

Name der Schule: Bitte klicken Sie hier, um den Namen der Schule einzugeben.

## **Teil 2: Individuelle Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation von konkreten Schutzmaßnahmen bei Mitteilung bei Schwangerschaft oder für stillende Mütter** (Stand: 12.05.2022)

Die §§ 9 bis 14 MuSchG gelten für Beamtinnen entsprechend (§ 36 AzUVO)

### Hinweise

Sobald eine Mitarbeiterin der Schulleiterin/dem Schulleiter mitgeteilt hat, dass sie schwanger ist oder stillt, hat die Schulleiterin/der Schulleiter unverzüglich die in Teil 1 der Gefährdungsbeurteilung festgelegten Schutzmaßnahmen hinsichtlich des Einzelfalls zu überprüfen und die Schwangere / Stillende sowie ggf. weitere betroffene Beschäftigte über die Schutzmaßnahmen zu informieren. Außerdem hat die Schulleiterin / der Schulleiter der schwangeren oder stillenden Mitarbeiterin ein Gespräch über weitere Anpassungen ihrer Arbeitsbedingungen anzubieten.

Die Angaben in den folgenden Abschnitten können für die Erstellung der Benachrichtigung über die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau gemäß § 27 Mutterschutz für die Aufsichtsbehörde herangezogen werden.

Aus Teil 1 der Gefährdungsbeurteilung und den folgenden Abschnitten II und III ergeben sich die zulässigen Tätigkeiten für die Schwangere / Stillende. Bei bestehenden Gefährdungen müssen Schutzmaßnahmen bestimmt werden, z. B. Änderung des Lehrauftrags, Fernunterricht oder die Zuweisung von Verwaltungstätigkeiten.

Scheidet eine Weiterbeschäftigung an der Schule aus, ist die Weiterbeschäftigung an einer anderen Schule oder Dienststelle zu prüfen.

Ist dies nicht möglich oder zumutbar, muss ein betriebliches Beschäftigungsverbot durch die Schulleiterin / den Schulleiter ausgesprochen werden. Bei Bedarf kann die Betriebsärztin / der Betriebsarzt beratend hinzugezogen werden.

**Abschnitt I.: Angaben zu der Schwangeren / Stillenden**

**Abschnitt II.: Individuelle Gefährdungen für die Schwangere / Stillende**

**Abschnitt III.: Konkretisierung der individuellen Schutzmaßnahmen**

**Abschnitt IV.: Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung**

**Abschnitt V.: Weitere Maßnahmen**

**I. Angaben zu der Schwangeren / Stillenden**

<b>Name der Mitarbeiterin:</b>		Name, Vorname	
<b>Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung:</b>		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gleichgestellt <input type="checkbox"/>	
<b>Mitteilung der Schwangerschaft/ des Stillens am:</b>		Datum auswählen	
<b>Beginn der Mutterschutzfrist:</b>		Datum auswählen	
<b>Voraussichtlicher Entbindungstermin:</b>		Datum auswählen	
<b>Bezugnahme auf die Gefährdungsbeurteilung vom:</b>		Datum auswählen	
<b>Tätigkeitsbereiche:</b>	<input type="checkbox"/> Unterricht	<input type="checkbox"/> vorschulischer Einsatz (Grundschulförderklassen oder Kooperation mit KiTa)	<input type="checkbox"/> Verwaltungstätigkeiten
<input type="checkbox"/> GS	<input type="checkbox"/> Chemie	<input type="checkbox"/> Sport	Berufsfelder
<input type="checkbox"/> Sek I	<input type="checkbox"/> Physik	<input type="checkbox"/> Schwimmen	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sek II	<input type="checkbox"/> Biologie	<input type="checkbox"/> Musik	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> BS	<input type="checkbox"/> NWT	<input type="checkbox"/> Kunst	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> SBBZ (KMET, GENT)	<input type="checkbox"/> Technik	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sonstige SBBZ	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Unterricht in folgenden Klassenstufen/Gruppen (ggfs. Alter der Schülerinnen/Schüler angeben):		Bitte klicken Sie hier, um die (Alters-)Gruppen einzugeben.	
Die Konkretisierung der Gefährdungsbeurteilung wurde durchgeführt von: Bitte klicken Sie hier, um einen Namen einzugeben.		Schulleiterin / Schulleiter: Name, Vorname der Schulleiterin/ des Schulleiters	

## II. Individuelle Gefährdungen

Folgende Punkte sind bei aktueller Schwangerschafts-/Stillmitteilung zusätzlich zu Teil 1 noch zu prüfen, bei „Ja“ sind Maßnahmen zu ergreifen:  
Gestaltung der Arbeitsbedingungen, unverantwortbare Gefährdungen (§ 9 MuSchG)

Gestaltung der Arbeitsbedingungen, unverantwortbare Gefährdungen (§ 9 MuSchG)				
Infektionsgefahr	Schutzmaßnahme	trifft zu: (für Schwangere)		Tätigkeitsverbot
		ja	nein	
Klärung der individuellen Immunitätslage ist erforderlich	Beschäftigungsverbot oder Fernunterricht bis zur Klärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsunterbrechung/Liegemöglichkeit	Schutzmaßnahme	trifft zu: (für Schwangere)		Tätigkeitsverbot
		ja	nein	
Die Möglichkeit zu kurzen Arbeitsunterbrechungen ist für die Frau nicht gewährleistet (§ 9 Abs. 3 MuSchG)	Bitte klicken Sie hier, um Maßnahmen einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Frau kann den Arbeitsbereich nicht jederzeit verlassen (z. B. wegen Aufsicht)	Bitte klicken Sie hier, um Maßnahmen einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist nicht gewährleistet, dass sie jederzeit Hilfe erreichen kann	Bitte klicken Sie hier, um Maßnahmen einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fehlt die Möglichkeit, sich während der Pausen und Arbeitsunterbrechungen unter geeigneten Bedingungen (§ 9 Abs. 3 MuSchG)	Schutzmaßnahme	trifft zu: (für Schwangere)		Tätigkeitsverbot
		ja	nein	
→ hinzusetzen	Bitte klicken Sie hier, um Maßnahmen einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ hinzulegen	Bitte klicken Sie hier, um Maßnahmen einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ auszurufen	Bitte klicken Sie hier, um Maßnahmen einzugeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**III. Konkretisierung der erforderlichen Schutzmaßnahmen aus Teil 1 und Teil 2 Abschnitt II.**

<b>Schutzmaßnahmen und Anmerkungen:</b>		
Aufgrund der Gefährdungsbeurteilung sind		
<input type="checkbox"/>	keine Schutzmaßnahmen zu veranlassen	
folgende Schutzmaßnahmen zu veranlassen:		
<input type="checkbox"/>	Beschäftigungsverbot ab: Datum auswählen	bis: Datum auswählen
<input type="checkbox"/>	kein Unterrichtseinsatz in folgenden Fächern:	_____
<input type="checkbox"/>	kein Unterrichtseinsatz in folgenden Klassen:	_____
<input type="checkbox"/>	Anpassung des Stundenplanes:	_____
<input type="checkbox"/>	erforderliche Anpassungen des Arbeitsplatzes, organisatorische Veränderungen:	
Bitte klicken Sie hier, um erforderliche Anpassungen einzugeben.		

#### IV. Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung:

- Eine Gefährdung der werdenden Mutter/der Stillenden liegt nicht vor. Der Arbeitsplatz kann beibehalten werden.
- Eine Gefährdung der werdenden Mutter/der Stillenden ist nicht auszuschließen. Es kann nur unter Einhaltung der vorstehend aufgeführten Bedingungen auf dem bisherigen Arbeitsplatz weitergearbeitet werden.
- Aufgrund der Gefährdung wurde der werdenden Mutter/der Stillenden eine andere Tätigkeit/Deputat/andere Beschäftigungsstelle zugewiesen.
- Aufgrund der Gefährdung wurde eine Beschäftigungsverbot ausgesprochen.
- Es wurde darauf hingewiesen, dass jederzeit Einsicht in die Gefährdungsbeurteilung zum Mutterschutz Teil 1 und Teil 2 genommen werden kann.

#### V. Weitere Maßnahmen

Maßnahmen sind im vorliegenden Fall nicht erforderlich, da Frau ..... ein Attest über ein vollständiges ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG vorgelegt hat.

Ja

#### oder

Frau ..... wurde über das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung und die festgelegten Maßnahmen informiert.

Ja  Nein

Frau ..... wurde ein Gespräch über weitere Maßnahmen angeboten.

Ja  Nein

Frau ..... hat dieses Angebot angenommen.

Ja  Nein

**Wenn Ja:** das Gespräch wird am ..... stattfinden.

**Nach dem Gespräch: Über die o.g. Maßnahmen hinaus wurde dabei folgendes besprochen:**

.....

.....

.....

.....

.....



**Unterschrift der Mitarbeiterin nach dem Gespräch** .....

**Örtlicher Personalrat Gym / BS**

persönliche Kenntnisnahme des Örtlichen Personalrates: .....  
(Datum / Unterschrift Personalrat)

**Örtlicher Personalrat GHWRGS**

wurde als Kopie zur Kenntnis übersandt: .....  
(Datum / Unterschrift Schulleiterin / Schulleiter)

**Bei einer vorliegenden Schwerbehinderteneigenschaft bzw. Gleichstellung ist die zuständige Örtliche Schwerbehindertenvertretung zu informieren.**

Beteiligung der Örtlichen Schwerbehindertenvertretung: ..... **Ja**

Erstellt unter Beteiligung der Fachkraft für Arbeitssicherheit: .....  
**Ja**  **Nein**

Erstellt unter Beteiligung der Betriebsärztin/des Betriebsarztes: .....  
**Ja**  **Nein**

Schulleiterin / Schulleiter: .....  
(Datum / Unterschrift)

Kenntnisnahme der Schwangeren / Stillenden: .....  
(Datum / Unterschrift)