



fit2work



Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ)  
in Zusammenhang mit  fit2work Personenberatung

Mag.<sup>a</sup> Christina Mülneritsch



fit2work

## Ziele

- Förderung und Erhalt der Arbeitsfähigkeit
- Abklärung und Stabilisierung der gesundheitlichen Situation
- Arbeitsplatzerhaltung
- Nachhaltige, der gesundheitlichen Situation entsprechende, Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt
- Neue Perspektiven für ArbeitnehmerInnen und Betriebe
- Gegebenenfalls Klärung, Stabilisierung und Verbesserung psychosozialer Problemsituationen mittels Vernetzung, Kooperation, Aufzeigen und Erschließen mit/von bestehenden Angeboten





**fit2work**

## Zielgruppen

- **Unselbstständig und selbstständig erwerbstätige Personen**, die aufgrund gesundheitlicher Probleme Schwierigkeiten am Arbeitsplatz haben
- **Arbeitslose Personen**, die aufgrund gesundheitlicher Probleme ihren Arbeitsplatz bereits verloren haben
- **Betriebe und Belegschaftsvertretungen**: dieser Zielgruppe steht die Personenberatung im Rahmen der Basisinformation zur Verfügung
- **Oben genannte Personengruppen ab der Volljährigkeit**



**fit2work**

## Beratungsangebot:

- Basisinformationen
- Erstgespräch
- Arbeitsmedizinische und arbeitspsychologische Checks
- Gemeinsame Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans und Umsetzungsunterstützung bei Bedarf
- Feedbackgespräch und Nachhaltigkeitsprüfung





**fit2work**

## Beratungszahlen Sept 2012 – Sept 2017

<b>Basisinformationen</b>	<b>5.899</b>
<b>Erstgespräche</b>	<b>4.328</b>
<b>Amed./Apsy</b>	<b>2.200</b>
<b>weiterf. Beratungen</b>	<b>1.753</b>
<b>davon derzeit laufend</b>	<b>160</b>



**fit2work**

## Standorte und Kontakt

Unsere Standorte im Bundesland Salzburg:

- **Salzburg Stadt**
- **Hallein**
- **Bischofshofen**
- **Zell am See**
- **Tamsweg**

Basisinformation und Terminvereinbarung:

**Hotline: 0662 - 882 464 1290**

**Montag bis Donnerstag 08.00 Uhr – 18.00 Uhr, am Freitag bis 15:00 Uhr**



fit2work

1. Wiedereingliederungsteilzeitgesetz
2. Ablauf der Wietz-Beratung
3. Wiedereingliederungsvereinbarung
4. Wiedereingliederungsplan



**fit2work**

# 1. Wiedereingliederungsteilzeitgesetz

**Möglichkeit der Vereinbarung einer Wiedereingliederungsteilzeit zwischen Arbeitgeber/in und Arbeitnehmer/in:**

- nach einem **mindestens 6-wöchigen ununterbrochenen Krankenstand**
- mind. 3 Monate ununterbrochene Dauer des Arbeitsverhältnisses
- **Herabsetzung der wöchentlichen Normalarbeitszeit um 25% bis 50%**  
(mindestens 12 Wochenstunden, Entgelt über der Geringfügigkeitsgrenze)
- **für die Dauer von 1-6 Monaten**, mit einmaliger Verlängerungsmöglichkeit von 1-3 Monaten
- **aliquot zustehendes Entgelt** entspr. der Teilzeitbeschäftigung + **Wiedereingliederungsgeld** (= anteiliges Krankengeld aus KV-Mitteln)



**fit2work**

## Beratung zur Wiedereingliederungsteilzeit

- **Beratung von Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in über die Gestaltung der Wiedereingliederungsteilzeit** (auch bei Verlängerung!) im Rahmen des Wiedereingliederungsmanagements nach dem AGG
- **Beratung der beiden Vertragsparteien zur Erstellung des** zwischen Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in zu vereinbarenden **Wiedereingliederungsplans**
- **Beratung kann entfallen**, wenn Arbeitnehmer/in, Arbeitgeber/in und Arbeitsmediziner/in oder arbeitsmedizinisches Zentrum **nachweislich** Wiedereingliederungsvereinbarung und -plan **zustimmen**
- **Gespräche** und Erstellung des Wiedereingliederungsplans **müssen bereits während des Krankenstandes stattfinden**



**fit2work**

## 2. Ablauf der WIETZ-Beratung bei fit2work



- ArbeitnehmerIn und/oder Arbeitgeber interessieren sich für eine Wiedereingliederungsteilzeit.
- Erstinformation und ggf. Terminvereinbarung für Erstberatung über **fit2work** Hotline



**fit2work**

## 2. Ablauf der WIETZ-Beratung bei fit2work

**Beratung**  
zur Gestaltung der WIETZ

**fit2work**  
Case Management

TeilnehmerInnen:

- ❖ ArbeitnehmerIn
- ❖ ArbeitgeberIn

- Erstberatungsgespräch mit ArbeitnehmerIn zur Erhebung der erforderlichen personenbezogenen persönlichen Daten
- Erstberatungsgespräch WIETZ mit ArbeitnehmerIn und ArbeitgeberIn\* zu rechtlichen Rahmenbedingungen, Gestaltungsmöglichkeiten, Voraussetzungen für Wiedereingliederungsplan und Wiedereingliederungsvereinbarung etc.

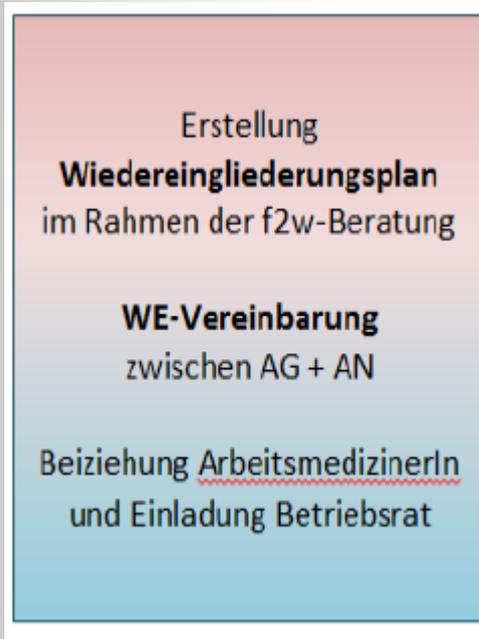
\* Auf Wunsch kann ArbeitgeberIn telefonisch zugeschaltet werden



**fit2work**

## 2. Ablauf der WIETZ-Beratung bei fit2work

- **fit2work** unterstützt bei Erstellung des Wiedereingliederungsplanes\*.
- Arbeitsmedizinische Abklärung im Rahmen des **fit2work** Basischeck: ArbeitsmedizinerIn klärt ab, ob Wiedereingliederungsteilzeit wie geplant medizinisch zweckmässig und empfehlenswert ist und bestätigt dies ggf. im Wiedereingliederungsplan\*.
- Erstellung der Wiedereingliederungsvereinbarung durch ArbeitgeberIn und ArbeitnehmerIn auf Basis des von ArbeitsmedizinerIn bestätigten Wiedereingliederungsplans.



\* Sofern Informationsbedarf bei ArbeitnehmerIn und ArbeitgeberIn hiermit gedeckt ist und weiterer Prozess (ggf. inkl. arbeitsmedizinische Einschätzung) selbständig im Betrieb möglich ist, kann Beratungsprozess bei fit2work hier enden.



**fit2work**

## 2. Ablauf der WIETZ-Beratung bei fit2work

**Chefärztlicher  
Dienst KV**

**Bewilligung**  
WE-Geld auf  
Basis WE-Plan  
und ärztlicher  
Befunde

- Antragstellung bei KV mittels Wiedereingliederungsplan und Wiedereingliederungsvereinbarung durch ArbeitnehmerIn.
- Bewilligung der Wiedereingliederungsteilzeit durch chefärztlichen Dienst der KV



**fit2work**

## Ablauf der WIETZ-Beratung bei fit2work im Detail

Start  
**WIETZ**  
**Wiedereingliederungsteilzeit**  
für 1 bis 6 Monate

CM kann weiterlaufen,  
neuerliche Beratung bei  
Verlängerung (max. 9 Monate)

- Wiedereingliederungsteilzeit beginnt einen Tag nach Zustellung der Bewilligung an ArbeitnehmerIn.
- **fit2work** begleitet im Bedarfsfall den Wiedereingliederungsprozess und unterstützt beispielsweise, um erforderliche medizinische und/oder therapeutische Maßnahmen einzuleiten



### 3. Wiedereingliederungsplan

- **zwischen Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in zu vereinbaren und durch ArbeitsmedizinerIn hinsichtlich der medizinischen Zweckmäßigkeit zu bestätigen** (ArbeitsmedizinerIn von fit2work, des Betriebes oder des arbeitsmedizinischen Zentrums)
  - **Inhalte:** Beginn, Dauer, Ausmaß der Tätigkeit und Lage der Arbeitszeit, besondere Anforderungen, Unterstützungsmaßnahmen.
  - **Achtung:** „abgesehen von der befristeten Änderung der Arbeitszeit keine Auswirkungen auf die seitens Arbeitnehmer/in im Rahmen des Arbeitsvertrags geschuldeten Leistungen“, d.h. **keine inhaltliche Änderung des Arbeitsvertrages!**

#### Voraussetzungen für den Start der WIETZ:

- **Beratung** von Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in über die Gestaltung der WIETZ nach dem AGG (außer bei nachweislicher Zustimmung von AN, AG und Arbeitsmedizin)
- **Pos. Bescheid** der Gebietskrankenkasse
- **Bestätigung über die Arbeitsfähigkeit\*** ab Beginn der WIETZ (\*durch Hausarzt)



**fit2work**

## Wiedereingliederungsplan

f ü r

Familiename und Vorname(n), Titel		Sozialversicherungsnummer
Anschrift		Krankenversicherungsträger
Telefonnummer	E-Mail	



Arbeitgeber/in	Ansprechperson, Telefonnummer, E-Mail
Anschrift	
beschäftigt seit	
Beginn Krankenstand	
( <u>vorauss.</u> ) Beginn Arbeitsfähigkeit	



Berufliche Tätigkeit gemäß Arbeitsvertrag <sup>1</sup>

Bisheriges Arbeitszeitausmaß  
(wöchentliche Normalarbeitszeit  
in Stunden)

Bisherige Lage der Arbeitszeit

---

<sup>1</sup> **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.**



**Arbeitshaltung**

- |         |                                  |                                      |                                    |                              |
|---------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Sitzen: | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> nie |
| Stehen: | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> nie |
| Gehen:  | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> nie |

**Arbeitsorganisation**

- |   |   |   |                                      |
|---|---|---|--------------------------------------|
| <input 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 type="checkbox"/> Bildschirmarbeit                 | <input type="checkbox"/> Telefondienst  | <input type="checkbox"/> Kundenkontakt          | <input type="checkbox"/> Außendienst |
| <input type="checkbox"/> häufig wechselnde Arbeitsstätten | <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit | <input type="checkbox"/> Lenken eines KFZ       |                                      |



**Tätigkeits- bzw. Anforderungsprofil (Zutreffendes ankreuzen)**



**Besondere Anforderungen an ... (Zutreffendes ankreuzen und Relevantes anführen)**

- Bewegungs- und Stützapparat**
- Sinnesorgane**
- geistige / psychische Belastbarkeit**
- Kommunikationsverhalten**
- Gefährdungs- und Belastungsfaktoren**



Muss der Arbeitsplatz bzw. die Tätigkeit aufgrund körperlicher oder psychischer Einschränkungen adaptiert werden? <sup>2</sup>

ja  nein



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

- hinsichtlich Arbeitsplatz und Arbeitsumgebung: z.B. zusätzliche Hebehilfen, höhenverstellbarer Schreibtisch, Stehpult, ...
- 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.
- hinsichtlich sonstiger Unterstützungsmaßnahmen: z.B. regelmäßige Gespräche mit ArbeitsmedizinerIn, Begleitung durch fit2work Case Management, Unterstützung durch Führungskräfte;

---

<sup>2</sup> **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.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Arbeitsmedizinerin / des Arbeitsmediziners



**fit2work**

**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.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers

**Zustimmung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin**

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

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin



## 4. Wiedereingliederungsvereinbarung

- **Schriftliche Vereinbarung** zwischen Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in
  - **Beziehung von Arbeitsmediziner/in** zur Erstellung des Wiedereingliederungsplans (bei nachweislicher Zustimmung kann die Beratung durch fit2work entfallen)
  - **Beziehung des Betriebsrates** zu den Gesprächen (wenn eingerichtet)
  - **Inhalte:** Beginn, Dauer, Ausmaß und Lage der Teilzeitbeschäftigung sowie Bruttobezüge (über/unter 50% Leistung b. Arbeitseinstieg)
- **Schriftliche Bestätigung** durch den Chefärztlichen Dienst der Gebietskrankenkasse auf Basis des Wiedereingliederungsplans und der rechtlichen Grundlagen



## 4. Wiedereingliederungsvereinbarung

### Vereinbarung Wiedereingliederungsteilzeit



von<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ bis<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

z w i s c h e n

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

u n d

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

Durchschnittliche wöchentliche Normalarbeitszeit in Stunden vor der Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederung	
Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert) im letzten vollen Beitragszeitraum vor der Wiedereingliederungszeit	

Die Wiedereingliederungsteilzeit wird vereinbart				
von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	Ø wöchentliche Arbeitszeit in Stunden <sup>3</sup>	Angaben zur Lage der Arbeitszeit	Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert)

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		Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert) auf Basis der durchschnittlichen Reduktion der Arbeitszeit	

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

### Checkliste:

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

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Arbeitnehmer(in)

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Arbeitgeber(in)

### Vom Krankenversicherungsträger auszufüllen

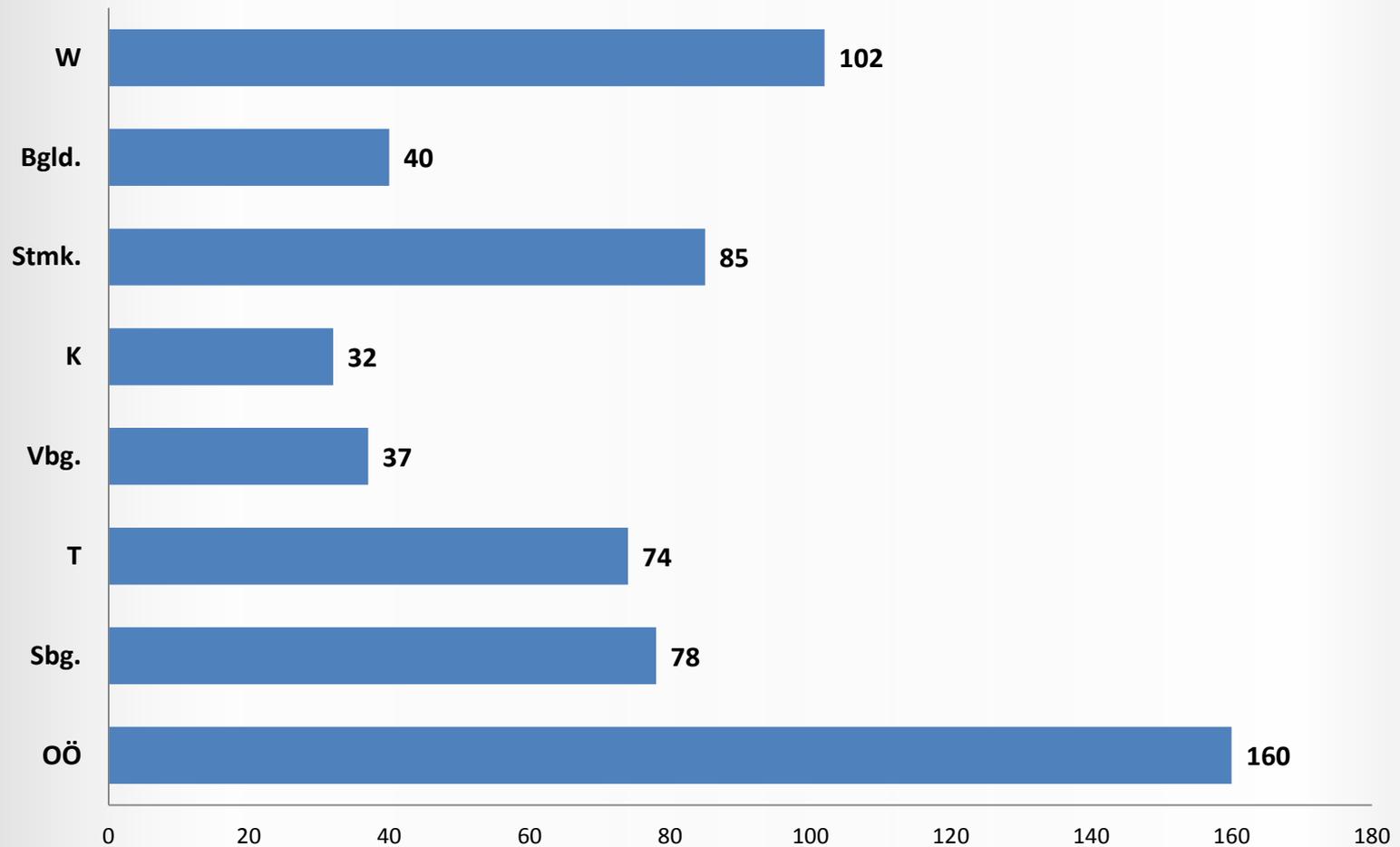
Leistungsrechtliche Anspruchsvoraussetzungen gegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum/Stempel/Paraphe
Chef- bzw. Kontrollärztlicher Dienst Medizinische Zweckmäßigkeit gegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit beendet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bei nein: Ende der Arbeitsunfähigkeit mit .....	Datum/Stempel/Paraphe



**fit2work**

## **WIETZ: Bisherige Erfahrungswerte**

**Verteilung der Fälle nach Bundesländern** (Stand 24.10.2017; n= 608)

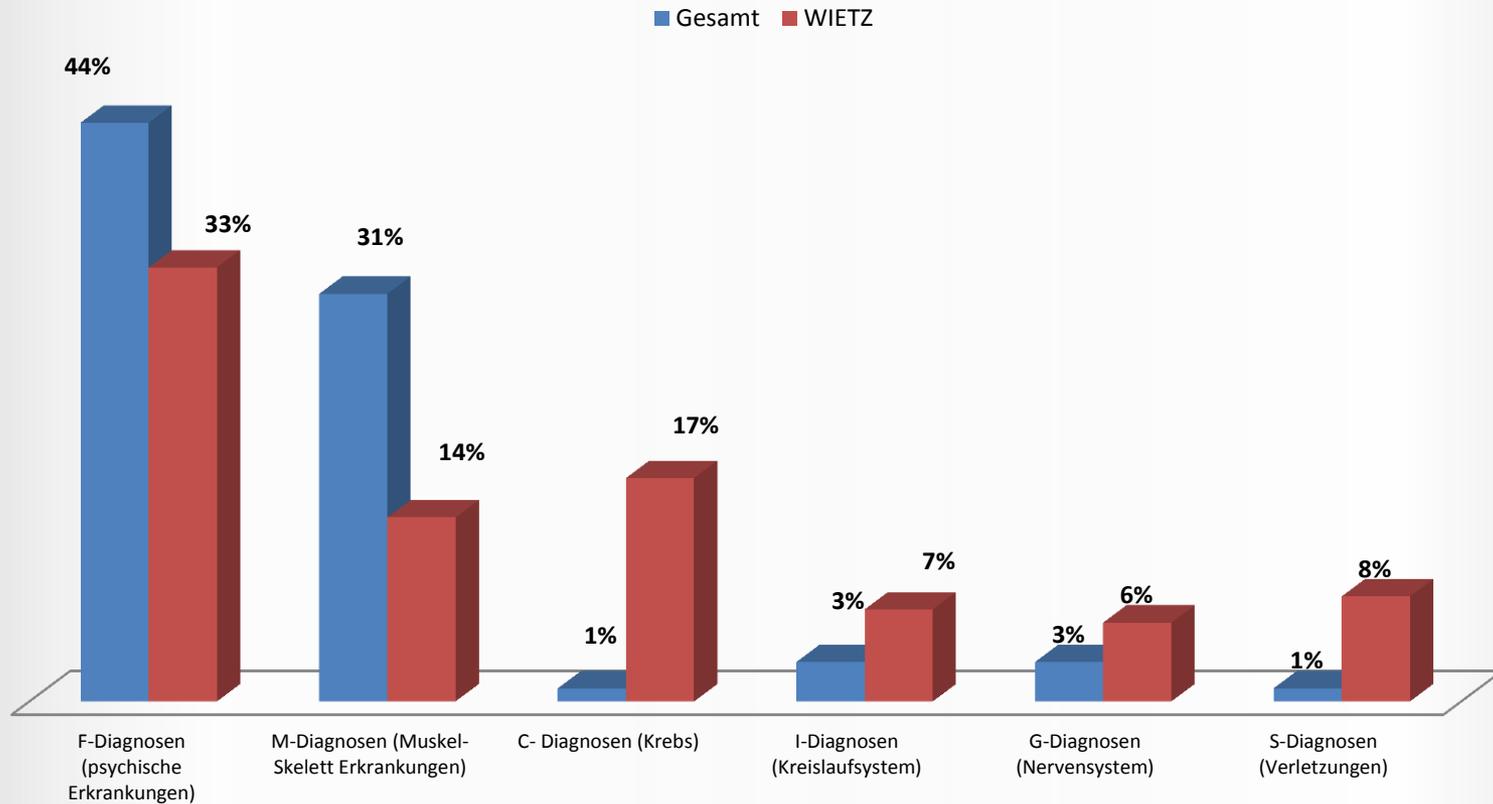




fit2work

## Vergleich der Diagnosen bisheriger fit2work KundInnen mit WIETZ KundInnen (10.2017)

Vergleich ICD-Diagnosegruppen





**fit2work**

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit!**



**[www.fit2work.at](http://www.fit2work.at)**



**fit2work**

- Bei Rückfragen:

**fit2work**

**Mag.<sup>a</sup> Christina Mülneritsch**

Projektleitung fit2work Salzburg

---

**T:** +43 (0)662/ 882464 – 1291

**M:** +43 (0)664/ 8859 5167

**E:** [christina.muelneritsch@salzburg.fit2work.at](mailto:christina.muelneritsch@salzburg.fit2work.at)

**A:** Schillerstrasse 25, Eingang Nord 1. OG. 5020 Salzburg

---

[www.fit2work.at](http://www.fit2work.at)