengeld oder eine andere Sozialleistung, die zur Lebensunterhaltssicherung von den Sozialleistungsträgern gezahlt werden müsste. Insbesondere die Arbeitslosigkeit rückt bei einem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben in den Vordergrund und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten können zur Erwerbsminderung führen, die dann von einer Erwerbsminderungsrente gefolgt wird. Diesen Tatsachen soll vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden.

Durch eine Erkrankung steigt auch der psychische Stress, dass der Betroffene schnell wieder gesund werden muss, um somit den Arbeitsplatz zu sichern. Das BEM wirkt dem mit psychologischen Maßnahmen

entgegen, sodass der Betroffene sich auf seine Genesung konzentrieren kann und so psychische Stressfaktoren reduziert werden.

Nicht nur diejenigen, die selbst betroffen sind, werden von dem BEM einen Nutzen haben, auch die Kollegen können nur gewinnen. Denn durch Maßnahmen zur Überwindung der Ausfallzeiten, werden die Kollegen nicht mehr mit Zusatzarbeit belastet, da in vielen Betrieben keine zusätzlichen Beschäftigten für die Zeit der Krankheit eingesetzt werden. Doch auch das gesamte Sozialsystem und damit zusammenhängend die Solidargemeinschaft werden entlastet. Es müssen bei einem guten Abschluss des Verfahrens weniger Sozialleistungen gezahlt werden und die Arbeitnehmer sind wieder Teil der Gemeinschaft, folglich zahlen diese wieder in die Sozialversicherungszweige ein. Falls es zu keinem positiven Abschluss des Verfahrens kommt, ist es trotzdem ein Zugewinn, da die anderen Mitarbeiter erkennen können, dass der Arbeitgeber sich für seine Belegschaft einsetzt. Dies wiederum führt zu den Vorteilen des Arbeitgebers.

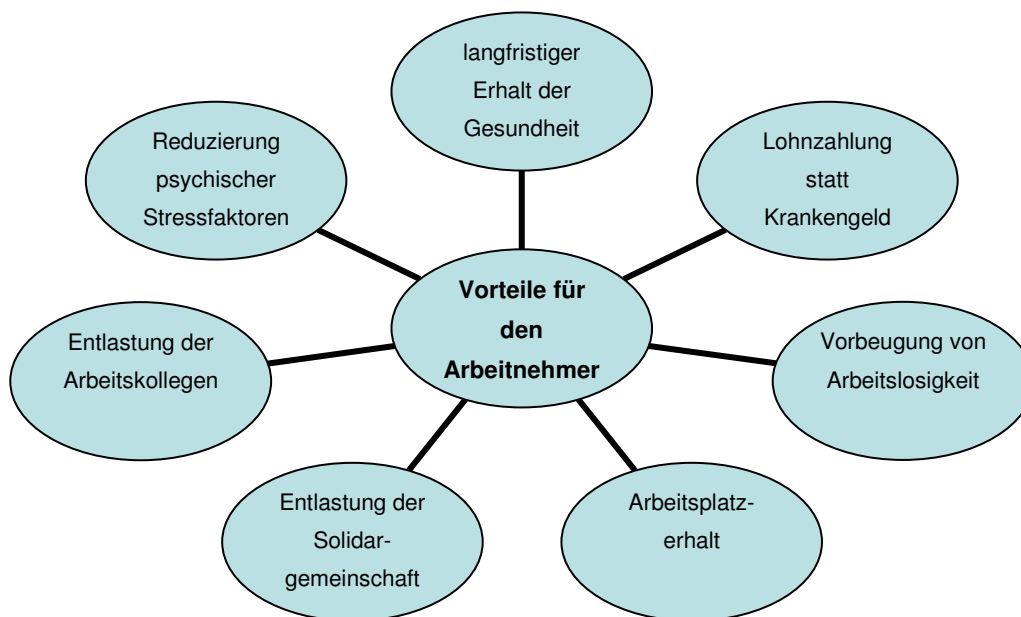


Abbildung 7: Vorteile für den Arbeitnehmer

Quelle: eigene Darstellung

Für die Durchführung des BEM ist eine große Vertrauensbasis von beiden Seiten gefordert und es bedarf eine strenge Berücksichtigung des Daten-

schutzes. Arbeitgeber und Arbeitnehmer können von dem Verfahren zum BEM nur profitieren.

Das BEM muss als eigenständiges Verfahren Zustimmung bei der gesamten Belegschaft finden. Aus diesem Grund wurde das vom MASGF entwickelte Datenblatt¹⁹⁰ Mitarbeitern vorgelegt, diese hatten die Möglichkeit sich dazu zu äußern. Dadurch sollte die Partizipation des Arbeitnehmers garantiert werden.

Das BEM, als Verpflichtung für die Arbeitgeber, ist eine bedeutende Chance für die alltägliche Arbeit im Unternehmen miteinander.

Die Gesundheit ist nicht mehr nur Sache des Arbeitnehmers und der Sozialleistungsträger, sondern sie ist auch Sache des Arbeitgebers geworden.

Das BEM ist eine sinnvolle Angelegenheit, da es Vorteile für den Arbeitgeber und für den Arbeitnehmer bereithält. Diese Chance muss für beide Parteien im Unternehmen genutzt werden.

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen!¹⁹¹“

Diesen Leitspruch sollte jeder Arbeitgeber befolgen, um so die Pflicht zur Einführung des BEM erfüllen.

Doch auch der Arbeitnehmer sollte diese Möglichkeit nutzen, um sich wieder in das Unternehmen zu integrieren, da seine Gesundheit im Vordergrund steht.

¹⁹⁰ Vgl. Anlage 25.

¹⁹¹ Siehe Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, S. 1.

Quellen

Bücher :

Britschgi, Siggy:

Schwerpunkte der Betriebsratsarbeit. Krankheit und betriebliches Eingliederungsmanagement. Düsseldorf 2006.

Frank, Andreas:

Das Schwerbehindertenrecht. 9. Auflage. Sudholt 2006.

Lepke, Achim:

Kündigung bei Krankheit. Handbuch für die betriebliche, anwaltliche, und gerichtliche Praxis. 11. Auflage. Berlin 2003.

Artikel in Sammelwerken

Bieritz-Harder, Renate:

§ 33 SGB IX. In: Lachwitz,K./Schellhorn,W./Welti,F. (Hrsg.): HK – SGB IX. Handkommentar zum SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Marburg/Kronberg/Lübeck 2005. 2. Auflage.

Dopatka, Friedrich-Wilhelm/ Ritz, Hans-Günther:

§ 81 SGB IX. In: Bihr,D./Fuchs,H./Krauskopf,D./Ritz,H.-G. (Hrsg.): SGB IX. Kommentar und Praxishandbuch. Sankt Augustin 2006.

Dörner, Hans-Jürgen:

§§ 3, 5 EFZG. In: Dietrich,T./Müller-Glöße,R./Preis,U./Schaub,G. (Hrsg.): Beck'sche Kurzkommentare. Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht. Kassel/Köln/Schauenburg 2006. 7. Auflage.

Fuchs, Harry:

§ 22, 26, 28 SGB IX. In: Bihr,D./Fuchs,H./Krauskopf,D./Ritz,H.-G. (Hrsg.): SGB IX. Kommentar und Praxishandbuch. Sankt Augustin 2006.

Mehrhoff, Friedrich:

Betriebliches Eingliederungsmanagement – Herausforderung für Unternehmen. In: Badura,B./Schellschmidt,H./Vetter,C. (Hrsg.): Fehlzeiten – Report 2006. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Bereichen der Wirtschaft. Chronische Krankheiten. Bonn/Bielefeld 2006. S. 127 – 138.

Rolfs, Christian:

§ 81 SGB IX. In: Dietrich,T./Müller-Glöge,R./Preis,U./Schaub,G. (Hrsg.): Beck'sche Kurzkommentare. Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht. Kassel/Köln/Schauenburg 2006. 7. Auflage.

Schellhorn, Walter:

§ 44 SGB IX. In: Lachwitz,K./Schellhorn,W./Welti,F. (Hrsg.): HK – SGB IX. Handkommentar zum SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Marburg/Kronberg/Lübeck 2005. 2. Auflage.

Schliemann, Harald:

§§ 3, 5 EFZG. In: Henssler,M./Willemsen,H./Kalb,H.-J. (Hrsg.): Arbeitsrecht Kommentar. Köln/Düsseldorf 2006. 2. Auflage.

Seel, Helga:

§ 84 Abs. 2 SGB IX. In: Ernst,K./Adlhoch,U./Seel,H. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Kommentar. Stuttgart 2002. Loseblatt. Stand: 9. Lieferung. Februar 2006.

Seiter, Hubert:

§ 22, 23 SGB IX. In: Ernst, K./Adlhoch, U./Seel, H. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Kommentar. Stuttgart 2002. Loseblatt. Stand: 2. Lieferung. Juli 2002.

Stähler, Thomas:

§ 22, 23, 26, 28, 44 SGB IX. In: Lachwitz,K./Schellhorn,W./Welti,F. (Hrsg.): HK – SGB IX. Handkommentar zum SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Marburg/Kronberg/Lübeck 2005. 2. Auflage.

Timm, W.:

Umgang mit chronischen Erkrankungen im Betrieb – Bausteine für ein betriebliches Integrationsmanagement. In: Badura,B./Schellschmidt,H./Vetter,C. (Hrsg.): Fehlzeiten – Report 2006. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Bereichen der Wirtschaft. Chronische Krankheiten. Bonn/Bielefeld 2006. S. 150 – 154.

Trenk-Hinterberger, Peter:

§§ 81, 84 SGB IX. In: Lachwitz,K./Schellhorn,W./Welti,F. (Hrsg.): HK – SGB IX. Handkommentar zum SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Marburg/Kronberg/Lübeck 2005. 2. Auflage.

Wank, Rolf:

§ 28 BDSG. In: Dietrich,T./Müller-Glöge,R./Preis,U./Schaub,G. (Hrsg.): Beck'sche Kurzkommentare. Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht. Kassel/Köln/Schauenburg 2006. 7. Auflage.

Welti, Felix:

§ 6, 22, 23 SGB IX. In: Lachwitz, K./Schellhorn, W./Welti, F. (Hrsg.): HK – SGB IX. Handkommentar zum SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Marburg/Kronberg/Lübeck 2005. 2. Auflage.

Zeitschriftenaufsätze

Arnold, Christian/ Fischinger, Philipp:

Kündigungsschutz und § 84 SGB IX – der Nebel lichtet sich!. In: Betriebs-Berater (BB). Heft 35/2007. S. 1894 – 1897.

Balders, Sevn-Frederik/ Lepping, Christian:

Das betriebliche Eingliederungsmanagement nach dem SGB IX. In: Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht (NZA). Heft 15/2005. S. 854 – 857.

Brose, Wiebke:

Das betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX als eine neue Wirksamkeitsvoraussetzung für die krankheitsbedingte Kündigung?. In: Der Betrieb (DB). Heft 7/2005. S. 390 – 394.

Gagel, Alexander:

Betriebliches Eingliederungsmanagement. Rechtspflicht und Chance. In: Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht (NZA). Heft 24/2006. S. 1359 – 1362.

Mehrhoff, Friedrich:

Zurück ins Berufsleben – Neue Aufgabe für die Prävention. In: Bundesarbeitsblatt. Heft 9/ 2005. S. 19 – 21.
Vgl. Anlage 4.

Mehrhoff, Friedrich:

Betriebliches Eingliederungsmanagement für kranke Mitarbeiter. Externe Dienstleister helfen beim Disability Management. In: Soziale Sicherheit. Heft 10/ 2005. S. 318 – 322.

Namendorf, Annette/ Natzel, Ivo:

Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX und seine arbeitsrechtlichen Implikationen. In: Der Betrieb (DB). Heft 33/2005. S. 1794 – 1799.

Welti, Felix:

Das betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX – sozial- und arbeitsrechtliche Aspekte. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS). Heft 12/2006. S. 623 – 630.

Wetzling, Frank/ Habel, Maren:

Betriebliches Eingliederungsmanagement und Mitwirkung des Mitarbeiters. In: Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht (NZA). Heft 20/2007. S. 1129 – 1135.

Internetquellen:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua):

Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2005. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Abruf am 11. Januar 2008 unter:

http://www.baua.de/nn_11598/de/Publikationen/Fachbeitraege/Suga-2005,xv=vt.pdf

Vgl. Anlage 6.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR):

Rahmenvereinbarung zu Gemeinsamen Servicestellen. Abruf am 19. Februar 2008 unter:

http://www.bar-frankfurt.de/upload/BAR_GS_RE_010108endf_391.pdf

Vgl. Anlage 18.

Europäisches Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung (ENWHP):

Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Abruf am 19. Januar 2008 unter:

<http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Gute-Praxis/luxmburger-deklaration-neu.property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>

Vgl. Anlage 7.

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln (iqpr):

Diskussionsforum Teilhabe und Prävention. Forum B. Schwerbehindertenrecht und betriebliches Gesundheitsmanagement.

- Diskussionsbeitrag 4/2004. Gagel, Alexander/Schian, Hans-Martin/Schian, Marcus/Dalitz, Sabine. Bedeutung des Eingliederungsmanagements für den Kündigungsschutz. Abruf am 20. Januar 2008 unter:

www.igpr.de/igpr/download/foren/B4-2004.pdf

Vgl. Anlage 17.

- Diskussionsbeitrag 6/2004. Gagel, Alexander/Schian, Hans-Martin/Schian, Marcus/Dalitz, Sabine. Stufenweise Wiedereingliederung. Voraussetzungen und Möglichkeiten. Abruf am 20. Januar 2008 unter:
www.iqpr.de/iqpr/download/foren/B6-2004.pdf
Vgl. Anlage 13.
- Diskussionsbeitrag 1/2005. Gagel, Alexander. Stärkung des Kündigungsschutzes durch § 84 Abs. 1 und 2 SGB IX. Abruf am 20. Januar 2008 unter:
www.iqpr.de/iqpr/download/foren/B1-2005.pdf
Vgl. Anlage 14.
- Diskussionsbeitrag 9/2005. Gagel, Alexander/Schian, Hans-Martin/Schian, Marcus/Dalitz, Sabine. Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Abruf am 20. Januar 2008 unter:
www.iqpr.de/iqpr/download/foren/B9-2005.pdf
Vgl. Anlage 12.
- Diskussionsbeitrag 10/2005. Gagel, Alexander/Schian, Hans-Martin/Schian, Marcus. Zur Berechnung des Sechs-Wochen-Frist des § 84 Abs. 2 SGB IX. Abruf am 20. Januar 2008 unter:
<http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/B10-2005.pdf>
Vgl. Anlage 9.
- Diskussionsbeitrag 3/2006. Dalitz, Sabine. Informationsfluss und Datenschutz beim BEM. Abruf am 20. Januar 2008 unter:
<http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/B3-2006.pdf>
Vgl. Anlage 10.
- Diskussionsbeitrag 3/2007. Gagel, Alexander/Schian, Marcus. § 84 Abs. 2 SGB IX gilt auch für Beamte. Abruf am 11. Januar 2008 unter:
http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/B_2-2007.pdf
Vgl. Anlage 2.
- Diskussionsbeitrag 1/2008. Wolf, Sven. Die Mitwirkungspflicht des Arbeitnehmers bei Maßnahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Abruf am 22. Januar 2008 unter:
http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/B_1-2008.pdf
Vgl. Anlage 11.

Landschaftsverband Westfalen – Lippe:

Integrationsamt. Behinderte Menschen im Beruf. Handlungsempfehlung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Abruf am 14. Januar 2008 unter:

http://www.lwl.org/abt61-download/PDF/broschueren/BEM_12_2005.pdf

Vgl. Anlage 5.

Weltgesundheitsorganisation (WHO):

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946.

Abruf am 18. Februar 2008 unter :

<http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>

Vgl. Anlage 26.

Studientexte der Deutschen Rentenversicherung Bund

Greif, Susanne/ Naumann, Volker:

Ergänzende und sonstige Leistungen zur Teilhabe sowie Zuzahlungen. Studientexte für Sozialversicherungsangestellte. Studientext Nummer 14. Stand: 01.01.2007.

Vgl. Anlage 16.

Löschau, Martin:

Leistungen zur Teilhabe. Studientexte für Sozialversicherungsfachangestellte. Studientext Nummer 12. Stand: 01.01.2007.

Vgl. Anlage 15.

Schriftstücke aus dem MASGF

Konzept des BEM vom MASGF

Vgl. Anlage 3.

Dienstvereinbarung aus dem MASGF

Vgl. Anlage 8.

Gesprächsleitfaden zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

Vgl. Anlage 23.

Datenblatt und Gesprächsleitfaden

Vgl. Anlage 25.

Anlagen

Anlage 1: Altersstruktur im MASGF

PerIS Auswertung
07.08.2007

Altersstruktur MASGF						
	Leitungs- bereich*	Abt.1	Abt.2	Abt.3	Abt. 4	HPR/PR Koord. Für Antidiskr.
Alter	Anzahl je Altersgruppe					
64			2		2	
63	1	2		1	2	
62	1		1		5	1
61	1	1		1		
60		2	2	2	2	
59			2	1	3	1
58	1	1		1	1	
57		4	2	3	3	
56	1	1	3	1	3	
55	1		3	5	7	
54			1	2	1	
53		3	2	7	5	
52	1	1	2	2	1	
51	1	1		4	3	
50				4	1	
49	1	3	2	5	1	
48	1	1	1	1	3	
47	2	7		5	4	
46	3	3	3	3	3	
45	3	1	3	1	1	
44	1	3	2		6	
43	1	3	2	3	2	
42	1	2	2	5	2	
41	4	2	1	2	4	
40		3	1		2	
39		1	1	1	2	
38	1	2		3	2	
37		2				
36		3		1	1	
35				1		
34	1	1		1	1	
33		1	1	2		
32	1	2	1	1		
31			1	1		
30	1		1		1	
29						
28		2				
27		1	1			
26						
25		1	1		2	
24				1		

Erklärung nach § 26 Abs. 3 APrORV gD

„Ich versichere, dass ich diese Diplomarbeit mit dem Thema

„Das betriebliche Eingliederungsmanagement
beim Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit in
Potsdam“

selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und
Hilfsmittel angefertigt habe.“

Kloster Lehnin, 25.02.2008