#  Gefährdungsbeurteilung bei Anzeige einer Schwangerschaft

# nach § 10 Mutterschutzgesetz (MuSchG) in Verbindung mit § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)

1. Vorname / Name der schwangeren Frau: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Voraussichtlicher Tag der Entbindung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Tätigkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Name Seelsorgebereich/ Abteilung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. GKZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Name Verwaltungsleitung/ Führungskraft: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Arbeitsbedingungen sind nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG, gültig ab 01.01.2018) so zu gestalten, dass Gefährdungen einer schwangeren oder stillenden Frau oder ihres Kindes möglichst vermieden werden und eine unverantwortbare Gefährdung ausgeschlossen wird.

Eine Gefährdung ist unverantwortbar, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Gesundheitsbeeinträchtigung angesichts der zu erwartenden Schwere des Gesundheitsschadens nicht hinnehmbar ist. Eine unverantwortbare Gefährdung gilt als ausgeschlossen, wenn der Arbeitsgeber alle Vorgaben einhält, die aller Wahrscheinlichkeit nach dazu führen, dass die Gesundheit einer schwangeren oder stillenden Frau oder ihres Kindes nicht beeinträchtigt wird.

Bei Vorliegen einer Schwangerschaft der Stelleninhaberin wird unter Beteiligung der Führungskraft eine individuelle Gefährdungsbeurteilung erstellt. Dabei sind dann auch die Spalten 3-5 durch die Führungskraft auszufüllen. Am Ende ist von der Führungskraft zu dokumentieren, dass durch geeignete Maßnahmen eine unverantwortbare Gefährdung der schwangeren Mitarbeiterin wirksam ausgeschlossen ist.

Das Ergebnis wird der Aufsichtsbehörde (Bezirksregierung) mitgeteilt.

Alle im MuSchG genannten Gefährdungen wurden geprüft.

In der folgenden Tabelle sind nur die Gefährdungen aufgelistet, die im Erzbistum Köln vorliegen können.

1. **Mögliche Gefährdungen**

|  |
| --- |
| 1. **Physikalische Gefährdungen bei der Arbeit**
 |
| **(Spalte 1)****Gefährdungsfaktoren** | **(Spalte 2)****Der Arbeitsplatz entspricht dem Kriterium** | **(Spalte 3)****Mögliche Maßnahmen, wenn „ja“ angekreuzt wird** | **(Spalte 4)****Durchführung der****Maßnahme** | **(Spalte 5)****Wirksamkeitskontrolle** |
| Beschäftigte müssen Lasten ohne mechanische Unterstützung bewegen, tragen oder heben (regelmäßig mehr als 5 kg oder gelegentlich mehr als 10 kg). | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Umverteilung der Aufgaben:Die schwangere Mitarbeiterin muss keine Lasten befördern. | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| Beschäftigte müssen nach Ablauf des fünften Schwangerschaftsmonats länger als vier Stunden stehen und eine Sitzgelegenheit ist **nicht** vorhanden. | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Stehende Tätigkeiten über vier Stunden müssen von der schwangeren Mitarbeiterin nicht durchgeführt werden. Sie hat die Möglichkeit zwischen stehenden und sitzenden Tätigkeiten zu wechseln. | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| Beschäftigte müssen ungünstige Körperhaltungen einnehmen (sich gebückt halten, häufiges Strecken oder Beugen, dauerndes Hocken). | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Der Arbeitsplatz wird entsprechend ergonomischer Gesichtspunkte umgestaltet, so dass keine Zwangshaltungen eingenommen werden müssen. | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| **(Spalte 1)****Gefährdungsfaktoren** | **(Spalte 2)****Der Arbeitsplatz entspricht dem Kriterium** | **(Spalte 3)****Mögliche Maßnahmen, wenn „ja“ angekreuzt wird** | **(Spalte 4)****Durchführung der****Maßnahme** | **(Spalte 5)****Wirksamkeitskontrolle** |
| Beschäftigte arbeiten häufig (z.B. im Außendienst) an nicht ergonomisch ausgestatteten Arbeitsplätzen. | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Auch im Außendienst wird sichergestellt, dass nur an ergonomisch ausgestatteten Arbeitsplätzen gearbeitet wird. | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| Beschäftigte sind mit Fahrzeugen unterwegs und haben eine Fahrtzeit von mehr als vier Stunden täglich. | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Umverteilung der Aufgaben:Es sind keine Fahrten mit mehr als vier Stunden Fahrtzeit vorgesehen. | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| Beschäftigte führen Tätigkeiten in großer Höhe (z.B. auf Gerüsten oder Leitern) aus. | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Umverteilung der Aufgaben:Die schwangere Mitarbeiterin arbeitet nicht in großer Höhe. | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| 1. **Gefährdung durch chemische Stoffe**
 |
| Beschäftigte haben Kontakt zu krebserzeugenden, erbgutverändernden oder fruchtschädigenden Gefahrstoffen (z.B. Kennzeichnungen: R40, R45, R46, R49, R61; R86). | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Ein Arbeitsplatzwechsel wird geprüft. | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| **(Spalte 1)****Gefährdungsfaktoren** | **(Spalte 2)****Der Arbeitsplatz entspricht dem Kriterium** | **(Spalte 3)****Mögliche Maßnahmen, wenn „ja“ angekreuzt wird** | **(Spalte 4)****Durchführung der****Maßnahme** | **(Spalte 5)****Wirksamkeitskontrolle** |
| Beschäftigte haben Kontakt mit giftigen, gesundheitsschädlichen Gefahrstoffen. | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Ein Arbeitsplatzwechsel wird geprüft. | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| Beschäftigte haben unmittelbaren Hautkontakt zu hautresorptiven Gefahrstoffen. | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Ein Arbeitsplatzwechsel wird geprüft. | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| 1. **Gefährdung durch biologische Stoffe**
 |
| Beschäftigte können (z.B. durch Umgang mit Kindern) Kontakt zu Erregern (Viren, Bakterien und Pilze; z.B. Hepatitis, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken)haben. | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Umverteilung der Aufgaben: Die schwangere Mitarbeiterin hat keinen Kontakt zu Kindern. | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| 1. **Gefährdungen durch Arbeitsbedingungen und Arbeitsverfahren**
 |
| Beschäftigte sind erhöhten Unfallgefahren ausgesetzt (Abstürzen, Fallen, Umgang mit aggressiven Personen etc.). | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Die Arbeitsumgebung wird so gestaltet, dass Unfälle vermieden werden. | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| **(Spalte 1)****Gefährdungsfaktoren** | **(Spalte 2)****Der Arbeitsplatz entspricht dem Kriterium** | **(Spalte 3)****Mögliche Maßnahmen, wenn „ja“ angekreuzt wird** | **(Spalte 4)****Durchführung der****Maßnahme** | **(Spalte 5)****Wirksamkeitskontrolle** |
| Beschäftigte können nicht jederzeit ihre Tätigkeit unterbrechen (Alleinarbeitsplatz). | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Umgestaltung der Arbeitsbedingungen | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| Beschäftigte können während ihrer Tätigkeit keine Hilfe rufen bzw. Hilfe kann sie nicht erreichen. | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Umgestaltung der Arbeitsbedingungen | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| Eine geeignete Liegemöglichkeit ist **nicht** vorhanden? | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Schwangeren und stillenden Frauen ist während der Pausen und, soweit es aus gesundheitlichen Gründen erforderlich ist, auch während derArbeitszeit zu ermöglichen, sich auf einer Liege in einem geeigneten Raum hinzulegen und auszuruhen | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| **(Spalte 1)****Gefährdungsfaktoren** | **(Spalte 2)****Der Arbeitsplatz entspricht dem Kriterium** | **(Spalte 3)****Mögliche Maßnahmen, wenn „ja“ angekreuzt wird** | **(Spalte 4)****Durchführung der****Maßnahme** | **(Spalte 5)****Wirksamkeitskontrolle** |
| 1. **Gefährdungen durch die Lage der Arbeitszeit**
 |
| Beschäftigte führen ihre Tätigkeit in der Zeit von 20.00 Uhr bis 06.00 Uhr aus (Nachtarbeit). | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Umgestaltung der Arbeitsbedingungen oderAusübung der Tätigkeit bis 22.00 Uhr, wenn* schriftl. Einverständniserklärung der Frau vorliegt und
* nach ärztlichem Zeugnis nichts gegen die Beschäftigung bis 22.00 Uhr spricht.
 | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| Beschäftigte haben zwischen den Diensten keine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 11 Stunden. | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Umgestaltung der Arbeitsbedingungen:Der schwangeren Mitarbeiterin steht nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 11 Stunden zur Verfügung.  | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| Beschäftigte leisten Mehrarbeit, d.h. mehr als 8,5 Stunden täglich oder 90 Stunden in der Doppelwoche. | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Umgestaltung der Arbeitsbedingungen:Die schwangere Mitarbeiterin wird nicht über achteinhalb Stunden täglich oder über 90 Stunden in der Doppelwoche hinaus beschäftigt. | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| Beschäftigte leisten Arbeiten auch an Sonn- und Feiertagen. | **[ ]**  ja **[ ]**  nein | Umgestaltung der Arbeitsbedingungen oder Ausübung der Tätigkeit an Sonn- und Feiertagen, wenn schriftl. Einverständniserklärung der Frau vorliegt* nach ärztlichem Zeugnis eine unverantwortbare Gefährdung ausgeschlossen ist und
* ein Ersatzruhetag gewährt wird.
 | Verantwortliche/r:     bis:      Maßnahme konnte durchgeführt werden?**[ ]**  ja **[ ]**  nein  | Beurteilende/r:     am      Maßnahme wirksam?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |

1. **Maßnahmen bei Bekanntwerden einer Schwangerschaft und Stillzeit**
2. Individuelle Gefährdungsbeurteilung und Gespräch mit der Mitarbeiterin hat stattgefunden am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. Erörterung mit der/dem Personalverantwortlichen/Führungskraft, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, hat stattgefunden am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum Mitarbeiterin

1. Umgestaltung der Arbeitsbedingungen wurde veranlasst am: **erforderlich / ist nicht erforderlich**

Welche ? ./.

1. Unterrichtung der werdenden Mutter über die Beurteilung der Arbeitsbedingungengemäß § 10 Mutterschutzgesetz i. V. m. § 5 Arbeitsschutzgesetz und über die damit verbundenen erforderlichen Schutzmaßnahmen (§ 14 Abs. 3 MuSchG) ist erfolgt am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Die schwangere Mitarbeiterin hat eine Kopie erhalten).
2. Umsetzung der Mitarbeiterin veranlasst am:      .

Neue Tätigkeit:       Orga-Nr.

1. Die weitere Beschäftigung der werdenden Mutter ist ohne Gefährdung möglich. **[ ]**  ja **[ ]**  nein
2. Generelles Beschäftigungsverbot nach § 13 MuSchG ausgesprochen? **[ ]**  ja **[ ]**  nein

Wenn ja, ab dem

1. Wurde ein individuelles Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG ausgesprochen? **[ ]**  ja **[ ]**  nein

Wenn ja, ab dem

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum Führungskraft Stempel der Einrichtung

1. Weiterleitung an die zuständige Personalabteilung wegen der Mitteilung an die Aufsichtsbehörde gemäß § 27 MuSchG und Ablage in Personalakte.