

Nachweis über BEM-Vereinbarungen zu dauerhaften Maßnahmen

Für die Personalakte

Rechtlicher Hinweis zur Aufbewahrung: Dieses Dokument enthält **keine** medizinischen Daten, keine Diagnosen und keine sensiblen Gesprächsinhalte. Es dokumentiert ausschließlich die einvernehmlichen, dauerhaften vertraglichen oder organisatorischen Änderungen des Arbeitsverhältnisses. Dieses Formular dient dem dauerhaften Nachweis erfüllter Arbeitgeberpflichten und verbleibt **unbefristet in der regulären Personalakte** (Zukunftswirkung bei eventuellen Kündigungsschutzprozessen als Nachweis des mildereren Mittels).

1. Angaben zur Person

Name, Vorname

Personalnummer

Abteilung/Team

2. Dauerhafte arbeitsrechtliche und organisatorische Maßnahmen

Als Ergebnis des ordnungsgemäß durchgeführten betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) vereinbaren Arbeitgebende und die BEM-berechtigte Person einvernehmlich folgende dauerhafte arbeitsorganisatorische oder vertragliche Änderungen des Arbeitsverhältnisses:

Maßnahme im Geltungsbereich der Arbeitgebenden	Details/Ausgestaltung	Auswahl	Wirksam ab
Dauerhafte Reduzierung/Anpassung der Arbeitszeit	Anpassung der wöchentlichen Arbeitszeit auf Stunden; ggf. Verteilung:	☐	
Dauerhafte Versetzung/Zuweisung eines neuen Arbeitsplatzes	Zuweisung von geänderten Aufgaben/neuer Tätigkeit als:	☐	
Dauerhafte organisatorische Entlastungsmaßnahmen	Ausschluss bestimmter Tätigkeiten (z. B. kein Schichtdienst, keine Reisetätigkeit etc.): 	☐	

Maßnahme im Geltungsbereich der Arbeitgebenden	Details/Ausgestaltung	Auswahl	Wirksam ab
Dauerhafte technische Arbeitsplatzausstattung	Bereitstellung dauerhafter Hilfsmittel (z. B. orthopädischer Bürostuhl, Steh-Sitz-Tisch): 	☐	
Sonstige dauerhafte Vereinbarungen		☐	

3. Rechtliche Hinweise und Erklärung der Parteien

- Diese Vereinbarungen werden ausdrücklich als Ergebnis des BEM-Suchprozesses festgehalten und dienen der Sicherung des Arbeitsplatzes.
- Sie entfalten eine dauerhafte Wirkung für das Arbeitsverhältnis (Zukunftswirkung) und ersetzen oder ergänzen bestehende arbeitsvertragliche Regelungen im vereinbarten Umfang.
- Beide Parteien bestätigen, dass diese Maßnahmen im gegenseitigen Einvernehmen als das mildeste und sachgerechte Mittel zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit vereinbart wurden.

Ort, Datum

.....
Unterschrift (Mitarbeiterin/Mitarbeiter)

Ort, Datum

.....
Unterschrift (BEM-verantwortliche Person für das BEM-Team)