

Checkliste zur Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes im Bereich der öffentlichen Berliner Schule bei der Beschäftigung werdender oder stillender Mütter

nach der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz unter Berücksichtigung des
Mutterschutzgesetzes/der Verordnung über den Mutterschutz für Beamtinnen und Angestellte des Landes
Berlin und anderer Rechtsvorschriften

Name der Schule:

Name, Vorname der werdenden/stillenden Mutter

Schwangerschaft mitgeteilt am:

Beginn der Mutterschutzfrist

Voraussichtlicher Entbindungstermin

Tätigkeitsbereiche

- Lehrerin
- sonstige pädagogische Beschäftigte

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Unterricht | <input type="checkbox"/> Arbeitslehre | <input type="checkbox"/> Naturwissenschaften |
| <input type="checkbox"/> unterrichtergänzende Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Sportunterricht | <input type="checkbox"/> Musikunterricht |
| <input type="checkbox"/> Funktion | <input type="checkbox"/> Schwimmunterricht | <input type="checkbox"/> Kunstunterricht |
| <input type="checkbox"/> Gremien | <input type="checkbox"/> Biologieunterricht | <input type="checkbox"/> Fachpraxisunterricht |
| <input type="checkbox"/> ergänzende Betreuung | <input type="checkbox"/> Chemieunterricht | <input type="checkbox"/> Küchen / Hauswirtschaft |
| | <input type="checkbox"/> Physikunterricht | <input type="checkbox"/> Förderunterricht |

Arbeitsplatz / Filialebetrieb (Adresse):

Unterricht in folgenden Klassenstufen / ergänzende Betreuung in
Gruppen
(Alter der Kinder angeben, wenn Schüler/-innen < 11. Lebensjahr)

Schulform(en):

Arbeitszeiten

- Gefährdungsbeurteilung oder Aktualisierung bei Bekanntwerden einer Schwangerschaft**
- Aktualisierung für stillende Mütter**

Die Gefährdungsbeurteilung wurde durchgeführt von:

Schulleitung:

Name, Vorname

--	--

Unter Mitwirkung von:

Bei der Gefährdungsbeurteilung können Sie sich von dem Arbeitsmedizinischen Dienst unterstützen lassen. Die örtlichen Beschäftigtenvertretungen (Personalrat, Frauenvertreterin, bei schwerbehinderten Betroffenen die Schwerbehindertenvertretung) sind über den Termin zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung rechtzeitig zu informieren.

Ihnen ist die Beteiligung an der Beurteilung zu ermöglichen.

Fachkraft für Arbeitssicherheit	Name, Vorname
Arbeitsmediziner/-in	Name, Vorname
Frauenvertreterin	Name, Vorname
Personalrat	Name, Vorname
Schwerbehindertenvertretung	Name, Vorname
Funktion	Name, Vorname

Mögliche Gefährdungsfaktoren

Die folgende Checkliste dient der Ermittlung möglicher Gefährdungen.

1	Allgemeines	JA	Nein
1.01	Fallen Mehrarbeiten über 8,5 Std./Tag oder über 90 Std./Doppelwoche an? Wird die Schwangere für Vertretungsunterricht/ Vertretungsarbeit eingesetzt? Müssen mehr als 6 Unterrichtsstunden/Tag unterrichtet werden? → Wenn ja: Anlage: Aktueller Stundenplan/Einsatzplan	■	○
1.02	Persönliche Schutzausrüstung (im Rahmen 1.Hilfe): Sind geeignete Handschuhe für Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung vorhanden?	○	■
1.03	Besteht Unfallgefährdung (Fall-, Stolper- oder Sturzgefahr auf Tritten, Leitern, Böden)?	■	○
1.04	Werden im Sportunterricht/im Bereich der ergänzenden Betreuung/ bei Wandertagen Tätigkeiten mit hoher Unfallgefahr und im Schwimmbad vermieden?	○	■
1.05	Werden psychisch auffällige Kinder betreut, bei denen eine erhöhte Gefahr zu aggressiven Handlungen besteht?	■	○
1.06	Werden Schüler/-innen mit Epilepsie- bzw. Krampfanfällen unterrichtet/betreut?	■	○
1.07	Kann die Schwangere sich jederzeit Hilfe (z. B. telefonisch) holen?	○	■
1.08	Kommt es regelmäßig zu Rempelen mit den Schülerinnen und Schülern oder muss die Beschäftigte bei Streitigkeiten körperlich eingreifen?	■	○
2	Bewegung oder körperliche Belastung	Ja	Nein

		<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.01	Ist für die Schwangere ein normaler ergonomischer Arbeitsstuhl vorhanden?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.02	Besteht für die Beschäftigte die Möglichkeit, sich unter geeigneten Bedingungen (nicht Mitarbeiterinnenzimmer o. Sekretariat) hinzulegen und auszuruhen / dort zu stillen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.03	Muss die werdende Mutter regelmäßig Gegenstände von mehr als 5 kg Gewicht heben oder bewegen? → Tätigkeitsverbot für diese Tätigkeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2.04	Muss die werdende Mutter gelegentlich Kinder oder Gegenstände von mehr als 10 kg Gewicht heben oder bewegen? (Aufbau von Sportgeräten, Umgang mit körperbehinderten Kindern) → Tätigkeitsverbot für diese Tätigkeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2.05	Müssen Schwangere Tätigkeiten ausüben, bei denen sie sich dauernd strecken, hocken oder gebückt halten müssen? (z. B. Sportunterricht, Betreuung von behinderten Kindern) → Tätigkeitsverbot für diese Tätigkeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2.06	Müssen Schwangere Tätigkeiten ausüben, bei denen Ballsportspiele durchgeführt werden? → Tätigkeitsverbot für diese Tätigkeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3	Physikalische Gefährdungen	Ja	Nein
3.01	Ist die werdende Mutter dauerndem Lärm über 80 dB(A) (Beurteilungspegel) ausgesetzt (evtl. Lärmmessung beantragen)? * Wirkpegel von 90 dB(A) als Maximum Exposition gegenüber impulshaltigem Arbeitslärm = Geräusche, die in 0,5 sek. um 40 dB(A) oder mehr ansteigen (Schreckreaktion)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3.02	Werden Tätigkeiten im Freien in Hitze, in Nässe oder Kälte ausgeübt? Bereits bei Temp. < 17 °C bei leichter körperlicher Arbeit besteht ein Beschäftigungsverbot.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3.03	Wird mit UV-Strahlung, Laserstrahlung, Röntgenstrahlung oder radioaktiven Stoffen umgegangen? → Tätigkeitsverbot	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4	Biologische Gefährdungen und Arbeitsstoffe	Ja	Nein
4.01	Besteht lt. Bescheinigung ausreichender Infektionsschutz gegen gefährliche Krankheiten beim Umgang mit Kindern? <input type="checkbox"/> Kinder unter 6 Jahren: Röteln, Masern, Mumps, Windpocken, Ringelröteln, Keuchhusten <input type="checkbox"/> Kinder unter 10 Jahren (Grundschule): Röteln, Windpocken <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren: Röteln <input type="checkbox"/> Kinder mit Behinderung: Röteln, Masern, Mumps, Zytomegalie, Hepatitis B, → ggf. Beschäftigungsverbot (abhängig von der Art der Behinderung), s. Information!	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.02	Besteht am Arbeitsplatz Kontakt zu Hepatitis B-, C-oder HIV-Infizierten (Erkrankten mit Ansteckungsgefahr)? → Beschäftigungsverbot / Tätigkeitsverbot	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4.03	Hat die Schwangere keinen Hepatitis A Schutz und pflegt Kinder (Körperpflege, Windel wechseln) oder begleitet sie bei den Toilettengängen? → Tätigkeitsverbot	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4.04	Liegt in der Schule ein Fall von Keuchhusten, Virusgrippe, Scharlach, Masern, Mumps, Windpocken, Ringelröteln, Hepatitis A, Hepatitis B, oder Röteln vor? → befristetes Beschäftigungsverbot bei Ausbruch beachten!	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4.05	Hat die werdende Mutter Umgang mit potentiell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Wäsche, Verbandszeug bzw. mit infizierten Personen (Pfleger)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

	→ Tätigkeitsverbot		
4.06	Hat die Schwangere Kontakt zu Tieren in der Einrichtung (Katzen, Hamstern, Vögeln, Papageien, Hasen, Fischen)? Falls ja, liegt eine aktuelle Stellungnahme des Veterinäramtes/Tierarztes vor, dass die Tiere gesund sind? → Tätigkeitsverbot	■	○
4.07	Hat die Schwangere Kontakt zu Zecken und Stäuben, z. B. beim pädagogischen Angebot im Freien, im Wald und auf Wiesen? → ggf. Tätigkeitsverbot	■	○
4.08	Hat die Schwangere Kontakt mit Schimmelpilzen? → Tätigkeitsverbot	■	○
4.09	Hat die Schwangere Kontakt mit weiteren Erregern wie Bakterien, Viren, Pilzen? (Biologieunterricht) → Tätigkeitsverbot	■	○
5	Chemische Gefährdungen und Gefahrstoffe	Ja	Nein
5.01	Liegt ein aktuelles Gefahrstoffverzeichnis vor?	○	■
<p>Hat die werdende / stillende Mutter Kontakt oder Umgang mit Gefahrstoffen? Hinweise auf Gefahrstoffe findet man auf Produktverpackungen in Form von Gefahrensymbolen und als R- (Risikosätze als Hinweis auf besondere Gefahren) und S-Sätze (Sicherheitssätze). → Tätigkeitsverbote für die folgenden Gefahrstoffe</p>			
5.02	Gefahrstoffe mit Einstufung als Krebs erzeugend nach Kategorie 1 oder 2 des Anhangs I der Richtlinie 67/548/EWG oder nach der TRGS 905 mit der Kennzeichnung: - R 45 („kann Krebs erzeugen“) (z.B. Benzol) - R 46 („kann vererbare Schäden verursachen“) (z.B. Ethylenoxid) - R 49 („kann Krebs erzeugen beim Einatmen“) (z.B. Cadmiumsulfat) - R 61 („kann Kind im Mutterleib schädigen“) (z.B. Bleichromat) - R 63	■	○
5.03	Gefahrstoffe mit Einstufung als Krebs erzeugend nach Kategorie 3 des Anhangs I der Richtlinie 67/548/EWG (Verdachtstoff) oder der TRGS 905 mit der Kennzeichnung: - R 40 („Verdacht auf krebserzeugende Wirkung“) (z. B. Formaldehyd/p-Toluidin) - R 68 („Irreversibler Schaden möglich“) (z.B. Dihydroxybenzol, SW-Entwickler)	■	○
5.04	Wird das Speckstein-Verbot eingehalten?	○	■
5.05	Gefahrstoffe, die sehr giftig, giftig, gesundheitsschädlich sind oder in sonstiger Weise den Menschen chronisch schädigen? → Tätigkeitsverbote, wenn Grenzwerte nicht eingehalten werden oder unbekannt sind → Tätigkeitsverbote bei hautresorptiven Stoffen	■	○
5.06	Hautschädigende Stoffe (R 21, R24, R27 oder Kennbuchstabe H nach TRGS 900)?	■	○
5.07	Quecksilber, Blei → Tätigkeitsverbote	■	○
5.08	Lösungsmittel beim Basteln/Kunstunterricht wie Aceton, Kleber?	■	○
5.09	Arbeitet die werdende Mutter selbst mit diesen giftigen, gesundheitsschädlichen, hautschädigenden, krebserzeugenden, erbgutverändernden oder fruchtschädigenden Gefahrstoffen, z. B. im Unterricht?	■	○
5.10	Ist die werdende Mutter diesen Gefahrstoffen ausgesetzt, z. B. dadurch, dass andere Mitarbeiter im gleichen Unterrichtsraum/Arbeitsraum mit giftigen, gesundheitsschädlichen, krebserzeugenden, erbgutverändernden oder fruchtschädigenden Gefahrstoffen arbeiten?	■	○
5.11	Sind in den letzten drei Monaten Entwesungsmittel oder Entlausungsmittel in der Einrichtung eingesetzt worden? → ggf. Beschäftigungsverbot	■	○
5.12	Ist der Nichtrauchererschutz gewährleistet?	○	■

6	Vorsorgemaßnahmen	Ja	Nein
6.01	Wurde die Schwangere über die Gefahren am Arbeitsplatz und Schutzmaßnahmen nachweislich unterwiesen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.02	Wurde die Schwangere über ihr Verhalten bei gefährlichen Situationen unterwiesen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.03	Wurde die Schwangere zur BioStoffV, TRBA 250 bei der Betreuung behinderter Menschen unterwiesen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.04	Wurde die Schwangere über besondere Gefahren bei der Betreuung von Anfallpatienten und verhaltensauffälligen Kindern unterwiesen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.05	Wurde die Schwangere über Schutzmaßnahmen und Verhalten bei Restgefährdungen unterwiesen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7.	Bemerkungen oder ggf. weitere Gefährdungsfaktoren	Ja	Nein
7.1	Stellungnahme des betriebsärztlichen Dienstes (siehe Anlage 1): Datum _____ Unterschrift _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2			
7.3			
8.	Ergebnis der Arbeitsplatzbeurteilung	Ja	Nein
	Die werdende/stillende Mutter ist einer Gefährdung am Arbeitsplatz ausgesetzt.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
9.	Mitteilung an das LAGetSi gem. § 5 MuSchG am _____	Ja	Nein
		<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10.	Beteiligung der Beschäftigtenvertretungen	JA	Nein
10.1	Die Beschäftigtenvertretungen (Personalrat, Frauenvertretung, ggf. Schwerbehindertenvertretung) sind über den Termin zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung rechtzeitig informiert worden. Ihnen wurde die Beteiligung an der Analyse ermöglicht.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11.	Unterrichtungen	Ja	Nein
11.1	Die betroffene Beschäftigte wurde am _____ durch Aushändigung der gesamten Gefährdungsbeurteilung über das Ergebnis der Beurteilung und über die erforderlichen Maßnahmen im Sinne des § 2 MuSchArbV unterrichtet.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Datum _____ Unterschrift der Beschäftigten _____ Einwände: _____		

11.2	Die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung wurde am _____ allen Dienstkräften der Schule bekannt gegeben.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11.2.1	Dem/der Betriebsarzt/ärztin und den Beschäftigtenvertretungen (Personalrat, Frauenvertretung, ggf. Schwerbehindertenvertretung) wurden am _____ eine Kopie der Checkliste zur Gefährdungsbeurteilung ausgehändigt (setzt die Zustimmung der Beschäftigten voraus, s.u.)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11.2.2	Wenn nein: Die Unterrichtung der/des Betriebsärztin/arzt erfolgt am _____ Durch Aushändigung der Grunddaten, des Ergebnisses der Arbeitsplatzbeurteilung und der festgelegten Maßnahmen		
12.	Erklärung der Beschäftigten	Ja	Nein
	Ich bin damit einverstanden, dass der/dem Betriebsärztin/arzt und den Beschäftigtenvertretungen (Personalrat, Frauenvertretung, ggf. Schwerbehindertenvertretung) eine Kopie der kompletten Checkliste zur Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes ausgehändigt wird. Wenn nein, erfolgt ausschließlich die Weitergabe der Grunddaten, des Ergebnisses der Arbeitsplatzbeurteilung und der festgelegten Maßnahmen. Die Rechte der Beschäftigtenvertretungen bleiben unberührt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____ Datum		_____ Unterschrift der Beschäftigten

Sind Ihnen noch sonstige Gefährdungen bekannt? Wenn ja, welche?

Bei Fragen, die so beantwortet wurden, dass Sie einen Kasten (■) markiert haben, müssen Schutzmaßnahmen bestimmt werden.