Gefährdungsklasse: ☒ **A** hoch ☐ **B** gering

Fragebogen Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Hinweis:

Alle Angaben dieses Fragebogens werden vertraulich behandelt!

Bitte füllen Sie alle Felder im Fragebogen aus. Fehlende Angaben werden mit „Nein" bewertet.

Die Bewertung erfolgt nach Punkten. Die benötigte Mindestpunktzahl entnehmen Sie der Tabelle am Ende des Fragebogens.

Ein nicht Erreichen der Mindestanforderungen/Mindestpunktzahl, kann zum Ausschluss vom Vergabeverfahren führen.

Ihr Ansprechpartner: _____ Rufnummer: _____

Firma: _____

Mitarbeiter : Anzahl im angefragten Leistungsspektrum _____

1. Arbeitsschutz (Health and Safety) (max. Punkte: 130)

1.1.	Verfügt Ihr Unternehmen über ein dokumentiertes Arbeitsschutzmanagementsystem wie z. B. OHSAS, SCC, BG-Verfahren oder vergleichbare Systeme?	☐ Ja ☐ Nein	40
1.2.	Wenn ja, welchem Standard entspricht dieses Arbeitsschutzmanagementsystem?		
1.3.	Wenn andere – welche?		
1.4.	Ist dieses Arbeitsschutzmanagementsystem zertifiziert?	☐ Ja ☐ Nein	90
1.5.	Wenn ja, von wem wurde es zertifiziert?		

Bemerkungen:

2. Beauftragter für den Arbeits-,und Gesundheitsschutz (max. Punkte: 20)

2.1. Wie ist die Sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung nach Arbeitsschutzgesetz und die DGUV Vorschrift 2 geregelt?

☐ Regelbetreuung* ☐ Unternehmermodell* ☐ Gar nicht 20

Name der Fachkraft für Arbeitssicherheit:

Name des Betriebsarztes oder der betriebsärztlichen Betreuung:

*Bitte Nachweis zusenden.

Bemerkungen:

3. Folgende Fragen sind nur zu beantworten, wenn kein zertifiziertes Arbeitsschutzmanagementsystem vorliegt (Frage 1.4.) (max. Punkte: 70)

3.1.	Würde sich Ihr Unternehmen im Falle einer Auftragsvergabe verpflichten innerhalb eines Jahres ein zertifiziertes Arbeitsschutzmanagementsystem zu erlangen?	☐ Ja ☐ Nein	15
3.2.	Orientiert sich Ihr Unternehmen im Arbeitsschutz an schriftlich festgelegten Richtlinien (z. B. Arbeitsschutzpolitik, Unternehmensleitlinien zum Arbeitsschutz)?	☐ Ja ☐ Nein	5
3.3.	Ist ein betriebsärztlicher Dienst oder Betriebsarzt bestellt?	☐ Ja ☐ Nein	10
3.4.	Hat Ihr Unternehmen Ziele zur Verbesserung des Arbeitsschutzes definiert?	☐ Ja ☐ Nein	5
3.5.	Liegen für die von Ihrem Unternehmen durchgeführten Arbeiten schriftlich dokumentierte Gefährdungsermittlung(en) vor?	☐ Ja ☐ Nein	10
3.6.	Werden die in Ihrem Unternehmen festgelegten Prozesse und Maßnahmen zum Arbeitsschutz regelmäßig auditiert?	☐ Ja ☐ Nein	5
3.7.	Falls ja vom wem (interner oder externer Auditor):		
3.8.	Werden die Mitarbeiter-/innen Ihres Unternehmens regelmäßig zum Thema Arbeitsschutz informiert und geschult?	☐ Ja ☐ Nein	10
3.9.	Werden Arbeitsmittel entsprechend den gesetzlichen Vorgaben geprüft und wird das Prüfergebnis dokumentiert?	☐ Ja ☐ Nein	10

Bemerkungen:

4. Zusatzangaben zum Arbeitsschutzmanagement (max. Punkte: 40)

4.1. Findet in Ihrem Unternehmen eine Unfallauswertung statt und wird diese schriftlich dokumentiert? ☐ Ja ☐ Nein 10

4.2. Wenn ja, bitte nennen Sie für die letzten 3 Jahre die Anzahl der Arbeitsunfälle (außer Wegeunfälle) bezogen auf 1 Mio. geleistete Arbeitsstunden (LTIF). Tödliche Unfälle gesondert aufführen.

LTIF = (Anz. Unfälle : (Arbeitsstunden * Mitarbeiter)) * 1.000.000

Jahre	Unfälle	Arbeitsstunden (je Mitarbeiter)	Mitarbeiter	LTIF	Tödliche Unfälle
Muster:	5	1700	300	9,8	0

Hinweis:
Zulassungskriterium für Unternehmen bis einschließlich 120 Mitarbeiter sind max. 2 Arbeitsunfälle (außer Wegeunfälle) mit ≥ 1 Tag Ausfallzeit (Lost Time Injury, LTI) pro Jahr. Unternehmen mit über 120 Mitarbeitern müssen eine Unfallhäufigkeit pro 1 Million Arbeitsstunden (Lost Time Injury Frequency, LTIF) ≤ 10 nachweisen.

4.3. Stellt Ihr Unternehmen sicher, dass während der Arbeiten ein Verantwortlicher durchgehend anwesend ist, der die deutsche Sprache beherrscht? ☐ Ja ☐ Nein 10

4.4. Ist in Ihrem Unternehmen sichergestellt, dass nur Mitarbeiter zum Einsatz kommen, die über die erforderlichen Vorsorgeuntersuchungen und die erforderliche persönliche Schutzausrüstung verfügen? ☐ Ja ☐ Nein 10

4.5. Werden die von Ihrem Unternehmen eingesetzten Subunternehmer hinsichtlich ihrer Arbeitsschutzqualität bewertet und ausgewählt? ☐ Ja ☐ Nein 10

Bemerkungen:

Benötigte Mindestpunktzahl nach Gefährdungsklasse:

		Gefahrenklasse		
	Max	**A**	**B**	**erreicht**
1. Arbeitsschutz	130	130	0	
2. Beauftragter	20	20	20	
3. kein zert. AMS	70	-	40/30	
4. Zusatzangaben	40	40	20	

Datum, Unterschrift