

- Zur BEM-Akte – Betriebliches Eingliederungsmanagement gemäß § 167 Abs. 2 SGB IX

Protokoll des Erstgesprächs

Ziel: Wiedereingliederung erkrankter Beschäftigter unter Berücksichtigung der krankheitsbedingten Vorgaben und der betrieblichen Möglichkeiten nach Zustimmung der/des Beschäftigten

Datum des Gesprächs:

Teilnehmende des Gesprächs:

1. Persönliche Daten (vom Beschäftigten auszufüllen)	
Name	
Geburtsdatum	
an der CAU seit	
Geplanter Renteneintritt	
Ist eine Erwerbsminderungsrente beantragt oder ist geplant, eine zu beantragen?	
Erlerner Beruf	
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> Gleichstellung und Grad <input type="checkbox"/> Ggf. Tag der Antragstellung	
Ausgeübte Tätigkeit	
Stellenumfang	
Einrichtung	
Vorgesetzt*e	
Mit wem stehen Sie an CAU bezgl. Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Kontakt? Dürfen wir mit dieser Person Kontakt aufnehmen (Schweigepflichtsentbindung)?	
Besonderheiten	

(z.B. Betreuung, Hilfestellung durch externe Einrichtungen der Rehabilitation)	
--	--

2. Krankheit	
Krank seit	
Voraussichtlich bis	
Prognose	
Sind Ihre AU-Tage der letzten 12 Monate auf die gleichen Ursachen zurückzuführen?	
Ist Ihre Tätigkeit ursächlich für die Erkrankung?	
Hat die Erkrankung Auswirkungen auf die Tätigkeit?	
Worin bestehen die hauptsächlichen Belastungen bei der Ausübung Ihrer Tätigkeit (z.B. Lärm, Zeitdruck, Arbeitsdichte, Über-/Unterforderung, Führung, soziale Kontakte /Kollegenkreis/) usw.)	
Welche Tätigkeiten können Sie nach Ihrer Einschätzung nicht mehr oder nur noch eingeschränkt ausüben.	
Mögliche Tätigkeiten (nach Angabe der/des Beschäftigten) Leistungseinschätzung gem. Betriebsärztlicher Dienst oder anderer ärztlicher Stellungnahmen	
Entbindung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes von der Schweigepflicht gem. beiliegender Anlage (ja/nein) Wenn ja, Name der Ärztin/des Arztes	

3. Bereits erfolgte Maßnahmen	
Was haben Sie bereits getan, um Ihre Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen?	
Wurde bereits eine Gefährdungsbeurteilung oder Psychische Gefährdung am Arbeitsplatz durchgeführt?	

4. Denkbare Maßnahmen	
Eigene Vorschläge	
Besteht Qualifizierungsbedarf in Bezug auf die aktuelle Stelle?	
Arbeitsplatz- und Arbeitsablaufanalyse (ja/nein) Gefährdungsbeurteilung (ja/nein) Psychische Gefährdungsbeurteilung (ja/nein) Wenn ja, Datum und beteiligte Personen festlegen	
Prüfung alternativer Einsatzmöglichkeiten der/des Beschäftigten (ja/nein) Personen, die zu beteiligen sind: Kontaktaufnahme durch:	
Maßnahmen der stufenweisen Wiedereingliederung während bestehender Arbeitsunfähigkeit (ja/nein) Wenn ja, welche: Zuständige Ansprechpartner*in für Stufenplan: Möglicher Beginn:	

Hinzuziehung sachverständiger Vertreter der gemeinsamen Servicestellen gem. §§ 22ff. SGB IX (ja/nein)	
Bei Schwerbehinderten, diesen Gleichgestellten oder bei drohenden Schwerbehinderung: Hinzuziehung der Vertreter des Integrationsamtes bzw. der Integrationsfachdienste (ja/nein)	

5. Weiteres Gespräch	
Beabsichtigtes Datum und teilnehmende Personen:	

6. Gibt es weiteres, was Sie uns mitteilen möchten?

Arbeitgebervertreter*in

Beschäftigte*r

Personalrat

Schwerbehindertenvertretung