

Muskel-Skelettsystem/Ergonomie

Nr./Faktoren für arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren	Gefährdungen/ Beanspruchungen	Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung (gewählte Maßnahmen angeben)	Weitere Maßnahmen zur Verbesserung	Maßnahmenkontrolle
<p>1. Beanspruchungen des Muskel-Skelett-Systems in der Produktion</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Häufiges Heben und Tragen von Lasten › Heben und Tragen von Lasten > 50 kg auf der Schulter › Vorhandene technische Hilfsmittel werden nicht eingesetzt › Langes Stehen ohne Gelegenheit zum Sitzen › Dauerndes Sitzen ohne Gelegenheit zum zeitweiligen Stehen und Gehen › Stark gebeugt/gebückt/extreme Rumpfbeugehaltung › Über-Kopf-Arbeit › Zwangshaltung durch beengte Raumverhältnisse › Schieben und Ziehen von schweren Lasten › Weitere Gefährdungen/ Beanspruchungen 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transporthilfsmittel und Hubeinrichtungen einsetzen <input type="checkbox"/> Verringerung der Lastgewichte <input type="checkbox"/> Zusätzliche Personen zu Hilfe nehmen <input type="checkbox"/> Rückenschule <input type="checkbox"/> Unterweisung <input type="checkbox"/> Wechsel der Körperhaltung ermöglichen <input type="checkbox"/> Individuelle Anpassung der Arbeitshöhen <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ 	<p>Maßnahmen ausreichend:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Weitere Maßnahmen:</p> <hr/> <hr/> <p>Weitergehende Information:</p> <ul style="list-style-type: none"> › BGI 523 › G 46 bzw. BGI/GUV-I 504-46 	<p>Verantwortlich:</p> <hr/> <hr/> <p>Termin:</p> <hr/> <hr/> <p>Erledigung:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>2. Beanspruchungen des Muskel-Skelett-Systems im Büro</p>	<p>Belastungen durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> › Langes statisches Sitzen/ Stehen › Unergonomische Bedienung von Büromaschinen und -einrichtungen › Fehlende bzw. ungeeignete Aufstiege für höhere Regalfächer › Büromöbel sind nicht ergonomisch › Belastungen der Augen durch Mängel am Bildschirm (Blendung und Reflexion, falscher Kontrast, Flimmern sowie falscher Augenabstand und Blickwinkel des Auges, Negativdarstellung) › Statische Beanspruchung der Gelenke beim Schreiben › Weitere Gefährdungen/ Beanspruchungen 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wechselnde Sitz- und Stehhaltung <input type="checkbox"/> Einsatz ergonomisch gestalteter Büromöbel <input type="checkbox"/> Einsatz geeigneter Aufstiege <input type="checkbox"/> Ausgleichsübungen gegen Bewegungsarmut <input type="checkbox"/> Einsatz blend-, reflexions- und flimmerfreier Bildschirme <input type="checkbox"/> Anpassung des Kontrastes von Bildschirmen <input type="checkbox"/> Einsatz von Handauflagen für Tastaturen <input type="checkbox"/> Positivdarstellung der Bildschirmabbildung <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ 	<p>Maßnahmen ausreichend:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Weitere Maßnahmen:</p> <hr/> <hr/> <p>Weitergehende Information:</p> <ul style="list-style-type: none"> › ArbMedVV › G 37 bzw. BGI/GUV-I 504-37 › BGI 523 › BildscharbV 	<p>Verantwortlich:</p> <hr/> <hr/> <p>Termin:</p> <hr/> <hr/> <p>Erledigung:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

Nr./Faktoren für arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren	Gefährdungen/ Beanspruchungen	Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung (gewählte Maßnahmen angeben)	Weitere Maßnahmen zur Verbesserung	Maßnahmenkontrolle
<p>3. Arbeiten an Maschinen mit Werkzeugen</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Statisches Sitzen/Stehen › Statische Muskelbelastung (z. B. Bohren über Kopf) › Unergonomische Anordnung von Stellteilen und Anzeigegeräten › Fehlende Ablage- und Lagermöglichkeiten in unmittelbarer Nähe › Unergonomische Sitz- und Stehplätze › Unergonomische Gestaltung von Maschinen und Werkzeugen › Zu hohe/niedrige Auf- und Abstiege zu Maschinen › Hand-Arm-Vibrationen › Weitere Gefährdungen/ Beanspruchungen 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wechselnde Sitz- bzw. Stehhaltung <input type="checkbox"/> Ergonomische Anordnung von Anzeigegeräten und Stellteilen <input type="checkbox"/> Ablage- und Lagermöglichkeiten in Greifnähe <input type="checkbox"/> Schaffung geeigneter Aufstiege <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ 	<p>Maßnahmen ausreichend:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Weitere Maßnahmen:</p> <hr/> <hr/> <p>Weitergehende Information:</p> <ul style="list-style-type: none"> › BGI 523 › ArbMedVV › G 46 bzw. BGI/GUV-I 504-46 	<p>Verantwortlich:</p> <hr/> <hr/> <p>Termin:</p> <hr/> <hr/> <p>Erledigung:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>4. Arbeiten auf Fahrzeugen und Maschinen</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Fehlende oder ungeeignete Auf- und Abstiege › Fehlende oder unergonomische Haltegriffe › Ganzkörpervibrationen › Unergonomische Steh- und Sitzplätze › Unergonomische Anordnung von Stellteilen und Anzeigegeräten › Zu enge/kleine Fahrzeugkabinen › Weitere Gefährdungen/ Beanspruchungen 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Schaffung geeigneter Auf- und Abstiege <input type="checkbox"/> Anbringen ergonomischer Haltegriffe <input type="checkbox"/> Fahrzeuge mit schwingungsgedämpften Sitzen einsetzen <input type="checkbox"/> Ergonomische Anordnung von Stellteilen und Anzeigegeräten <input type="checkbox"/> Bei der Beschaffung von Maschinen ergonomische Aspekte berücksichtigen <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ 	<p>Maßnahmen ausreichend:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Weitere Maßnahmen:</p> <hr/> <hr/> <p>Weitergehende Information:</p> <ul style="list-style-type: none"> › BGI 523 › ArbMedVV › G 46 bzw. BGI/GUV-I 504-46 	<p>Verantwortlich:</p> <hr/> <hr/> <p>Termin:</p> <hr/> <hr/> <p>Erledigung:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>