18. Wiener Forum Arbeitsmedizin

Wiedereingliederungsteilzeit und fit2work

Abläufe, Wiedereingliederungsplan und -vereinbarung

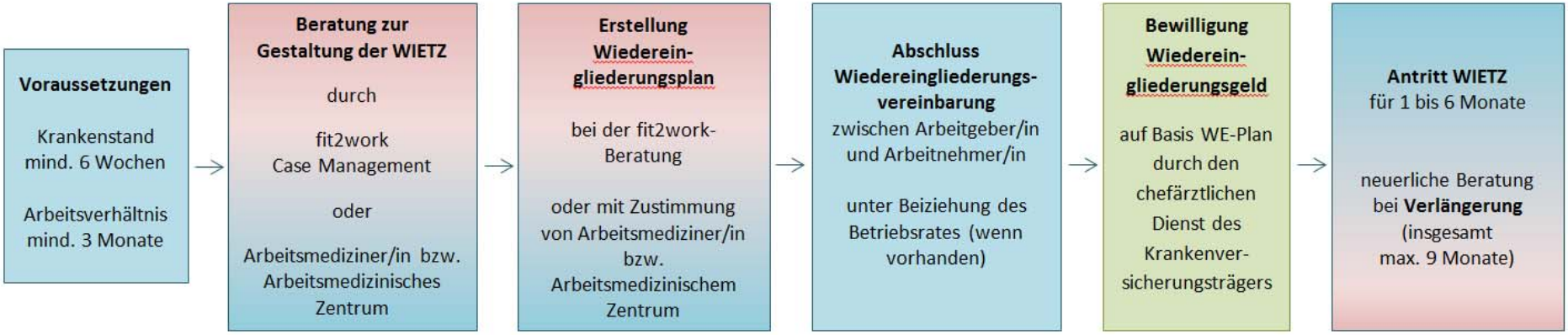
Mag. (FH) Sigrid Röhrich
WIETZ und fit2work

Beratung zur Wiedereingliederungsteilzeit

- **Beratung von Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in ...**
  - über die **Gestaltung der Wiedereingliederungsteilzeit**
  - zur Erstellung des zwischen den Arbeitsvertragsparteien zu vereinbarenden **Wiedereingliederungsplans**

- **Beratung bei fit2work kann entfallen, wenn Arbeitnehmer/in, Arbeitgeber/in und Arbeitsmediziner/in** oder arbeitsmedizinisches Zentrum **nachweislich** Wiedereingliederungsvereinbarung und -plan **zustimmen**
- **Beratungsgespräche** und Erstellung des Wiedereingliederungsplans **können bereits während des Krankenstandes begonnen werden**

Ablauf des Beratungsprozesses zur Wiedereingliederungsteilzeit



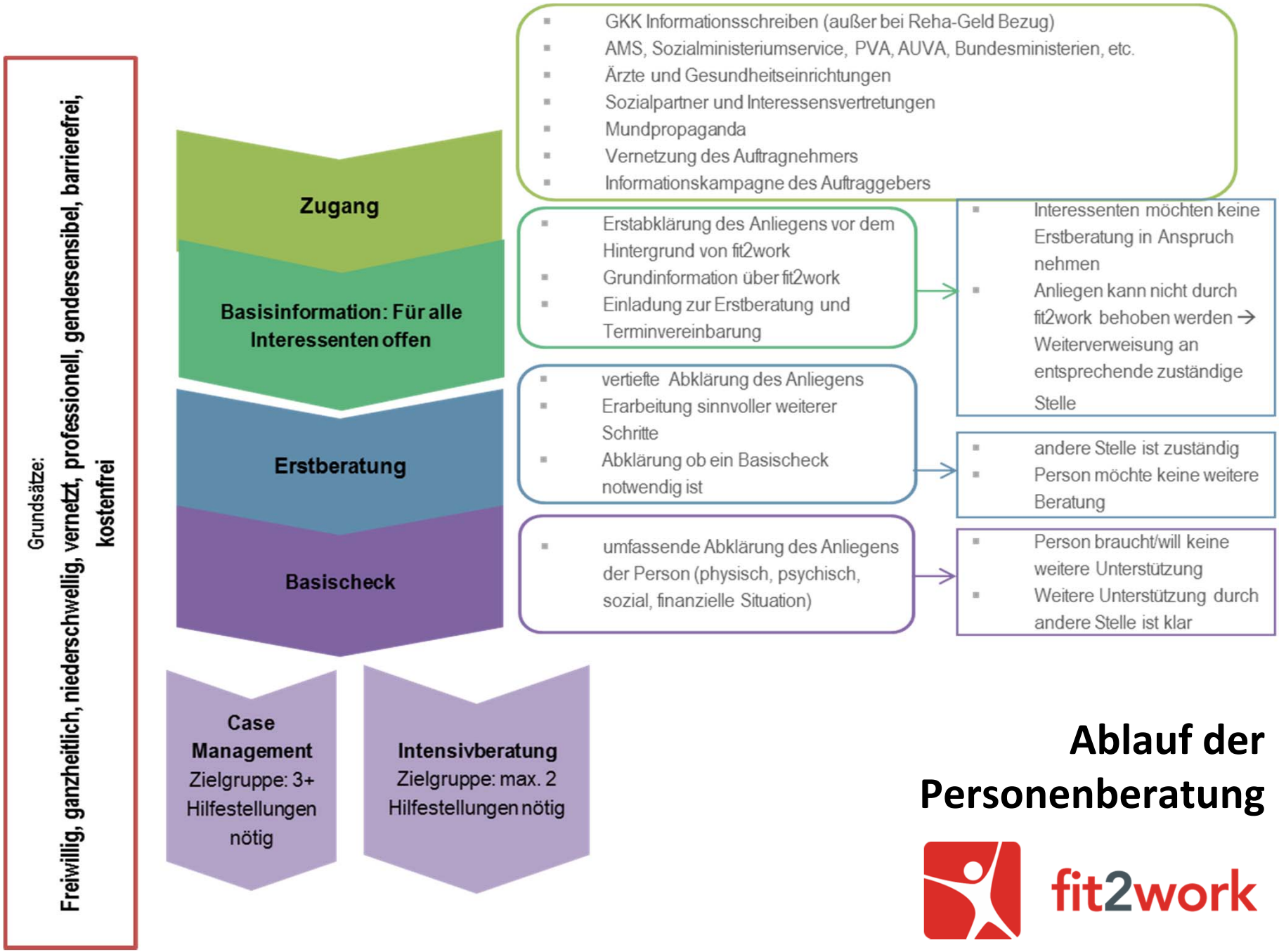
Änderung des Arbeit-und-Gesundheit-Gesetzes
(AGG ab 1.7.2017)

- **§ 1 Abs. 2** (zweiter Satz):

„Weiters soll das Case Management auch für jene Personen genutzt werden, bei denen berufliche Maßnahmen der Rehabilitation oder medizinische Maßnahmen der Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar sind oder ein Wiedereingliederungsplan im Rahmen der Vereinbarung einer Wiedereingliederungsteilzeit zu erstellen ist."

- **Erläuterungen:**

„Mit der gegenständlichen Regelung soll das **bestehende Case Management** im Rahmen des Arbeit-und-Gesundheit-Gesetzes (**fit2work**) auch für die **Beratung vor Abschluss einer Wiedereingliederungsvereinbarung** und für die **Erstellung eines Wiedereingliederungsplans** genutzt werden können."



Ablauf der Personenberatung

fit2work

Wiedereingliederungsplan (I)

- ✓ **Rahmenbedingungen und beabsichtigter Ablauf der Wiedereingliederungsteilzeit**

- ➢ **zur schrittweisen Rückkehr in den ursprünglichen Arbeitsprozess**
- ➢ **um den langfristigen Erhalt der Arbeitsfähigkeit zu unterstützen**

- im Rahmen der Beratung zur Vereinbarung einer WIETZ zu erstellen
- muss bei der Gestaltung der WIETZ berücksichtigt werden
- ausdrückliche Zustimmung von fit2work ist nicht erforderlich

Wiedereingliederungsplan (II)

- ✓ **zwischen Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in zu vereinbaren**

- ✓ **Beiziehung von Arbeitsmediziner/in** oder arbeitsmedizinischem Zentrum zur Erstellung des Wiedereingliederungsplans
  - ➢ *bei nachweislicher Zustimmung kann die Beratung durch fit2work entfallen!*

- ➢ **Chefärztliche Bewilligung** des Wiedereingliederungsgeldes **auf Basis des Wiedereingliederungsplans**

Wiedereingliederungsplan – Inhalte

- **Anpassungs- und Unterstützungsmaßnahmen zur Adaptierung des Arbeitsplatzes**

gem. Erläuterungen zum Gesetzestext:

- ✓ **Vorgaben für die Lage der Arbeitszeit** (z.B. keine Nachtarbeit)
- ✓ **Unterstützungsmaßnahmen** (z.B. hinsichtlich der Arbeitsmittel)

- **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!**

Wiedereingliederungsplan – Muster (I)

Wiedereingliederungsplan

für

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

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

Berufliche Tätigkeit gemäß Arbeitsvertrag [1]	
Bisheriges Arbeitszeitausmaß (durchschnittl. wöchentliche Normalarbeitszeit in Stunden)	Bisherige Lage der Arbeitszeit

Tätigkeits- bzw. Anforderungsprofil (Zutreffendes ankreuzen)

Arbeitshaltung				
Sitzen:	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise	☐ nie
Stehen:	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise	☐ nie
Gehen:	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise	☐ 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.**

Arbeitsorganisation

☐ fixe Arbeitszeiten ☐ Gleitzeit ☐ Schichtarbeit ☐ Nachtarbeit
☐ häufig wechselnde Arbeitszeiten ☐ Stückakkord ☐ taktgebunden/Fließband
☐ Bildschirmarbeit ☐ Telefondienst ☐ Kundenkontakt ☐ Außendienst
☐ häufig wechselnde Arbeitsstätten ☐ Reisetätigkeit ☐ Lenken eines KFZ

(Zutreffende Anforderungen ankreuzen und Relevantes anführen)

☐ **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.)

☐ **Besondere Anforderungen an die Sinnesorgane**
(insbes. Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen)

☐ **Besondere psychische Anforderungen**
(z.B. emotionale Stabilität, Konzentrationsvermögen, Ausdauer, Reaktionsvermögen, Anpassungsvermögen, Lernvermögen; Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge, Verantwortung für Personen und Maschinen)

☐ **Besondere Anforderungen an das Kommunikationsverhalten**
(z.B. Teamarbeit, Besprechungen, Telefondienst, Kundenkontakt; soziale Kompetenz, Führungsaufgaben)

☐ **Gefährdungs- und Belastungsfaktoren**
(z.B. Kälte, Hitze, Nässe, Zugluft, Staub, Allergene, Lärm, große Höhe, Erschütterungen, erhöhte Unfallgefahr)

Wiedereingliederungsplan – Muster (II)

Muss der Arbeitsplatz bzw. die Tätigkeit adaptiert werden? [2]

☐ 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 **sonstiger Unterstützungsmaßnahmen**: z.B. regelmäßige Gespräche mit ArbeitsmedizinerIn, Begleitung durch fit2work Case Management, Unterstützung durch Führungskräfte, ...

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

[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.

Ort, Datum Unterschrift der Arbeitsmedizinerin / des Arbeitsmediziners

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.

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

Wiedereingliederungsvereinbarung (I)

- **Schriftliche Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in**
- **Voraussetzungen** für den Abschluss:
  - **Bestätigung über die Arbeitsfähigkeit** ab Beginn der WIETZ
  - **Beratung** von Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in über die Gestaltung der WIETZ nach dem AGG oder **Zustimmung von Arbeitsmediziner/in** bzw. arbeitsmedizinischem Zentrum
  - **Beiziehung des Betriebsrates** zu den Verhandlungen zur Vereinbarung (wenn eingerichtet, Einladung reicht aus)

Wiedereingliederungsvereinbarung (II)

Inhalte:

- ✓ **Beginn** der Wiedereingliederungsteilzeit (von)
- ✓ **Dauer** der Wiedereingliederungsteilzeit (bis)

- ✓ **Stundenausmaß** der Teilzeitbeschäftigung (durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit und Reduktion der Normalarbeitszeit)
- ✓ **Lage der Arbeitszeit** (gem. Vorgaben im WE-Plan)

➢ *Keine inhaltliche Änderung des Arbeitsvertrages!*

Wiedereingliederungsvereinbarung – Entwurf

Vereinbarung Wiedereingliederungsteilzeit

von _____ **bis** _____

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	

Angaben zur beruflichen Tätigkeit vor der Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederung[1]:			
Ø Wöchentliche Normal-arbeitszeit in Stunden		**Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert)**	

Die Wiedereingliederungsteilzeit wird vereinbart:				
von (TT.MM.JJJJ)	**bis** (TT.MM.JJJJ)	**Ø wöchentliche Arbeitszeit in Stunden**	**Angaben zur Lagerung der Arbeitszeit**	**Monatliches Entgelt in Euro**

Bestehendes **Arbeitsverhältnis** seit zumindest **drei Monaten** (Karenzzeiten, Pflegefreistellungen, Zeiten des Krankenstandes sind einzurechnen) und **Durchgehender Krankenstand** von mindestens **sechs Wochen**	◯
Bei wiederholter Inanspruchnahme: **Ende der letzten Wiedereingliederungsteilzeit** vor mindestens **18 Monaten**	◯
Wiedereingliederungsplan liegt bei	◯

[1] Sofern zum Beginn der Wiedereingliederungsteilzeit wegen Entgeltfortzahlung noch kein Krankengeld ausbezahlt wurde, ist der Vereinbarung eine Arbeits- und Entgeltbestätigung anzuschließen.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Betriebsrat	☐ Der Betriebsrat wurde in die Verhandlungen über die Wiedereingliederungsteilzeit einbezogen.	**Datum/Stempel/Paraphe**	☐ Es ist kein Betriebsrat eingerichtet.
fit2work	☐ Eine Beratung im Rahmen des Wiedereingliederungsmanagements nach dem Arbeit- und Gesundheitsgesetz („fit2work") hat stattgefunden.	**Datum/Stempel/Paraphe**	☐ Eine Beratung wurde nicht in Anspruch genommen.
	Alternativ zur Beratung durch fit2work ☐ Arbeitsmedizinische Zustimmung zur Vereinbarung liegt vor.	**Datum/Stempel/Paraphe**	

Erklärung

Ich erkläre, dass die Angaben richtig und vollständig sind.

Stellt sich nachträglich heraus, dass Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass ich der Kasse 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 der Kasse bekannt zu geben.

Arbeitnehmer(in) und Arbeitgeber(in) erklären die Absicht, nach Ablauf der Wiedereingliederungsteilzeit zur wöchentlichen Normalarbeitszeit vor der Wiedereingliederung im Rahmen des bestehenden Arbeitsvertrages zurückzukehren.

_____ Datum

_____ Unterschrift Versicherte(r)

_____ Datum

_____ Unterschrift Dienstgeber(in)

Genehmigungsvermerk des Krankenversicherungsträgers:		Datum/Unterschrift
Leistungsrechtliche Anspruchsvoraussetzungen gegeben:	☐ ja ☐ nein	
Medizinische Zweckmäßigkeit gegeben:	☐ ja ☐ nein	
Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit beendet?	☐ ja ☐ nein	
Bei nein: Ende der Arbeitsunfähigkeit mit		
Verlängerung bis	☐ ja ☐ nein	

HV/Mustervereinbarung Wiedereingliederungsteilzeit/2017

Checkliste zur Realisierung der Wiedereingliederungsteilzeit (I)

Bestehendes Arbeitsverhältnis seit zumindest 3 Monaten (Karenzzeiten, Pflegefreistellungen, Krankenstand sind einzurechnen)	◯
Durchgehender Krankenstand von mindestens 6 Wochen	◯
Bei wiederholter Inanspruchnahme: **Ende der letzten Wiedereingliederungsteilzeit vor mindestens 18 Monaten**	◯
Beratung des Arbeitnehmers / der Arbeitnehmerin und des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin **durch fit2work** oder **Arbeitsmedizinische Zustimmung** zu Wiedereingliederungsplan und Wiedereingliederungsvereinbarung	◯

Checkliste zur Realisierung der Wiedereingliederungsteilzeit (II)

Wiedereingliederungsplan ist vorhanden	◯
Wiedereingliederungsvereinbarung zwischen Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in wurde abgeschlossen (Dauer: 1 bis max. 6 Monate)	◯
Arbeitsfähigkeit liegt vor (zum Beginn der Wiedereingliederungsteilzeit)	◯
Bewilligung durch den zuständigen Krankenversicherungsträger ist erfolgt	◯
Wiedereingliederungsteilzeit wurde tatsächlich angetreten	◯

Checkliste zur Verlängerung der Wiedereingliederungsteilzeit (II)

Beratung des Arbeitnehmers / der Arbeitnehmerin und des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin **durch fit2work** oder **Arbeitsmedizinische Zustimmung zur Verlängerung der Wiedereingliederungsteilzeit**	◯
Vereinbarung über die Verlängerung der Wiedereingliederungsteilzeit zwischen Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in wurde abgeschlossen (Dauer 1 bis max. 3 Monate)	◯
Bewilligung der Verlängerung durch den zuständigen Krankenversicherungsträger ist erfolgt	◯

Checkliste zur vorzeitigen Beendigung der Wiedereingliederungsteilzeit

Arbeitsmedizinische Zweckmäßigkeit der Wiedereingliederungsteilzeit **ist nicht mehr gegeben**	◯
Schriftliche Mitteilung des Arbeitnehmers / der Arbeitnehmerin an den/die Arbeitgeber/in ist erfolgt	◯
Meldung der Beendigung der Wiedereingliederungsteilzeit an den Krankenversicherungsträger ist erfolgt	◯
Rückkehr zur Normalarbeitszeit frühestens 3 Wochen nach der schriftlichen Bekanntgabe an den/die Arbeitgeber/in	◯

Nächste Schritte

- Informationen (Broschüre, Formulare) online verfügbar:
  vorauss. ab Mitte Mai 2017

- Beratung zur Wiedereingliederungsteilzeit bei fit2work:
  vorauss. ab Anfang Juni 2017

- Inkrafttreten des Wiedereingliederungsteilzeitgesetzes: 1. Juli 2017
  = frühestmöglicher WIETZ-Antritt

Weiterführende Informationen

- Arbeitsrecht und Pensionsversicherung: **www.sozialministerium.at**
- Gesetzliche Krankenversicherung und Wiedereingliederungsgeld: **www.bmgf.gv.at**
- Österreichische Sozialversicherung: **www.sozialversicherung.at**
- Beratung zur Gestaltung der WIETZ und zum WE-Plan: **www.fit2work.at**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:
Mag. (FH) Sigrid Röhrich
Sektion Arbeitsmarkt
Stv. Leiterin der Abt. VI/A/2 – Schnittstelle
Beschäftigung, Gesundheit, Alterssicherung
Tel: +43 (0)1 71100 - 86 5726
sigrid.roehrich@sozialministerium.at