

Vereinbarung gemäß § 81 NPersVG zu Arbeit und Gesundheit in der niedersächsischen Landesverwaltung (Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsmanagement, CARE, Suchtberatung und Betriebliches Eingliederungsmanagement)

Bek. d. MI v. 8.7.2015 – 14.15-03082-10-01 - (Nds. MBl. Nr. 29/2015 S. 954)

Bezug: Bek. v. 19.11.2002 (Nds. MBl. S. 1050)

1. Die LReg und die Spitzenorganisationen der Gewerkschaften haben eine Vereinbarung gemäß § 81 NPersVG zu Arbeit und Gesundheit in der niedersächsischen Landesverwaltung abgeschlossen. Diese Vereinbarung vom 8.7.2015 wird in der **Anlage** bekannt gemacht.

2. Die Vereinbarung gemäß § 81 NPersVG zum Gesundheitsmanagement in der niedersächsischen Landesverwaltung vom 19.11.2002 (Bezugsbekanntmachung) tritt gleichzeitig außer Kraft.

Anlage

Vereinbarung gemäß § 81 NPersVG zu Arbeit und Gesundheit in der niedersächsischen Landesverwaltung (Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsmanagement, CARE, Suchtberatung und Betriebliches Eingliederungsmanagement)

Zwischen

der Niedersächsischen Landesregierung, vertreten durch das Niedersächsische Ministerium für Inneres und Sport
- einerseits -

und

dem Deutschen Gewerkschaftsbund – Bezirk Niedersachsen – Bremen – Sachsen-Anhalt –,

dem Niedersächsischen Beamtenbund und Tarifunion (NBB),

dem Niedersächsischen Richterbund – Bund der Richterinnen und Richter, Staatsanwältinnen und Staatsanwälte (NRB) -
- andererseits -

wird gemäß § 81 des Niedersächsischen Personalvertretungsgesetzes (NPersVG) in der Fassung vom 22. Januar 2007 (Nds. GVBl. S. 11), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juni 2011 (Nds. GVBl. S. 210) folgende Vereinbarung geschlossen:

I. Präambel

II.

Abschnitt 1 Ausgestaltung der Vereinbarung

A. Ausgangslage

B. Vorgehensweise nach WHO-Standard

C. Datenlage zur Veränderung des Krankheitspanoramas

Abschnitt 2 Allgemeine Regelungen

§ 1 Geltungsbereich

§ 2 Inhalt und Ziele

§ 3 Rechtliche Grundlagen

§ 4 Beirat

§ 5 Förderung von Maßnahmen

§ 6 Dienstvereinbarungen

§ 7 Rechte der Personalvertretungen

Abschnitt 3 Gesundheitsmanagement und Arbeitsschutz

- § 8 Inhalt und Ziele
- § 9 Zuständigkeiten und Aufgaben
- § 10 Verantwortlichkeiten
- § 11 Erfolgskriterien und Evaluation
- § 12 Arbeitsschutz

Abschnitt 4 Betriebliche Gesundheitsförderung

- § 13 Inhalt und Ziele
- § 14 Zuständigkeiten und Aufgaben

Abschnitt 5 Betriebliches Eingliederungsmanagement

- § 15 Geltungsbereich, Inhalt und Ziele
- § 16 Zuständigkeiten und Aufgaben
- § 17 Gliederung und Ablauf des BEM-Verfahrens
- § 18 Eingliederungsmaßnahmen
- § 19 Datenschutz, Dokumentation und Evaluation

Abschnitt 6 CARE

- § 20 Inhalt und Ziele
- § 21 Zielgruppen
- § 22 Aufgaben der Koordinierungsstelle CARE im MI
- § 23 Versorgungsnetzwerk
- § 24 Aufgaben der CARE-Beratungsstellen
- § 25 Evaluation
- § 26 Datenhaltung
- § 27 Zugriffs- und Kontrollbestimmungen

Abschnitt 7 Betriebliche Suchtprävention und –beratung

- § 28 Inhalt und Ziele
- § 29 Zuständigkeiten

Abschnitt 8 Schlussbestimmungen

- § 30 Datenschutz und Vertraulichkeit
- § 31 Inkrafttreten

I. Präambel

Aktive Gesundheitsförderung ist ein wichtiger Beitrag zur Humanisierung der Arbeitswelt.

Die Umsetzung der in der nachfolgenden Vereinbarung beschriebenen Aufgaben soll dazu beitragen, die Gesundheit der Beschäftigten in der niedersächsischen Landesverwaltung zu erhalten und zu fördern.

Dabei wird von einem umfassenden Gesundheitsbegriff ausgegangen, wie er nach der „Ottawa-Charta“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert wurde.

Gesundheitsförderung zielt danach darauf ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit – als ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden – zu ermöglichen.

Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens und kann durch sich ständig verändernde Lebens- und Arbeitsbedingungen immer wieder gefährdet werden. Deshalb soll die Arbeitswelt so gestaltet werden, dass sie Quelle von Gesundheit und nicht von Krankheit ist.

Krankheitsbedingte Fehlzeiten können vielfältige Ursachen haben. Diese zu ergründen und geeignete Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit zur Erhöhung der Gesundheitsquote – durch Reduzierung von Fehlzeiten – zu treffen, liegt im gemeinsamen Interesse der Unterzeichner dieser Vereinbarung.

Gesundheits- und Arbeitsschutz sind unverzichtbare Bestandteile eines modernen Personalmanagements. Die Leistungs- und Innovationsfähigkeit der niedersächsischen Landesverwaltung hängt sowohl vom Leistungsvermögen und einer optimalen Personalentwicklung der Gesamtheit aller Landesbeschäftigten wie auch von der Leistungsbereitschaft und Motivation einer jeden Mitarbeiterin und eines jeden Mitarbeiters ab.

Gerade in Zeiten erhöhter Anforderungen an die Beschäftigten werden Konzepte und Maßnahmen erforderlich, die Anpassungsprozesse unterstützen, um die Organisationsziele mit den individuellen Bedürfnissen der Beschäftigten möglichst weitgehend in Übereinstimmung zu bringen.

Insbesondere im Rahmen einer optimalen Personal- und Organisationsentwicklung ist ein dienststelleninternes Gesundheitsmanagement von Bedeutung und als wichtiger Baustein in Veränderungsprozessen verstärkt einzusetzen. Dienststellenleitungen und Führungskräfte aller Ebenen haben die gemeinsame Aufgabe, Ursachen von Gesundheit beeinträchtigenden Faktoren in der Dienststelle nachzugehen und auf deren Beseitigung hinzuwirken.

Dies erfordert eine kooperative und partizipative Führungspraxis, die dem Wohlbefinden der Beschäftigten am Arbeitsplatz einen hohen Stellenwert einräumt. Dienststellenleitungen und Führungskräfte, Personalräte, Schwerbehindertenvertretungen, Gleichstellungsbeauftragte, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und die weiteren Funktionsträgerinnen und Funktionsträger sollen gemeinsam die Umsetzung dieser Vereinbarung in der jeweiligen Dienststelle bzw. in einzelnen Fachbereichen unterstützen.

II.

Abschnitt 1

Ausgestaltung der Vereinbarung

A. Ausgangslage

(1) Die Landesverwaltung braucht, gerade wegen der Auswirkungen des demografischen Wandels, mehr als bisher eine auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Beschäftigten ausgerichtete Personal- und Organisationsentwicklung. Die persönlichen Ressourcen der Beschäftigten müssen gestärkt werden, damit sie langfristig gesund bleiben.

Gesundheitspolitisch sind die chronischen und schweren Erkrankungen von besonderer Bedeutung. Die Mehrzahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten in den Dienststellen resultiert nicht aus einer Häufung von Kurzzeiterkrankungen, sondern ist durch langfristige, oftmals chronische oder schwere Erkrankungen im mittleren und höheren Alter bedingt. Über eigene Erkenntnisse verfügt die Landesverwaltung hierzu allerdings nicht, da entsprechende Daten nicht systematisch erfasst und ausgewertet werden. Hilfswise können diese Erkenntnisse aber aus den Erhebungen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) gewonnen und auf den öffentlichen Dienst übertragen werden. Die Zahl der Erkrankungen wird durch das steigende Durchschnittsalter der Beschäftigten noch weiter zunehmen, denn Dienststellen der öffentlichen Verwaltung sind vom demografischen Wandel in besonderer Weise betroffen. Sie unterliegen nicht nur den allgemeinen Entwicklungen einer alternden Gesellschaft, sondern als Folge der bisherigen Einsparverpflichtungen (Stelleneinsparungen, restriktive Einstellungspolitik) einer deutlich schneller alternden und zahlenmäßig kleiner werdenden Belegschaft als Unternehmen anderer Branchen. Dazu stellt eine Reihe von Verwaltungsmodernisierungs- und Umstrukturierungsprozessen die Dienststellen und ihre Beschäftigten vor ständig neue Anforderungen.

(2) Mit dem Gesundheitsmanagement (GM), der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und der Suchtberatung stehen bewährte Vorgehensweisen für eine alternsgerechte, beschäftigtenorientierte sowie gesundheitsförderliche Personalpolitik und Organisationsentwicklung zur Verfügung. Hinzu kommt das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach sechs Wochen ununterbrochener oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit. Die Nutzung des Begriffes „Betrieb“ im Zusammenhang mit der BGF und dem BEM sind die Methode beschreibende Eigennamen, unabhängig davon in welcher Einrichtung (Behörde, Gericht etc.) sie angewendet werden.

(3) Gesetzlich Kranken- und Rentenversicherten stellen die Sozialversicherungen im Krankheitsfall ein Fallmanagement an die Seite, das den Heilungs- und Rehabilitationsprozess organisatorisch und über Zuständigkeitsgrenzen hinweg bedarfsgerecht koordiniert und begleitet. Diese Unterstützung steht erkrankten Beamtinnen und Beamten, Richterinnen und Richtern und Staatsanwältinnen und Staatsanwälten bisher nicht zur Verfügung. Mit dem Beschluss der Landesregierung vom 03.07.2013 wird mit CARE ein umfassender Service zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit und Gesundheit eingeführt.

(4) Gesetzliche Krankenkassen stellen für Arbeitgeber verschiedene Serviceangebote, wie z. B. unternehmensbezogene Gesundheitsberichte und Präventionsprogramme, zur Unterstützung ihrer Personalbetreuung zur Verfügung. Das MI institutionalisiert für die Landesverwaltung die Kontakte zu den Versicherungsträgern und verbessert damit die Bekanntheit der vorhandenen Angebote in der Landesverwaltung.

(5) Die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen werden an den Zielsetzungen des demografiesicheren und ressourcenbewussten Personalmanagements (DRiN) in Niedersachsen und dem „Handlungskonzept Demografischer Wandel der Niedersächsischen Landesregierung 2012“ ausgerichtet. Damit wird erstmals ein umfassendes Instrument

bereitgestellt, mit dem ein Beitrag zur Gesunderhaltung und Erhalt der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten der Landesverwaltung zur Verfügung steht und die Zahl der Frühverrentungen und vorzeitigen Pensionierungen verringert werden kann.

B. Vorgehensweise nach WHO-Standard

(1) Für jeden Menschen ist es von unschätzbarem Wert, gesund zu sein. Der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) folgend, umfasst Gesundheit körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden und ist somit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Gesund ist, wer sich in seinem Körper und seinem Lebensumfeld rundum wohlfühlt.

(2) Sowohl für die Gesundheitsförderung als auch für die Heilbehandlung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist nicht nur die Beeinflussung der Körperfunktionen relevant, sondern auch die Untersuchung sogenannter Kontextfaktoren. Nicht nur die Krankheit selbst beeinflusst die Funktionsfähigkeit des Menschen, sondern auch das Umfeld und die persönlichen Faktoren spielen eine Rolle. Dazu gehören die Arbeitsplatzsituation, unter anderem Konflikte mit Vorgesetzten oder Kolleginnen und Kollegen; das soziale Umfeld sowie Alter, Geschlecht und gleichzeitig vorliegende weitere Erkrankungen (Komorbiditäten), aber auch die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die familiäre Situation, wie Scheidung oder Pflege von Angehörigen oder finanzielle Probleme.

(3) Deshalb wird eine rein medizinische Sichtweise nur einen Teil der Problemlösung darstellen. Das Land Niedersachsen kann durch die Gestaltung von Arbeitsbedingungen einen großen Einfluss auf den Erhalt und die Wiederherstellung von Gesundheit nehmen. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Kostenträgerinnen und Kostenträger des Gesundheitssystems sowie das Land Niedersachsen müssen bei diesem Vorgehen zusammenarbeiten.

(4) Die Gesunderhaltung liegt in der Pflicht und im eigenen Interesse der Beschäftigten sowie im Interesse der Dienststelle. Die subjektive Bewertung von Belastungen am Arbeitsplatz und die Rückkehrerwartung und -motivation der Betroffenen ist bei den Eingliederungsbemühungen zu beachten.

C. Datenlage zur Veränderung des Krankheitspanoramas

(1) Eine Vielzahl von Untersuchungen weist darauf hin, dass ein erheblicher Teil der heutzutage am häufigsten diagnostizierten Krankheiten mit arbeitsbedingten Belastungen in Zusammenhang stehen. Muskel- und Skeletterkrankungen sind hier in erster Linie zu nennen, aber auch Herz-Kreislaufkrankungen, Magen- und Darmerkrankungen sowie psychische Erkrankungen einschließlich der Suchterkrankungen. Eine weitere wichtige Rolle spielen psychische Komorbiditäten wie z. B. Depressionen. Beispielsweise zeigt sich für die Entwicklung von Depressionen ein deutlicher Zusammenhang mit interpersonellen Konflikten am Arbeitsplatz. Auch laut dem aktuellen Stress-Report der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) sind psychische Erkrankungen eines der dringendsten Probleme in der Arbeitswelt. Multitasking, lange anhaltender hoher Zeitdruck, häufige Unterbrechungen bei der Arbeit und fehlende Erholungsmöglichkeiten belegen die ersten Plätze, der als negativ und damit belastend empfundenen Stressfaktoren. Arbeits- und Flexibilitätsanforderungen wachsen schneller als das menschliche Bewältigungspotenzial.

(2) Zur Verbesserung der Datenlage in der Landesverwaltung werden die Gesundheitsberichte der großen gesetzlichen Versicherungen in der Landesverwaltung einen Beitrag leisten. Zusätzlich wird MI in Abstimmung mit den Ressorts die von den Dienststellen erhobenen Krankenstanddaten ermitteln und eine Statistik erstellen.

Abschnitt 2 Allgemeine Regelungen

§ 1 Geltungsbereich

(1) Die Vereinbarung gilt für alle Beschäftigten (insbesondere Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter, Staatsanwältinnen und Staatsanwälte und Tarifbeschäftigte) der Niedersächsischen Landesverwaltung. Als Betriebe und Dienststellen im Sinne dieser Vereinbarung gelten alle Behörden, Verwaltungsstellen und sonstige Einrichtungen der Landesverwaltung und die Gerichte.

(2) Als Betriebe oder Dienststellen gelten ebenfalls die Schulen und Studienseminare. Bereits bestehende Zuständigkeitsregelungen bleiben unberührt. Darüber hinaus können weitere Zuständigkeiten durch das Niedersächsische Kultusministerium im Einvernehmen mit dem Schulhauptpersonalrat auf die Niedersächsische Landesschulbehörde übertragen werden.

(3) Die Vereinbarung gilt auch für die Landtagsverwaltung, den Landesrechnungshof und die Landesbeauftragte oder den Landesbeauftragten für den Datenschutz, wenn der Präsident oder die Präsidentin, der Landesbeauftragte oder die Landesbeauftragte ihr Einvernehmen erklärt.

§ 2 Inhalt und Ziele

(1) In der Vereinbarung werden die Handlungsfelder zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten des Landes beschrieben. Dies sind das Gesundheitsmanagement (GM), die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), CARE und die Suchtberatung.

(2) Die Ziele sind:

- Erhalt und Förderung der Gesundheit,
- Reduzierung von Fehlzeiten,
- Verringerung vorzeitiger Verrentung und Pensionierung aufgrund krankheitsbedingter Dienst- oder Arbeitsunfähigkeit,
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit,
- Erhöhung der Attraktivität der Landesverwaltung Niedersachsen und
- Sicherung der staatlichen Aufgabenerfüllung.

§ 3 Rechtliche Grundlagen

Die Handlungsfelder und Maßnahmen stützen sich insbesondere auf folgende Grundlagen:

- Gesetz zur Regelung des Statusrechts der Beamtinnen und Beamten in den Ländern (Beamtenstatusgesetz – BeamStG), §§ 26 – 30 zur Dienstunfähigkeit und zum Ruhestand, § 34 zur Gesunderhaltungspflicht, § 45 zur Fürsorge sowie § 50 zu datenschutzrechtlichen Regelungen bei der Führung der Personalakte,
- Niedersächsisches Beamtengesetz (NBG), §§ 43 – 45 und 110 zur Dienstunfähigkeit, § 80 zur Beihilfe, §§ 88 ff. zu den personaldatenschutzrechtlichen Regelungen und §§ 114 und 120 Abs. 3 zur Heilfürsorge für Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte,
- Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO), §§ 29 - 31 (Rehabilitation; Suchtbehandlung) und § 38 (Vorsorge und Prävention),
- Heilfürsorgebestimmungen für den Polizeivollzugsdienst des Landes Niedersachsen, §§ 11 – 14 (Rehabilitation, Entwöhnungsbehandlung) und § 16 (Vorsorge und Prävention),
- Sonderurlaubsverordnung, § 9 b zu Rehabilitationsmaßnahmen für Beamtinnen und Beamte,
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), §§ 617 – 619 zur Pflicht zur Krankenfürsorge,
- Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG), §§ 1 – 5 zur Zielsetzung und den Pflichten des Arbeitgebers, §§ 15 – 17 Pflichten und Rechte der Beschäftigten,
- Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG),
- Niedersächsisches Personalvertretungsgesetz (NPersVG), § 66 Abs. 1 Nr. 11 zu Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, § 77 Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- Niedersächsisches Datenschutzgesetz (NDSG), insbesondere § 5 zum Datengeheimnis, § 7 zu den technischen und organisatorischen Maßnahmen und § 8 zur Verfahrensbeschreibung,
- Niedersächsisches Statistikgesetz (NStatG), § 7 zur Geheimhaltung,
- Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) zu Vorschriften für die Sozialversicherung,
- Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 11 Leistungsarten, §§ 20, 20 a zu betrieblicher Gesundheitsförderung und § 20 b zur Prävention,
- Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) zur Rentenversicherung,
- Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX), § 84 Abs. 2 zum betrieblichen Eingliederungsmanagement,
- Beschluss der Landesregierung vom 19.11.2002 über den Ausbau des Gesundheitsmanagements und den Abschluss einer Vereinbarung nach § 81 NPersVG und Beschlüsse zur Weiterentwicklung des Gesundheitsmanagements in der niedersächsischen Landesverwaltung vom 31.01.2006 und 12.10.2010,
- Gem. Rd.Erl. des MS und der übrigen Ministerien zur Suchtprävention vom 01.06.2006 (Nds. MBl. Nr. 23/2006, S. 630 – VORIS 21069),
- Beschluss der Landesregierung vom 03.07.2013 zu CARE.

§ 4 Beirat

(1) Zur Planung, Begleitung und regelmäßigen Evaluierung der in dieser Vereinbarung beschriebenen Aufgaben in der Landesverwaltung wird ein Beirat gegründet.

(2) Der Beirat wirkt bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung der verschiedenen Aufgaben nach dieser Vereinbarung mit. Er erörtert aktuelle Fragestellungen zum Thema Arbeit und Gesundheit und sorgt für den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Ressorts sowie deren nachgeordneten Bereichen, den Beschäftigtenvertretungen und den Gewerkschaften zur Aufgabe Arbeit und Gesundheit.

(3) Der Beirat kann Arbeitsgruppen bilden, in denen Mitglieder des Beirates, bei Notwendigkeit unter Hinzuziehung von Sachverständigen, zu einzelnen Themenkomplexen vertieft arbeiten.

(4) Im Beirat sind vertreten:

- die obersten Landesbehörden,
- die Spitzenorganisationen der Gewerkschaften (DGB und DBB je 2 Sitze, Nds. Richterbund 1 Sitz),
- die Arbeitsgemeinschaft der Gleichstellungsbeauftragten der obersten Landesbehörden und
- die Arbeitsgemeinschaft der Schwerbehindertenvertretung bei den obersten Landesbehörden.

Weitere Sachverständige können hinzugezogen werden. Die Geschäftsführung liegt im MI. Der Beirat kann sich eine Geschäftsordnung geben.

(5) Für die Teilnahme an Sitzungen des Beirates und seiner Arbeitsgruppen werden die Mitglieder, sofern erforderlich, ganz oder teilweise freigestellt. Richterinnen und Richter und Staatsanwältinnen und Staatsanwälte werden angemessen entlastet. Die Mitarbeit im Beirat sowie in den Projekt- oder Arbeitsgruppen gilt als Arbeitszeit. Richterinnen und Richter, Staatsanwältinnen und Staatsanwälte sind dafür angemessen freizustellen.

§ 5 Förderung von Maßnahmen

Maßnahmen im Sinne dieser Vereinbarung sollen der Förderung der Gesundheit und dem Erhalt der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten dienen. Die Dienststellen können deshalb im Rahmen ihrer Möglichkeiten diese in jeder geeigneten Form (Finanzmittel, Sachmittel, Arbeitszeit) unterstützen.

§ 6 Dienstvereinbarungen

(1) Für die dienststellenbezogene bedarfsgerechte Ausgestaltung können auf der Grundlage dieser Vereinbarung konkretisierende Dienstvereinbarungen zu den einzelnen Handlungsfeldern zwischen Dienststelle und Personalvertretung geschlossen werden, die die spezifischen Einzelheiten regeln.

(2) Hinsichtlich der Anpassung bestehender Dienstvereinbarungen an diese Vereinbarung wird auf § 78 Abs. 1 Satz 1 NPersVG hingewiesen. Danach sind Dienstvereinbarungen unzulässig, wenn sie einer nach § 81 NPersVG getroffenen Vereinbarung entgegenstehen. Bestehende Dienstvereinbarungen können überprüft werden und sind ggf. anzupassen.

§ 7 Rechte der Personalvertretungen

Die Rechte der Personalvertretungen nach dem NPersVG und dem Nds. Richtergesetz bleiben unberührt.

Abschnitt 3 Gesundheitsmanagement und Arbeitsschutz

§ 8 Inhalt und Ziele

(1) Mit dem GM wird ein systemischer Ansatz zur Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen verwirklicht.

(2) Ansätze der gesundheitsfördernden Organisations- und Personalentwicklung, des Arbeitsschutzes und der persönlichen Gesundheitsförderung der Beschäftigten werden miteinander verknüpft. Im GM werden damit sowohl Verhaltensschulungsprogramme wie auch Verhältnisänderungen u. a. beim Thema Arbeitsorganisation, Arbeitsumgebung, Ergonomie, Sozialklima, Führungsverhalten in den Blick genommen.

(3) Gem. § 5 ArbSchG hat der Arbeitgeber die für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdungen einschließlich der psychischen Belastungen zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu treffen. Maßnahmen des Arbeitsschutzes im Sinne des § 2 Abs. 1 ArbSchG sind Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit.

(4) Die Ziele eines präventiven Arbeitsschutzes stimmen weitgehend mit den Zielen des GM überein, weshalb empfohlen wird, die Bereiche Arbeitsschutz und GM und die zur Verfügung stehenden Ressourcen eng miteinander zu verzahnen.

(5) Im Rahmen des GM lernen die Dienststellen, ihre Organisation und ihre Arbeitsbedingungen hinsichtlich Belastungen und Ressourcen zu untersuchen und sie bei Bedarf gezielt zu verändern. Dazu müssen verschiedene

Gruppen der Beschäftigten, Führungskräfte und Interessensvertretungen in Beziehung treten, ihre Sichtweisen austauschen und gemeinsam getragene Lösungen erarbeiten. Wichtig ist, dass Beschäftigte dabei erleben, dass ihre Vorstellungen von der Gestaltung ihrer Arbeitssituation zu realen Veränderungen führen.

(6) Das GM orientiert sich an den Prinzipien von Ganzheitlichkeit, Integration in die Organisation, Partizipation, Projektorganisation sowie an den europäischen Qualitätskriterien (Luxemburger Deklaration von 1997), dem § 20 a Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie an der Gender-Mainstreaming-Strategie. Näheres ist dazu im „Projektleitfaden Gesundheitsmanagement in niedersächsischen Dienststellen“ (Anlage 1) geregelt.

(7) Das GM

- setzt präventiv an, um Erkrankungen zu vermeiden,
- identifiziert und bearbeitet gesundheitsschädigende und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen und Verhaltensweisen im Arbeitsalltag,
- beinhaltet dabei die aktive und mitverantwortliche Beteiligung der Beschäftigten und ihrer Interessenvertretungen durch entsprechende Beteiligungskonzepte und –verfahren; u. a. Mitarbeiterbefragungen oder Gesundheitszirkel,
- geht systematisch vor und trägt zu einer zielgerichteten Maßnahmenentwicklung und zur Überprüfung der Wirksamkeit gesundheitsbezogener Aktivitäten bei,
- verknüpft die auf die Gesundheit gerichteten Aktivitäten verschiedener dienststelleninterner Fachstellen wie z. B. Arbeitssicherheit, betriebsärztliche und soziale Dienste, Personal-, Organisations- und Qualitätsmanagement sowie die Zusammenarbeit der Interessenvertretungen,
- fördert ein verstärktes Engagement und die Sensibilisierung der Führungskräfte für die Verbesserung der Belastungs- und Gesundheitssituation der Beschäftigten,
- verbessert die Personalentwicklung und insbesondere die Fortbildung, um die Beschäftigten besser in die Lage zu versetzen, den wachsenden Anforderungen an ihre Arbeit zu begegnen,
- berücksichtigt die jeweils besonderen Belastungs- bzw. Bewältigungssituationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, hierzu zählen u. a. geschlechtsspezifische Belastungssituationen und Belastungssituationen von Menschen mit Behinderungen,
- stellt hierzu die notwendigen Instrumente, Leitfäden und Weiteres zur Verfügung.

§ 9 Zuständigkeiten und Aufgaben

(1) Das GM wird von Organisationseinheiten oder Beschäftigtengruppen zur partizipativen Gestaltung gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen betrieben. Führungskräfte, die betrieblichen Interessensvertretungen und sonstige am Thema Arbeitsschutz und Gesundheit Beteiligte sind als verantwortliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wichtige Adressaten des Gesundheitsmanagements.

(2) Die Initiative für einen GM-Prozess kann sowohl von den Leitungsebenen als auch von den Beschäftigten ausgehen. Ein Konsens über das Vorgehen zwischen der Leitung und den beteiligten Beschäftigten einer Dienststelle ist erforderlich.

(3) Zur Steuerung der GM-Aktivitäten ist eine Steuerungsgruppe einzurichten. Alternativ kann der Arbeitsschutzausschuss, der gem. § 11 ASiG in Dienststellen mit mehr als zwanzig Beschäftigten einzurichten ist, entsprechend genutzt werden.

(4) Ziel ist, dass in jeder Dienststelle der Landesverwaltung die Zuständigkeit für den Arbeitsschutz und das GM geregelt ist und sich dies aus dem Organigramm oder dem Geschäftsverteilungsplan entnehmen lässt (§ 3 ArbSchG).

(5) Führungskräfte und die Vertreterinnen oder Vertreter der Personalstellen haben aufgrund ihrer Aufgabe und ihrer Vorbildfunktion einen besonderen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit, Motivation und das gesundheitliche Wohlbefinden der Beschäftigten.

§ 10 Verantwortlichkeiten

(1) Die obersten Landesbehörden sind verantwortlich für die Steuerung des Arbeitsschutzes und des GM in ihrem Geschäftsbereich.

(2) Gem. § 1 ASiG hat der Arbeitgeber Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen, die ihn beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung beraten und unterstützen.

(3) Das MI koordiniert das GM in der niedersächsischen Landesverwaltung. Es ist Anlaufstelle für die landesweite und landesübergreifende Vernetzung der Aktivitäten des Gesundheitsmanagements. Zusammen mit dem Studieninstitut des Landes Niedersachsen (SiN) bietet es Qualifizierungen für die unterschiedlichen Zielgruppen an und betreibt Öffentlichkeitsarbeit. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Ressorts für ihren Bereich bleiben davon unberührt.

(4) Das MI stellt den Beratungsservice GM zur Verfügung. Der Beratungsservice unterstützt Dienststellen im GM.

Dazu gehören folgende Aufgaben:

- Einstiegsberatung der Dienststellen und Interessenvertretungen,
- Workshops und Informationsveranstaltungen,
- begleitende Prozessberatung,
- Betreuung der Dienststellen in Netzwerken und Moderation von kollegialer Beratung,
- Reflexion der Projekte zur Bewertung der Wirksamkeit von Maßnahmen und Vorgehensweisen des GM (Evaluation) und die
- Durchführung von Qualifizierungen.

Informationen zum GM werden den Dienststellen im Intranet und Internet zur Verfügung gestellt.

(5) Soweit von Dienststellen im Rahmen des Gesundheitsmanagements Befragungen durchgeführt werden, werden sie so ausgewertet, dass das anonymisierte Gesamtergebnis für die Dienststelle dargestellt wird. Dabei ist sicherzustellen, dass keine Rückschlüsse auf Angaben einzelner Personen möglich sind. Sofern gesonderte Auswertungen von einzelnen Bereichen erforderlich sind, um konkrete Anhaltspunkte für Verbesserungen zu gewinnen und dabei Rückschlüsse auf Angaben einzelner Personen nicht auszuschließen sind, bedarf es der Einwilligung der Betroffenen.

§ 11 Erfolgskriterien und Evaluation

(1) Auf Basis der langjährigen Erfahrungen aus der Landesverwaltung und aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse sind insbesondere die nachfolgend aufgeführten Kriterien für ein erfolgreiches und nachhaltiges GM in den Dienststellen maßgeblich:

- schriftliche Vereinbarung zum GM, z. B. in Form einer Dienstvereinbarung oder eines schriftlichen Auftrags der Dienststellenleitung,
- Koordinierung des GM-Prozesses durch eine Steuerungsgruppe oder den Arbeitsschutzausschuss,
- Vorgehen nach dem GM-Prozessmodell,
- Erhebung der Ist-Situation und der wahrgenommenen Belastungen durch geeignete Analyseinstrumente (vgl. § 5 ArbSchG „Beurteilung der Arbeitsbedingungen“),
- Beteiligungsorientierte Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen und Problemlösungen für die wahrgenommenen Gefährdungen und Belastungen (z. B. in Gesundheitszirkeln),
- Umsetzung der Lösungen und Maßnahmen sowie die
- Evaluation des GM-Prozesses und der Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen.

Detaillierte Informationen sind im „Projektleitfaden Gesundheitsmanagement in niedersächsischen Dienststellen“ des MI aufgeführt.

(2) Eine Evaluation hat die systematische Reflexion des Handelns der Beteiligten (Prozessevaluation) und die Überprüfung der Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen (Maßnahmenevaluation) zum Ziel. Sie bietet die Grundlage zur Nachsteuerung und ist maßgeblich für die Nachhaltigkeit des GM.

(3) Die Prozessevaluation dient der Überprüfung des Vorgehensmodells und der einzelnen Handlungsschritte. Sie ermöglicht die Nachsteuerung des Prozesses. Die Prozessevaluation sollte durch externe Beraterinnen und Berater durchgeführt werden. Der Beratungsservice Gesundheitsmanagement bietet dazu Unterstützung an.

(4) Die Maßnahmenevaluation erfordert, dass bereits bei der Maßnahmenentwicklung klare Zielsetzungen und die Festlegung von Kriterien ihrer Überprüfbarkeit getroffen werden. Dadurch kann nach der Maßnahmenumsetzung eine Bewertung der Veränderung erfolgen. Die Maßnahmenevaluation kann von den Mitgliedern der dienststelleninternen Steuerungsgruppe oder der Gesundheitszirkel selbst durchgeführt werden.

§ 12 Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz und die Arbeitssicherheit sind Bestandteile des Gesundheitsmanagements. Die arbeitsschutzrechtlichen Vorschriften bleiben unberührt.

Abschnitt 4 Betriebliche Gesundheitsförderung

§ 13 Inhalt und Ziele

(1) Unter BGF werden die Maßnahmen verstanden, die einerseits arbeitsbedingte, gesundheitsrelevante Belastungen reduzieren und andererseits die gesundheitsförderlichen Ressourcen und Kompetenzen der Beschäftigten stärken. Ressourcenorientierung ist eine wichtige Investition in die Zukunft, denn sie soll die Menschen stärken, die wachsenden

Anforderungen des Arbeitslebens bewältigen zu können und sie befähigen, sich aktiv bei der Gestaltung ihrer Arbeitswelt zu beteiligen (vgl. Ottawa-Charta der WHO 1986). Ziel ist es, langfristig die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten. Ansatzpunkte sind neben dem individuellen Verhalten auch die betrieblichen Verhältnisse. Die BGF ist damit im unmittelbaren Interesse der Dienststellen der Landesverwaltung und von den Behördenleitungen zu verantworten.

(2) Die Entwicklung und Verbreitung von Gesundheitsförderungsprogrammen ist im Wesentlichen eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), die diese Angebote in Umsetzung ihres gesetzlichen Präventionsauftrages gem. § 20 Abs. 1 Satz 2 SGB V initiieren und begleiten. Arbeitgeber haben so die Möglichkeit, situationsangepasste, betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme in Kooperation mit den gesetzlichen Krankenkassen anzubieten (z. B. Kurse zur Raucherentwöhnung, Ernährung, Bewegung, Stressverarbeitung).

§ 14 Zuständigkeiten

(1) Die Dienststellen können als Fürsorgemaßnahmen eigene Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterbreiten und entsprechende Zuwendungen leisten.

(2) Die obersten Dienstbehörden sind für die Koordinierung und den Erfahrungsaustausch in ihrem Geschäftsbereich verantwortlich.

(3) Das MI vertritt die Gesamtheit der gesetzlich Versicherten in der Landesverwaltung gegenüber den gesetzlichen Krankenversicherungen und vereinbart mit diesen, der Rentenversicherung und den Unfallversicherungsträgern Kooperationen mit dem Ziel einer koordinierten Unterstützung der aktiven Gesundheitsförderung in der Landesverwaltung.

Abschnitt 5 Betriebliches Eingliederungsmanagement

§ 15 Geltungsbereich, Inhalt und Ziele

(1) Das BEM ist ein Angebot an alle Beschäftigte, die innerhalb von zwölf Monaten länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig erkrankt sind.

(2) Gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) im Zusammenwirken mit den Interessenvertretungen eine gesetzliche Aufgabe des Arbeitgebers. Ziel ist es, erkrankten Beschäftigten den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben zu ermöglichen und die Arbeitsfähigkeit nachhaltig zu sichern, zu verbessern und den Arbeitsplatz zu erhalten. Des Weiteren wird das BEM durchgeführt, um

- Behinderungen und chronischen Erkrankungen vorzubeugen,
- die Arbeitszufriedenheit und – motivation zu steigern,
- die Fehlzeiten und Krankheitskosten zu reduzieren und
- krankheitsbedingte Kündigungen und Erwerbsunfähigkeit sowie Versetzungen in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit zu vermeiden.

(3) Das Eingliederungsmanagement ist stets eine Einzelfallbetrachtung, und zielt auf ein systematisches Vorgehen ab. Es beinhaltet eine Handlungskette, die an jeder Stelle, insbesondere durch die Betroffene oder den Betroffenen, beendet werden kann. Zu beachten ist hierbei, dass die Gesundheit oder deren Mangel im hohen Maße Teil der Intimsphäre eines jeden Menschen ist.

(4) Das BEM

- findet mit Zustimmung und unter Beteiligung der oder des Betroffenen statt,
- ermöglicht einen möglichst frühzeitigen Kontakt zu langzeiterkrankten Beschäftigten,
- hält den Kontakt zur Beschäftigten oder zum Beschäftigten auch während einer langen krankheitsbedingten Abwesenheit aufrecht,
- verbessert bei Bedarf die Zusammenarbeit zwischen Rehabilitations-Träger und Dienststelle,
- führt zu einer frühzeitigen Planung möglicher Arbeitsplatzanpassungen und ggf. zu einer Bearbeitung von Arbeitsplatzkonflikten und
- beugt einem Rückfall oder einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vor.

§ 16 Zuständigkeiten und Aufgaben

(1) Für die routinemäßige Auswertung von Arbeitsunfähigkeitszeiten zur Erfassung erkrankter Beschäftigter ist die jeweilige Personalstelle oder die von ihr schriftlich beauftragte Stelle zuständig.

(2) Für die weitere BEM-Verfahrensweise und die Zuständigkeiten lässt § 84 Abs. 2 SGB IX unterschiedliche Möglichkeiten offen. Im Einvernehmen zwischen Dienststelle und Personalvertretung sollte zumindest eine BEM-Beauftragte oder ein BEM-Beauftragter benannt werden.

(3) Die oder der BEM-Beauftragte ist Teil der Dienststelle und kann auch der personalaktenbearbeitenden Organisationseinheit angehören. Sie oder er hat folgende Aufgaben:

- Verantwortung für die Einleitung und die Organisation des BEM-Verfahrens,
- Kontaktaufnahme zu den Betroffenen,
- unabhängige Ansprechperson für die Betroffenen und
- Führung und Verwaltung der BEM-Unterlagen.

Empfehlenswert ist es, zur Steuerung der Eingliederungsprozesse und zur Beratung der Betroffenen neben der oder dem BEM-Beauftragten eine neutrale Koordinierungsstelle (BEM-Team) in der Dienststelle einzurichten. Unter Leitung der oder des BEM-Beauftragten unterstützt das BEM-Team den oder die BEM-Beauftragten bei der Beratung und Bearbeitung der BEM-Verfahren.

(4) Im BEM-Team sollten grundsätzlich beteiligt sein:

- eine Beauftragte oder ein Beauftragter der Dienststelle und
- eine Beauftragte oder ein Beauftragter des Personalrats.

Soweit im Einzelfall erforderlich werden hinzugezogen:

- die oder der unmittelbare Vorgesetzte,
- die Schwerbehindertenvertretung (bei schwerbehinderten Beschäftigten),
- die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt,
- die Fachkraft für Arbeitssicherheit,
- die oder der Sicherheitsbeauftragte,
- die oder der Suchtbeauftragte,
- die Gleichstellungsbeauftragte sowie
- Sonstige (wie z. B. CARE-Beraterinnen oder -Berater).

Für die Hinzuziehung des sog. „BEM-Teams“ bedarf es der Einwilligung der oder des Betroffenen. Auf Wunsch der oder des Betroffenen können einzelne Personen des o. g. Kreises jederzeit hinzugenommen oder ausgeschlossen werden. Zudem kann die oder der Betroffene eine Vertrauensperson ihrer oder seiner Wahl hinzuziehen.

(5) Die oder der BEM-Beauftragte und die Mitglieder des BEM-Teams sind unter Berücksichtigung der Haushaltsmittel auf Kosten der Dienststelle zu schulen. Die Beteiligten im BEM-Verfahren sind für die Wahrnehmung der Aufgaben im Verfahren im erforderlichen Umfang zu entlasten (siehe auch § 5).

§ 17 Gliederung und Ablauf des BEM-Verfahrens

(1) Gliederung des BEM-Verfahrens:

- Datenauswertung zur Erfassung langzeiterkrankter Beschäftigter,
- Einleitung des Verfahrens durch das Angebot eines Erstgesprächs,
- Durchführung des Erstgesprächs und Einholung der Einwilligungserklärung,
- Weitere Beratungsgespräche, Koordinierung interner und externer Eingliederungsmaßnahmen,
- Dokumentation und Evaluation.

(2) Zur ersten Kontaktaufnahme ist die betroffene Person schriftlich über die Zielsetzung des BEM, die Person und die Aufgaben der oder des BEM-Beauftragten, die grundsätzliche Zusammensetzung des BEM-Teams, Art und Umfang der erforderlichen Datenverarbeitung sowie über den weiteren möglichen Verlauf zu informieren. Das Erstgespräch sollte mit der oder dem BEM-Beauftragten in einer neutralen, offenen und vertrauenswürdigen Gesprächsatmosphäre stattfinden.

(3) Verfahrensende

Ein BEM-Verfahren ist beendet, wenn

- die oder der Betroffene eine Beendigung wünscht,
- ein den Anforderungen der Erkrankung gerecht werdendes Arbeitsumfeld geschaffen ist oder sich unter Ausnutzung der vorhandenen Möglichkeiten nicht schaffen lässt,
- die oder der Betroffene sich auf Vorschlag des BEM-Teams (oder BEM-Beauftragten) mit einer Beendigung einverstanden erklärt oder
- die oder der Betroffene nach Feststellung des BEM-Teams nicht aktiv am BEM-Verfahren mitwirkt.

§ 21

Zielgruppen

(1) Bei der Ausgestaltung des CARE-Service-Angebots ist die differenzierte Beschäftigungsstruktur der Landesverwaltung zu berücksichtigen. Für die ca. 130.000 Beamtinnen und Beamten, Richterinnen und Richter und Staatsanwältinnen und Staatsanwälte und die rund 80.000 Tarifbeschäftigten des Landes sind unterschiedliche (Versicherungs-)Systeme und damit unterschiedliche Zuständigkeiten und Verfahrensregelungen zu beachten. Tarifbeschäftigte sind dem Sozialversicherungssystem und damit den Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung zugeordnet. Für die Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter und Staatsanwältinnen und Staatsanwälte sind die Beihilfe und im Regelfall die PKV zuständig. Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamten, die bis einschließlich zum Jahr 1998 eingestellt wurden, sind durch das System der Heilfürsorge abgesichert.

(2) Zielgruppe Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter und Staatsanwältinnen und Staatsanwälte

Die CARE-Beratungsstellen bieten ein Angebot zur organisatorischen Unterstützung des Heilungsprozesses und der beruflich orientierten Rehabilitation. Das Entlassungsmanagement im Sinne des § 39 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB V für alle stationär behandelte Personen, dass auch für privat Versicherte gilt, wird hiervon nicht berührt.

(3) Zielgruppe Tarifbeschäftigte

Für die Tarifbeschäftigten des Landes steht das gesetzlich geregelte Leistungsangebot der Sozialversicherungsträger (gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung) zur Verfügung. Das sogenannte sektorübergreifende Versorgungsmanagement oder Fallmanagement wird von den Leistungserbringenden und Kostenträgenden der Sozialversicherung (§ 11 Abs. 4 SGB V) durchgeführt. Die CARE Beratung kann hilfeschuchende Tarifbeschäftigte gegenüber den zuständigen Trägern der Sozialversicherung unterstützen.

(4) Zielgruppe Dienststellen

Funktionsträgerinnen und Funktionsträger (Führungskräfte, Personalräte, BEM-Beauftragte, betriebliche Interessensvertretungen) der Dienststellen können sich bei Fragen im Umgang mit ratsuchenden Beschäftigten an die CARE-Beratung wenden und erhalten dort Auskunft und ggfs. weiterführende Kontaktadressen. Die Anonymität der betreffenden Beschäftigten ist hierbei stets zu gewährleisten.

(5) Zielgruppe Beschäftigte in Schulen und Studienseminaren (Tarifbeschäftigte sowie Beamtinnen und Beamte im Landesdienst)

Für die ca. 90.000 Beschäftigten in Schulen und Studienseminaren werden auf Grundlage des Beschlusses der Landesregierung vom 03.07.2013 gesonderte CARE-Beratungsstellen in den Regionalabteilungen der Niedersächsischen Landesschulbehörde eingerichtet. Diese werden in eigener Zuständigkeit des MK gesteuert. Eine enge Abstimmung mit den CARE-Beratungsstellen des MI wird gewährleistet.

§ 22

Aufgaben der Koordinierungsstelle CARE im MI

(1) MI steuert die Prozesse zum Auf- und Ausbau von CARE. Zudem koordiniert es die CARE-Beratungsstellen und unterstützt sie mit zentralen Serviceleistungen.

(2) Zu den Aufgaben der Koordinierungsstelle gehören die:

- Steuerung, Evaluation und Ergebnissicherung des Gesamtprozesses der CARE-Beratung,
- Organisation der Qualifizierung, kollegiale Beratung und Supervision der CARE-Beraterinnen und -Berater,
- Steuerung der Kooperationen mit den Sozialversicherungsträgern,
- Ausbau des Versorgungsnetzwerkes,
- Öffentlichkeitsarbeit und
- Gewährleistung eines Informations- und Erfahrungsaustausches mit den Ressorts (s. Kap. II § 4).

§ 23

Versorgungsnetzwerk

(1) Ein funktionierendes Versorgungsnetzwerk ist Voraussetzung für die CARE-Beratung. Dazu wird ein Verzeichnis von ambulanten und stationären medizinischen und therapeutischen Einrichtungen erstellt. Es ermöglicht den CARE-Beraterinnen und -Beratern die Vermittlung möglichst passgenauer Behandlungsangebote für ratsuchende Beschäftigte.

(2) Das Verzeichnis wird fortlaufend gepflegt, erweitert und angepasst. Über Rückmeldungen an die CARE-Beratungsstellen wird eine Qualitätssicherung gewährleistet.

(3) Zur Verkürzung von krankheitsverstärkenden Wartezeiten stimmt das MI soweit möglich Kooperationsvereinbarungen mit den regionalen Leistungserbringenden ab.

§ 24 Aufgaben der CARE-Beratungsstellen

(1) Die CARE-Beratungsstellen für die in § 21 Abs. 2 – 4 genannten Zielgruppen sind ein zentraler Service des MI zur psychosozialen Beratung. Ratsuchende erhalten so eine neutrale Ansprechperson. Die CARE-Beratung unterstützt insbesondere bei:

- der Suche nach ärztlichen oder therapeutischen Fachkräften, einer Heilbehandlungs- oder Rehabilitationseinrichtung, einer sozialen Beratungsstelle (Schulden, familiäre Konflikte, etc.), einer Suchtberatung,
- arbeitsplatzbedingten Belastungssituationen bzw. Erkrankungsursachen und dem Wunsch nach einer neutralen Vermittlung zur Dienststelle,
- Verfahrensfragen mit der Beihilfe, der Heilfürsorge, der PKV, der GKV und dem zuständigen Unfall- bzw. Rentenversicherungsträger z. B. bei der Antragstellung,
- der Beantwortung organisatorischer Fragen zur Überwindung von Eingliederungshindernissen nach der Therapie oder der Rehabilitation (fortbestehende Arbeitsunfähigkeit nach der Rehabilitation, keine Wiedereingliederung) und bei
- der Vermittlung eines anderen Dienstpostens oder Arbeitsplatzes durch die Job-Börse als Voraussetzung für die Vermeidung einer vorzeitigen Versetzung in den Ruhestand oder Verrentung.

Im Bedarfsfall kommen weitere Tätigkeiten im Management der Schnittstellen zwischen den Betroffenen, dem Land Niedersachsen, den Leistungserbringenden und den Kostenträgern (Beihilfe, Heilfürsorge, PKV, GKV, Unfall- und Rentenversicherungsträger) hinzu. Der CARE-Service kann so zu einer besseren, übergreifenden Kommunikation beitragen und die Versorgung der Betroffenen beschleunigen, den Tätigkeitsbezug der Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen herstellen und Eingliederungshindernissen nach der erfolgten Therapie oder Rehabilitation vorbeugen.

(2) Die Aufgaben der CARE-Beratungsstellen in den Regionalabteilungen der NLSchB für Beschäftigte in Schulen und Studienseminaren sind ressort- und zielgruppenspezifisch modifiziert und an die im Ressortbereich des MK bereits vorhandenen und eingeführten Beratungsstrukturen in den Bereichen Arbeitsschutz und Gesundheitsmanagement (AuG) und BEM angepasst.

(3) Zusätzlich zu den von MI und MK eingerichteten CARE Beratungsstellen können die Dienststellen im Rahmen ihrer Möglichkeiten eigene psychosoziale Beratungsstellen einrichten, die den Beschäftigten unabhängig, niedrigschwellig und arbeitsplatznah Beratung und Hilfe u. a. zu den Themen Konflikte am Arbeitsplatz, persönliche Krisen, gesundheitsorientiertes Führen, Coaching und psychische Belastungen anbieten. Ist eine Dienststelle zu klein für eine eigene Beratungsstelle kann sie mit anderen Dienststellen eine gemeinsame Psychosoziale Beratungsstelle einrichten.

§ 25 Evaluation

Die Wirksamkeit von CARE wird anhand eines mehrstufigen Verfahrens überprüft. Die Auswertung erfolgt anonym mit einem automatisierten Verfahren. Die erhobenen Daten sollen Aufschluss darüber geben, ob die CARE-Serviceleistung zu den gewünschten Ergebnissen geführt hat (Ergebnisqualität) und ob die richtige Vorgehensweise zur Zielerreichung gewählt wurde (Struktur- und Prozessqualität). Für die Evaluation werden sowohl quantitative wie auch qualitative Daten genutzt. Die Ergebnisse der Evaluation werden genutzt, um die Beratungsqualität zu verbessern, die Eignung der vermittelten therapeutischen Fachkräfte und Einrichtungen zu beurteilen und das Serviceangebot zu verbessern.

§ 26 Datenhaltung

(1) Die Daten der um Beratung nachsuchenden Beschäftigten werden in der CARE-Datenbank gespeichert, sofern diese Daten auch in der Personalakte enthalten sein könnten. Darüberhinausgehende Informationen aus dem Beratungsgespräch, wie z. B. Medizinische Daten und Diagnosen werden in einer handschriftlichen Beratungsakte geführt und nicht in die Datenbank eingetragen.

(2) Datenübermittlungen an andere Stellen sind unzulässig.

(3) Die CARE-Daten werden nach Abschluss des Beratungsverfahrens sechs Monate gespeichert und anschließend gelöscht, die handschriftlichen Beratungsakten werden vernichtet. Auf Wunsch der Beratenen werden die Daten sofort gelöscht.

(4) Von der Löschung ausgenommen sind die Daten, die zum Zwecke der Geschäftsstatistik erforderlich sind.

§ 27 Zugriffs- und Kontrollbestimmungen

(1) Die Zugriffsrechte für die eingetragenen CARE-Datensätze und das Recht zur Datenauswertung liegen bei der CARE-Beratungsstelle, die für das Beratungsverfahren zuständig ist.

(2) Die Freigabe für Logins in die CARE-Datenbank an Verfahrensbeteiligte erfolgt durch das für CARE zuständige Referat des MI.

Abschnitt 7

Betriebliche Suchtprävention und –beratung

§ 28 Inhalt und Ziele

(1) Ein Suchtpräventionsprogramm, das neben suchtvorbeugenden Aktivitäten auch Gespräche, Beratung und Unterstützung bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz vorsieht, ist Bestandteil der Personalentwicklung und des Gesundheitsmanagements in der Landesverwaltung und gehört als Teil der Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes zu den Pflichten des Arbeitgebers und der Beschäftigten.

(2) Als erprobte Qualitätsstandards setzen folgende Handlungs- und Regelungsbereiche den Rahmen für alle weiteren Vereinbarungen zum Umgang mit Suchtproblemen:

- die Steuerung des Suchtpräventionsprogramms,
- die Zuständigkeiten der Beteiligten (Führungskräfte, Interessenvertretungen, Ansprechpersonen),
- die Qualifizierung der Personalverantwortlichen und anderen Beteiligten,
- die Information und Aufklärung der Beschäftigten über gesundheitliche und soziale Gefährdungen durch riskanten Suchtmittelgebrauch und suchtbedingte Verhaltensweisen sowie die Beseitigung von Ursachen dafür in der Arbeit,
- der verantwortliche Umgang mit Alkohol und anderen berauschenden Mitteln sowie das Vorgehen bei aktuellen Verstößen gegen den Arbeitsschutz,
- die frühzeitige Ansprache von Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten (Fürsorge- und Klärungsgespräche),
- die verbindlichen Interventionen bei suchtmittel- oder suchtbedingten Auffälligkeiten nach dem Stufenplan,
- die Unterstützungsangebote für suchtgefährdete und suchtkranke Beschäftigte sowie deren Vernetzung,
- die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz,
- die internen haupt- oder nebenamtlichen Beratungsangebote und Ansprechpersonen mit ihren Aufgaben, Rechten und Pflichten,
- der Daten- und Persönlichkeitsschutz sowie die Schweigepflichtregelung.

(3) Die Umsetzung in den Dienststellen orientiert sich an der jeweils aktuellen Rahmenempfehlung zur Suchtprävention und Suchthilfe in den Dienststellen des Landes Niedersachsen (aktuelle Fassung des Nds. Sozialministeriums Stand 2006) sowie den Standards zur betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (Stand DHS 2011).

§ 29 Zuständigkeiten

(1) Für die Betriebliche Suchtprävention ist die jeweilige Dienststellenleitung verantwortlich.

(2) Ist eine Dienststelle zu klein für eine eigene Stelle kann sie mit anderen Dienststellen eine gemeinsame Betriebliche Suchtpräventionsstelle einrichten.

Abschnitt 8

Schlussbestimmungen

§ 30 Datenschutz und Vertraulichkeit

(1) Personenbezogene Daten der Beschäftigten dürfen nur verarbeitet werden, soweit dies für die Erreichung der Ziele dieser Vereinbarung erforderlich ist. Die für die Verarbeitung personenbezogener Daten geltenden Vorschriften des § 50 Beamtenstatusgesetz (BeamtStG), des Niedersächsischen Beamtengesetzes (§§ 88 ff NBG) und des Niedersächsischen Datenschutzgesetzes (NDStG) in der jeweils gültigen Fassung sind zu beachten.

(2) Die Gespräche und sämtliche Dokumente im Rahmen des GM, des CARE-Services und der Eingliederung (BEM) sind vertraulich. Die zuständigen Ansprechpersonen unterliegen der Schweigepflicht.

(3) Die jeweils bearbeitende Stelle ist für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verantwortlich.

§ 31 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt mit sofortiger Wirkung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Vereinbarung zum Gesundheitsmanagement vom 19.11.2002 außer Kraft.