***Dienstvereinbarung***

***zwischen***

***der Dienststelle .....................***

***vertreten durch die Dienststellenleitung***

***und***

***dem Personalrat***

***vertreten durch den/die Vorsitzende/n***

***und***

***der Schwerbehindertenvertretung***

***vertreten durch ...***

### *über die Durchführung des BEM*

*Vorbemerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde die männliche Sprachform bei der Formulierung dieser Dienstvereinbarung gewählt. Personalrat und Dienststellenleitung versichern, dass sie alle Beschäftigten und andere Personen diskriminierungsfrei und gleichberechtigt behandeln werden.*

***§ 1 Ziele***

*Das BEM hat folgende Ziele:*

* *Überwindung und Vorbeugung erneuter Arbeitsunfähigkeiten*
* *Erhalt und Förderung der Gesundheit*
* *Vermeidung von chronischen Erkrankungen und Behinderungen*
* *Vermeidung von krankheitsbedingten Kündigungen*

***§ 2 Geltungsbereich***

*Diese Dienstvereinbarung gilt für alle Beschäftigte der Dienststelle, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind und bei denen eine Beeinträchtigung zumindest zu erwarten ist.*

*Jeder Beschäftigte kann selbst jederzeit das BEM beantragen.*

***§ 3 BEM-Team***

*Zur Durchführung des BEM wird auf Wunsch des betroffenen Beschäftigten ein Integrationsteam gebildet. Diesem Team gehören an:*

* *Beauftragter der Dienststellenleitung mit Entscheidungsbefugnis*
* *Personalratsvorsitzender oder ein dazu beauftragtes Personalratsmitglied*
* *Schwerbehindertenvertreter*
* *Amtsarzt*

*Das Integrationsteam wählt aus seiner Mitte eine(n) Vorsitzende(n).*

***§ 4 Information***

*Die Dienststellenleitung bzw. die Personalabteilung stellt dem Integrationsteam mindestens einmal pro Quartal die Arbeitsunfähigkeitsstatistik der Dienststelle sowie dazugehörige abteilungsbezogene Kennziffern zur Verfügung.*

***§ 5 Freiwilligkeit und Einladung***

*Das BEM ist freiwillig. Ohne Zustimmung des betroffenen Beschäftigten wird es nicht durchgeführt. Um die Bereitschaft festzustellen wird der Beschäftigte schriftlich unter Hinweis auf die Freiwilligkeit zum BEM eingeladen.*

***§ 6 Maßnahmen***

*Das BEM verfolgt die folgenden Maßnahmen: Prävention, Rehabilitation und Förderung der Gesundheit.*

***§ 7 Zielerreichung***

*Die Dienststellenleitung erörtert mit Einverständnis des betroffenen Beschäftigten einmal jährlich mit dem Personalrat und der Schwerbehindertenvertretung, ob und in welchem Umfang die Ziele des BEM erreicht wurden.*

***§ 8 Laufzeit/Kündigung***

*Diese Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung in Kraft.*

*Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von ... zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.*

*Eine Nachwirkung wird ausgeschlossen.*

*..., den \_\_.\_\_.\_\_\_\_*

*Unterschrift Dienstherr Unterschrift Personalrat*

Dieser kostenlose Download stammt aus einer Ausgabe von „**Personalrat heute**“.

Sollten sie noch kein Abonnent sein, können Sie Ihre **KOSTENLOSE Gratis-Ausgabe** jetzt kostenlos anfordern. Ich bin sicher: Sie werden begeistert sein!

* Ja, ich möchte „**Personalrat heute**“ gratis testen und von allen Vorteilen profitieren:
* **Eine Gratis-Ausgabe im pdf-Format, die Sie 14 Tage lang testen können.** Diese Gratisausgabe dürfen Sie in jedem Fall behalten.
* Wenn Sie uns innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Gratis-Ausgabe nichts Gegenteiliges telefonisch, per Fax, Brief oder E-Mail mitteilen, erhalten sie automatisch die weiteren Ausgaben im pdf-Format zu einem Preis von nur 19,90 Euro pro Ausgabe plus MWSt. „Personalrat heute“ erscheint 30 mal pro Jahr mit je 8 Seiten pro pdf-Ausgabe. Den Bezug können Sie jederzeit zum Ende des nächsten Monats kündigen.

**Vorname, Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (PRHWSANG2)**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Straße + Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Postleitzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Jetzt ausfüllen und absenden an:

* Fax: 0931-4170497
* Telefon: 0931-4170427
* Post: Praktimedia GmbH, Winkelhausen 27, 51519 Odenthal
* E-Mail: kundenservice@praktimedia.de

Unser Angebot richtet sich nur an Unternehmen, Industrie, Gewerbe, Handwerk, Handel, freie Berufe, öffentliche oder karitative Einrichtungen, den öffentlichen Dienst und Behörden sowie Verbände oder vergleichbare Institutionen und ist ausschließlich zur Verwendung in der beruflichen bzw. gewerblich oder selbständigen Arbeit vorgesehen. Nähere Auskünfte zum Datenschutz finden Sie unter [www.praktimedia.de](http://www.praxispurmedien.de)

PRH-Downl.-6/2024