Fragebogen Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Gefährdungsklasse B

Stromnetz Berlin

Hinweis:
Alle Angaben dieses Fragebogens werden vertraulich behandelt!
Bitte füllen Sie alle Felder im Fragebogen aus. Fehlende Angaben werden mit „Nein“ bewertet.
Bitte beachten Sie, dass nicht relevante Felder automatisch ausgeblendet und nicht gewertet werden.
Die Bewertung erfolgt nach Punkten. Eine Übersicht über die Punkte entnehmen Sie der Tabelle am Ende des Fragebogens.
Ein nicht Erreichen der Mindestanforderungen/Mindestpunktzahl, kann zum Ausschluss vom Vergabeverfahren führen.

Ihr Ansprechpartner:		**Rufnummer:**	
Firma:*		Straße / Nr.:	
		Postleitzahl:	
		Ort:	
Anzahl Mitarbeiter im angefragten Leistungsspektrum:*		**Datum:***	

* Pflichtfelder

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.	Ausfüllen ist nicht mehr notwendig!		
1.3.	Ausfüllen ist nicht mehr notwendig!		
1.4.	Ausfüllen ist nicht mehr notwendig!	○ Ja ◉ Nein	90
1.5.	Ausfüllen ist nicht mehr notwendig!		

Bemerkungen:

2. Beauftragter für den Arbeitsschutz

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
	Ausfüllen nicht mehr notwendig!		
	Ausfüllen nicht mehr notwendig!		

*Bitte Nachweis zusenden.

Bemerkungen:

3. Folgende Fragen sind nur zu beantworten, wenn kein zertifiziertes Arbeitsschutzmanagementsystem vorliegt

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, von 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.

☐ Unternehmen existiert noch keine 3 Jahre. Bemerkung:

Hinweis:
Zulassungskriterium für Unternehmen bis einschließlich 120 Mitarbeiter sind max. 2 Arbeitsunfälle (außer Wegeunfälle) mit ≥ 1 Tag Ausfallzeit (Lost Time Injury, LTI) pro Jahr. In diesem Fall müssen Sie keine Arbeitsstunden angeben. Unternehmen mit über 120 Mitarbeitern müssen eine Unfallhäufigkeit pro 1 Million Arbeitsstunden (Lost Time Injury Frequency, **LTIF**) **≤ 20** nachweisen.

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

Jahre	Mitarbeiter	Unfälle	Arbeitsstunden (je Mitarbeiter)	LTIF	Tödliche Unfälle
Muster:	300	5	1.700	9,8	0
2023					
2024					
2025					

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:

Erreichte Punkzahl:

Bereich	Punkte maximal	Punkte erreicht
1. Arbeitsschutz (Health and Safety)	0	0
2. Beauftragter für den Arbeitsschutz	20	0
3. Kein zertifiziertes Arbeitsschutzmanagementsystem	30	70
4. Zusatzangaben zum Arbeitsschutzmanagement	40	40

Sie haben nicht alle Pflichtfelder ausgefüllt.
(Firma, Anzahl Mitarbeiter, Datum)

Sie haben nicht die angeforderte Anzahl an Punkten gesammelt.
Nach Erfüllung auftraggeberseitig erteilter Auflagen ist eine Zulassung möglich.

Vertraulichkeit: C2 - Intern