

Der SGA – Beobachtungsbogen

Begleitende Anlagen	
Fotos, Leitmerkalmethode Heben und Tragen, Ziehen und Schieben, Manuelle Arbeitsprozesse, Bildschirm-Check, Messreihe o.ä.	

Angaben zur Untersuchung

Interviewer	
Vorname	
Name	
Datum	
Beobachtet/gesprächen mit (Angaben nur vornehmen, wenn die betroffene Person zustimmt)	
Vorname	
Name	

Angaben zur Arbeit

Arbeitsbereich	
(Teil-) Tätigkeit	
Wie viele Personen sind ähnlich betroffen?	

A) Arbeitsverhältnis

Merkmal	Beschreibung	ja	nein
Arbeitsverhältnis	Wie ist der Arbeitsvertrag gestaltet?		
Arbeitsvertrag	A1 Existiert ein befristeter Arbeitsvertrag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
Arbeitsort	A2 Wird Leiharbeit/Zeitarbeit verrichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
Arbeitszeit	A3 Handelt es sich um freie Mitarbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
	A4 Wird an einem festen Arbeitsort-/Arbeitsbereich gearbeitet?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
	A5 Müssen regelmäßig Nachtschichten übernommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
	A6 Sind Bereitschaftsdienste zu leisten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
	A7 Fallen regelmäßig Überstunden (Wochenarbeitszeit mit mehr als 48 Stunden) an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +

Sofortmaßnahmen/Bemerkungen:

--

B) Ermittlung der physischen Belastung

Merkmale	Beschreibung	ja	nein
Sitzen	Ausfüllen, falls sitzende Tätigkeit.		
Dauer des Sitzens	B1 Erfordert die Tätigkeit, dass der Beschäftigte die Arbeit länger als 20 Minuten im Sitzen ausüben muss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
Ergonomie des Sitzens	B2 Kann eine ergonomisch günstige Sitzhaltung eingenommen werden? Ist gewährleistet, dass: <input type="checkbox"/> die Füße ganz auf dem Boden stehen können? <input type="checkbox"/> zwischen Ober- und Unterschenkel mindestens ein 90°-Winkel besteht? <input type="checkbox"/> die gesamte Sitzfläche genutzt werden kann? <input type="checkbox"/> die Füße und Knie Platz haben? <input type="checkbox"/> zwischen Oberschenkel und Tischkante Raum ist? <input type="checkbox"/> die Kniekehlen nicht gedrückt werden? <input type="checkbox"/> ein Haltungswechsel möglich ist? <input type="checkbox"/> Ober- und Unterarm einen 90°-Winkel bilden können? <input type="checkbox"/> die Rückenlehne bei Bewegungen nach hinten abstützt?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>

Sofortmaßnahmen/Bemerkungen:

Stehen	Ausfüllen, falls stehende Tätigkeit.		
Dauer des Stehens	B3 Erfordert die Tätigkeit, dass der Beschäftigte die Arbeit länger als 20 Minuten auf der gleichen Stelle ausüben muss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
Ergonomie des Stehens	B4 Ist ergonomisches Stehen möglich? Beim Stehen ist gewährleistet, dass: <input type="checkbox"/> die Füße fest und leicht auseinander auf dem Boden stehen können? <input type="checkbox"/> die Füße im Thekenstand stehen können? <input type="checkbox"/> die Knie leicht gebeugt werden können? <input type="checkbox"/> der Fußboden angemessen nachgibt? <input type="checkbox"/> Sicherheitsschuhe getragen werden, wenn die Tätigkeit es verlangt? <input type="checkbox"/> der Beschäftigte dynamisch stehen kann? <input type="checkbox"/> die Kopfhaltung möglichst aufrecht ist?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>

Sofortmaßnahmen/Bemerkungen:

Merkmal	Beschreibung	ja	nein
Gehen	Ausfüllen, falls sitzende Tätigkeit.		
Gehen und Stehen	B5 Erfordert die Tätigkeit, dass mehr als 4 Stunden der Arbeitszeit ununterbrochen auf den Beinen verbracht werden müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
Transportieren	B6 Können zur Verfügung gestellte Transportmittel ergonomisch genutzt werden?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>

Arbeitsmittel	(Arbeitsmittel = Material, Maschinen, Werkzeug, Geräte)		
Einsatz von Arbeitsmitteln	B7 Stehen zum Ausüben der Arbeit geeignete Arbeitsmittel zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
Haltung	B8 Unterstützt die Benutzung der Arbeitsmittel eine gesunde Körperhaltung?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
Durchführung	B9 Funktionieren die Arbeitsmittel, um die geforderte Arbeit störungsfrei ausführen zu können?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
Mechanische Schwingungen/ Vibrationen	B10 Überschreitet die tägliche Schwingbelastung 4 Stunden? <input type="checkbox"/> bei Handarmschwingungen (z.B. durch Schlagschrauber) <input type="checkbox"/> bei Ganzkörperschwingungen (z.B. Kompressor, Maschine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +

Sofortmaßnahmen/Bemerkungen:

Lastenhandhabung	(Lasten = Gegenstände, Menschen, Tiere i.S.d. Halten, Tragen, Umsetzen)		
Tätigkeiten mit Lastenhandhabung	B11 Werden während der Arbeitszeit mehr als 4 Stunden Lasten bewegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
Repetitive Tätigkeiten			
Wiederkehrende Tätigkeiten	B12 Werden länger als 20 Minuten ohne Unterbrechung gleichbleibende Bewegungen ausgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
Anthropometrie	(Anthropometrie = Körpermaß bei der Arbeit)		
Bewegungsausmaß	B13 Kann man sich im Arbeitsbereich frei bewegen? <input type="checkbox"/> kann der Beschäftigte ohne Anstoßen arbeiten? <input type="checkbox"/> kann der Beschäftigte seine Arme nach allen Seiten ausstrecken?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
Körpernahes Arbeiten	B14 Lassen sich die Aufgaben körpernah erledigen? <input type="checkbox"/> Verdrehungen des Körpers sind ausgeschlossen <input type="checkbox"/> keine einseitige Körperhaltung	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
Arbeitshöhen	B15 Sind Arbeitshöhen so angepasst, dass aufrecht gearbeitet werden kann? <input type="checkbox"/> ist eine Haltungswechsel möglich? <input type="checkbox"/> bilden Ober- und Unterarm bei leichter Tätigkeit einen 90°-Winkel? (Arbeitshöhe +/- 15cm)	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>

Sofortmaßnahmen/Bemerkungen:

--

C) Ermittlung der psychischen Belastung

Merkmal	Beschreibung	ja	nein
Arbeitstätigkeit			
Aufgabenvielfalt und -abwicklung	C1 Erlaubt die Tätigkeit, dass mindestens zwei verschiedenartige Teiltätigkeiten mit unterschiedlichen Anforderungen ausgeführt werden können?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	
Arbeitsintensität	C2 Erlaubt die Arbeitsaufgabe, dass die geforderte Qualität termingerecht geleistet werden kann?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	
Ganzheitlichkeit der Tätigkeit	C3 Erlaubt die Arbeitsaufgabe, dass neben der reinen Ausführung der Arbeit zusätzlich wenigstens <input type="checkbox"/> vorbereitet oder <input type="checkbox"/> koordiniert oder <input type="checkbox"/> das Ergebnis geprüft werden kann?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	
Wiederholungen	C4 Wiederholen sich die einzelnen Teilhandlungen der Arbeitsaufgabe alle 10 Minuten bzw. in noch geringeren Abständen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
Tätigkeitsspielräume	C5 Erlaubt die Arbeitsaufgabe, dass wenigstens <input type="checkbox"/> die Reihenfolge der Teiltätigkeit <input type="checkbox"/> oder die Planung von Teiltätigkeiten selbst festgelegt werden kann?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	
Widerspruchsfreiheit	C6 Gibt es in der Tätigkeit Anforderungen, die sich widersprechen (z.B. Quantität vs. Qualität, Quantität vs. Sicherheit oder Quantität vs. Störungen im Arbeitsablauf)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
Rückmeldung	C7 Erfolgt mindestens einmal täglich eine Rückmeldung über die Quantität oder Qualität der geleisteten Arbeit, sodass ggf. eine Korrektur von Fehlern möglich ist?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	
Informationen	C8 Stehen die für die Arbeit erforderlichen Informationen rechtzeitig und vollständig zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	
Kundenkontakt	C9 Ist die Arbeit so gestaltet, dass der direkte Kontakt zum Kunden mehr als 75% der Arbeitszeit ausmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +

Sofortmaßnahmen/Bemerkungen:

Arbeitsorganisation			
Arbeitsablauf	C10 Sind vor der Arbeitsaufnahme folgende Fragen eindeutig geklärt? <input type="checkbox"/> Wer arbeitet mit wem? <input type="checkbox"/> Was ist genau zu tun? <input type="checkbox"/> Ist der Arbeitsplatz rechtzeitig vorher bekannt? <input type="checkbox"/> Mit welchen Arbeitsmitteln wird gearbeitet? <input type="checkbox"/> Wurde die genaue Terminplanung bekannt gegeben? <input type="checkbox"/> Wer übernimmt die Führung bzw. ist bei Unklarheiten und Störungen verantwortlich? <input type="checkbox"/> Was genau ist bei Unklarheiten zu tun? <input type="checkbox"/> Wurde überprüft, ob alle Beteiligten den Arbeitsauftrag bzw. die Arbeitsanweisung verstanden haben?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	
Verantwortung	C11 Dürfen die Arbeitsaufgaben betreffende Entscheidungen selbstständig getroffen werden?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	

Merkmal	Beschreibung	ja	nein
Kooperation	C12 Kann innerhalb der Arbeitsorganisation kooperiert werden (Team, Abteilungen, etc.), um die Arbeit mindestens zeitlich oder inhaltlich abstimmen zu können?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stabilität der Kooperation	C13 Sind die internen und/oder externen Kooperationsbeziehungen stabil, d. h. kann jeweils mindestens 6 Monate mit festen Ansprechpersonen zusammengearbeitet werden?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partizipation (Beteiligung)	C14 Können bei den Planungen zur Arbeitsgestaltung im eigenen Arbeitsbereich vorbereitete Lösungsvorschläge ausgewählt werden?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzpausen	C15 Existiert eine betriebliche Vereinbarung zu Kurzpausen (z. B. pro Stunde 5 Minuten)?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soziale Bedingungen			
soziale Unterstützung	C16 Besteht die Möglichkeit, bei auftretenden arbeitsbedingten Problemen von anderen Personen unterstützt zu werden?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führungsstil	C17 Ist der Führungsstil so gestaltet, dass die Beschäftigten gemeinsam mit Unterstützung von Vorgesetzten ihre Ziele erreichen können?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anerkennung	C18 Existieren im Unternehmen regelmäßige Formen eines Belohnungssystems für überdurchschnittliche Leistungen?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sofortmaßnahmen/Bemerkungen:

D) Arbeitsumgebung

Beleuchtung	D1 Ist das Licht für die Arbeitsaufgabe ausreichend? <input type="checkbox"/> Kontraste dienen zur guten Erkennung <input type="checkbox"/> Blendungen und Reflexionen sind ausgeschlossen	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lärm	D2 Tritt bei der Arbeit Lärm <input type="checkbox"/> durch Maschinen, Werkzeuge, andere Arbeitsmittel oder <input type="checkbox"/> durch Menschen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>
Geruch	D3 Treten unangenehme Gerüche auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>
Raumklima/Zugluft	D4 Ist das Raumklima behaglich? <input type="checkbox"/> Kann die Arbeit ohne Einwirkung von Zugluft ausgeübt werden? <input type="checkbox"/> Ist die Raumtemperatur der geforderten Arbeit angepasst? <input type="checkbox"/> Ist die Luft sauber? <input type="checkbox"/> Ist die Luftfeuchtigkeit ausreichend?	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sofortmaßnahmen/Bemerkungen:

Hat der Beschäftigte eine Idee zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen?