

Checkliste zur Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes im Bereich der allgemeinbildenden Schulen Berlins 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 Tarifbeschäftigte des Landes Berlin

Name der Schule / Schulnummer:

Name, Vorname der werdenden/stillenden Mutter

Tätigkeit als: Lehrerin weiteres, pädagogisches Personal Schulsekretärin

Schwangerschaft mitgeteilt am

Beginn der Mutterschutzfrist

Voraussichtlicher Entbindungstermin

Tätigkeitsbereiche päd. Personal

- Lehrerin
- weiteres, pädagogisches Personal

- | | | |
|---|---|--|
| <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 |

Tätigkeitsbereiche nichtpäd. Personal

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bedienung / Wartung technischer Geräte | <input type="checkbox"/> Verwaltungstätigkeiten | <input type="checkbox"/> Erste Hilfe |
| <input type="checkbox"/> Verrichtung sonstiger körperlicher ... Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> Versorgungswirtschaft | <input type="checkbox"/> Betreuung verhaltensauffälliger ... Personen |
| | <input type="checkbox"/> Tätigkeiten mit hohem ... Publikumsverkehr | |

Arbeitsplatz / Filialbetrieb (Adresse):

Unterricht / Kontakt in folgenden Klassenstufen Gruppen

(Alter der Kinder angeben, wenn Schüler/-innen < 10. Lebensjahr)

Schulform(en):

Arbeitszeiten

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

Die Gefährdungsbeurteilung wurde durchgeführt von:

Schulleitung:	Name, Vorname
---------------	---------------

Datum:**Unterschrift:****Unter Mitwirkung von:**

Bei der Gefährdungsbeurteilung können Sie sich von dem Arbeitsmedizinischen Dienst unterstützen lassen. Die örtlichen Beschäftigtenvertretungen (Schwerbehindertenvertretung, Frauenvertreterin, Personalrat) 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
Betriebsarzt/-ärztin	Name, Vorname
Frauenvertreterin	Name, Vorname
Personalrat	Name, Vorname
Schwerbehindertenvertretung	Name, Vorname
Funktion	Name, Vorname

Mögliche Gefährdungsfaktoren

Die folgende Checkliste dient der Ermittlung möglicher Gefährdungen. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an.

1	Allgemeines	Ja	Nein	n.z.
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/ /Dienstplan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.02	Besteht Unfallgefährdung (Fall-, Stolper- oder Sturzgefahr auf Tritten, Leitern, Böden)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.03	Ist die Erste-Hilfe-Tätigkeit umfassender als die Versorgung von kleinen Verletzungen? (z.B. Versorgung / Betreuung von Kindern mit Infektionskrankheiten o.ä. → Tätigkeitsverbot für diese Tätigkeiten)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.04	Persönliche Schutzausrüstung (im Rahmen der 1. Hilfe): Sind geeignete Handschuhe für Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.05	Werden im Sportunterricht/im Bereich der ergänzenden Betreuung/ bei Wandertagen Tätigkeiten mit hoher Unfallgefahr und im Schwimmbad vermieden?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

1.06	Werden Kinder und Jugendliche betreut, bei denen eine erhöhte Gefahr zu aggressiven Handlungen besteht?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.07	Werden Schüler/-innen mit Epilepsie- bzw. Krampfanfällen unterrichtet/betreut?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.08	Kann die Schwangere sich jederzeit Hilfe (z. B. telefonisch) holen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
1.09	Kommt es regelmäßig zu Rempelen mit den Schülerinnen und Schülern oder muss die Beschäftigte bei Streitigkeiten körperlich eingreifen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Bewegung oder körperliche Belastung	Ja	Nein	n.z.
2.01	Ist für die Schwangere ein ergonomischer Arbeitsstuhl bzw. ein ergonomisch eingerichteter Bildschirmarbeitsplatz vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	
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="checkbox"/>	
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="checkbox"/>	
2.06	Müssen Schwangere Tätigkeiten ausüben, bei denen Ballsportspiele durchgeführt werden? → Tätigkeitsverbot für diese Tätigkeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Physikalische Gefährdungen	Ja	Nein	n.z.
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="checkbox"/>	
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="checkbox"/>	
3.03	Wird mit UV-Strahlung, Laserstrahlung, Röntgenstrahlung oder radioaktiven Stoffen umgegangen? → Tätigkeitsverbot	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Biologische Gefährdungen und Arbeitsstoffe	Ja	Nein	n.z.

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 (wie Erbrochenes, Stuhlgang, Speichel, Urin), Wäsche, Verbandszeug bzw. mit infizierten Personen (Pflege)? → Tätigkeitsverbot	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
4.07	Hat die Schwangere Kontakt zu Zecken und Stäuben, z. B. beim pädagogischen Angebot im Freien, im Wald und auf Wiesen? → ggf. Tätigkeitsverbot	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
4.08	Hat die Schwangere Kontakt mit Schimmelpilzen? → Tätigkeitsverbot	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
4.09	Hat die Schwangere Kontakt mit weiteren Erregern wie Bakterien, Viren, Pilzen? (Biologieunterricht) → Tätigkeitsverbot	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
5	Chemische Gefährdungen und Gefahrstoffe	Ja	Nein	n.z.
5.01	Liegt ein aktuelles Gefahrstoffverzeichnis vor?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Hat die werdende / stillende Mutter Kontakt oder Umgang mit Gefahrstoffen? Hinweise auf Gefahrstoffe findet man auf Produktverpackungen in Form von Gefahrensymbolen und als H-Sätze (englisch „hazard“ / Gefahr, frühere R-Sätze/Risikosätze) als Hinweis auf besondere Gefährdungen P-Sätze (englisch „precautionary“ / Vorsorge, frühere S -Sätze/ Sicherheitsätze) als Sicherheitshinweise → Tätigkeitsverbote für die folgenden Gefahrstoffe (5.02 und 5.03):			
5.02	Gefahrstoffe mit Einstufung als Krebs erzeugend nach Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 (CLP) oder nach der TRGS 905 mit der Kennzeichnung: H 350 („kann Krebs erzeugen“) alt: R 45 H 340 („kann vererbare Schäden verursachen“) alt: R 46 H 350 i („kann Krebs erzeugen beim Einatmen“) alt: R 49 H 360 D („kann Kind im Mutterleib schädigen“) alt: R 61	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	

5.03	Gefahrstoffe mit Einstufung als Krebs erzeugend nach Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 (CLP) oder der TRGS 905 mit der Kennzeichnung: H 351 („Verdacht auf krebserzeugende Wirkung“) alt: R 40 H 370 („irreversibler Schaden möglich) alt: R 68	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.04	Wird das Speckstein-Verbot eingehalten?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
5.05	Gefahrstoffe, die sehr giftig, giftig, gesundheitsschädlich sind oder in sonstiger Weise den Menschen chronisch schädigen? „Gefahrstoffe die sehr giftig, giftig, gesundheitsschädlich sind oder in sonstiger Weise den Menschen chronisch schädigen“ H 300 Lebensgefahr bei Verschlucken H 301 Giftig bei Verschlucken H 302 Gesundheitsschädlich bei Verschlucken H 310 Lebensgefahr bei Hautkontakt H 311 Giftig bei Hautkontakt → Tätigkeitsverbote, wenn Grenzwerte nicht eingehalten werden oder unbekannt sind	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.06	Hautschädigende Stoffe? H 311 (giftig bei Hautkontakt) H 312 (gesundheitsschädlich bei Hautkontakt) H 317 (kann allerg. Reaktionen der Haut verursachen) (früher R 21, R 24, R 27 oder Kennbuchstabe H nach TRGS 900) → Tätigkeitsverbote bei hautresorptiven Stoffen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.07	Quecksilber, Blei → Tätigkeitsverbote	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.08	Lösungsmittel beim Basteln / Kunstunterricht wie Aceton, Kleber?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.09	Arbeitet die werdende Mutter selbst mit diesen giftigen, gesundheitsschädlichen, hautschädigenden, krebserzeugenden, erbgutverändernden oder fruchtschädigenden Gefahrstoffen, z. B. im Unterricht, im Postausgang, bei Putzmitteln ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.10	Ist die werdende Mutter diesen Gefahrstoffen ausgesetzt, z. B. dadurch, dass andere Mitarbeiter im gleichen Unterrichtsraum/Arbeitsraum mit giftigen, gesundheits-schädlichen, krebserzeugenden, erbgutverändernden oder fruchtschädigenden Gefahrstoffen arbeiten?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.11	Sind in den letzten drei Monaten Entwesungsmittel oder Entlausungsmittel in der Einrichtung eingesetzt worden? → ggf. Beschäftigungsverbot	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.12	Ist der Nichtraucherchutz gewährleistet?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Vorsorgemaßnahmen	Ja	Nein	n.z.
6.01	Wurde die Schwangere über die Gefahren am Arbeitsplatz und Schutzmaßnahmen nachweislich unterwiesen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
6.02	Wurde die Schwangere über ihr Verhalten bei gefährlichen Situationen unterwiesen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
6.03	Wurde die Schwangere zur BioStoffV, TRBA 250 bei der Betreuung behinderter Menschen unterwiesen?	<input type="checkbox"/>	<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	n.z.
7.1	Stellungnahme des betriebsärztlichen Dienstes (siehe Anlage 1): Datum _____ Unterschrift _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 _____	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
10.	Beteiligung der Beschäftigtenvertretungen	Ja	Nein	
10.1	Die Beschäftigtenvertretungen (Schwerbehindertenvertretung, Frauenvertreterin, Personalrat) sind über den Termin zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung <u>rechtzeitig</u> 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 für alle Dienstkräfte relevanten Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung (Schutzmaßnahmen, z.B. erhöhte Sensibilität bei kursierenden Infektionskrankheiten) wurden diesen am _____ unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Schwangeren bekannt gegeben.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

11.2.1	Dem/der Betriebsarzt/-ärztin und den Beschäftigtenvertretungen (Schwerbehindertenvertretung, Frauenvertreterin, Personalrat) wurden am _____ eine Kopie der Checkliste zur Gefährdungsbeurteilung ausgehändigt (Zustimmung der Beschäftigten liegt vor, s.12).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
11.2.2	Wenn nein: Die Unterrichtung 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 (Schwerbehindertenvertretung, Frauenvertreterin, Personalrat) eine Kopie der kompletten Checkliste zur Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes ausgehändigt wird. Wenn nein, erfolgt ausschließlich die Weitergabe der Grunddaten (siehe Seite 1), des Ergebnisses der Arbeitsplatzbeurteilung und der festgelegten Maßnahmen. Die Rechte der Beschäftigtenvertretungen bleiben unberührt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ Datum _____ Unterschrift der Beschäftigten </div>			

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.
--

Schutzmaßnahmen und Anmerkungen:

Aufgrund vorstehender Gefährdungsbeurteilung wurden folgende Schutzmaßnahmen veranlasst:

Kein Unterrichtseinsatz / Arbeitseinsatz in folgenden Fächern/ Gruppen:

Kein Unterrichtseinsatz / Arbeitseinsatz in folgenden Klassen/ Gruppen:

Anpassung des Stundenplanes/ Dienstplanes:

Erforderliche Anpassungen des Arbeitsplatzes, organisatorische Veränderungen:

Nachweis der sicheren Immunität gegen folgende Infektionskrankheiten:

- Röteln Masern Mumps Windpocken Ringröteln Keuchhusten
 Hepatitis B Zytomegalie

Sonstige Schutzmaßnahmen/ Anmerkungen:

Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung:

- Eine Gefährdung liegt nicht vor. Der Arbeitsplatz wird beibehalten.
- Eine Gefährdung liegt nicht vor. Der Arbeitsplatz wird beibehalten. Er kann nur unter Einhaltung der vorstehend aufgeführten Bedingungen auf dem bisherigen Arbeitsplatz weitergearbeitet werden.
- Aufgrund eines Beschäftigungsverbotes setzt die werdende Mutter bis zum vollständigen Nachweis des Immunschutzes mit der Arbeit aus.
- Eine Gefährdung ist nicht auszuschließen, deshalb wurde die werdende Mutter an einen anderen Arbeitsplatz umgesetzt.
- Aufgrund eines Beschäftigungsverbotes setzt die werdende Mutter bis zum _____
-oder- völlig mit der Arbeit aus.

Unterschrift der Schulleitung

Unterschrift der Fachkraft für Arbeitssicherheit (für die Beratung)

Unterschrift d. Arbeitsmediziners/-in (für die Beratung)