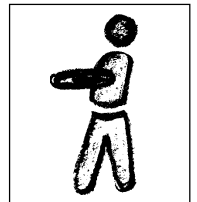


Arbeitsblatt

- * Hilfe für den Arbeitgeber
- * Information für alle



Stehkassenarbeitsplatz

Orientierendes Verfahren zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen

Betrieb:	Prüfer:
Arbeitsplatz/Tätigkeit:	Datum:

Sind Ausrüstungsgegenstände nicht vorhanden und Fragen daher nicht zutreffend, sollten beide Kästchen durchgestrichen werden:

ja nein

▶ Fragen zur Arbeitsorganisation

ja nein Quelle

Ist die Arbeitsorganisation in Ordnung?

- | | | | | | |
|--|---|--|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> bin nicht sicher
↓ | → | Liegt eine Gefährdungsbeurteilung nach ArbSchG vor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | § 5 ArbSchG |
| | → | Existieren Betriebsanweisungen für die Tätigkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 16 |
| | → | Ist das Kassenpersonal ausreichend unterwiesen worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 16 |
| | → | Ist der Bargeldbestand in der Kasse begrenzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 14 |

▶ Fragen zum Kassenbereich

Ist der Kassenbereich gegenüber den Verkehrs- und Kundenflächen abgegrenzt?

- | | | | | | |
|--|---|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> bin nicht sicher
↓ | → | Ist der Kassenbereich räumlich vom Verkaufsbereich abgegrenzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 2.4 |
| | → | Befindet sich der Kassenbereich in einem Randbereich des Raumes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 2.4 |
| | → | Ist hinter dem Kassenbereich noch Kundenverkehr? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 2.4 |

▶ Fragen zum Kassentisch

Sind mechanische Gefährdungen auszuschließen?

- | | | | | | |
|--|---|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> bin nicht sicher
↓ | → | Sind Vorrichtungen vorhanden, die die Gefahr des Einziehens in das Förderband verhindern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 2.7 |
| | → | Wurden scharfe Kanten vermieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 2.7 |
| | → | Wurden hervorstehende Bauteile vermieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 2.7 |
| | → | Ist das Kassenpersonal vor dem Anfahren/Anstoßen geschützt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 2.4 |

Sind elektrische Gefährdungen auszuschließen?

- | | | | | | |
|--|---|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> bin nicht sicher
↓ | → | Sind die Kabel sicher verlegt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 2.7 |
| | → | Sind Hauptschalter bzw. Netzstecker im Kassenbereich vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 2.7 |

Sind sonstige Gefährdungen auszuschließen?

- | | | | | | |
|--|---|---|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> bin nicht sicher
↓ | → | Werden die Arbeitsmittel regelmäßig gewartet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 16.2
Herstellerangaben |
|--|---|---|--------------------------|--------------------------|---|

► Fragen zur Arbeitsumgebung

ja nein Quelle

Ist die Arbeitsumgebung bereits als "gut gestaltet" eingeschätzt worden?

- | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | ↓ | <input type="checkbox"/> bin nicht sicher | → Ist das Personal keiner Zugluft ausgesetzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 15.1.1 |
| | | | → Ist es ausreichend warm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 15.1.2 |
| | | | → Ist der Arbeitsplatz ausreichend beleuchtet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 15.3 |
| | | | → Ist eine Blendung durch Lichtquellen oder Reflexionen auszuschließen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 2.7; 15.3 |
| | | | → Ist eine gute Sprachverständigung möglich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 15.2 |

► Fragen zum Arbeitsablauf

Kann ohne Behinderung im Arbeitsbereich gestanden werden?

- | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | ↓ | <input type="checkbox"/> bin nicht sicher | → Ist die Arbeitshöhe korrekt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 3 |
| | | | → Ist der notwendige Fußraum im gesamten Arbeitsbereich vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 5.1 |
| | | | → Wird der Arbeitsbereich nicht durch abgestellte Gegenstände eingeengt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 5.2; 5.3 |

Erfolgt die Warenhandhabung ohne Rumpfbewegung?

- | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | ↓ | <input type="checkbox"/> bin nicht sicher | → Liegt die Ware im Arbeitsbereich (Armreichweite)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 4 |
| | | | → Legt der Kunde die Ware in den Arbeitsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 4 |
| | | | → Nimmt der Kunde die Ware im Arbeitsbereich an? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 4; 7 |
| | | | → Ist die Arbeitshöhe ausreichend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 3 |

Erfolgt die Warenhandhabung ohne Heben der Ware?

- | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | ↓ | <input type="checkbox"/> bin nicht sicher | → Kann das Personal die Etiketten lesen, ohne die Ware anzuheben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 13.2 |
| | | | → Wird gescannt, ohne die Ware anzuheben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 8.1.4 |
| | | | → Registriert der Scanner die Ware beim einmaligen Vorbeiziehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 8.1.3 |
| | | | → Deckt der Handscanner den bevorzugten Arbeitsbereich ab? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 8.1.2 |

Erfolgt die Warenhandhabung ohne häufige Kopfbewegungen?

- | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | ↓ | <input type="checkbox"/> bin nicht sicher | → Liegen Ware und Arbeitsmittel im Blickfeld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anlage 1, Pkt. 5 |
| | | | → Sind die optischen Anzeigen im empfohlenen Bereich angeordnet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 12.1.1 |
| | | | → Sind die Anzeigen gut lesbar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 12.1.2 |

Erfolgt das Geldwechseln ohne Verdrehen des Oberkörpers?

- | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | ↓ | <input type="checkbox"/> bin nicht sicher | → Befindet sich die Geldaufbewahrungsvorrichtung in der Arbeitshöhe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 3; 10.1 |
| | | | → Kann zum Geldwechseln vor der Geldaufbewahrungsvorrichtung gestanden werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 2.2 |

Ist ein ungehinderter Zugang möglich?

- | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | ↓ | <input type="checkbox"/> bin nicht sicher | → Ist der Zugang ausreichend breit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 2.3 |
| | | | → Sind Stolperstellen im Zugangsbereich vermieden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 2.7 |

Stehen Sitzgelegenheiten zur Verfügung?

- | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | ↓ | <input type="checkbox"/> bin nicht sicher | → Stehen Sitzgelegenheiten im Arbeitsraum zur Verfügung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | § 25 ArbStättV, ASR 25/1 |
| | | | → Stehen Sitzgelegenheiten in einem abgetrennten Bereich zur Verfügung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 11 |
| | | | → Dürfen Sitzgelegenheiten bei Arbeitsunterbrechungen (Kurzpausen) genutzt werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | W ₄ Pkt. 11 |

Überprüfe, ob die vorgefundene Arbeitshaltung für die Tätigkeit geeignet ist!

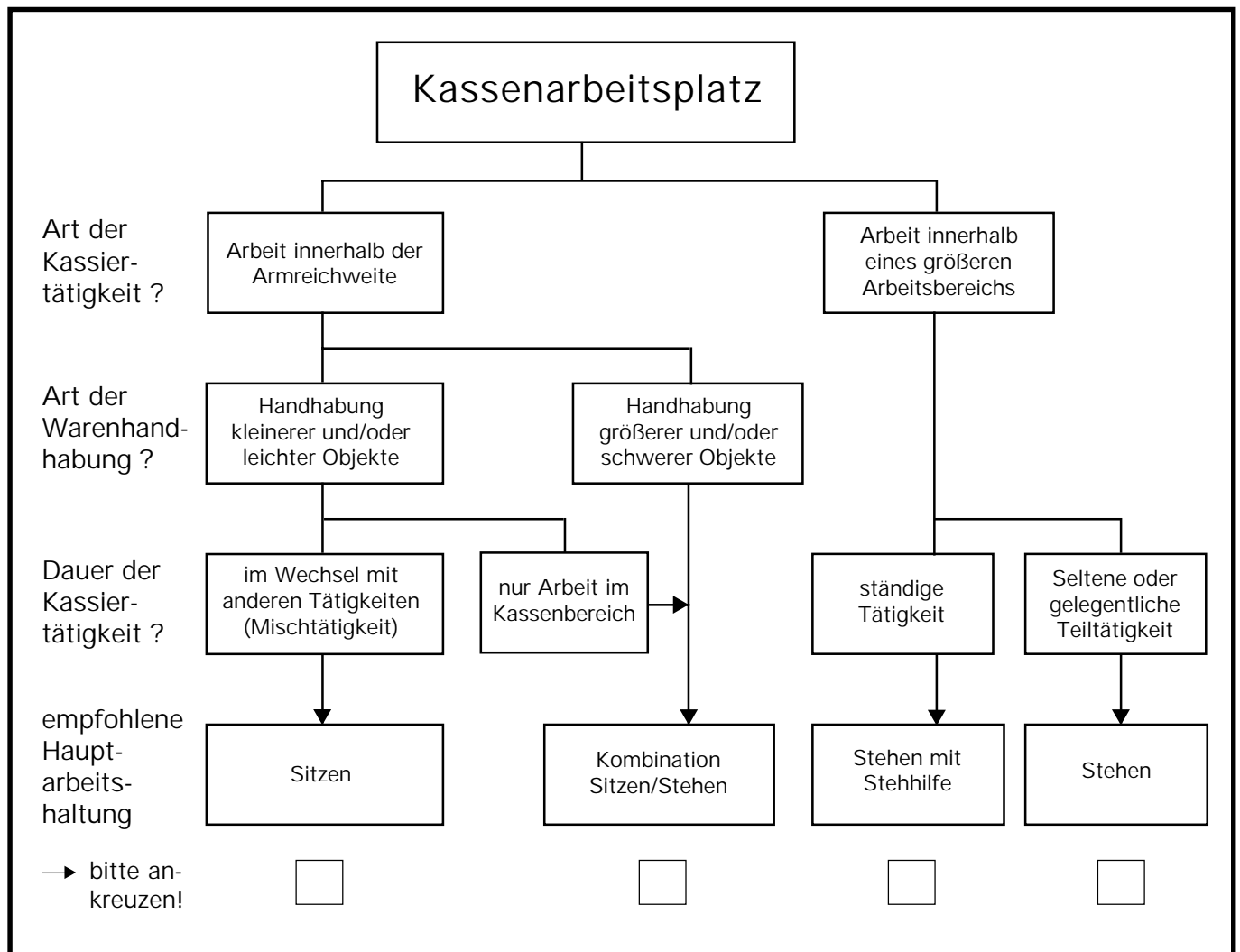


Abbildung 1: Analysemethode zur Bestimmung der empfohlenen Hauptarbeitshaltung nach DIN EN ISO 14738

► **Beurteilung**

Entspricht die angetroffene Arbeitshaltung der für die Tätigkeit empfohlenen?

- ja bin nicht sicher
- Folgende Arbeitshaltung ist anzustreben:
 - • Sitzen
 - • Sitzen / Stehen
 - • Stehen mit Stehhilfe
 - Maßnahmen sind erforderlich z. B. durch:
 - • Erweiterung des Aufgabengebietes
 - • Veränderung der zu verrichtenden Tätigkeit
 - • Umgestaltung des Arbeitsplatzes

► **Ende der Beurteilung**

Korrigiere die Defizite nach Blatt 1 und 2.

► Bemerkungen zur Kontrolle:

Datum:

Unterschrift:
