

Erste Erfahrungen zur Wiedereingliederungsteilzeit

CA Dr. Peter Grüner MBA



WIEDEREINGLIEDERUNGSTEILZEIT

Arbeitsrechtlicher und sozialversicherungsrechtlicher Leitfaden

Vereinbarung Wiedereingliederungsteilzeit

von¹ 04.09.2017 bis² 31.01.2018



z w i s c h e n

Arbeitnehmer(in) Familienname und Vorname(n), Titel	Sozialversicherungsnummer
Anschrift	Telefonnummer

u n d

M. J. mit Herz. A. Loh

Arbeitgeber(in)	Ansprechperson, Telefonnummer, E-Mail
Anschrift	

SOLO SALZBURG

Durchschnittliche wöchentliche Normalarbeitszeit in Stunden vor der Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederung	<i>39 Stunden</i>
Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert) im letzten vollen Beitragszeitraum vor der Wiedereingliederungszeit	<i>5.817,00 Euro</i>

Die Wiedereingliederungsteilzeit wird vereinbart				
von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	Ø wöchentliche Arbeitszeit in Stunden ³	Angaben zur Lage der Arbeitszeit	Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert)
<i>04.09.2017</i>	<i>30.09.2017</i>	<i>16</i>	<i>Mo bis Do, je 4 Stunden</i>	<i>2.368,62 €</i>
<i>01.10.2017</i>	<i>30.11.2017</i>	<i>24</i>	<i>Mo bis Do, je 6 Stunden</i>	<i>3.534,47 €</i>
<i>01.12.2017</i>	<i>31.01.2018</i>	<i>30</i>	<i>Mo bis Do, je 7,5 Stunden</i>	<i>4.418,01 €</i>

Angaben zur beruflichen Tätigkeit während der Wiedereingliederungsteilzeit (bei stufenweiser Wiedereingliederung mit anfänglicher Reduktion unter 50 Prozent der Normalarbeitszeit)			
Durchschnittliche Reduktion der wöchentlichen Normalarbeitszeit in Prozent	<i>37,14 %</i>	Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert) auf Basis der durchschnittlichen Reduktion der Arbeitszeit	<i>3.656,57 €</i>

¹ Die Wiedereingliederungsteilzeit beginnt frühestens mit dem Tag nach Zustellung der Genehmigung der Vereinbarung durch den Krankenversicherungsträger an den Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin.
² Zulässige Dauer der Wiedereingliederungsteilzeit: Mindestens ein Monat, maximal sechs Monate
³ Mindestwert 12 Stunden

Checkliste:

Bestehendes Arbeitsverhältnis seit zumindest drei Monaten (Karenzzeiten, Pflegefreistellungen, Zeiten des Krankenstandes sind einzurechnen) <u>und</u> durchgehender Krankenstand von mindestens sechs Wochen	<input checked="" type="checkbox"/>
Bei wiederholter Inanspruchnahme: Ende der letzten Wiedereingliederungsteilzeit vor mindestens 18 Monaten	<input type="checkbox"/>
Wiedereingliederungsplan liegt bei	<input checked="" type="checkbox"/>
Eine Beratung im Rahmen des Wiedereingliederungsmanagements nach dem Arbeit- und Gesundheitsgesetz („fit2work“) hat stattgefunden.	<input checked="" type="checkbox"/>
Alternativ zur Beratung durch fit2work Arbeitsmedizinische Zustimmung zur Vereinbarung liegt vor.	Datum/Stempel/Paraphe 



Erklärung

Der Betriebsrat wurde – sofern eingerichtet – in die Verhandlungen über die Wiedereingliederungsteilzeit einbezogen bzw. zu den Verhandlungen eingeladen.

Ich erkläre, dass die Angaben richtig und vollständig sind.

Stellt sich nachträglich heraus, dass meine Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass ich dem Krankenversicherungsträger einen dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe.

Darüber hinaus bin ich verpflichtet, alle Abweichungen zur Vereinbarung sowie alle den Bezug des Wiedereingliederungsgeldes betreffende Änderungen unverzüglich dem Krankenversicherungsträger bekannt zu geben.

18.08.2017
Datum

18.08.2017
Datum


GmbH
Vollständiger Arbeitgeber(in)
5020 Salzburg

Vom Krankenversicherungsträger auszufüllen

Leistungsrechtliche Anspruchsvoraussetzungen gegeben: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum/Stempel/Paraphe <u>18.8.17</u> SALZBURGER GEBIETSKRANKENKASSE 201 – Ärztlicher Dienst/Kontrolle
Chef- bzw. Kontrollärztlicher Dienst	Datum/Stempel/Paraphe
Medizinische Zweckmäßigkeit gegeben: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	SALZBURGER GEBIETSKRANKENKASSE <u>18. Aug. 2017</u> med. befragt Dr. P. Gruener Lebender Arzt
Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit beendet? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	
Bei nein: Ende der Arbeitsunfähigkeit mit <u>3.9.17</u>	

Wiedereingliederungsplan

für

Familienname und Vorname(n), Titel [REDACTED]		Sozialversicherungsnummer [REDACTED]
Anschrift [REDACTED]		Krankenversicherungsträger SGKK
Telefonnummer [REDACTED]	E-Mail [REDACTED]	

Arbeitgeber/in [REDACTED]	Ansprechperson, Telefonnummer, E-Mail [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]
Anschrift [REDACTED]	
beschäftigt seit 01.11.2014	
Beginn Krankenstand Ende April 2017	
(vorauss.) Beginn Arbeitsfähigkeit 04.09.2017	

Berufliche Tätigkeit gemäß Arbeitsvertrag ¹	
Projektleiter	
Bisheriges Arbeitszeitausmaß (durchschnittl. wöchentliche Normalarbeitszeit in Stunden) 39,5 Stunden	Bisherige Lage der Arbeitszeit Mo bis Fr, 8.00 bis 18.00

Tätigkeits- bzw. Anforderungsprofil (Zutreffendes ankreuzen)

Arbeitshaltung				
Sitzen:	<input type="checkbox"/> ständig	<input checked="" type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nie
Stehen:	<input type="checkbox"/> ständig	<input checked="" type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nie

¹ Anmerkung: Gem. § 13a (2) AVRAG darf die Vereinbarung der Wiedereingliederungsteilzeit – abgesehen von der befristeten Änderung der Arbeitszeit – keine Auswirkungen auf die seitens des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin im Rahmen des Arbeitsvertrags geschuldeten Leistungen haben. D.h. bis auf die befristete Änderung der Arbeitszeit wird der Arbeitsvertrag nicht geändert.

Gehen:	<input type="checkbox"/> ständig	<input checked="" type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nie
Arbeitsorganisation				
<input checked="" type="checkbox"/> fixe Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/> Gleitzeit	<input type="checkbox"/> Schichtarbeit	<input type="checkbox"/> Nacharbeit	
<input type="checkbox"/> häufig wechselnde Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/> Stückakkord	<input type="checkbox"/> taktgebunden/Fließband		
<input checked="" type="checkbox"/> Bildschirmarbeit	<input checked="" type="checkbox"/> Telefondienst	<input checked="" type="checkbox"/> Kundenkontakt	<input checked="" type="checkbox"/> Außendienst	
<input type="checkbox"/> häufig wechselnde Arbeitsstätten	<input checked="" type="checkbox"/> Reisetätigkeit	<input checked="" type="checkbox"/> Lenken eines KFZ		
(Zutreffende Anforderungen ankreuzen und Relevantes anführen)				
<input checked="" type="checkbox"/> Besondere Anforderungen an den Bewegungs- und Stützapparat (z.B. Gebrauchsfähigkeit der Hände, Feinmotorik; Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten; Heben, Tragen und Bewegen von Lasten; Zwangshaltungen wie etwa über Kopf, vorgebeugt, gebückt, kniend, hockend, usw.)				
Gebrauchsfähigkeit der Hände				
<input checked="" type="checkbox"/> Besondere Anforderungen an die Sinnesorgane (insbes. Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen)				
<input checked="" type="checkbox"/> Besondere psychische Anforderungen (z.B. emotionale Stabilität, Konzentrationsvermögen, Ausdauer, Reaktionsvermögen, Anpassungsvermögen, Lernvermögen; Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge, Verantwortung für Personen und Maschinen)				
<input checked="" type="checkbox"/> Besondere Anforderungen an das Kommunikationsverhalten (z.B. Teamarbeit, Besprechungen, Telefondienst, Kundenkontakt; soziale Kompetenz, Führungsaufgaben)				
<input type="checkbox"/> Gefährdungs- und Belastungsfaktoren (z.B. Kälte, Hitze, Nässe, Zugluft, Staub, Allergene, Lärm, große Höhe, Erschütterungen, erhöhte Unfallgefahr)				

Muss der Arbeitsplatz bzw. die Tätigkeit adaptiert werden? ²

ja nein

Welche Anpassungs- bzw. Unterstützungsmaßnahmen werden empfohlen?
(Zutreffendes ankreuzen und Relevantes anführen)

X hinsichtlich Arbeitsplatz und Arbeitsumgebung: z.B. zusätzliche Hebehilfen, höhenverstellbarer Schreibtisch, Stehpult, ...

höherverstellbarer Schreibtisch

X hinsichtlich Arbeitsorganisation: z.B. kein Kundenverkehr in den ersten zwei Wochen, Änderung der Arbeitsaufgaben (z.B. Malermeisterin kann wegen Schwindelgefühl zunächst auf keine Leiter steigen, übernimmt nur Lackierarbeiten), etc.

reduzierter Kundenkontakt in den ersten zwei Monaten

X hinsichtlich sonstiger Unterstützungsmaßnahmen: z.B. regelmäßige Gespräche mit Arbeitsmedizinerin, Begleitung durch fit2work Case Management, Unterstützung durch Führungskräfte, ...

Begleitung durch f2w

Wiedereingliederungsteilzeit

geplant von (TT.MM.JJJJ)	geplant bis (TT.MM.JJJJ)	durchschnittl. wöchentliche Arbeitszeit in Stunden	Ausmaß der Arbeitszeit- reduktion (in %)	Vorgaben für die Lage der Arbeitszeit
04.09.2017	30.09.2017	16	59,49 %	Mo bis Do, je 4 Stunden
01.10.2017	30.11.2017	24	39,24 %	Mo bis Do, je 6 Stunden
01.12.2017	31.01.2018	30	24,05 %	Mo bis Do, je 8 7,5 Stunden

² Anmerkung: nur zulässig, soweit sich diese im Rahmen der arbeitsvertraglich festgelegten Pflichten bewegen!

Arbeitsmedizinische Einschätzung

Der beschriebene Ablauf für die schrittweise Rückkehr in den Arbeitsprozess sowie die ggf. notwendigen Anpassungs- bzw. Unterstützungsmaßnahmen zur Wiedereingliederung in die bisherige berufliche Tätigkeit werden voraussichtlich zur nachhaltigen Festigung und Erhöhung der Arbeitsfähigkeit beitragen / nicht beitragen und die medizinische Zweckmäßigkeit der Wiedereingliederungsteilzeit ist somit gegeben / nicht gegeben.

Daher wird aus arbeitsmedizinischer Sicht empfohlen, die Bewilligung

zu erteilen nicht zu erteilen.

18.08.17



Ort, Datum

Unterschrift der Arbeitsärztin / des Arbeitsarztes

fit2work
Beratungszentrum Salzburg
Schillerstraße 25, Siege Nord
6020 Salzburg
Tel. 0662/882464-1290

Kontakt für Rückfragen

(Name, Telefonnummer, E-Mail)

Erklärung der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers

Ich wurde zum Wiedereingliederungsplan beraten und bin mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan und dessen Weiterleitung an den/die Arbeitgeber/in sowie den zuständigen Krankenversicherungsträger einverstanden.

Salzburg, 18.8.2017



Ort, Datum

Unterschrift der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers

Zustimmung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin

Ich wurde zum Wiedereingliederungsplan beraten und bin mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan einverstanden.

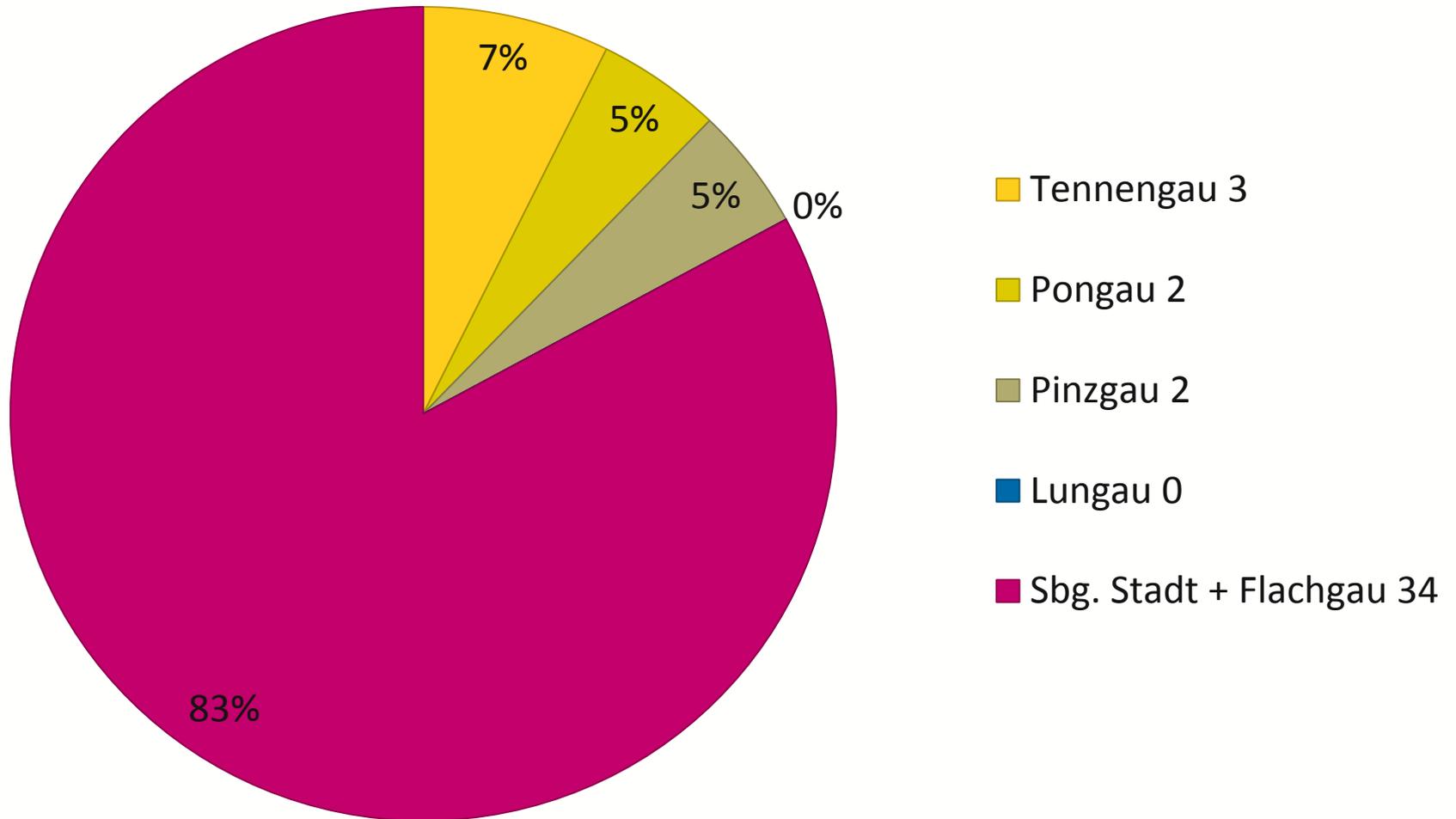
[Redacted] 17.8.17



Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin

Regionale Verteilung



ATC-Klassifikation

A	Alimentäres System und Stoffwechsel
B	Blut und blutbildende Organe
C	Kardiovaskuläres System
D	Dermatika
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone
H	Hormonpräparate, systemisch (exkl. Sexualhormone und Insulin)
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel
M	Muskel- und Skelettsystem
N	Nervensystem
P	Antiparasitäre Substanzen, Insektizide und Repellentien
R	Respirationstrakt
S	Sinnesorgane
V	Varia

WITZG ATC-Gruppen

A	Alimentäres System und Stoffwechsel
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel
M	Muskel- und Skelettsystem
N	Nervensystem
C	Kardiovaskuläres System

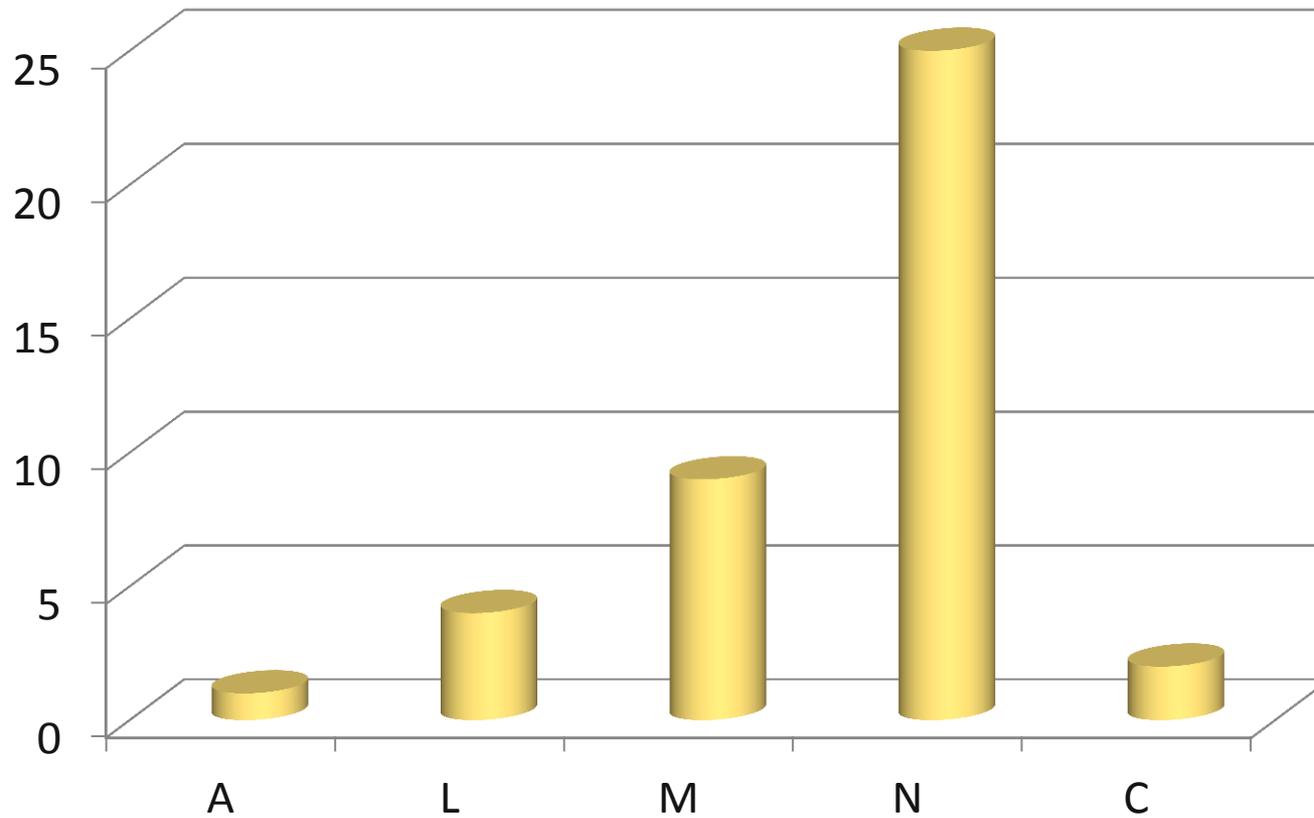
Was sich hinter „M“ verbirgt!

- Tendinitis
- Gonarthrose, Coxarthrose
- Ischias
- Discusprolaps

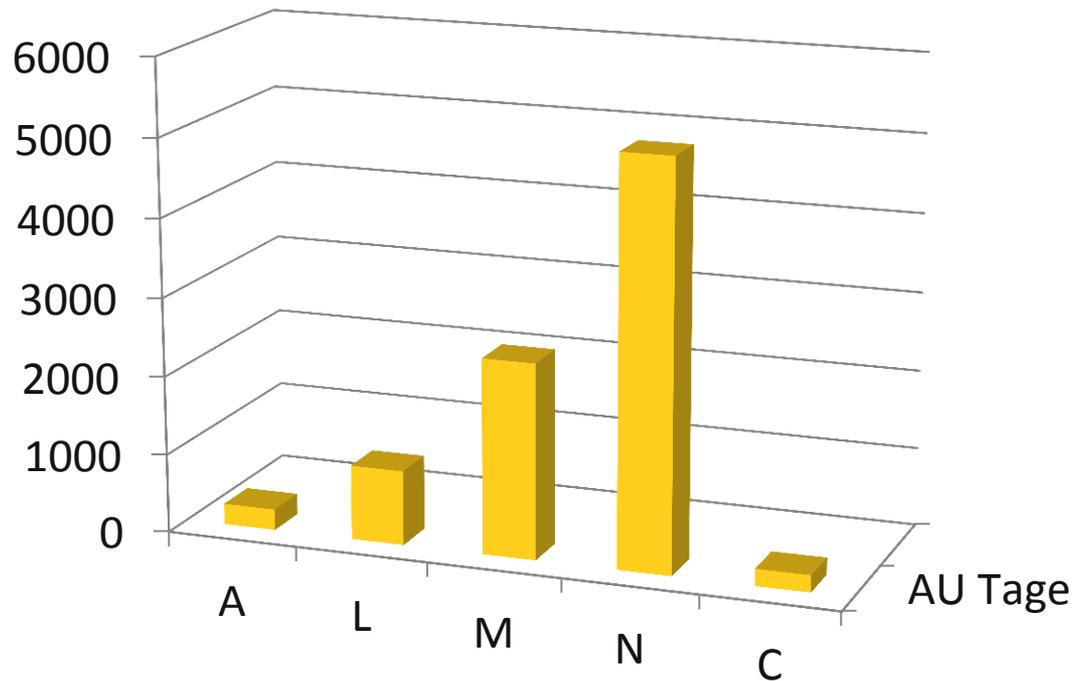
Was sich hinter „N“ verbirgt!

- Panikattacken
- Akute Belastungsreaktion
- Neurasthenie
- Meningitis
- Depressive Episode (\pm Alkohol)
- Burnout
- Epilepsie
- Schizophrenie
- MS

Diagnosenverteilung

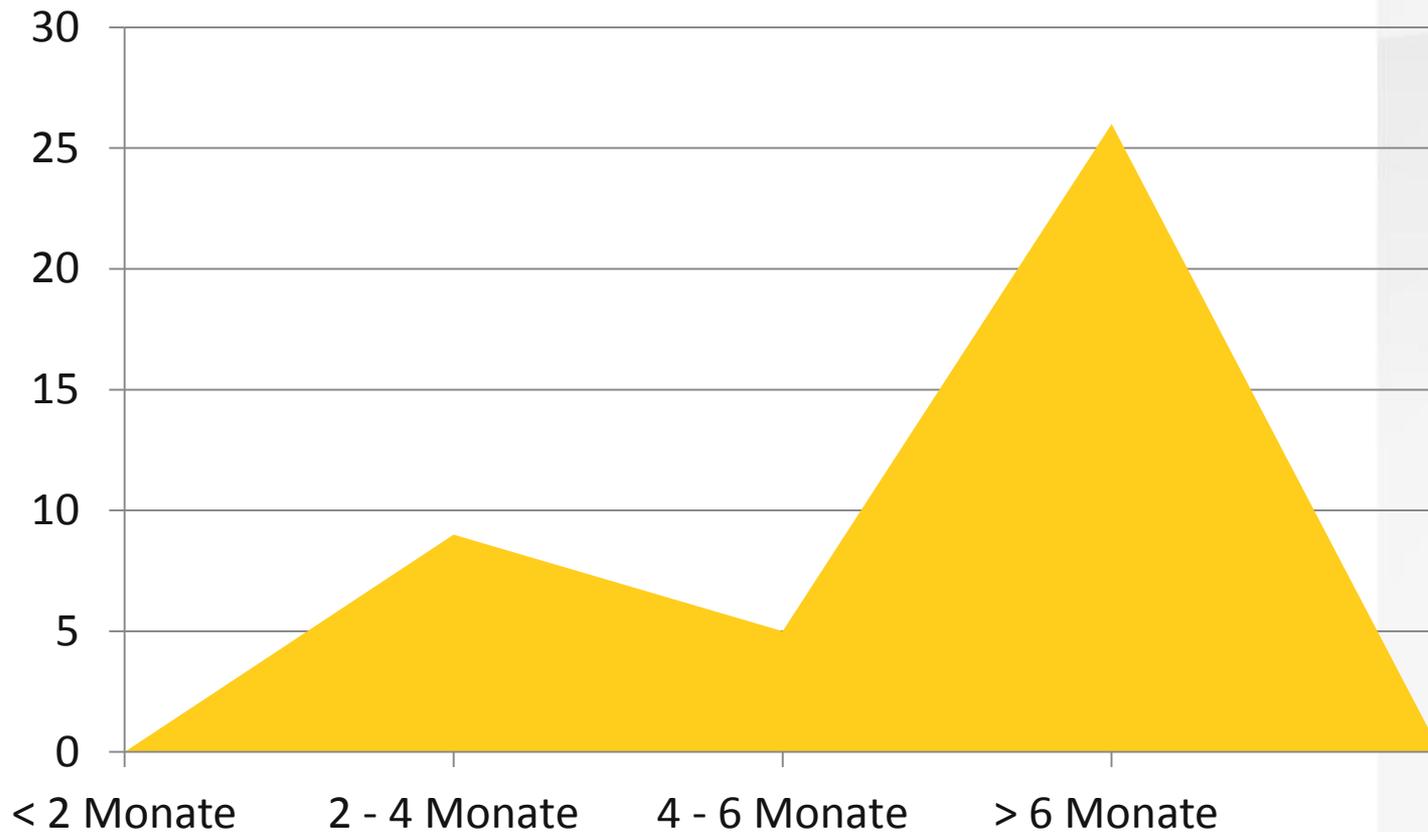


Verteilung der AU Tage nach ATC Diagnosen

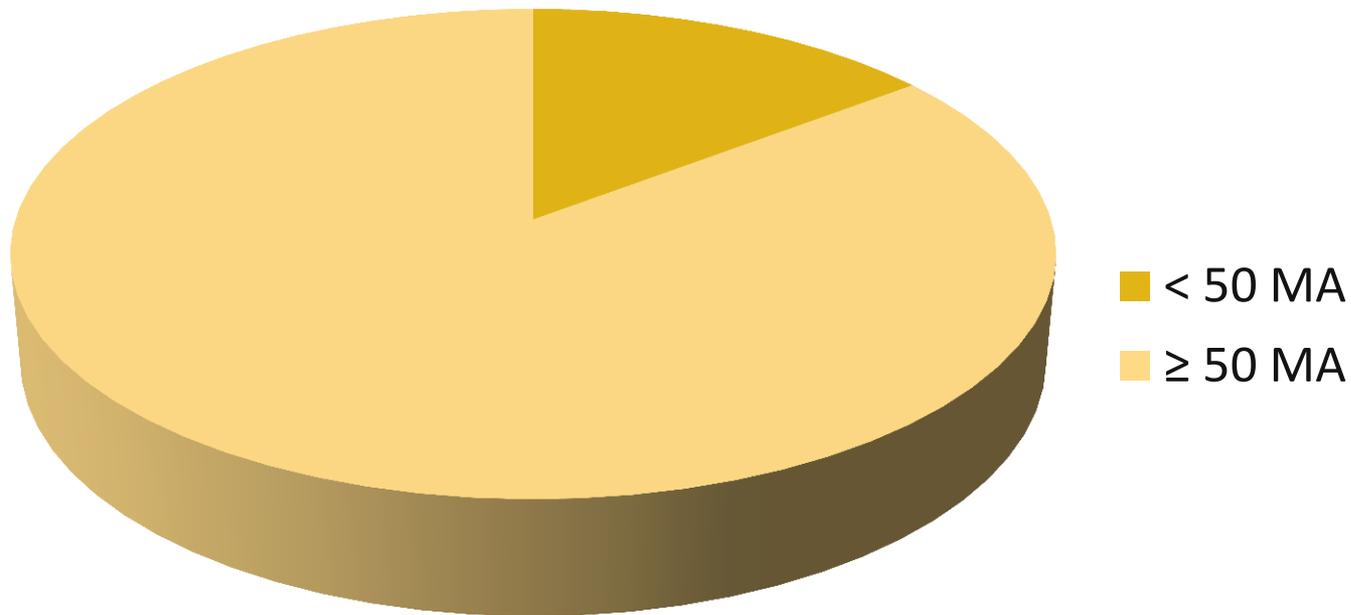


A	266
L	948
M	2481
N	5147
C	216

Dauer der AU bis WITZG Antrag



Mitarbeiter



Danke für Ihre Aufmerksamkeit

