



# MINISTERIALBLÄTT

## FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

76. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 29. Juni 2023

Nummer 24

## Inhalt

## I.

Veröffentlichungen, die in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBL. NRW.) aufgenommen werden.

Glied.-Nr.	Datum	Titel	Seite
2129	21.06.2023	<b>Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales</b> Zweite Änderung der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zum Ausbau der Digitalisierung an Ausbildungseinrichtungen gemäß NotSanG und RettAPO (Förderrichtlinie Digitalisierung Rettungsdienstschulen) .....	604
7824	20.06.2023	<b>Ministerium für Landwirtschaft und Verbraucherschutz</b> Zweite Änderung der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Verbesserung von Gesundheit und Robustheit landwirtschaftlicher Nutztiere .....	604
7861	31.05.2023	Richtlinien zur Förderung des ökologischen Landbaus .....	604
8051	07.06.2023	<b>Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und Ministerium des Innern</b> Verfahren zur Durchführung und Abrechnung von ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz .....	612

## II.

Veröffentlichungen, die **nicht** in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBL. NRW.) aufgenommen werden.

Datum	Titel	Seite
05.06.2023	<b>Ministerpräsident</b> Berufskonsularische Vertretung der Demokratischen Volksrepublik Algerien in Frankfurt am Main ...	640

## III.

**Öffentliche Bekanntmachungen**  
(Im Internet kostenfrei zugänglich unter: <https://recht.nrw.de>)

Datum	Titel	Seite
23.05.2023	<b>Landschaftsverband Westfalen-Lippe</b> 15. Landschaftsversammlung Westfalen-Lippe – Feststellung eines Nachfolgers .....	640

## Hinweis:

Die Gesetz- und Verordnungsblätter (GV. NRW.) und die Sammlung aller Gesetze und Verordnungen des Landes NRW (SGV. NRW.) sowie die Ministerialblätter für das Land Nordrhein-Westfalen (MBL. NRW.) und die Sammlung der in Teil I des MBL. NRW. veröffentlichten Erlasse (SMBL. NRW.) stehen im Intranet des Landes NRW (<https://lv.recht.nrw.de>) und im Internet (<https://recht.nrw.de>) zur Verfügung.

**I.****2129**

**Zweite Änderung der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zum Ausbau der Digitalisierung an Ausbildungseinrichtungen gemäß NotSanG und RettAPO (Förderrichtlinie Digitalisierung Rettungsdienstschulen)**

Runderlass  
des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
VA4 – 93.21.02.03  
Vom 21. Juni 2023

**1**

In Nummer 7 der Förderrichtlinie Digitalisierung Rettungsdienstschulen vom

26. Oktober 2021 (MBL. NRW. S. 1022), die durch Runderlass vom 14. November 2022 (MBL. NRW. S. 916) geändert worden ist, wird die Angabe „30. Juni 2023“ durch die Angabe „30. November 2023“ ersetzt.

**2**

Dieser Runderlass tritt am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

– MBL. NRW. 2023 S. 604

**7824**

**Zweite Änderung der Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Verbesserung von Gesundheit und Robustheit landwirtschaftlicher Nutztiere**

Runderlass des  
Ministeriums für Landwirtschaft und Verbraucherschutz  
II.2 63.05.07.03  
Vom 20. Juni 2023

**1**

Die Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Verbesserung von Gesundheit und Robustheit landwirtschaftlicher Nutztiere vom 20. September 2021 (MBL. NRW. S. 801), die durch Runderlass vom 8. Dezember 2022 (MBL. NRW. S. 1041) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:  
„a) des Artikels 27 der Verordnung (EU) Nr. 2022/2472 der Kommission vom 14. Dezember 2022 zur Feststellung der Vereinbarkeit bestimmter Arten von Beihilfen im Agrar- und Forstsektor und in ländlichen Gebieten mit dem Binnenmarkt in Anwendung der Artikel 107 und 108 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (ABL. L 327 vom 21.12.2022, S. 1),“.
2. In Nummer 9 Satz 2 wird die Angabe „30. Juni 2023“ durch die Angabe „30. September 2023“ ersetzt.

**2**

Dieser Runderlass tritt am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

– MBL. NRW. 2023 S. 604

**7861**

**Richtlinien zur Förderung des ökologischen Landbaus**

Runderlass  
des Ministeriums für Landwirtschaft  
und Verbraucherschutz  
II.4 – 63.03.10.04 – 001005  
Vom 31. Mai 2023

**1**

**Zuwendungszweck, Rechtsgrundlage**

**1.1**

Das Land gewährt Zuwendungen zur Förderung des ökologischen Landbaus nach Maßgabe dieser Richtlinien auf der Grundlage folgender Normen in der jeweils geltenden Fassung:

- a) der Verordnung (EU) 2021/2115 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 2. Dezember 2021 mit Vorschriften für die Unterstützung der von den Mitgliedstaaten im Rahmen der Gemeinsamen Agrarpolitik zu erstellenden und durch den Europäischen Garantiefonds für die Landwirtschaft (EGFL) und den Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) zu finanzierenden Strategiepläne (GAP-Strategiepläne) und zur Aufhebung der Verordnung (EU) Nr. 1305/2013 sowie der Verordnung (EU) Nr. 1307/2013 (ABL. L 435 vom 6.12.2021, S. 1),
- b) der Verordnung (EU) 2021/2116 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 2. Dezember 2021 über die Finanzierung, Verwaltung und Überwachung der Gemeinsamen Agrarpolitik und zur Aufhebung der Verordnung (EU) Nr. 1306/2013 (ABL. L 435 vom 6.12.2021, S. 187),
- c) des GAP-Konditionalitäten-Gesetzes vom 16. Juli 2021 (BGBl. I S. 2996; 2022 I S. 2262),
- d) des GAP-Integriertes Verwaltungs- und Kontrollsysteem-Gesetzes vom 10. August 2021 (BGBl. I S. 3523; 2022 I S. 2262),
- e) des GAP-Direktzahlungen-Gesetzes vom 16. Juli 2021 (BGBl. I S. 3003; 2022 I S. 2262),
- f) des GAK-Gesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Juli 1988 (BGBl. I S. 1055),
- g) der Verordnung (EU) 2018/848 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. Mai 2018 über die ökologische/biologische Produktion und die Kennzeichnung von ökologischen/biologischen Erzeugnissen sowie zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 834/2007 des Rates (ABL. L 150 vom 14.6.2018, S.1), der zu dieser Verordnung ergangenen Durchführungsverordnung (EU) 2020/464 der Kommission vom 26. März 2020 (ABL. L 98 vom 31.3.2020, S. 2) sowie der Delegierten Verordnung (EU) 2020/427 der Kommission vom 13. Januar 2020 zur Änderung des Anhangs II der Verordnung (EU) 2018/848 (ABL. L 87 vom 23.3.2020, S. 1),
- h) des Agrar- und Fischereifonds-Informationen-Gesetz vom 26. November 2008 (BGBl. I S. 2330),
- i) der §§ 23 und 44 der Landeshaushaltsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. April 1999 (GV. NRW. S. 158) sowie den dazugehörigen Verwaltungsvorschriften zur Landeshaushaltsordnung vom 6. Juni 2022 (MBL. NRW. S. 445).

**1.2**

Ein Anspruch auf Gewährung der Zuwendung besteht nicht, vielmehr entscheidet die Bewilligungsbehörde auf Grund ihres pflichtgemäßen Ermessens im Rahmen verfügbarer Haushaltsmittel.

**2**

**Gegenstand der Förderung**

Förderfähig sind die mit der Einführung und Beibehaltung ökologischer landwirtschaftlicher Bewirtschaftungsverfahren und -methoden (ökologischer Landbau) verbundenen Mehrausgaben.

**3****Zuwendungsempfängerinnen und Zuwendungsempfänger**

Zuwendungsempfänger sind Landwirtinnen und Landwirte im Sinne des Artikels 3 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2021/2115, die eine landwirtschaftliche Tätigkeit gemäß § 3 der GAP-Direktzahlungen-Verordnung vom 24. Januar 2022 (BGBl. I S. 139; 2022 I S. 2287) ausüben.

**4****Allgemeine Zuwendungsvoraussetzungen****4.1**

Voraussetzung für die Gewährung einer Zuwendung ist, dass die Zuwendungsempfänger

**4.1.1**

einen Antrag auf Zuwendung gemäß der Nummer 9.1 vor Beginn des Verpflichtungszeitraums und einen jährlichen Antrag auf Auszahlung gemäß der Nummer 9.4 bei der Bewilligungsbehörde stellen,

**4.1.2**

die Voraussetzungen gemäß der Nummer 3 ab Beginn des Verpflichtungszeitraums erfüllen,

**4.1.3**

für die Dauer des Verpflichtungszeitraums lückenlos dem Kontrollverfahren gemäß Nummer 5.1 unterliegen,

**4.1.4**

sicherstellen, dass die Einhaltung der Verpflichtungen sowie die Angaben zum Antrag jederzeit an Ort und Stelle durch die zuständigen Prüfungsorgane kontrolliert werden können, dem beauftragten Kontrollpersonal die erforderlichen Auskünfte erteilt werden, der Zugang zu Flächen und Wirtschaftsgebäuden ermöglicht wird und ihnen unbegrenzt Einsichtnahme in die für die Beurteilung der Einhaltung der Zuwendungsbestimmungen notwendigen betrieblichen Unterlagen gewährt wird,

**4.1.5**

ihr Einverständnis erteilen, dass die Daten zur Förderung, insbesondere der Name und die Gemeinde, in der die Zuwendungsempfänger wohnen, sowie die Bezeichnung der Maßnahme und die Höhe der Zuwendung, gemäß § 2 des Agrar- und Fischereifonds-Informationengesetzes in das veröffentlichte Verzeichnis der Zuwendungsempfänger aufgenommen werden.

**4.2**

Die Flächen, für die eine Zuwendung beantragt wird, müssen landwirtschaftliche Produktionsflächen gemäß der §§ 4 und 12 der GAP-Direktzahlungen-Verordnung sein und in Nordrhein-Westfalen liegen. Landschaftselemente sind nicht zuwendungsfähig.

**5****Verpflichtungen der Zuwendungsempfänger**

Die Zuwendungsempfänger verpflichten sich,

**5.1**

für die Dauer von mindestens fünf Jahren im gesamten Betrieb ökologischen Landbau nach den Vorschriften der Verordnung (EU) 2018/848 zu betreiben. Insbesondere sind die Vorschriften für die Pflanzenproduktion gemäß Artikel 12, die Vorschriften für die Tierproduktion gemäß Artikel 14 sowie die in Anhang 2 der Verordnung (EU) 2018/848 genannten detaillierten Produktionsvorschriften bezüglich der Pflanzen- und Tierproduktion einzuhalten. Von dieser Verpflichtung sind die Bienenhaltung und die Aquakultur ausgenommen.

**5.2**

jährlich eine vollständig ausgefüllte Bescheinigung der Kontrollstelle über die Kontrolle gemäß Nummer 5.1 innerhalb von sechs Wochen nach Abschluss der Kontrolle

(Datum der Prüfbescheinigung) vorzulegen. Das für Landwirtschaft zuständige Ministerium kann vorsehen, dass die Kontrollstelle die Prüfbescheinigung unmittelbar elektronisch an die dafür vorgesehene Stelle übermittelt,

**5.3**

im Fall der Beantragung von Prämien für Dauergrünland im jeweiligen Verpflichtungsjahr einen durchschnittlichen Viehbesatz von mindestens 0,3 Raufutterfressenden Großvieheinheiten (RGV) je Hektar Dauergrünland einzuhalten,

**5.4**

die einschlägigen Grundanforderungen an die Betriebsführung und die GLÖZ-Standards gemäß Titel III Kapitel I Abschnitt 2 der Verordnung (EU) 2021/2115 (Konditionalität) und die einschlägigen Mindestanforderungen für die Anwendung von Düngemitteln und Pflanzenschutzmitteln einzuhalten,

**5.5**

sonstige verpflichtende Anforderungen gemäß nationalem und EU-Recht einzuhalten sowie eine landwirtschaftliche Tätigkeit gemäß § 3 der GAP-Direktzahlungen-Verordnung auszuüben,

**5.6**

jede Abweichung vom Antrag, insbesondere jede Nutzungsänderung, jede Änderung in der Größe der bewirtschafteten Flächen und jeden Wechsel des Nutzungsberechtigten während der Dauer der Verpflichtungen sowie alle Tatsachen, die der Bewilligung, Gewährung, Weitergewährung, Inanspruchnahme oder dem Belassen der Zuwendung entgegenstehen oder für die Rückforderung der Zuwendung erheblich sind, schriftlich mitzuteilen,

**5.7**

alle für die Gewährung der Förderung notwendigen Unterlagen nach dem Verpflichtungszeitraum für weitere fünf Jahre aufzubewahren,

**5.8**

an der fachlichen Bewertung (Evaluierung) der geförderten Maßnahmen mitzuwirken und den vom Land Nordrhein-Westfalen beauftragten Stellen die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

**6****Art der Zuwendung****6.1**

Zuwendungsart: Projektförderung.

**6.2**

Finanzierungsart: Festbetragfinanzierung.

**6.3**

Form der Zuwendung: Zuschuss.

**7****Höhe der Zuwendung**

Die Höhe der Zuwendung beträgt je Hektar und Jahr

**7.1**

für Grund- und Folgeanträge, mit jährlichen Auszahlungen für das jeweilige Verpflichtungsjahr

a) bei der Einführung des ökologischen Landbaus

aa) Ackerflächen im 1. und 2. Jahr 550 Euro, im 3. bis 5. Jahr 280 Euro

bb) Dauergrünlandflächen im 1. und 2. Jahr 360 Euro, im 3. bis 5. Jahr 260 Euro

cc) Gemüse- und Zierpflanzenflächen im 1. und 2. Jahr 1500 Euro, im 3. bis 5. Jahr 470 Euro

dd) Dauerkultur- und Baumschulflächen im 1. und 2. Jahr 2240 Euro, im 3. bis 5. Jahr 1060 Euro

- ee) Unterglasflächen im 1. und 2. Jahr 6130 Euro, im 3. bis 5 Jahr 4210 Euro;
- Die Einführung des ökologischen Landbaus wird je Betrieb nur einmal gefördert. Zwischen dem Datum des Beginns der Kontrolle gemäß EU-Öko-Verordnung (Datum der Gültigkeit des Kontrollvertrags) und dem Beginn des Verpflichtungszeitraums dürfen für die Gewährung der Einführungsprämie nicht mehr als 21 Monate liegen. Die Bewilligung der Einführungsprämie wird unter den Vorbehalt gestellt, dass der überwiegende Anteil der Flächen im ersten Auszahlungsantrag vorher keine Ökoförderung erhalten hat.
- b) bei der Beibehaltung ökologischer Produktionsverfahren
- aa) Ackerflächen 280 Euro
  - bb) Dauergrünlandflächen 260 Euro,
  - cc) Gemüse- und Zierpflanzenflächen 470 Euro,
  - dd) Dauerkultur- und Baumschulflächen 1060 Euro,
  - ee) Unterglasflächen 4210 Euro.

## 7.2

Im Fall der gleichzeitigen Förderung der Öko-Regelung gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 4 des GAP-Direktzahlungen-Gesetzes (Extensivierung des gesamten Dauergrünlands) wird die Zuwendung im Rahmen der Förderung des ökologischen Landbaus in jedem Jahr um 50 Euro je Hektar gekürzt.

Im Fall der gleichzeitigen Förderung der Öko-Regelung gemäß § 20 Absatz 1 Nummer 6 des GAP-Direktzahlungen-Gesetzes (Bewirtschaftung von Acker- und Dauerkulturländern ohne Verwendung von chemisch-synthetischen PSM) wird die Zuwendung in jedem Jahr um den geplanten Einheitsbetrag gemäß § 16 Absatz 1 der GAP-Direktzahlungen-Verordnung gekürzt.

## 7.3

Der Ausgleich von Transaktionskosten beträgt jährlich 50 Euro je Hektar, höchstens jedoch 600 Euro pro Betrieb. Voraussetzung für die Förderung des Ausgleichs von Transaktionskosten ist, dass der Betriebssitz in Nordrhein-Westfalen liegt.

## 7.4

Bagatellgrenze: 500 Euro pro Jahr.

## 8

### Sonstige Zuwendungsbestimmungen

#### 8.1

##### Zu- und Abgänge von Flächen

###### 8.1.1

Vergrößert sich während der Dauer der Verpflichtung der Flächenumfang, müssen die Zuwendungsempfänger die zusätzliche Fläche für den restlichen Verpflichtungszeitraum gemäß den eingegangenen Verpflichtungen bewirtschaften.

###### 8.1.2

Soweit die zusätzliche Fläche von den Zuwendungsempfängern selbst bewirtschaftet wird, kann auf Grund des jährlichen Auszahlungsantrags gemäß der Nummer 9.4 für diese zusätzliche Fläche – im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel – eine Bewilligung und Auszahlung erfolgen.

###### 8.1.3

Soweit die Zuwendungsempfänger zusätzliche Flächen in die Verpflichtung einbeziehen möchten, kann die laufende Bewilligung auf Antrag (Ersetzungsantrag) durch eine neue fünfjährige Bewilligung ersetzt werden, die sowohl die bisherigen als auch die neu beantragten Flächen umfasst. Über die Möglichkeit, Ersetzungsanträge bewilligen zu können, wird jährlich neu entschieden.

#### 8.1.4

Übertragen Zuwendungsempfänger die Gesamtheit oder einen Teil ihrer Fläche, auf die sich die Verpflichtungen beziehen, oder ihren gesamten Betrieb während des Verpflichtungszeitraumes an eine andere Person, die an der gleichen Fördermaßnahme nach diesen Richtlinien teilnimmt oder unmittelbar nach der Übernahme teilnehmen wird, so kann diese die Verpflichtung oder einen Teil dieser, der der übertragenen Fläche entspricht, für den restlichen Zeitraum übernehmen. Erfolgt eine solche Übernahme nicht, so laufen die entsprechenden Verpflichtungen aus, ohne dass für den tatsächlichen Verpflichtungszeitraum die für diese Flächen erhaltene Zuwendung zurückzuzahlen ist. Die Zuwendung verringert sich für die Restlaufzeit entsprechend dem Umfang der ausscheidenden Fläche.

## 8.2

### Höhere Gewalt und außergewöhnliche Umstände

Als Fälle höherer Gewalt und außergewöhnlicher Umstände werden gemäß Artikel 3 der Verordnung (EU) 2021/2116 insbesondere folgende Fälle beziehungsweise Umstände anerkannt:

- a) eine schwere Naturkatastrophe oder ein schweres Wetterereignis, die beziehungsweise das den Betrieb erheblich in Mitleidenschaft zieht,
- b) die unfallbedingte Zerstörung von Stallgebäuden des Betriebes,
- c) eine Tierseuche, der Ausbruch einer Pflanzenkrankheit oder das Auftreten eines Pflanzenschädlings, die beziehungsweise der den gesamten Tier- beziehungsweise Pflanzenbestand des Zuwendungsempfängers oder einen Teil davon betrifft,
- d) die Enteignung des gesamten Betriebes oder eines wesentlichen Teils davon, soweit diese Enteignung am Tag der Einreichung des Antrags nicht vorherzusehen war,
- e) der Tod des Zuwendungsempfängers,
- f) länger andauernde Berufsunfähigkeit des Zuwendungsempfängers.

Fälle höherer Gewalt und außergewöhnliche Umstände sind der Bewilligungsbehörde schriftlich und mit entsprechenden Nachweisen innerhalb von 15 Arbeitstagen nach dem Zeitpunkt anzugeben, ab dem die Zuwendungsempfänger beziehungsweise die Rechtsnachfolger oder die Vertretungen hierzu in der Lage sind.

## 8.3

### Aufhebung, Änderung des Zuwendungsbescheides, Rückzahlung

#### 8.3.1

Zuwendungsbescheide für Verpflichtungen, die über den Zeitraum des GAP-Strategieplans hinausgehen, werden an den Rechtsrahmen der nächsten EU-Förderperiode angepasst.

#### 8.3.2

##### Muss die Verpflichtung

- a) aufgrund von Änderungen der einschlägigen verpflichtenden Standards, Anforderungen oder Auflagen gemäß Nummer 5.4, über die die Verpflichtungen hinausgehen müssen, oder
- b) zur Gewährleistung der Unterscheidbarkeit von den Verpflichtungen gemäß § 20 des GAP-Direktzahlungen-Gesetzes in Verbindung mit Anlage 5 der GAP-Direktzahlungen-Verordnung („Öko-Regelungen“)

angepasst werden, ist der Zuwendungsbescheid während der Laufzeit entsprechend abzuändern oder auf Wunsch des Zuwendungsempfängers aufzuheben. Bereits gewährte und ausgezahlte Zuwendungen sind in diesen Fällen nicht zurückzufordern.

### 8.3.3

Die beantragte Zuwendung wird abgelehnt oder zurückgenommen, wenn die Zuwendungsvoraussetzungen nicht erfüllt sind.

### 8.3.4

Wird festgestellt, dass die Fläche, auf welcher die Fördermaßnahme ordnungsgemäß durchgeführt wurde, die im Antrag auf Auszahlung (Flächenverzeichnis) erklärte Fläche unterschreitet, wird der Zuwendungsbetrag, soweit nachfolgend nicht anderes bestimmt ist, auf der Grundlage der bei der Kontrolle ermittelten Fläche festgesetzt. Zu Unrecht gewährte Zuwendungen sind zurückzuzahlen.

### 8.3.5

Rückforderungsbeträge, einschließlich darauf entfallender Zinsen, können mit künftigen Zahlungen im Rahmen von Beihilfeanträgen verrechnet werden.

### 8.3.6

Die Verpflichtung zur Rückzahlung entfällt, wenn die Zahlung auf einen Irrtum der zuständigen Behörde selbst oder einer anderen Behörde zurückzuführen ist, der von den Zuwendungsempfängern billigerweise nicht erkannt werden konnte. Es sei denn, der Irrtum beruht auf einer fehlerhaften Berechnung der betreffenden Zahlung und der Rückforderungsbescheid wurde innerhalb von zwölf Monaten nach der Zahlung übermittelt.

## 8.4

### Kürzungen und Ausschlüsse

#### 8.4.1

##### Flächenabweichungen

Kürzungen der Zuwendungen oder Ausschlüsse aufgrund von Flächenabweichungen zwischen beantragter und im Rahmen der Kontrolle festgestellter Fläche erfolgen gemäß der GAP-Integriertes Verwaltungs- und Kontrollsyste-Verordnung.

#### 8.4.2

##### Verstöße gegen Verpflichtungen

###### 8.4.2.1

Kürzungen der Zuwendungen, Aufhebungen und Ausschlüsse von der Förderung werden bei Nichterfüllung der Verpflichtungen nach Artikel 59 Absatz 5 der Verordnung (EU) 2021/2116 unter Berücksichtigung von Schwer-, Ausmaß-, Dauer und Häufigkeit des festgestellten Verstoßes vorgenommen. Die Bewilligungsbehörde kann Abweichungen von den festgelegten Sanktionsbestimmungen vornehmen, wenn deren Anwendung zu unverhältnismäßigen Ergebnissen führen würde.

Führt die Gesamtbewertung bei schwerwiegenden Verstößen zum Ergebnis, dass das Ziel der Maßnahme nicht mehr erreichbar ist, ist der Zuwendungsbescheid aufzuheben und bereits gezahlte Zuwendungen sind zurückzufordern. Der Zuwendungsempfänger wird einschließlich des auf die Feststellung folgenden Kalenderjahres von einer erneuten Teilnahme an der Maßnahme ausgeschlossen.

###### 8.4.2.2

Werden Verstöße gemäß Artikel 42 Absatz 1 der Verordnung (EU) Nr. 2018/848 im Betrieb festgestellt, wird der Zuwendungsbetrag bei geringfügigen Verstößen um 5 Prozent, bei leichten um 20 Prozent und bei mittleren um 50 Prozent gekürzt. Bei schweren Verstößen wird keine Zuwendung im jeweiligen Jahr gewährt. Schwerwiegende, wiederholte oder anhaltende Verstöße gemäß Artikel 42 Absatz 2 der Verordnung (EU) Nr. 2018/848 führen zur Aufhebung des Zuwendungsbescheides und Rückzahlung der bereits gewährten Zuwendungen.

###### 8.4.2.3

Wird die Prüfbescheinigung nach Nummer 5.2 wiederholt nicht innerhalb von sechs Wochen vorgelegt, wird

der Zuwendungsbetrag um 5 Prozent gekürzt. Zugrunde gelegt wird dabei der Verpflichtungszeitraum, der im Programmplanszeitraum 2023 bis 2027 begonnen wurde.

###### 8.4.2.4

Wird festgestellt, dass der durchschnittliche jährliche Mindestviehbesatz von 0,30 RGV je Hektar Dauergrünland nach Nummer 5.3 unterschritten wurde, wird der Zuwendungsbetrag für das Dauergrünland in dem Jahr, in dem die Abweichung festgestellt wurde, bei einer Unterschreitung zwischen 5 und 20 Prozent um 20 Prozent und bei einer Unterschreitung zwischen 20 und 50 Prozent um 50 Prozent gekürzt. Bei einer Unterschreitung des Mindestviehbesatzes um mehr als 50 Prozent wird für das Dauergrünland keine Zuwendung im jeweiligen Jahr gewährt.

###### 8.4.2.5

Bei Verstößen gegen die Verpflichtungen gemäß Nummer 5.7 (soweit sich diese auf die Aufbewahrungspflichten von Unterlagen bezieht, die für die Überprüfung der Förderfähigkeit oder der Einhaltung von Verpflichtungen notwendig sind) wird der Zuwendungsbetrag um 20 Prozent, bei Verstößen gemäß Nummer 5.8 (Mitwirkungspflichten) um 10 Prozent gekürzt.

###### 8.4.2.6

Soweit bei einem Verstoß gegen eine Vorschrift gemäß Nummer 5.1 im Bereich der Düngung, des Pflanzenschutzes oder der Tierhaltung gleichzeitig ein Verstoß gegen eine mit dieser Verpflichtung unmittelbar verknüpften Anforderung gemäß Nummer 5.4 vorliegt, ist der Kürzungssatz um 10 Prozent zu erhöhen. Bei sonstigen Verpflichtungsverstößen ist der vorgenannte höhere Kürzungssatz auf Fälle anzuwenden, bei denen die Vorschriften gemäß Nummer 5.1 höhere Anforderungen setzen, als die Anforderungen gemäß Nummer 5.4.

###### 8.4.2.7

Bei mehreren Verstößen gegen Verpflichtungen wird der Zuwendungsbetrag um den höchsten Prozentwert gekürzt. Eine Kumulation der Kürzungen erfolgt nicht.

###### 8.4.2.8

Im Fall eines Folgeverstoßes gegen die gleiche Verpflichtung in derselben Maßnahme nach den Nummern 5.1 und 5.3 während des Verpflichtungszeitraums, der im Programmplanszeitraum 2023 bis 2027 begonnen wurde, ist der Zuwendungsbetrag neben der gemäß Nummer 8.4.2.2 und 8.4.2.4 vorzunehmenden Kürzung, zusätzlich um den halben Prozentwert zu kürzen, der beim zuletzt ermittelten Verpflichtungsverstoß angewendet wurde. Im Fall eines Folgeverstoßes gegen die gleiche Verpflichtung in derselben Maßnahme während des Verpflichtungszeitraums, der im Programmplanszeitraum 2023 bis 2027 begonnen wurde, nach den Nummern 5.7 und 5.8 ist der Zuwendungsbetrag um den doppelten Prozentwert zu kürzen, der beim zuletzt ermittelten Verpflichtungsverstoß angewendet wurde.

###### 8.4.2.9

Wird festgestellt, dass Zuwendungsempfänger zum dritten Mal während des Verpflichtungszeitraums, der im Programmplanszeitraum 2023 bis 2027 begonnen wurde, gegen die gleichen Verpflichtungen in derselben Maßnahme verstoßen haben und einmal die Zuwendung um 100 Prozent gekürzt wurde, ist der Zuwendungsbescheid aufzuheben.

###### 8.4.2.10

Verstoßen Zuwendungsempfänger zum vierten Mal während des Verpflichtungszeitraums, der im Programmplanszeitraum 2023 bis 2027 begonnen wurde, gegen die gleiche Verpflichtung in derselben Maßnahme, ausgenommen die Verpflichtung gemäß Nummer 5.2, ist der Zuwendungsbescheid aufzuheben.

#### 8.4.3

##### **Verstöße gegen Konditionalität**

Werden die verbindlichen Anforderungen der Konditionalität gemäß der Nummer 5.4 von den Zuwendungsempfängern im gesamten Betrieb aufgrund einer unmittelbar ihnen anzulastenden Handlung oder Unterlassung nicht erfüllt, so wird der Gesamtbetrag der nach dieser Richtlinie zu gewährenden Zuwendungen gekürzt. Maßgebend hierfür sind die Bestimmungen von Titel IV Kapitel IV der Verordnung (EU) 2021/2116 in Verbindung mit Kapitel III und IV der Delegierten Verordnung (EU) 2022/1172.

#### 8.5

Die Möglichkeiten einer gleichzeitigen Förderung von Flächen im Rahmen dieser Richtlinie mit geförderten Agrarumweltmaßnahmen, einschließlich des Vertragsnaturschutzes und den Öko-Regelungen gemäß § 20 des GAP-Direktzahlungen-Gesetzes, ergeben sich aus der Übersicht gemäß Anlage 1 beziehungsweise Anlage 2.

#### 9

##### **Verfahren**

###### **9.1**

Der Antrag auf Gewährung der Zuwendung ist bis zum 30. Juni vor Beginn des Verpflichtungszeitraums bei der Bewilligungsbehörde über das elektronische Antragsverfahren des Landes Nordrhein-Westfalen einzureichen.

###### **9.2**

Bewilligungsbehörde ist der Direktor der Landwirtschaftskammer als Landesbeauftragter.

###### **9.3**

Der Verpflichtungszeitraum gemäß Nummer 5.1 beginnt am 1. Januar des ersten Verpflichtungsjahres. Verpflichtungsjahr ist hierbei das Kalenderjahr.

###### **9.4**

Die Zuwendungen werden auf Antrag jährlich ausgezahlt. Der Auszahlungsantrag ist mit dem Sammelauftrag für das laufende Verpflichtungsjahr fristgerecht zu stellen.

###### **9.5**

Zum Bestandteil des Zuwendungsbescheides der Bewilligungsbehörde gehören gemäß Nummer 5.1 der Verwaltungsvorschriften zu § 44 der Landeshaushaltsordnung die „Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung“ (ANBest-P), mit Ausnahme der Nummern 1.2, 1.3, 1.4, 2, 3, 4, 5.4, 5.5 und 6.

###### **9.6**

Als Verwendungsnachweis gelten die Angaben zum Antrag auf Zuwendung nebst allen Unterlagen in Verbindung mit dem Zuwendungsbescheid und dem Antrag auf Auszahlung der Zuwendung, insbesondere die darin enthaltene Erklärung, dass die vorgeschrriebenen Produktionsweisen und Verpflichtungen eingehalten wurden, sowie das Flächenverzeichnis des Sammelauftrages.

###### **9.7**

Zur Umsetzung der Vorschriften zu einem integrierten Verwaltungs- und Kontrollsysteem gemäß Titel IV Kapitel II der Verordnung (EU) 2021/2116, soweit sie sich auf die Umsetzung der Interventionen nach Artikel 70 der Verordnung (EU) 2021/2115 beziehen, sind die Bestimmungen des GAP-Integriertes Verwaltungs- und Kontrollsysteem-Gesetzes anzuwenden.

Es gilt abweichend eine Mindestschlaggröße von 0,1 Hektar, für Unterglasflächen von 0,01 Hektar.

#### 10

##### **Schlussbestimmungen**

Dieser Runderlass tritt am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft. Er tritt am 31. Dezember 2027 außer Kraft.

**Anlage 1**  
zum RdErl. v. 31.05.2023

**Kombinationsmöglichkeiten bei der Förderung des ökologischen Landbaus  
mit Agrarumweltmaßnahmen für Grund- und Folgeanträge bis 2021**

Verpflichtungen / Maßnahmen	Agrarumwelt-/Klimaschutzverpflichtungen	Anbau vielfältiger Kulturen im Ackerbau	Anbau von Zwischenfrüchten	Anlage von Blüh- und Schonstreifen	Anlage von Uferrand- und Erosionsschutzstreifen	Extensive Grünlandnutzung	Vertragsnaturschutz auf Ackerflächen	Vertragsnaturschutz auf Grünland	Vertragsnaturschutz Streuobstwiesen und Hecken	Langj. Flächenstilllegung (Altnaßnahme)	Ökologischer Landbau	Einführung ökologischer Landbau	Beibehaltung ökologischer Landbau
Agrarumwelt-/Klimaschutzverpflichtungen													
Anbau vielfältiger Kulturen im Ackerbau													
Anbau von Zwischenfrüchten	+												
Anlage von Blüh- und Schonstreifen	0	-											
Anlage von Uferrand- und Erosionsschutzstreifen	0	-	-										
Extensive Grünlandnutzung	-	-	-	-	-								
Vertragsnaturschutz auf Ackerflächen	+/-	+/-	-	-	-								
Vertragsnaturschutz auf Grünland	-	-	-	-	-	0	-						
Vertragsnaturschutz Streuobstwiesen und Hecken	-	-	-	-	-	0	-						
Langj. Flächenstilllegung (Altnaßnahme)	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Ökologischer Landbau													
Einführung ökologischer Landbau	+	+	0	0	-	+/-	0	0	-				
Beibehaltung ökologischer Landbau	+	+	0	0	-	+/-	0	0	-				

(+) = Verpflichtungen/Maßnahmen sind kombinier- und die Prämien kumulierbar  
(0) = Verpflichtungen/Maßnahmen sind auf der gleichen Fläche kombinierbar, Prämien aber nicht kumulierbar  
(-) = Verpflichtungen bzw. Maßnahmen sind auf der gleichen Fläche zum gleichen Zeitpunkt nicht miteinander kombinierbar  
Teilweise ist die Kombination von Verpflichtungen bzw. Maßnahmen auch nur für einzelne Varianten möglich; dies ist in der Liste mit den Symbolen +/-, +/0- oder +/0/- dargestellt.

**Anlage 2**  
zum RdErl. v. 31.05.2023

**Kombinationsmöglichkeiten bei der Förderung des ökologischen Landbaus  
für Grund- und Folgeanträge ab 2022**

Symbol	Erläuterung	Agrarumweltmaßnahmen / Ökolandbau / Vertragsnaturschutz/ Ausgleichszahlung									
+	Kombination möglich; keine Verrechnung der Prämien										
-	Kombination sachlogisch nicht möglich										
-	Kombination nicht möglich										
↑	die jeweils höhere Prämie wird ausgezahlt										
↓	Prämie für ÖR bzw. Erschwernisausgleich wird teilweise abgezogen (bei Vertragsnaturschutz teilweise auch zu 100 %)										
100%↓	Prämie für ÖR bzw. Erschwernisausgleich wird zu 100 % abgezogen										
+/-/↑/↓	Kombination abhängig von Vertragsnaturschutzpaket										
Agrarumweltmaßnahmen/ Ökolandbau/ Vertragsnaturschutz	Anbau vielfältiger Kulturen mit großkörnigen Leguminosen	Anbau von Uferrandstreifen	Anlage von Erosionsschutzstreifen	Anlage mehrjähriger Buntbrachen	Getreideanbau mit weiter Reihe und optionaler Stoppelbrache	Anbau von mehrjährigen Wildpflanzen	Bewirtschaftung kleiner Ackerschläge	Ökologischer Landbau	Vertragsnaturschutz - Grünland	Vertragsnaturschutz - Acker	Vertragsnaturschutz - Streuobst und Hecken
	Anlage von Uferrandstreifen	+	+	-	+	+	+	↓	-	+/-	-
	Anlage von Erosionsschutzstreifen	-	-	-	-	+	↑	-	-	-	-
	Anlage mehrjähriger Buntbrachen	-	-	-	-	+	↑	-	-	-	-
	Getreideanbau mit weiter Reihe (opt. Stoppelbrache)	-	-	-	-	+	↑	-	-	-	-
	Anbau von Wildpflanzen zur energetischen Nutzung	-	-	-	-	+	↑	-	-	-	-
	Bewirtschaftung kleiner Ackerschläge	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-
	Ökologischer Landbau	-	-	-	-	↑	+/-/↑	+/-	+/-	+/-	+/-
	Vertragsnaturschutz - Grünland	-	-	-	-	-	-	+/-	+/-	+/-	+/-
	Vertragsnaturschutz - Acker	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Vertragsnaturschutz - Streuobst und Hecken	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Öko-Regelungen <sup>a</sup>	Anlage nicht produktiver Flächen auf Ackerland, optional mit Blühstreifen oder -flächen (ÖR 1a/b)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Anlage von Blühstreifen oder -flächen (ÖR 1c)	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
	Altgrasstreifen oder -flächen in Dauergrünland (ÖR 1d)	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+/-
	Anbau vielfältiger Kulturen mit mind. fünf Hauptfruchtarten (ÖR 2)	+	+	+	-	+	+	+	-	+	-
	Beibehaltung einer agroforstlichen Bewirtschaftungsweise (ÖR 3)	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-
	Extensivierung des gesamten Dauergrünlands (ÖR 4)	-	-	-	-	-	-	↓	100%↓	-	+/-
	Ergebnisorientierte Bewirtschaftung von Dauergrünlandflächen (ÖR 5)	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+/-
	Bewirtschaftung von Acker- und Dauerkulturflächen ohne Verwendung von chemisch-synthetischen PSM (ÖR 6)	+	100%↓	100%↓	-	+	-	+	100%↓	-	+/-
	Anwendung von bestimmten Landbewirtschaftungsmethoden in Natura-2000-Gebieten (ÖR 7)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

<sup>a</sup> Öko-Regelungen gem. § 20 GAPDZG

**Anlage 3**  
zum RdErl. v. 31.05.2023**Umrechnungsschlüssel  
zur Ermittlung des Viehbesatzes**

Bei der Ermittlung des Viehbesatzes (RGV je ha Dauergrünland) ist folgender Umrechnungsschlüssel anzuwenden:

Kälber und Jungvieh unter 6 Monaten	0,40 GVE
Rinder von 6 Monaten bis 2 Jahren	0,60 GVE
Rinder von mehr als 2 Jahren	1,00 GVE
Pferde, einschließlich Esel, unter 6 Monaten	0,50 GVE
Pferde, einschließlich Esel, von mehr als 6 Monaten	1,00 GVE
Schafe von mehr als 1 Jahr	0,15 GVE
Ziegen von mehr als 1 Jahr	0,15 GVE
Damtiere über 2 Jahre	0,15 GVE
Damtiere bis 2 Jahre	0,10 GVE
Rotwild über 18 Monate	0,20 GVE
Rotwild bis 18 Monate	0,10 GVE

## 8051

### Verfahren zur Durchführung und Abrechnung von ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Gemeinsamer Runderlass  
des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
und des Ministeriums des Innern

Vom 7. Juni 2023

Das Jugendarbeitsschutzgesetz vom 12. April 1976 (BGBl. I S. 965) in der jeweils geltenden Fassung regelt in den §§ 32 bis 46ff. die gesundheitliche Betreuung von Jugendlichen bei Eintritt ins Berufsleben. Diese Vorschriften werden ergänzt durch die Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung vom 16. Oktober 1990 (BGBl. I S. 2221) in der jeweils geltenden Fassung, der als Anlagen Formblätter für die Erhebungsbögen, die Untersuchungsbögen, die Mitteilung an die sorgeberechtigten Personen und die Bescheinigung für den Arbeitgeber beigelegt sind. Diese Formblätter sind diesem Gemeinsamen Runderlass als Anlagen 1 bis 4 angefügt.

#### 1

#### Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

##### 1.1

##### Untersuchungsgründe

Jugendliche im Sinne des § 2 Absatz 2 des Jugendarbeitsschutzgesetzes, also Personen ab dem 15. Lebensjahr, die noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, dürfen bei Eintritt in das Berufsleben nur beschäftigt werden, wenn sie zuvor von einem Arzt oder einer Ärztin untersucht worden sind (Erstuntersuchung) und dem Arbeitgeber darüber eine von diesem Arzt oder von dieser Ärztin ausgestellte Bescheinigung vorliegt. Zwischen dem zehnten und zwölften Monat nach Aufnahme der ersten Beschäftigung müssen sich die Jugendlichen einer ersten Nachuntersuchung unterziehen und die Bescheinigung darüber erneut dem Arbeitgeber vorlegen. Wechselt die oder der Jugendliche den Arbeitgeber, muss die Erstuntersuchung beziehungsweise erste Nachuntersuchung nicht wiederholt werden. In diesem Fall muss der erste Arbeitgeber der oder dem Jugendlichen die ärztliche Bescheinigung aushändigen und die oder der Jugendliche diese bei seinem neuen Arbeitgeber vorlegen. Eine Untersuchung kann auch auf Veranlassung der zuständigen Aufsichtsbehörde durchgeführt werden.

Sinn und Zweck der Untersuchungen ist zu verhindern, dass Jugendliche mit Arbeiten beschäftigt werden, die ihre Gesundheit oder Entwicklung gefährden. Die Jugendlichen können den die Untersuchung durchführenden Arzt frei wählen.

##### 1.2

##### Untersuchungskosten

Die ärztliche Vergütung für die Untersuchungen nach §§ 32, 33, 34, 35 und 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes wird durch die Verordnung zur Ausführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 12. Oktober 1976 (GV. NRW. S. 359) in der jeweils geltenden Fassung festgesetzt. Die zuletzt durch Verordnung vom 21. Oktober 2014 (GV. NRW. S. 676) geänderte Fassung sieht einen Pauschbetrag von 23,50 Euro vor.

Die Vergütung der Ergänzungsuntersuchung nach § 38 des Jugendarbeitsschutzgesetzes erfolgt nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210) oder der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) jeweils in der jeweils geltenden Fassung als Einzelleistung nach einfachem Satz. Näheres zur Abrechnung von Ergänzungsuntersuchungen ist in den Nummern 1.4, 1.5 und 2.2 geregelt.

Alle Untersuchungen sind für die Jugendlichen kostenfrei.

Die Kosten für die Untersuchungen werden nach § 44 des Jugendarbeitsschutzgesetzes in Verbindung mit § 2 der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung vom Land Nordrhein-Westfalen getragen. Sie sind der unter-

suchenden Ärztin oder dem untersuchenden Arzt zu erstatte, wenn der Arzt oder die Ärztin

- eine im Rahmen eines automatisierten Ausgabeverfahrens generierte Untersuchungsberechtigungsschein-Identifikationsnummer, im Folgenden UBS-ID, zur Abrechnung nutzt oder
- für eine Übergangszeit wie bisher seiner beziehungsweise ihrer Kostenforderung einen von der nach Landesrecht zuständigen Stelle – nicht im Wege des automatisierten Verfahrens – ausgegebenen Untersuchungsberechtigungsschein, im Folgenden UBS, beifügt.

Die Abrechnung auf der Grundlage der UBS-ID erfolgt über die Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen.

Die Abrechnung auf der Grundlage eines nicht im Wege des automatisierten Verfahrens ausgegebenen UBS erfolgt entsprechend der bisher geltenden Regelungen über den Kreis oder die kreisfreie Stadt in NRW, in dessen beziehungsweise deren Gebiet der Untersuchungsberechtigungsschein ausgegeben worden ist.

Näheres zur Abrechnung der Untersuchungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen ist in Nummer 2 geregelt.

##### 1.3

##### Ausgabe von Untersuchungsberechtigungsscheinen und Erhebungsbögen

Zuständig für die Ausgabe der UBS und der Erhebungsbögen für alle Untersuchungen nach den § 32 bis 35 und § 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes bleiben die örtlichen Ordnungsbehörden (vgl. Nummer 5.2.1, Unterziffer 1 der Anlage 2 zur Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Arbeits- und technischen Gefahrenschutzes vom 27. November 2012 (GV. NRW. S. 622) in der jeweils geltenden Fassung). Sie geben die UBS und die Erhebungsbögen an die Jugendlichen aus, die ihren Wohnsitz im Gemeindegebiet haben. Wenn der Wohnsitz der Jugendlichen im Ausland liegt, ist die örtliche Ordnungsbehörde zuständig, in deren Bezirk sich der Ort der Beschäftigung befindet. Die Ausgabe der UBS und der Erhebungsbögen erfolgt gebührenfrei.

Der digitale Abruf der UBS durch Generierung einer UBS-ID führt zu einer erheblichen Verfahrenserleichterung für die untersuchungsberechtigten Jugendlichen, die örtlichen Ordnungsbehörden, die Kreise und kreisfreien Städte, die Bezirksregierungen und die Ärzteschaft. Hierzu registriert sich die oder der Jugendliche oder – bei Jugendlichen unter 16 Jahren – eine sorgeberechtigte Person über den Online-Dienst „Untersuchungsberechtigungsschein (UBS)“ und authentifiziert sich dort mittels der eID-Funktion des elektronischen Personalausweises über das Nutzerkonto Bund (BundID). Auch wegen der erheblichen Entlastungseffekte für die Kommunen ist Ziel, dass alle Antragsstellenden den UBS über den oben genannten Online-Dienst digital abrufen können. Zur Förderung der elektronischen Verwaltung werden die für die Ausgabe der UBS zuständigen örtlichen Ordnungsbehörden in NRW die Nutzung des digitalen UBS-Dienstes zum 1. Oktober 2023 sicherstellen. Die datenschutz- und vergaberechtskonforme Umsetzung erfolgt auf Grundlage einer Rahmenvereinbarung mit d-NRW im sogenannten Kommunalvertretermodell per Einzelabruf:

<https://www.d-nrw.de/kommunalvertreter>

<https://www.d-nrw.de/kommunalvertreter/untersuchungsberechtigungsschein>

Die Verfahrenserleichterung für alle Beteiligten ist am größten, wenn die Jugendlichen selbst oder eine sorgeberechtigte Person den digitalen UBS durch Generierung einer UBS-ID online abrufen. Daher wird davon ausgegangen, dass sich dieser Weg zur UBS-Ausgabe durchsetzen wird. Alternativ soll es den Antragstellenden weiter möglich sein, die UBS-ID bei den örtlichen Ordnungsbehörden (kommunales Bürgerbüro) persönlich zu beantragen. Auch in diesem Fall erfolgt die Ausgabe des UBS entsprechend den gesetzlichen Regelungen zur Förderung der elektronischen Verwaltung digital. Hierzu un-

terstützt die Sachbearbeitung die Antragstellenden, indem sie die digitale Anmeldung und Antragstellung im Online-Dienst „Untersuchungsberechtigungsschein (UBS)“ gemeinsam mit der beziehungsweise dem Jugendlichen oder der sorgeberechtigten Person durchführt und zur Authentifizierung die vorhandene eID nutzt und erforderlichenfalls einen neuen PIN ausstellt.<sup>1</sup>

#### 1.4

##### **Untersuchungsarten**

Die UBS-ID wird an die Jugendlichen oder ihre sorgeberechtigten Personen für alle nachfolgend aufgezählten Untersuchungen ausgegeben:

- a) Erstuntersuchung nach § 32 des Jugendarbeitsschutzgesetzes,
- b) Erste Nachuntersuchung nach § 33 des Jugendarbeitsschutzgesetzes,
- c) Weitere Nachuntersuchungen nach § 34 des Jugendarbeitsschutzgesetzes,
- d) Außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 des Jugendarbeitsschutzgesetzes,
- e) Untersuchung auf Weisung der zuständigen Aufsichtsbehörde nach § 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes.

Im Rahmen der von der zuständigen Aufsichtsbehörde nach § 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes veranlassten Untersuchung fordert die Behörde die Jugendliche beziehungsweise den Jugendlichen dazu auf, eine separate UBS-ID zu beantragen und sich durch die von der Behörde benannte Ärztin oder den von ihr benannten Arzt untersuchen zu lassen.

Im Rahmen der von dem Arzt oder der Ärztin schriftlich veranlassten Ergänzungsuntersuchung nach § 38 des Jugendarbeitsschutzgesetzes erhält die beziehungsweise der Jugendliche keine separate UBS-ID. Für die spätere Abrechnung der Ergänzungsuntersuchung durch die untersuchende Ärztin oder den untersuchenden Arzt wird die UBS-ID der anlassgebenden Grunduntersuchung verwendet. Diese ist auf dem Formblatt zur Überweisung zur Ergänzungsuntersuchung in Anlage 5 anzugeben.

#### 1.5

##### **Erhebungs- und Untersuchungsbögen**

Zur Vorbereitung der Untersuchungen wird den Jugendlichen zusammen mit der UBS-ID auch ein Erhebungsbogen nach § 3 der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung zur Verfügung gestellt. Der Erhebungsbogen soll von der sorgeberechtigten Person vor der Untersuchung ausgefüllt und von diesem und der oder dem Jugendlichen unterschrieben der Ärztin oder dem Arzt bei der Untersuchung vorgelegt werden.

Der Erhebungsbogen wird an verschiedenen Stellen zur Verfügung gestellt:

- a) der Erhebungsbogen steht im Online-Dienst unmittelbar zum Abruf bereit oder
- b) für eine Übergangszeit kann der landeseinheitlich zu verwendende Erhebungsbogen, je nach Untersuchung Anlage 1 oder 1a, vom Antragstellenden im kommunalen Bürgerbüro persönlich abgeholt werden.

Nach der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung hat der Arzt oder die Ärztin im Zusammenhang mit den Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz verschiedene Formblätter zu verwenden (Untersuchungsbögen in Anlagen 2 bis 4a).

Insbesondere für die Aufzeichnung der Ergebnisse einer Erst- beziehungsweise einer Nachuntersuchung hat die Ärztin oder der Arzt gemäß § 4 der Jugendarbeitsschutzuntersuchungsverordnung einen Untersuchungsbogen

<sup>1</sup> Sollte die Authentifizierung der Person mittels eID nicht möglich oder erwünscht sein, kann sich die Sachbearbeitung unter bestimmten technischen Voraussetzungen selbst im Online-Dienst anmelden, den Prozess für die Antragstellenden durchführen und den UBS (inkl. UBS-ID) und den Erhebungsbogen in Papierform ausstellen. Voraussetzung dafür ist, dass eine Person pro Kommune als Administrator in der Nutzerverwaltung hinterlegt ist. Diese Person kann weitere Sachbearbeitende zur Nutzung des Online-Dienstes berechtigen.

entsprechend der Anlage 2 in weißer Farbe beziehungsweise der Anlage 2a in roter Farbe zu verwenden. Die Untersuchungsbögen können von den Ärztinnen und Ärzten mit Kassenzulassung sowie von Privatärztinnen und Privatärzten mit einer Betriebsstätten-Nummer kostenfrei über den Formularversand der für sie jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unter folgenden Links bestellt werden:

<https://www.kvno.de/praxis/service/formulare/formular-service>

<https://www.kvw.de/bestellservice>

Dort ist ebenfalls das Formblatt zu Anlage 5 zur Überweisung zur Ergänzungsuntersuchung erhältlich.

Die Druckkosten für die Formblätter trägt das Land. Die Kassenärztlichen Vereinigungen geben den Druck unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots in Auftrag. Sie prüfen sodann, ob die Bestellung sachgemäß und vollständig ausgeführt worden ist, und reichen die Rechnung an die Bezirksregierung Düsseldorf mit dem Vermerk „Sachlich richtig“ weiter. Die Bezirksregierung in Düsseldorf überweist die eingereichten Rechnungsbeträge an die Kassenärztlichen Vereinigungen.

## 2

### **Abrechnung der Untersuchungen**

Die Abrechnung der Untersuchungen nach Jugendarbeitsschutzgesetz richtet sich nach folgendem Verfahren. Die gleichzeitige Abrechnung der Leistungen zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ausgeschlossen.

#### 2.1

##### **Allgemeine Vergütungsregelungen**

Nicht abgerechnet werden Untersuchungen von Personen, die am Tage des Beginns der Erstuntersuchung bereits 18 Jahre alt, also nicht mehr Jugendliche im Sinne von § 2 Absatz 2 des Jugendarbeitsschutzgesetzes waren.

Die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz werden als umsatzsteuerfrei angesehen, § 4 Nummer 14 des Umsatzsteuergesetzes vom 21. Februar 2005 (BGBl. I S. 386; vgl. Urteil des BFH vom 13.07.2006, Az. V R 7/05).

Verjährt Honoraransprüche sind nicht mehr zu erfüllen. Die Forderungen der Ärztinnen und Ärzte verjähren gemäß § 195 in Verbindung mit § 199 Absatz 1 BGB in drei Jahren.

#### 2.2

##### **Abrechnungsstelle und Abrechnungsverfahren**

Die Abrechnung der Untersuchungen erfolgt auf Grundlage der ab dem 1. Oktober 2023 ausgegebenen UBS-ID über die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Untersuchungs- und damit über die Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW abrechnungsberechtigt sind

- a) alle im Bereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung in NRW an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Sinne des § 95 Abs.1 SGB V, in einer zugelassenen Praxis angestellte Ärzte sowie diejenigen Ärzte, die in einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind und
- b) Ärztinnen und Ärzte sowie ärztliche Einrichtungen, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung oder nicht bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in NRW zugelassen sind, wobei im Vorhinein der Abrechnung eine Betriebsstättennummer bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein oder Westfalen-Lippe unter Vorlage einer amtlich beglaubigten Kopie der Approbationsurkunde zu beantragen ist.

Die Abrechnung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt für die in Buchstabe a aufgeführten Vertragsärztinnen und -ärzte über das Praxisverwaltungssystem der Arztpraxis unter Angabe der durchgeföhrten Untersuchung mittels festgelegter Symbolnummer und der UBS-ID der beziehungsweise des Jugendlichen.

Für die in Buchstabe b aufgeführten Privatärztinnen und -ärzte erfolgt die Abrechnung auf schriftlichem Weg mit der dafür vorgesehenen Abrechnungserklärung unter Vorlage der UBS-ID aus NRW.

Vor Überweisung der Rechnungsbeträge an die ärztlichen Leistungserbringer prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen für das Land NRW die Abrechnungen der Ärztinnen und Ärzte zu den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Plausibilität. Insbesondere stellen sie sicher, dass eine Untersuchung nicht unberechtigt mehrfach abgerechnet wird, indem sie die übermittelten UBS-IDs mit der Datenbank des automatisierten Ausgabedienstes des Landes abgleichen.

## 2.2

### Sonderregelung zur Abrechnung der Ergänzungsuntersuchung

Nur im Rahmen der vom Arzt oder der Ärztin schriftlich veranlassten Ergänzungsuntersuchung nach § 38 des Jugendarbeitsschutzgesetzes ist die UBS-ID der anlassgebenden Grunduntersuchung erneut zu verwenden, da die beziehungsweise der Jugendliche für die Ergänzungsuntersuchung keine separate UBS-ID erhält. Die Abrechnung erfolgt auf gleichem Weg wie bei den übrigen Untersuchungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen, das heißt für Vertragsärztinnen und -ärzte mit Kassenzulassung mittels Praxisverwaltungssystem oder für Privatärztinnen und -ärzte auf schriftlichem Weg mit der dafür vorgesehenen Abrechnungserklärung unter Vorlage der UBS-ID aus NRW. Anders als bei den übrigen Untersuchungen erfolgt die Vergütung der Ergänzungsuntersuchung nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte als Einzelleistung nach einfachem Satz.

## 2.3

### Anspruchsinhaber

Einen Rechtsanspruch auf Vergütung für die ärztlichen Untersuchungen hat nur die untersuchende Ärztin oder der untersuchende Arzt. Daher können Arbeitgeber, deren Werksärztinnen beziehungsweise Werksärzte oder Betriebsärztinnen beziehungsweise Betriebsärzte Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vornehmen, nicht an Stelle dieser Werksärztinnen oder Werksärzte Kostenerstattung verlangen.

## 3

### Kostenerstattung und Bereitstellung der Ausgabemittel

Die Bezirksregierung Düsseldorf erstattet den Kassenärztlichen Vereinigungen neben den Druckkosten für die Formulare (siehe Nummer 1.5) die von ihr nach Prüfung anerkannten und ausgezahlten Untersuchungskosten. Zur Erstattung senden die Kassenärztlichen Vereinigungen quartalsweise jeweils eine Abrechnung der zu erstattenden Untersuchungskosten mit einem Vermerk gemäß der Landeshaushaltssordnung vom 14. Dezember 1971 (GV. NRW. S. 397) zur sachlichen und rechnerischen Richtigkeit der gezahlten Untersuchungskosten.

Die Ausgabemittel des Landes, die für die Auszahlung der Vergütungen und Druckkosten an die Kassenärztlichen Vereinigungen erforderlich sind, werden der Bezirksregierung Düsseldorf mit Kassenanschlag zugeteilt.

## 4.

### Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Dieser Gemeinsame Runderlass tritt am 1. Juli 2023 in Kraft.

Der Gemeinsame Runderlass „Durchführung von ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz – Ausgabe der Untersuchungsberechtigungsscheine und Erhebungsbogen, Abrechnungsverfahren“ vom 10. Juli 2003 (SMBL. NRW. 8051), der zuletzt durch den Gemeinsamen Runderlass vom 9. Dezember 2021 (MBL. NRW. S. 1076) geändert worden ist, gilt für die nicht automatisierte Ausgabe von UBS und deren Abrechnung bis zum 31. Dezember 2026 fort.

**Erhebungsbogen für die Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)**

**– vom Personensorgeberechtigten auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben;\***  
**dem Arzt vom Jugendlichen bei der Untersuchung vorzulegen –**

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Beabsichtigte berufliche Tätigkeit
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)

nein unbekannt ja

Zutreffendes bitte  ankreuzen

männlich   
weiblich

**1 Familienvorgeschichte**

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Krankheiten/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

welche: \_\_\_\_\_

**2 Vorgeschichte des Jugendlichen****2.1 Krankheiten/Behinderungen**

Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholt Mandelentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederholt Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen-Nieren-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäulen-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Knochen-Gelenk-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässiger Beurteilung.

	nein	unbekannt	ja	
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere Krankheiten/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.2</b> angeborene Schäden/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.3</b> Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.4</b> Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.5</b> Häufige Beschwerden:				
Husten/Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>bei weiblichen Jugendlichen:</b>				
Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2.6</b> Zurzeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.7</b> Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grund: _____
<b>2.8</b> Regelmäßige Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
	nein	gelegentlich	täglich	
<b>2.9</b> Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2.10</b> Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	nein		ja	
<b>2.11</b> Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sportart: _____

(Datum)

(Unterschrift d. Personensorgeberechtigten)

(Unterschrift des Jugendlichen)

**Hinweis: Bitte – falls vorhanden – zur Untersuchung mitbringen:**  
**Impfnachweise, Sehhilfen, Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen.**

## **Erhebungsbogen für die Nachuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)**

– vom Personensorgeberechtigten auszufüllen und von ihm und dem Jugendlichen zu unterschreiben;\* vom Jugendlichen mit der ärztlichen Mitteilung über die Erstuntersuchung dem Arzt vom Jugendlichen bei der Untersuchung vorzulegen –

Zutreffendes bitte  ankreuzen

- Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)
  - Andere Nachuntersuchung (§§ 34, 35 oder 42 JArbSchG)

## 1 Vorgeschichte des Jugendlichen (seit der letzten Untersuchung nach dem JArbSchG)

## 1.1 Krankheiten/Behinderungen

Operationen

noch Beschwerden

Unfälle

Hoch B

noch Beschwerden/Folgen   welche: \_\_\_\_\_

Arbeitsunfähigkeit insgesamt 1 – 6 Tage

7 – 14 Tage

mehr als 14 Tage

#### **Häufige Beschwerden:**

Husten/Auswurf

Atemnot

**Schwindel**

[CONTINUE](#)

Ohnmacht

\* Die Angaben sind freiwillig; sie ermöglichen dem Arzt eine zuverlässiger Beurteilung.  
\*\* Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen.

	nein	unbekannt	ja
Zutreffendes bitte <input type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____

**bei weiblichen Jugendlichen:**

- |  |                          |                          |                 |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| 1.3 Zurzeit sonstige Beschwerden                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____   |
| 1.4 Zurzeit in ärztlicher Behandlung                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grund: _____    |
| 1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____   |
| 1.6 Regelmäßige sportliche Betätigung                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sportart: _____ |

- |   | nein                     | gelegentlich             | täglich                  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.7 Alkoholkonsum   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.8 Rauchen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2 Arbeitsvorgeschichte</b>   |                          |                          |                          |
| <b>2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück</b>                           |                          |                          |                          |
| Dauer<br>(Stunden)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unter 1   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zu Fuß  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 – 2   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fahrrad   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – 3   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| öffentliche Verkehrsmittel  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| über 3  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fahrgemeinschaft  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motorfahrzeug   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)                                  | <input type="text"/>     |                          |                          |
| Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)  | <input type="text"/>     |                          |                          |
| Wechselschicht  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt? |                          |                          |                          |

- 
- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.4 Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____            |
| 2.5 Werden die Beschwerden mit der ausgeübten Tätigkeit in Verbindung gebracht?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.6 Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | weshalb: _____           |
| 2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/Untersuchung erfolgt?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 2.8 Erfolgten arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(Datum) \_\_\_\_\_ (Unterschrift d. Personensorgeberechtigten) \_\_\_\_\_ (Unterschrift des Jugendlichen) \_\_\_\_\_

**Hinweis: Bitte – falls vorhanden – zur Untersuchung mitbringen:**  
**Impfnachweise, Sehhilfen, Allergiepass, Feststellungsbescheide über Behinderungen.**

**Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt**

Stempel des Arztes

Tag der Untersuchung

**Untersuchungsbogen**

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort
Beabsichtigte berufliche Tätigkeit
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)

nein unbekannt ja

- Zutreffendes bitte  ankreuzen
- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
|                          |                          | <input type="text"/>     |
| <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> |                          |                          |

Die Anamnese ist vom untersuchenden Arzt zu erheben!

**1 Familienvorgeschichte**

- auffällig

Bei den Eltern und Geschwistern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

- |                            |                          |                          |                          |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Allergie                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheiten            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herz-Kreislauf-Krankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere Krankheiten         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

welche: \_\_\_\_\_

**2 Krankheitsvorgeschichte des Jugendlichen**

- auffällig

**2.1 Krankheiten/Behinderungen**

Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen)

- |                               |                          |                          |                          |       |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Rheumatisches Fieber          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| wiederholt Mandelentzündungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| wiederholt Bronchitis         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Allergien                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Asthma                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

	nein	unbekannt	ja	Erläuterungen (Häufigkeit; Zeitpunkt; Diagnosen)
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohrenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magen-Darm-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blasen-Nieren-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wirbelsäulen-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere Knochen-Gelenk-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf-Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere Krankheiten/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.2</b> angeborene Schäden/Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.3</b> Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.4</b> Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____ wann: _____
noch Beschwerden/Folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.5</b> Häufige Beschwerden				
Husten/Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>bei weiblichen Jugendlichen:</b> Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2.6</b> Zurzeit sonstige Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
<b>2.7</b> Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grund: _____
<b>2.8</b> Zurzeit eingenommene Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
	<b>nein</b>	<b>gelegentlich</b>	<b>täglich</b>	
<b>2.9</b> Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2.10</b> Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2.11</b> Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: _____
	<b>nein</b>		<b>ja</b>	
<b>2.12</b> Uneingeschränkte Teilnahme am Schulsport Andere regelmäßige sportliche Betätigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sportart: _____

**Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt**

Name, Vorname des Jugendlichen
--------------------------------

Tag der Untersuchung \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Nr.	Befund	Erläuterungen
-----	--------	---------------

**3 Untersuchungen**

Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des nebenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4: - Beurteilung – Ziffer 4.1 – 4.10).

3.1 <input type="checkbox"/> Metrische Angaben	Größe (cm) <u>  </u>	Gewicht (teilbekleidet) (kg) <u>  </u>
3.2 <input type="checkbox"/> Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> adipös <input type="checkbox"/> reduziert	
3.3 <input type="checkbox"/> Entwicklungszustand	<input type="checkbox"/> alters-entsprechend <input type="checkbox"/> deutlich verfrüht <input type="checkbox"/> deutlich verspätet	
3.4 <input type="checkbox"/> Muskulatur	<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> kräftig <input type="checkbox"/> schwach	
3.5 <input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Ekzem <input type="checkbox"/> Akne <input type="checkbox"/> sonstiges _____	
3.6 <input type="checkbox"/> Nahvisus	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt <input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
Sehhilfe vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
mit Sehhilfe	<input type="checkbox"/> ausreichend korrigiert <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt <input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
3.7 <input type="checkbox"/> Fernvisus	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt <input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
Sehhilfe vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
mit Sehhilfe	<input type="checkbox"/> ausreichend korrigiert <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt <input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
3.8 <input type="checkbox"/> Farbtüchtigkeit (pseudoisochromatische Farbentafeln oder Testgerät)	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rot/grün gestört <input type="checkbox"/> andere Störung _____	
3.9 <input type="checkbox"/> Hörvermögen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt <input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
3.10 <input type="checkbox"/> Nasenatmung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> behindert <input type="checkbox"/> Septum-deviation <input type="checkbox"/> Rhinitis _____	
3.11 <input type="checkbox"/> Zähne	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> behandlungsbedürftig _____	
3.12 <input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> verändert _____	
3.13 <input type="checkbox"/> Brustkorb	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> verändert _____	

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Nr.	Befund	Erläuterungen			
<b>Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des nebenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4: - Beurteilung – Ziffer 4.1 – 4.10).</b>					
3.14 <input type="checkbox"/> Lungen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Nebengeräusche	<input type="checkbox"/> sonstiges		
3.15 <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Rhythmus- störungen	<input type="checkbox"/> path. Geräusch	<input type="checkbox"/> sonstiges	
	Puls im Sitzen (n/min)				
	Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg)				
	Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg)				
3.16 <input type="checkbox"/> Periphere Durchblutung	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> gestört	<input type="checkbox"/> Krampfadern		
3.17 <input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Druckschmerz	<input type="checkbox"/> Bruch/-anlage	<input type="checkbox"/> path. Resistenz	<input type="checkbox"/> sonstiges
3.18 <input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> vergrößert	<input type="checkbox"/> Druckschmerz		
3.19 <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Nierenlager klopfempfindlich	<input type="checkbox"/> sonstiges		
3.20 <input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> deformiert	<input type="checkbox"/> schmerhaft	<input type="checkbox"/> Bewegungs- einschränkung	
3.21 <input type="checkbox"/> Obere Gliedmaßen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung		
3.22 <input type="checkbox"/> Grobe Kraft	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> beeinträchtigt			
3.23 <input type="checkbox"/> Untere Gliedmaßen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung		
3.24 <input type="checkbox"/> Peripheres und zentrales Nervensystem	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> motorische Störung	<input type="checkbox"/> sensible Störung	
3.25 <input type="checkbox"/> Gleichgewichtssinn (Romberg)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig			
3.26 <input type="checkbox"/> Psyche	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> grobe Auffälligkeit			
3.27 <input type="checkbox"/> Urin (Teststreifen)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> E pos	<input type="checkbox"/> Z pos	<input type="checkbox"/> Ery. Pos	<input type="checkbox"/> UBG vermehrt
3.28 <input type="checkbox"/> sonstige wichtige Befunde					

Ergänzungsuntersuchung erforderlich  nein  ja

Datum der Veranlassung:

Grund \_\_\_\_\_

Fachrichtung	Arbeitsmedizin	<input type="checkbox"/>	Innere Medizin	<input type="checkbox"/>
	Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Nervenheilkunde	<input type="checkbox"/>
	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	<input type="checkbox"/>	Orthopädie	<input type="checkbox"/>
	Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	sonstiges Gebiet	<input type="checkbox"/>

Stempel des Arztes

### Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

#### 4 Beurteilung

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet\*

entfällt       ja

Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit      vorübergehend      dauernd gefährden.

    

##### 4.1 Arbeiten überwiegend im

- |          |                          |                          |
|----------|--------------------------|--------------------------|
| - Stehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gehen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hocken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Knien  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

##### 4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel

    

##### 4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider

- |         |                          |                          |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| - Hände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Arme  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Beine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- erfordern.

##### 4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr

    

\* Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	vorübergehend	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.5 Arbeiten überwiegend bei</b>		
- Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- starken Temperaturschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.6 Arbeiten unter Einwirkung von</b>		
- Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen		
auf die Hände und Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf den ganzen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.9 Arbeiten, die</b>		
- volle Sehkraft ohne Sehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Farbtüchtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erfordern.		
<b>4.10 Sonstige Arbeiten:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist		<input type="checkbox"/> Normbefund
<hr/> <hr/>		
 Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG wird angeordnet		<input type="checkbox"/>
nach Ablauf von Monaten		<hr/> <hr/>
spätestens bis zum		<hr/> <hr/>
 Es wird empfohlen, dass der Jugendliche sich möglichst bald		
 wegen _____		
 einem Arzt für _____		 Zahnarzt vorstellt.
 Empfehlungen: _____		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

#### **Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt**

### Stempel des Arztes

Tag der Untersuchung

# Untersuchungsbogen

Zutreffendes bitte  ankreuzen

- Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)       Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG)  
 Weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG)       Angeordnete Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen		
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		
Name, Vorname, Postanschrift des Personensorgeberechtigten (falls abweichend von der Postanschrift des Jugendlichen)		
Berufliche Tätigkeit:		
mit Ausbildung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Name und Anschrift des Arbeitgebers		
Bisherige Untersuchungen nach dem JArbSchG (Jahr und Monat)*		
Name und Anschrift des Arztes*		

Erhebungsbogen liegt vor

### Alter des Jugendlichen

männlich

weiblich

nein

ja

1

1

Die Anamnese ist vom untersuchenden Arzt zu erheben!

## 1 Vorgeschichte des Jugendlichen (seit der letzten Untersuchung nach dem JArbSchG)

- |            |                              |                          |                          |               |
|------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| <b>1.1</b> | Krankheiten/Behinderungen    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
|            | Operationen                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
|            |                              |                          |                          | wann: _____   |
|            | noch Beschwerden             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
|            | Unfälle                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
|            |                              |                          |                          | wann: _____   |
|            | noch Beschwerden/Folgen      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | welche: _____ |
|            | Arbeitsunfähigkeit insgesamt | 1 – 6 Tage               | <input type="checkbox"/> |               |
|            |                              | 7 – 14 Tage              | <input type="checkbox"/> |               |
|            |                              | mehr als 14 Tage         | <input type="checkbox"/> |               |

\* Aus der „Ärztlichen Mitteilung“ zu entnehmen

	nein	unbekannt	ja
Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.2 Häufige Beschwerden:</b>			
Husten/Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschläge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>bei weiblichen Jugendlichen:</b>			
Zyklusstörungen, erhebliche Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.3 Zurzeit sonstige Beschwerden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.4 Zurzeit in ärztlicher Behandlung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.5 Regelmäßige Medikamenteneinnahme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.6 Regelmäßige sportliche Betätigung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.7 Alkoholkonsum</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.8 Rauchen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.9 Drogen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 Arbeitsvorgeschichte</b>			
<b>2.1 Weg zur Arbeitsstätte und zurück</b>			
Dauer (Stunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>unter 1</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>zu Fuß</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1 – 2</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fahrrad</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 – 3</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>öffentliche Verkehrsmittel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>über 3</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fahrgemeinschaft</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Motorfahrzeug</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.2 Beginn der Arbeitszeit (Uhrzeit)</b>	<input type="text"/>		
<b>Ende der Arbeitszeit (Uhrzeit)</b>	<input type="text"/>		
Wechselschicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.3 Welche beruflichen Arbeiten wurden bisher überwiegend ausgeführt?</b>			
<b>2.4 Sind seit Arbeitsaufnahme gesundheitliche Beschwerden aufgetreten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>welche:</b> _____			
<b>2.5 Werden die Beschwerden mit der ausgeübten Tätigkeit in Verbindung gebracht?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.6 Ist ein Ausbildungs-/Arbeitsverhältnis aus gesundheitl. Gründen abgebrochen worden?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>weshalb:</b> _____			
<b>2.7 Ist deswegen eine ärztliche Beratung/ Untersuchung erfolgt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.8 Erfolgten arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt**

Name, Vorname des Jugendlichen \_\_\_\_\_

Tag der Untersuchung \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Nr.	Befund	Erläuterungen		
<b>3 Untersuchungen</b> Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des nebenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4: - Beurteilung – Ziffer 4.1 – 4.10).				
3.1 <input type="checkbox"/> Metrische Angaben	Größe (cm) _____	Gewicht (teilbekleidet) (kg) _____		
3.2 <input type="checkbox"/> Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> reduziert	
3.3 <input type="checkbox"/> Entwicklungszustand	<input type="checkbox"/> alters-entsprechend	<input type="checkbox"/> deutlich verfrüht	<input type="checkbox"/> deutlich verspätet	
3.4 <input type="checkbox"/> Muskulatur	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> kräftig	<input type="checkbox"/> schwach	
3.5 <input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Ekzem	<input type="checkbox"/> Akne	<input type="checkbox"/> sonstiges _____
3.6 <input type="checkbox"/> Nahvisus	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt	<input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
Sehhilfe vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
mit Sehhilfe	<input type="checkbox"/> ausreichend korrigiert	<input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt	<input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
3.7 <input type="checkbox"/> Fernvisus	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt	<input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
Sehhilfe vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
mit Sehhilfe	<input type="checkbox"/> ausreichend korrigiert	<input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt	<input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
3.8 <input type="checkbox"/> Farbtüchtigkeit (pseudoisochromatische Farbentafeln oder Testgerät)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> rot/grün gestört	<input type="checkbox"/> andere Störung	
3.9 <input type="checkbox"/> Hörvermögen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> rechts eingeschränkt	<input type="checkbox"/> links eingeschränkt	
3.10 <input type="checkbox"/> Nasenatmung	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> behindert	<input type="checkbox"/> Septum-deviation	<input type="checkbox"/> Rhinitis
3.11 <input type="checkbox"/> Zähne	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> behandlungsbedürftig		
3.12 <input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert		
3.13 <input type="checkbox"/> Brustkorb	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert		

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Nr.	Befund	Erläuterungen			
Kästchen neben den Ordnungsnummern nur ankreuzen, wenn aufgrund des nebenstehenden Befundes die Ausübung bestimmter Arbeiten für gesundheitsgefährdend gehalten wird (s. Abschnitt 4: - Beurteilung – Ziffer 4.1 – 4.10).					
3.14 <input type="checkbox"/> Lungen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Nebengeräusche	<input type="checkbox"/> sonstiges	_____	
3.15 <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Rhythmus- störungen	<input type="checkbox"/> path. Geräusch	<input type="checkbox"/> sonstiges	
		Puls im Sitzen (n/min)		_____	
		Blutdruck im Sitzen (systolisch) (mmHg)		_____	
		Blutdruck im Sitzen (diastolisch) (mmHg)		_____	
3.16 <input type="checkbox"/> Periphere Durchblutung	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> gestört	<input type="checkbox"/> Krampfadern	_____	
3.17 <input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Druckschmerz	<input type="checkbox"/> Bruch-/anlage	<input type="checkbox"/> path. Resistenz	<input type="checkbox"/> sonstiges
3.18 <input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> vergrößert	<input type="checkbox"/> Druckschmerz	_____	
3.19 <input type="checkbox"/> Urogenitalorgane	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> Nierenlager klopfempfindlich	<input type="checkbox"/> sonstiges	_____	
3.20 <input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> deformiert	<input type="checkbox"/> schmerhaft	<input type="checkbox"/> Bewegungs- einschränkung	
3.21 <input type="checkbox"/> Obere Gliedmaßen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert	<input type="checkbox"/> Bewegungs- einschränkung	_____	
3.22 <input type="checkbox"/> Grobe Kraft	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> beeinträchtigt		_____	
3.23 <input type="checkbox"/> Untere Gliedmaßen	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> verändert	<input type="checkbox"/> Bewegungs- einschränkung	_____	
3.24 <input type="checkbox"/> Peripheres und zentrales Nervensystem	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> motorische Störung	<input type="checkbox"/> sensible Störung	
3.25 <input type="checkbox"/> Gleichgewichtssinn (Romberg)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig			
3.26 <input type="checkbox"/> Psyche	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> grobe Auffälligkeit		_____	
3.27 <input type="checkbox"/> Urin (Teststreifen)	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> E pos	<input type="checkbox"/> Z pos	<input type="checkbox"/> Ery. Pos	<input type="checkbox"/> UBG vermehrt
3.28 <input type="checkbox"/> sonstige wichtige Befunde					

Ergänzungsuntersuchung erforderlich  nein  ja

Datum der Veranlassung: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Fachrichtung	Arbeitsmedizin	<input type="checkbox"/>	Innere Medizin	<input type="checkbox"/>
	Augenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Nervenheilkunde	<input type="checkbox"/>
	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	<input type="checkbox"/>	Orthopädie	<input type="checkbox"/>
	Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	sonstiges Gebiet	<input type="checkbox"/> _____

## Zum Verbleib beim untersuchenden Arzt

## Stempel des Arztes

Zutreffendes bitte  ankreuzen

## 4 Beurteilung

- Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)       Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG)  
 Weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG)       Angeordnete Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet \*

Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit

- #### 4.1 Arbeiten überwiegend im

- Stehen
  - Gehen
  - Sitzen
  - Bücken
  - Hocken
  - Knien

- A large grey circle with a thick black outline, containing a vertical column of ten small black squares.

- ## **4.2 Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel**

- 

- #### **4.3 Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider**

- 

- #### 4.4 Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr

- 

\* Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	vorübergehend	dauernd
<b>4.5 Arbeiten überwiegend bei</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- starken Temperaturschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.6 Arbeiten unter Einwirkung von</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf die Hände und Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf den ganzen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.9 Arbeiten, die</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- volle Sehkraft ohne Sehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Farbtüchtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erfordern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.10 Sonstige Arbeiten:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist	<input type="checkbox"/> Normbefund	
<hr/> <hr/>		
Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG wird angeordnet	<input type="checkbox"/>	
nach Ablauf von Monaten	<hr/>	
spätestens bis zum	<hr/>	
Es wird empfohlen, dass der Jugendliche sich möglichst bald		
wegen _____		
einem Arzt für _____	Zahnarzt vorstellt.	
Empfehlungen: _____	<hr/> <hr/> <hr/>	

Stempel des Arztes

### Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet\*

entfällt       ja

Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit vorübergehend dauernd gefährden.

    

**4.1** Arbeiten überwiegend im

- |          |                          |                          |
|----------|--------------------------|--------------------------|
| - Stehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gehen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hocken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Knien  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4.2** Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel

    

**4.3** Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider

- |         |                          |                          |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| - Hände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Arme  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Beine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

erfordern.

**4.4** Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr

    

---

\* Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	vorübergehend	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.5</b> Arbeiten überwiegend bei		
- Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- starken Temperaturschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.6</b> Arbeiten unter Einwirkung von		
- Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen		
auf die Hände und Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf den ganzen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.7</b> Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.8</b> Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.9</b> Arbeiten, die		
- volle Sehkraft ohne Sehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Farbtüchtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erfordern		
<b>4.10</b> Sonstige Arbeiten: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist	<input type="checkbox"/> Normbefund	

---



---

Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG wird angeordnet

nach Ablauf von Monaten \_\_\_\_\_

spätestens bis zum \_\_\_\_\_

Es wird empfohlen, dass der Jugendliche sich möglichst bald

wegen \_\_\_\_\_

einem Arzt für \_\_\_\_\_ Zahnarzt vorstellt.

Empfehlung: \_\_\_\_\_

---



---



---

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung) \_\_\_\_\_ (Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

**Zur Beachtung:** Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres ist eine Nachuntersuchung erforderlich. Falls die öffentliche Berufsberatung in Anspruch genommen wird, sollte ihr von dem Personensorgeberechtigten im Interesse des Jugendlichen das vorstehende Untersuchungsergebnis mitgeteilt werden.

Stempel des Arztes

### Ärztliche Mitteilung an den Personensorgeberechtigten

Zutreffendes bitte  ankreuzen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erste Nachuntersuchung (§ 33 Abs. 1 JArbSchG) | <input type="checkbox"/> Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG) |
| <input type="checkbox"/> Weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG)      | <input type="checkbox"/> Angeordnete Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)      |

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet \*

- |   | <input type="checkbox"/> entfällt | <input type="checkbox"/> ja |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|
| Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit  | vorübergehend                     | dauernd gefährden.          |
| <input type="checkbox"/>  |                                   |                             |
| <b>4.1</b> Arbeiten überwiegend im  |                                   |                             |
| - Stehen  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>    |
| - Gehen   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>    |
| - Sitzen  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>    |
| - Bücken  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>    |
| - Hocken  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>    |
| - Knien   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>    |
| <b>4.2</b> Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>    |
| <input type="checkbox"/>  |                                   |                             |
| <b>4.3</b> Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider  |                                   |                             |
| - Hände   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>    |
| - Arme  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>    |
| - Beine   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>    |
| erfordern.  |                                   |                             |
| <b>4.4</b> Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>    |

\* Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	vorübergehend	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.5 Arbeiten überwiegend bei</b>		
- Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- starken Temperaturschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.6 Arbeiten unter Einwirkung von</b>		
- Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen		
auf die Hände und Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf den ganzen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute</b> der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.9 Arbeiten, die</b>		
- volle Sehkraft ohne Sehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Farbtüchtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erfordern.		
<b>4.10 Sonstige Arbeiten:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist	<input type="checkbox"/> Normbefund	
<hr/>		
<hr/>		
Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 35 Abs. 1 JArbSchG wird angeordnet	<input type="checkbox"/>	
nach Ablauf von Monaten	<hr/>	
spätestens bis zum	<hr/>	
Es wird empfohlen, dass der Jugendliche sich möglichst bald		
wegen _____		
einem Arzt für _____	Zahnarzt vorstellt.	
Empfehlungen: _____		
<hr/>		

Diese Bescheinigung hat der Arbeitgeber nach § 41 Abs. 1 JArbSchG aufzubewahren!

Stempel des Arztes

### Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber\*

Erstuntersuchung nach § 32 Abs. 1 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte  ankreuzen

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet\* \*

entfällt       ja

Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit vorübergehend dauernd gefährden.

    

**4.1** Arbeiten überwiegend im

- |          |                          |                          |
|----------|--------------------------|--------------------------|
| - Stehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gehen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sitzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bücken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hocken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Knen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4.2** Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel

    

**4.3** Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider

- |         |                          |                          |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| - Hände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Arme  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Beine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

erfordern.

**4.4** Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr

    

\* Die Bescheinigung ist dem Arbeitgeber umgehend zuzuleiten.

\*\* Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Zutreffendes bitte <input checked="" type="checkbox"/> ankreuzen	vorübergehend	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.5 Arbeiten überwiegend bei</b>		
- Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- starken Temperaturschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.6 Arbeiten unter Einwirkung von</b>		
- Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen		
auf die Hände und Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf den ganzen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.7 Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut</b>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.8 Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche</b>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.9 Arbeiten, die</b>		
- volle Sehkraft ohne Sehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Farbtüchtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erfordern.		
<b>4.10 Sonstige Arbeiten:</b> _____		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Ort, Datum der abschließenden Beurteilung)

(Unterschrift d. untersuchenden Arztes)

**Zur Beachtung:** Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres ist eine Nachuntersuchung erforderlich. Falls die öffentliche Berufsberatung in Anspruch genommen wird, sollte ihr von dem Personensorgeberechtigten im Interesse des Jugendlichen das vorstehende Untersuchungsergebnis mitgeteilt werden.

Diese Bescheinigung hat der Arbeitgeber nach § 41 Abs. 1 JArbSchG aufzubewahren!

Stempel des Arztes

### Ärztliche Bescheinigung für den Arbeitgeber\*

Zutreffendes bitte  ankreuzen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erste Nachuntersuchung (§ 33 Abs. 1 JArbSchG) | <input type="checkbox"/> Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35 JArbSchG) |
| <input type="checkbox"/> Weitere Nachuntersuchung (§ 34 JArbSchG)      | <input type="checkbox"/> Angeordnete Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)      |

Name, Vorname, Geburtsdatum des Jugendlichen

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Aufgrund der Untersuchung halte ich die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung nachstehend angekreuzter Arbeiten für gefährdet \*\*

- |   | entfällt                 | ja                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Es ist zu erwarten, dass diese Arbeiten die Gesundheit  | vorübergehend            | dauernd gefährden.       |
| <b>4.1</b> Arbeiten überwiegend im  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Stehen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gehen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Sitzen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Bücken  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hocken  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Knien   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4.2</b> Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen oder Bewegen von Lasten ohne mechanische Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4.3</b> Arbeiten, die die volle Gebrauchsfähigkeit beider  |                          |                          |
| - Hände   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Arme  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Beine   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| erfordern.  |                          |                          |
| <b>4.4</b> Arbeiten mit erhöhter Absturzgefahr  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\* Die Bescheinigung ist dem Arbeitgeber umgehend zuzuleiten.

\*\* Nach § 40 Abs. 1 JArbSchG darf der Jugendliche mit diesen Arbeiten nicht beschäftigt werden.

Zutreffendes bitte  ankreuzen

vorübergehend      dauernd

    

**4.5** Arbeiten überwiegend bei

- Kälte
- Hitze
- Nässe
- Zugluft
- starken Temperaturschwankungen

**4.6** Arbeiten unter Einwirkung von

- Lärm
- mechanischen Schwingungen/Erschütterungen
  - auf die Hände und Arme
  - auf den ganzen Körper

**4.7** Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut

    

**4.8** Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute der Atemwege durch Stäube, Gase, Dämpfe, Rauche

    

**4.9** Arbeiten, die

- volle Sehkraft ohne Sehhilfe
  - Farbtüchtigkeit
- erfordern.

**4.10** Sonstige Arbeiten: \_\_\_\_\_

## Überweisung zur Ergänzungsuntersuchung

nach § 38 des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 12. April 1976 (BGBl. I S. 965) zum Untersuchungsberechtigungsschein nach § 2 der Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 2. Oktober 1961 (BGBl. I S. 1789) in der jeweils geltenden Fassung

mit folgender UBS-ID \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

Name des Arztes/der Ärztin \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
(Stempel)

Der/Die Jugendliche \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

wohnhaft in \_\_\_\_\_

wird von mir erstuntersucht – erstmals nachuntersucht – wiederholt nachuntersucht – außerordentlich nachuntersucht – auf Veranlassung der Bezirksregierung untersucht. Zur abschließenden Beurteilung des Gesundheitszustandes ist folgende ärztliche Ergänzungsuntersuchung notwendig:

---

---

Ich bitte, diese Untersuchung vorzunehmen und den Befund unten einzutragen.

Name des Arztes/der Ärztin \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
(Stempel)

## Befundbericht

Die oben erbetene Untersuchung habe ich durchgeführt.  
Folgender Befund wurde dabei erhoben:

---

---

---

---

**Urschriftlich zurückgesandt.**

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**II.****Ministerpräsident**

**Berufskonsularische Vertretung  
der Demokratischen Volksrepublik Algerien  
in Frankfurt am Main**

Bekanntmachung  
des Ministerpräsidenten  
M 4 – 01.06-1/23

Vom 5. Juni 2023

Die Bundesregierung hat dem zum Leiter der berufskonsularischen Vertretung der Demokratischen Volksrepublik Algerien in Frankfurt am Main ernannten Herrn Farid BENOUDINA am 15. Mai 2023 das Exequatur als Generalkonsul erteilt. Der Konsularbezirk umfasst die Länder Hessen, Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Thüringen.

Das dem bisherigen Generalkonsul, Herrn Abbes BENMOUSSAT am 30. Dezember 2021 erteilte Exequatur ist erloschen.

– MBl. NRW. 2023 S. 640

**III.****Landschaftsverband Westfalen-Lippe**

**15. Landschaftsversammlung Westfalen-Lippe  
Feststellung eines Nachfolgers**

Bekanntmachung  
des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe

Vom 23. Mai 2023

Die Nachfolge für das am 22. April 2023 verstorbene Mitglied der 15. Landschaftsversammlung, Herr Lutz Dworzak (LWLSPD), ist im Internet unter <https://www2.lwl.org/de/LWL/portal/der-lwl-im-ueberblick/der-lwl-zahlen/bekanntmachungen/> öffentlich bekannt gemacht worden.

Bezug: Bekanntmachung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe vom 28. Dezember 2020 (MBl. NRW. 2021 S. 10)

Münster, 23. Mai 2023

Der Direktor  
des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe  
Dr. Georg Lünemann

– MBl. NRW. 2023 S. 640

**Einzelpreis dieser Nummer 9,50 Euro  
zuzügl. Porto- und Versandkosten**

Bestellungen, Anfragen usw. sind an den A. Bagel Verlag zu richten. Anschrift und Telefonnummer wie folgt für

**Abonnementsbestellungen:** Grafenberger Allee 82, Fax (0211) 96 82/229, Tel. (0211) 96 82/238 (8.00–12.30 Uhr), 40237 Düsseldorf

Bezugspreis halbjährlich 66,00 Euro (Kalenderhalbjahr). Jahresbezug 132,- Euro (Kalenderjahr), zahlbar im Voraus. Abbestellungen für Kalenderhalbjahresbezug müssen bis zum 30. 4. bzw. 31. 10., für Kalenderjahresbezug bis zum 31. 10. eines jeden Jahres beim A. Bagel Verlag vorliegen.

Reklamationen über nicht erfolgte Lieferungen aus dem Abonnement werden nur innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Erscheinen anerkannt.

**In den Bezugs- und Einzelpreisen ist keine Umsatzsteuer i. S. d. § 14 UStG enthalten.**

**Einzelbestellungen:** Grafenberger Allee 82, Fax: (0211) 96 82/229, Tel. (0211) 96 82/241, 40237 Düsseldorf

Von Vorabeinsendungen des Rechnungsbetrages – in welcher Form auch immer – bitten wir abzusehen. Die Lieferungen erfolgen nur aufgrund schriftlicher Bestellung gegen Rechnung. Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer beim A. Bagel Verlag vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen.

Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen. Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgeber: Im Namen der Landesregierung, das Ministerium des Innern NRW, Friedrichstr. 62–80, 40217 Düsseldorf.

Herstellung und Vertrieb im Namen und für Rechnung des Herausgebers: A. Bagel Verlag, Grafenberger Allee 82, 40237 Düsseldorf

Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach

ISSN 0177-3569