

# SGA – Risikobewertungsbogen

Name des Prüfers: ..... Datum: .....

## 1. Arbeitsbereich – Arbeitsplatz – Teiltätigkeit/-en

.....

## 2. Qualitative Bewertung

Bitte beschreiben sie den bedeutenden Mangel oder die besondere Anstrengung/Belastung bei der Arbeit.

### 2.1 Rechtsgrundlage

.....

### 2.2 Gefährdung – Besondere Belastungen

.....

### 2.3 Möglicher Gesundheitsschaden

(Bitte nennen Sie nach Möglichkeit die eventuellen Folgen. – Stimmen Sie sich mit Ihrem Betriebsarzt ab!)

.....

Bekannter Gesundheitsschaden .....

### 2.4 Gefährdungsfaktor

(Bitte ankreuzen, was die Gesundheit gefährden könnte!)

Mechanisch	Physisch	Psychisch	Lärm dB(A)	Licht (lx)	Klima	Elektr. Strom	Schwingungen	Gefahrstoffe	Brand/Ex	Mehrere Faktoren

## 3 Quantitative Bewertung

Mögliche Schadensschwere Wahrscheinlichkeit des Wirksamwerdens der Gefährdung	Leichte Verletzungen oder Erkrankungen	Mittelschwere Verletzungen oder Erkrankungen	Schwere Verletzungen oder Erkrankungen	Möglicher Tod, Katastrophe
Sehr selten (1–2 Std. wöchentlich)	1	2	3	4
Gelegentlich (< 2 Std. pro Schicht)	2	3	4	5
Oft (2–4 Std. pro Schicht)	3	4	5	6
Häufig (> 4 Std. pro Schicht)	4	5	6	7

**Risikomaßzahl:** .....  
(Handlungsbedarf ab 3)

Quelle: DVD Version 10.0 Sifa-Ausbildung DGUV/BAuA

## 4 Gestaltungsempfehlungen

Reichweite der Maßnahmen		1. Gefahrenquelle vermeiden/beseitigen	Schwierigkeit der Realisation	.....
		2. Sicherheitstechnische Maßnahmen		.....
		3. Organisatorische Maßnahmen		.....
		4. Nutzung persönlicher Schutzausrüstung		.....
		5. Verhaltensbezogene Sicherheitsmaßnahmen		.....

Bearbeitungshinweise: .....

.....

.....

## SGA – Übersicht der Risiken

<b>Arbeitsverhältnis</b> Befristung, Leiharbeit/Zeitarbeit, Freiberufler, fester Arbeitsort, Schichtarbeit, Bereitschaftsdienste, Überstunden	<b>Fragen:</b> 0      1      2      3      4      5      6      7
<b>Physische Belastung</b>	
<b>KÖRPERHALTUNG</b> Sitzen, Stehen, Gehen, Transportieren	0      1      2      3      4      5      6
<b>ARBEITSMITTEL</b> Einsatz, Haltung, Durchführung, mechanische Schwingungen	0              1              2              3              4
<b>ERGONOMIE</b> Lastenhandhabung, Wiederkehrende Bewegungen, Bewegungsausmaß, Körpernahes Arbeiten, Arbeitshöhen	0              1              2              3              4              5
<b>Psychische Belastung</b>	
<b>ARBEITSTÄTIGKEIT</b> Aufgabenvielfalt, Arbeitsintensität, Vollständigkeit, Wiederholung, Tätigkeitsspielraum, Widerspruchsfrei- heit, Rückmeldungen, Informationen, Kundenkontakt	0    1    2    3    4    5    6    7    8    9
<b>ARBEITSORGANISATION</b> Ablauf, Verantwortung, Kooperation, Mitsprache, Kurzpausen	0              1              2              3              4              5              6
<b>SOZIALE BEDINGUNGEN</b> Unterstützung, Führungsstil, Anerkennung	0                      1                      2                      3
<b>Arbeitsumgebung</b> Beleuchtung, Schall, Geruch, Raumklima	0              1              2              3              4

**Bearbeitungshinweis:** Für die Gruppe physischer und psychischer Gefährdungsfaktoren verwenden Sie bitte jeweils einen Bogen. Finden Sie ein zusätzliches Risiko, müssten Sie einen dritten Risikobewertungsbogen anlegen z.B. für einen mechanischen Gefährdungsfaktor (Sturz über eine ungeschützte Brüstung).

# Der SGA-Beobachtungsbogen

Begleitende Anlagen	
Fotos, Leitmerkmal-methode 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
<b>ARBEITSVERHÄLTNIS</b>	<b>Wie ist der Arbeitsvertrag gestaltet?</b>		
<b>Arbeitsvertrag</b>	<b>A1</b> Existiert ein befristeter Vertrag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
<b>Arbeitsort</b>	<b>A2</b> Wird Leiharbeit/Zeitarbeit verrichtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
<b>Arbeitszeit</b>	<b>A3</b> Handelt es sich um freie Mitarbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
	<b>A4</b> Wird an einem festen Arbeitsort-/bereich gearbeitet?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
	<b>A5</b> Müssen regelmäßig Nachschichten übernommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
	<b>A6</b> Sind Bereitschaftsdienste zu leisten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
	<b>A7</b> Fallen regelmäßig Überstunden (Wochenarbeitszeit mit mehr als 48 Stunden) an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +

## B) Ermittlung der Physischen Belastung

Merkmal	Beschreibung	ja	nein
<b>SITZEN</b>	Ausfüllen, falls sitzende Tätigkeit.		
<b>B1 Dauer des Sitzens</b>	<b>Erfordert die Tätigkeit, dass der Beschäftigte die Arbeit länger als 20 Minuten im Sitzen ausüben muss?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
<b>B2 Ergonomie des Sitzens</b>	<b>Kann eine ergonomisch günstige Sitzhaltung eingenommen werden?</b> Ist gewährleistet, dass – die Füße ganz auf dem Boden stehen können? – zwischen Ober- und Unterschenkel mindestens ein 90°-Winkel besteht? – die gesamte Sitzfläche genutzt werden kann? – die Füße und Knie Platz haben? – zwischen Oberschenkel und Tischkante Raum ist? – die Kniekehlen nicht gedrückt werden? – ein Haltungswechsel möglich ist? – Ober- und Unterarm einen 90°-Winkel bilden können? – die Rückenlehne bei Bewegungen nach hinten abstützt?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
Sofortmaßnahmen/Vermerk:			
<b>STEHEN</b>	Ausfüllen, falls stehende Tätigkeit.		
<b>B3 Dauer des Stehens</b>	<b>Erfordert die Tätigkeit, dass länger als 20 Minuten bei der Arbeit auf der gleichen Stelle gestanden werden muss?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
<b>B4 Ergonomie des Stehens</b>	<b>Ist ergonomisches Stehen möglich?</b> Beim Stehen ist gewährleistet, dass – die Füße fest und leicht auseinander auf dem Boden stehen können? – die Füße im Thekenstand stehen können? – die Knie leicht gebeugt werden können? – der Fußboden angemessen nachgibt? – Sicherheitsschuhe getragen werden, wenn die Tätigkeit es verlangt? – der Beschäftigte dynamisch stehen kann? – die Kopfhaltung möglichst aufrecht ist?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
Sofortmaßnahmen/Vermerk:			
<b>GEHEN</b>			
<b>B5 Gehen und Stehen</b>	<b>Erfordert die Tätigkeit, dass mehr als 4 Stunden der Arbeitszeit ununterbrochen auf den Beinen verbracht werden müssen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
<b>B6 Transportieren</b>	<b>Können zur Verfügung gestellte Transportmittel ergonomisch genutzt werden?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>ARBEITSMITTEL</b>	(Arbeitsmittel = Material, Werkzeug, Maschinen, Geräte)		
<b>B7 Einsatz von Arbeitsmitteln</b>	<b>Stehen zum Ausüben der Arbeit geeignete Arbeitsmittel zur Verfügung?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>B8 Haltung</b>	<b>Unterstützt die Benutzung der Arbeitsmittel eine gesunde Körperhaltung?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>B9 Durchführung</b>	<b>Funktionieren die Arbeitsmittel, um die geforderte Arbeit störungsfrei ausführen zu können?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>

## B) Ermittlung der Physischen Belastung

Merkmal	Beschreibung	ja	nein
<b>B10 Mechanische Schwingungen/ Vibrationen</b>	<b>Überschreitet die tägliche Schwingungsbelastung 4 Stunden?</b> – bei Handarmschwingungen (z. B. durch Schlagschrauber) – bei Ganzkörperschwingungen? (Kompressor, Maschine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
Sofortmaßnahmen / Vermerk:			
<b>LASTENHANDHABUNG</b>	(Lasten = Gegenstände, Menschen, Tiere: Bewegen i.S.d. Halten, Tragen, Umsetzen)		
<b>B11 Tätigkeiten mit Lastenhandhabung</b>	<b>Werden während der Arbeitszeit mehr als 4 Stunden Lasten bewegt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
<b>REPETITIVE TÄTIGKEITEN</b>			
<b>B12 Wiederkehrende Bewegungen</b>	<b>Werden länger als 20 Minuten ohne Unterbrechung gleichbleibende Bewegungen ausgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
<b>ANTHROPOMETRIE</b> (Anthropometrie = Körpermaß bei der Arbeit)			
<b>B13 Bewegungsausmaß</b>	<b>Kann man sich im Arbeitsbereich frei bewegen?</b> – Kann der Beschäftigte ohne Anstoßen arbeiten? – Kann der Beschäftigte seine Arme nach allen Seiten ausstrecken?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>B14 Körpernahes Arbeiten</b>	<b>Lassen sich die Aufgaben körpernah erledigen?</b> – Verdrehungen des Körpers sind ausgeschlossen. – Keine einseitige Körperhaltung.	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>B15 Arbeitshöhen</b>	<b>Sind Arbeitshöhen so angepasst, dass aufrecht gearbeitet werden kann?</b> – Ist ein Haltungswechsel möglich? – Bilden Ober- und Unterarm bei leichter Tätigkeit einen 90°-Winkel? (Arbeitshöhe +/- 15 cm)	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
Sofortmaßnahmen / Vermerk:			

## C) Ermittlung der Psychischen Belastung

<b>ARBEITSTÄTIGKEIT</b>			
<b>C1 Aufgabenvielfalt und -abwicklung</b>	<b>Erlaubt die Tätigkeit, dass mindestens zwei verschiedenartige Teiltätigkeiten mit unterschiedlichen Anforderungen ausgeführt werden können?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>C2 Arbeitsintensität</b>	<b>Erlaubt die Arbeitsaufgabe, dass die geforderte Qualität termingerecht geleistet werden kann?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>C3 Ganzheitlichkeit der Tätigkeit</b>	<b>Erlaubt die Arbeitsaufgabe, dass neben der reinen Ausführung der Arbeit zusätzlich wenigstens</b> <input type="checkbox"/> vorbereitet oder <input type="checkbox"/> koordiniert oder <input type="checkbox"/> das Ergebnis geprüft werden kann?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>C4 Wiederholungen</b>	<b>Wiederholen sich die einzelnen Teilhandlungen der Arbeitsaufgabe alle 10 Minuten bzw. in noch geringeren Abständen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +

### C) Ermittlung der Psychischen Belastung

Merkmal	Beschreibung	ja	nein
<b>C5 Tätigkeitsspielräume</b>	<b>Erlaubt die Arbeitsaufgabe, dass wenigstens</b> <input type="checkbox"/> die Reihenfolge der Teiltätigkeit <input type="checkbox"/> oder die Planung von Teiltätigkeiten <b>selbst festgelegt werden kann?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>C6 Widerspruchsfreiheit</b>	<b>Gibt es in der Tätigkeit Anforderungen, die sich widersprechen</b> <b>(z. B. Quantität vs. Qualität, Quantität vs. Sicherheit oder Quantität</b> <b>vs. Störungen Im Arbeitsablauf)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
<b>C7 Rückmeldung</b>	<b>Erfolgt mindestens einmal täglich eine Rückmeldung über die</b> <b>Quantität oder Qualität der geleisteten Arbeit, so dass ggf. eine Korrektur</b> <b>von Fehlern möglich ist?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>C8 Informationen</b>	<b>Stehen die für die Arbeit erforderlichen Informationen rechtzeitig und</b> <b>vollständig zur Verfügung?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>C9 Kundenkontakt</b>	<b>Ist die Arbeit so gestaltet, dass der direkte Kontakt zum Kunden mehr</b> <b>als 75 % der Arbeitszeit ausmacht?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
Sofortmaßnahmen / Vermerk:			
<b>ARBEITSORGANISATION</b>			
<b>C10 Arbeitsablauf</b>	<b>Sind vor der Arbeitsaufnahme folgende Fragen eindeutig geklärt?</b> – Wer arbeitet mit wem? – Was ist genau zu tun? – Ist der Arbeitsplatz rechtzeitig vorher bekannt? – Mit welchen Arbeitsmitteln wird gearbeitet? – Wurde die genaue Terminplanung bekannt gegeben? – Wer übernimmt die Führung bzw. ist bei Unklarheiten und Störungen verantwortlich? – Was genau ist bei Unklarheiten zu tun? – Wurde überprüft, ob alle Beteiligten den Arbeitsauftrag bzw. die Arbeitsanweisung verstanden haben?	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>C11 Verantwortung</b>	<b>Dürfen die Arbeitsaufgaben betreffende Entscheidungen selbstständig</b> <b>getroffen werden?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>C12 Kooperation</b>	<b>Kann innerhalb der Arbeitsorganisation kooperiert werden (Team, Abteilun-</b> <b>gen, etc.), um die Arbeit mindestens zeitlich oder inhaltlich abstimmen zu</b> <b>können?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>C13 Stabilität der Kooperation</b>	<b>Sind die internen und/oder externen Kooperationsbeziehungen stabil,</b> <b>d. h. kann jeweils mindestens 6 Monate mit festen Ansprechpersonen</b> <b>zusammengearbeitet werden?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>C14 Partizipation (Beteiligung)</b>	<b>Können bei den Planungen zur Arbeitsgestaltung im eigenen Arbeitsbereich</b> <b>vorbereitete Lösungsvorschläge ausgewählt werden?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
<b>C15 Kurzpausen</b>	<b>Existiert eine betriebliche Vereinbarung zu Kurzpausen (z. B. pro Stunde</b> <b>5 Minuten)?</b>	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/>
Sofortmaßnahmen / Vermerk:			

### C) Ermittlung der Psychischen Belastung

Merkmals	Beschreibung	ja	nein
<b>SOZIALE BEDINGUNGEN</b>			
<b>C16 Soziale Unterstützung</b>	<b>Besteht die Möglichkeit, bei auftretenden arbeitsbedingten Problemen von anderen Personen unterstützt zu werden?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C17 Führungsstil</b>	<b>Ist der Führungsstil so gestaltet, dass die Beschäftigten gemeinsam mit Unterstützung von Vorgesetzten ihre Ziele erreichen können?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C18 Anerkennung</b>	<b>Existieren im Unternehmen regelmäßige Formen eines Belohnungssystems für überdurchschnittliche Leistungen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofortmaßnahmen / Vermerk:			

### D) Arbeitsumgebung

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

**Hat der/die Beschäftigte eine Idee zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....