



Mitteldeutsches  
Institut für  
Arbeitsmedizin

Mitteldeutsches Institut für Arbeitsmedizin GmbH  
Hohe Straße 30 | 04107 Leipzig

Absender

Lysann Reinhardt  
Mitteldeutsches Institut  
für Arbeitsmedizin GmbH  
Hohe Straße 30  
04107 Leipzig

Telefon 0341 99 38 48 00

Telefax 0341 99 38 48 10

E-Mail lysann.reinhardt@mia-doc.de

Zur Vorlage beim Personaldezernat

Unsere Zeichen:

Ihr Zeichen:

Ort/Datum: Leipzig, 29. Juni 2023

## Arbeitsmedizinische Stellungnahme – [REDACTED]

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihr [REDACTED] stellte sich am 28.06.2023 vereinbarungsgemäß in unserer arbeitsmedizinischen Sprechstunde vor. Anlass war die von Ihnen im Rahmen der Fürsorgepflicht nach §3 Abs. 5 TV-L gewünschte Überprüfung Ihr o.g. Mitarbeiter in der Lage ist die arbeitsvertraglich geschuldeten Tätigkeiten auszuführen.

Mit Zustimmung von Herrn Wolf erhalten Sie nachstehendes positives und negatives Leistungsprofil sowie unsere aktuelle arbeitsmedizinische Einschätzung zum Sachverhalt.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Lysann Reinhardt  
Fachärztin für Arbeitsmedizin



Name:	Vorname:	Geb. Datum:	Betrieb
			Universität Leipzig

  

Betriebsarzt:	Untersuchungsdatum:	externe Befunde lagen vor: <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
Reinhardt, Lysann	28.06.2023	

Definitionen:

Arbeitsschwere bis max. kg: leicht: 10 kg      mittelschwere: 10 - 15 kg      schwer: > 15 kg

Häufigkeit: ständig: > 12 x /Std.      häufig: bis 12x/Std.      gelegentlich: 1-2x/Std.  
(91-100% der AZ)      (51-90% der AZ)      (bis 5% der AZ)

Dauer: zeitweise: < 10% der AZ      überwiegend: 51 - 90 % der AZ      ständig: 100% der AZ

**1. Positives Leistungsbild:**

Folgende Arbeiten können verrichtet werden:

<b>Körperliche Arbeitsschwere</b>	<input checked="" type="checkbox"/> schwere Arbeiten	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte
<b>Arbeitshaltung</b> im Stehen	<input checked="" type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	
im Gehen	<input checked="" type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	
im Sitzen	<input checked="" type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	
<b>Arbeitsorganisation</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Tagesschicht	<input type="checkbox"/> Nachtschicht	<input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht	

**2. Negatives Leistungsbild:**

Bitte kreuzen Sie die Tätigkeitsmerkmale an, die dem Betroffenen gesundheitlich schaden bzw. gesundheitlich nicht möglich sind.

<b>Arbeitsweg</b>	<input type="checkbox"/> Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Wege zu Fuß über ____ (k)m	<input type="checkbox"/> führen eines KfZ
<b>Arbeitszeit</b>	<input type="checkbox"/> Wechselschicht	<input type="checkbox"/> Nachtschicht	<input type="checkbox"/> Überstunden
<b>körperliche Belastung</b>	<input type="checkbox"/> überwiegendes Sitzen	<input type="checkbox"/> überwiegendes Stehen	<input type="checkbox"/> längere Zwangshaltung
	<input type="checkbox"/> häufiges Bücken	<input type="checkbox"/> häufiges Treppensteigen	<input type="checkbox"/> klettern/gehen auf unebenem Boden
	<input type="checkbox"/> Überkopfarbeiten	<input type="checkbox"/> Lasten heben und tragen über ____ kg	
<b>Umwelteinflüsse</b>	<input type="checkbox"/> Nässe, Kälte, Zugluft	<input type="checkbox"/> Schmutzarbeit	<input type="checkbox"/> starke Temperaturschwankungen
	<input type="checkbox"/> Hitze	<input type="checkbox"/> Staub, Dämpfe, Gase	
<b>Beanspruchung der Sinne</b>	<input type="checkbox"/> volles Sehvermögen	<input type="checkbox"/> volle Farbtüchtigkeit	<input type="checkbox"/> volles Hörvermögen
	<input type="checkbox"/> räumliches Sehen		
<b>Beanspruchung durch Arbeitsorganisation</b>	<input type="checkbox"/> Zeitdruck	<input type="checkbox"/> Gruppenarbeit	<input type="checkbox"/> besondere geistige, seelische Belastbarkeit
	<input type="checkbox"/> Publikumsverkehr	<input type="checkbox"/> unregelmäßige Pausen	
<b>Beanspruchung durch Technik</b>	<input type="checkbox"/> Arbeiten an laufenden Maschinen	<input type="checkbox"/> Arbeiten mit Absturzgefahr	<input type="checkbox"/> Arbeiten mit Lärmbelastigung
	<input type="checkbox"/> Arbeiten mit Strom		
<b>Sonstiges</b>			

**3. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild ausgeübt werden kann.**

<input checked="" type="checkbox"/> mindestens 6 Stunden und länger	<input type="checkbox"/> zwischen 3 und unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> weniger als 3 Stunden
---	---	--



## Ergänzungen zum Leistungsbild/Bemerkungen/Empfehlung/Maßnahmen

Auf Grundlage der am 28.06.2023 erfolgten Untersuchung, beauftragt durch den Arbeitgeber (nach §3 Abs. 5 TV-L), zur Überprüfung ob Herr Wolf Heiko in der Lage ist die arbeitsvertraglich geschuldeten Tätigkeiten auszuführen ergibt sich für Herrn Wolf voran gestelltes positives und negatives Leistungsbild für die Aufgaben als IT-Administrator.

Es zeigten sich im Rahmen der heutigen Untersuchung keine Körperlich-gesundheitlichen Einschränkungen, die gegen die hauptsächlich auszuführende Bildschirmtätigkeit sprechen.

Im Rahmen der heutigen Konsultation verhielt sich Herr Wolf kooperativ und adäquat. Auffälligkeiten die eine akute Gefährdung für Herrn Wolf oder Andere annehmen lassen, konnte bei Herrn Wolf nicht beobachtet werden.

Die arbeitgeberseitig angesprochenen verhaltensbedingten Auffälligkeiten können hier nicht beurteilt werden und sind nicht Gegenstand Arbeitsmedizinischer Untersuchungen.

Es sollte individuell geprüft werden, welche Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeiten von Herrn Wolf ihm Rahmen seiner Tätigkeit gestellt werden (können) und ggf. ermittelt werden, ob sich Weiterbildungsbedarfe ergeben.

Nach Arbeitsmedizinischer Einschätzungen ist Herr Wolf grundsätzlich in der Lage Bildschirmarbeit zu erbringen.

## Empfohlenes weiteres Vorgehen

- ☐ zeitnahe Wiedervorstellung der Mitarbeiterin in unserer Praxis
- ☐ regelmäßige Wiedervorstellung aller 3-6 Wochen / Monate
- ☐ Wiedervorstellung vor vollschichtiger Aufnahme der Tätigkeiten.
- ☐ Wiedervorstellung vor nächster Stufe der aktuellen Wiedereingliederung
- ☐ Empfehlung zur stufenweise Wiedereingliederung: Stufe 1: ... h/Tag für ... Wochen; Bereich:.....
  - ☐ Verordnung über Haus-/D-Arzt anstreben Stufe 2: ... h/Tag für ... Wochen; Bereich:.....
  - Stufe 3: ... h/Tag für ... Wochen; Bereich:.....
  - Stufe 4: ... h/Tag für ... Wochen; Bereich:.....
- ☒ Keine Maßnahmen erforderlich.
- ☐ Einleitung BEM – Verfahren empfohlen
- ☐ individuelle Arbeitsplatzbegehung mit Fachkraft für Arbeitssicherheit und Integrationsfachdienst empfohlen
- ☐ Beantragung Berufsunfähigkeit

Leipzig, 29. Juni 2023

Ort, Datum

  
Institut für  
Arbeitsmedizin  
**Lysann Reinhardt**

Fachärztin für Arbeitsmedizin  
Mitteldeutsches Institut für  
Arbeitsmedizin GmbH  
Hohe Str. 30 | 04107 Leipzig

Tel: 0341 99 38 48 00

Fax: 0341 99 38 48 10

E-Mail: [lysann.reinhardt@mia-dcc.de](mailto:lysann.reinhardt@mia-dcc.de)

Unterschrift der Ärztin/des Arztes und Namensstempel