

**- Vertrauliche Personalsache -**

**Begutachtung der Dienstfähigkeit nach § 48 BBG**

I. Darstellung des Sachverhaltes durch die Dienststelle

Vorname, Name, Amtsbezeichnung:	
Geburtsdatum:	
Anschrift der Dienststelle:	
Privatanschrift:	

1. Welche Tätigkeiten übt die Beamtin/der Beamte aus? (stichwortartige Beschreibung)

2. Ggf. welche weiteren Tätigkeiten sind prägend für das der Beamtin/des Beamten innehabende Amt im abstrakt-funktionalen Sinn?

3. Ist die Beamtin/der Beamte teilzeitbeschäftigt?

ja, im Umfang von            Stunden/Woche

nein

4. Welche physischen und psychischen Anforderungen und Belastungen gibt es am Arbeitsplatz? (stichwortartige Beschreibung)

5. Welche Fehlzeiten sind Anlass für die Beauftragung des ärztlichen Gutachtens?

(konkrete und lückenlose Auflistung der Fehlzeiten)

Erkrankung von            bis

6. Wurde innerhalb der letzten sechs Monate mehr als drei Monate kein Dienst geleistet?

ja

nein

7. Wie wirkt sich die Erkrankung aus Sicht der Dienststelle bzw. aus Sicht des unmittelbaren Vorgesetzten auf die Erfüllung der Dienstpflichten aus? (stichwortartige Beschreibung)

*Beispiele: Zunahme von Fehlzeiten, Leistungsschwankungen, Abnahme der Qualität der Arbeitsverrichtung*

8. Welche Maßnahmen hat die Dienststelle bisher ergriffen, um die Beamtin/den Beamten zu unterstützen und ihre/seine Dienstfähigkeit zu erhalten?

*Beispiele: Mitarbeitergespräche, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Hamburger Modell*

9. Warum waren diese Maßnahmen aus Sicht der Dienststelle nicht erfolgreich?

10. Wurde die Betriebsärztin oder der Betriebsarzt bei den Maßnahmen beteiligt?

ja, und zwar wie folgt:

(Namen und Anschrift der Betriebsärztin oder des Betriebsarztes eintragen)

nein

11. Welche Möglichkeiten bestehen, die Beamtin/den Beamten anderweitig zu verwenden?

a) Verwendung auf demselben Arbeitsplatz mit reduzierter Arbeitszeit mit einem Anteil von mindestens 50 Prozent der regelmäßigen Arbeitszeit von  
Stunden/Woche

keine

b) auf einem anderen Arbeitsplatz

Verwendung mit folgenden Tätigkeiten, Anforderungen und Belastungen:

1

keine

12. Liegt – nach der Personalakte – eine Schwerbehinderung im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder eine anerkannte Gleichstellung vor?

ja, mit            Grad der Schwerbehinderung, Merkmale            (laut Schwerbehindertenausweis)

nein

,  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

---

<sup>1</sup> Hinweis für Dienststellen: Hier ggf. Vorschläge für den Amtsarzt aufnehmen, für eine perspektivische Verwendung.

II. Fragen der Dienststelle an die begutachtende Ärztin oder den begutachtenden Arzt:

**- Vertrauliche Personalsache -**

Ärztliches Gutachten nach § 48 BBG	
Vorname, Name, Amtsbezeichnung:	
Geburtsdatum:	
Anschrift der Dienststelle:	
Privatanschrift:	

Das Gutachten wurde am            von            in Auftrag gegeben.

Die Begutachtung fand am            in            statt.

Folgende Ärzte wurden konsiliarisch hinzugezogen:

Es wurde folgendes festgestellt:

1 a. Gesamtbeurteilung:

Die Beamtin/der Beamte ist aus medizinischer Sicht:

dienstfähig

- begrenzt dienstfähig mit      Prozent der regelmäßigen wöchentlichen  
Arbeitszeit
- dienstunfähig

1 b. Welche tragenden Feststellungen und Gründe führten zu dieser Gesamt-  
beurteilung, soweit deren Kenntnis für die Behörde unter Beachtung des  
Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit für die Entscheidung über die Zurruhe-  
setzung erforderlich ist?

## 2. Gesundheitliche Beeinträchtigungen (negatives Leistungsbild)

Bestehen Funktionseinschränkungen?

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Bildschirmtauglichkeit                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Publikumsverkehr                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Termindruck                                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| (häufig) wechselnder Arbeitsanforderungen       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Teamfähigkeit                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Arbeitsunterbrechungen erforderlich             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reduzierung der Arbeitszeit notwendig           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| stehenden / sitzenden Tätigkeiten               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Heben/Tragen                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige körperliche Einschränkungen            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige psychische Einschränkungen             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schichtdienst                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nachtdienst                                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mehrarbeit                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Waffentrageerlaubnis                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Führen von Kfz unter einsatzmäßigen Bedingungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

weitere Einschränkungen:

3. Beschreibung der verbliebenen Leistungsfähigkeit (positives Leistungs-  
bild):

4. Besteht Aussicht auf Wiederherstellung der vollen tätigkeitsbezogenen  
Leistungsfähigkeit innerhalb der nächsten sechs Monate, bei Polizeivollzugs-  
beamtinnen/Polizeivollzugsbeamten innerhalb der nächsten zwei Jahre (§ 4  
Absatz 1 BPolBG)?

ja

nein

5. Ist die Wiederherstellung zu einem späteren Zeitpunkt wahrscheinlich?

ja, voraussichtlich in

nein, weil

6. Ist es möglich, die Beamtin/den Beamten mit reduzierter Arbeitszeit (min-  
destens mit einem Anteil von 50 Prozent der regelmäßigen Arbeitszeit) auf  
dem bisherigen Dienstposten zu beschäftigen?

ja

nein

7. Die Beamtin/der Beamte könnte auf einem Dienstposten mit folgenden  
Tätigkeiten, Anforderungen und Belastungen beschäftigt werden: (Bewertung  
unter Bezug auf die Darstellung des Sachverhaltes durch die Dienststelle ein-  
tragen)

ja

nein

Bewertung (ggf. Anlage beifügen):

8. Sind zum Erhalt, zur Verbesserung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit gesundheitliche Rehabilitationsmaßnahmen erfolgversprechend?

ja, und zwar folgende: (Art der Maßnahme, Dauer)

nein, weil

9. Sind zum Erhalt, zur Verbesserung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit berufliche Rehabilitationsmaßnahmen erfolgversprechend?

ja, und zwar folgende: (Art der Maßnahme, Dauer)

nein, weil

10. Ist die Beamtin/der Beamte zur Teilnahme Rehabilitationsmaßnahmen bereit?

ja, und zwar folgende: (Art der Maßnahme, Dauer)

nein, weil

*Nur ausfüllen, wenn Fragen 4. bis 10. mit „nein“ beantwortet wurden:*

11. Ist die Beamtin/der Beamte daher aus medizinischer Sicht auf Dauer nicht in der Lage, ihren oder seinen Dienst zu leisten?

ja

nein

*Nur ausfüllen, wenn Frage 6 mit „ja“ beantwortet wurde:*

12. Wann wird frühestens eine Nachuntersuchung mit dem Ziel einer Feststellung der vollständigen Dienstfähigkeit empfohlen?

Es wird empfohlen, eine Untersuchung frühestens nach                      Monaten durchzuführen.

13. Wird eine Nachuntersuchung zum Zweck der Reaktivierung bereits vor Ablauf von zwei Jahren empfohlen?

Ja, es wird empfohlen, eine Untersuchung bereits nach                      Monaten durchzuführen.

Nein

14. Wird ein Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) für sinnvoll erachtet?

Ja, weil

Nein, weil

Ort, Datum

.....  
Unterschrift Gutachterin /  
Gutachter