



**Arbeitsplatzbeschreibung**

**zum Aktenzeichen**

**Bitte ausfüllen** →

**1. Wann wurde die Beschäftigung aufgenommen?**

**2. Wurde das Beschäftigungsverhältnis beendet?**

nein  ja am \_\_\_\_\_

**Falls nein:** Wird die Tätigkeit derzeit **tatsächlich** ausgeübt?

nein  ja

**3. Wurden Nachweise über eine Berufsausbildung vorgelegt?**

nein  ja am \_\_\_\_\_

**Falls ja:** Welche?

**DIE SOZIALGERICHTSBARKEIT IN HESSEN**

D-64293 Darmstadt, Steubenplatz 14

Telefon (06151) 804-02 · Telefax (06151) 804-199

E-Mail: [verwaltung@sg-darmstadt.justiz.hessen.de](mailto:verwaltung@sg-darmstadt.justiz.hessen.de) · [www.sg-darmstadt.justiz.hessen.de](http://www.sg-darmstadt.justiz.hessen.de)

**4. Welche Tätigkeit wird/wurde in welchem wöchentlichen Umfang ausgeübt?**

**5. Worin bestehen/bestanden die Tätigkeiten im Einzelnen?**

**6. Welche Ausbildung war für die Tätigkeit erforderlich?**

- a)  Eine mehr als zweijährige Berufsausbildung?
- b)  Eine Ausbildung zwischen mehr als einem Jahr und zwei Jahren ?
- c)  Eine Ausbildung zwischen drei Monaten und einem Jahr?
- d)  Eine weniger als drei Monate dauernde Anlern- und Einarbeitungszeit?

**7. Falls es sich um eine Tätigkeit nach Ziff. 6 a handelt(e), Ihr(e) Arbeitnehmer/in jedoch nicht die förmliche Berufsausbildung abgeschlossen hat/hatte:**

- a) Verfügt(e) er/sie über die theoretischen Kenntnisse und praktischen Fertigkeiten wie ein Angestellter mit abgeschlossener mehr als zweijähriger Berufsausbildung?  
 nein                       ja, im Ausbildungsberuf \_\_\_\_\_
- b) **Falls nein**, welche Teilkenntnisse und –fertigkeiten des Ausbildungsberufes sind/waren für die Tätigkeit ausreichend?

**8. Falls es sich um eine Tätigkeit nach Ziff. 6 b handelt(e):**

Ist/war hierfür eine Ausbildung in einem **anerkannten Anlernberuf** (Dauer bis zu 2 Jahren) erforderlich?

nein                       ja, im Anlernberuf \_\_\_\_\_

Die Einarbeitungszeit dauerte \_\_\_\_\_

Im Einzelnen wurden folgende Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt:

**Wenn nein:** Ist/war eine **innerbetriebliche Ausbildung** (Dauer bis zu 2 Jahren) erforderlich?

nein                       ja

**9. Falls es sich um eine Tätigkeit nach Ziff. 6 c handelt(e):**

Ist/war eine besondere betriebliche Einarbeitung erforderlich?

nein                       ja

Die Einarbeitungszeit dauerte \_\_\_\_\_

Im Einzelnen wurden folgende Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt:

**10. Hat/hatte Ihr(e) Arbeitnehmer/in einen Hochschul-, Fachhochschul- oder Fachschulabschluss oder eine abgeschlossene Meisterprüfung?**

nein                       ja

**Falls ja:** Welchen?

**11. Hat/hatte Ihr(e) Arbeitnehmer/in ausgebildete Fachkräfte zu beaufsichtigen und verantwortlich zu unterweisen?**

nein  ja

Falls ja: Wie viele? \_\_\_\_\_

**12. Hat/hatte Ihr(e) Arbeitnehmer/in angelernte oder angeleitete Hilfskräfte zu beaufsichtigen und verantwortlich zu unterweisen?**

nein  ja

Falls ja: Wie viele? \_\_\_\_\_

**13. Ist/war die Tätigkeit tarifvertraglich erfasst?**

nein  ja

Wenn ja: \_\_\_\_\_

**14. Wie ist/war die ausgeübte Tätigkeit tarifvertraglich eingestuft?**

Bitte Tarifvertrag und Lohngruppe angeben und – falls vorhanden – Auszug aus dem Tarifvertrag beifügen

**15. Entspricht/entsprach die Tätigkeit den Merkmalen der Tarifgruppe, nach der Ihr(e) Arbeitnehmer/in vergütet wurde?**

nein                       ja

**Wenn nein:** Wie wäre die Tätigkeit nach dem Tarifvertrag einzustufen (Bitte entsprechende Vergütungsgruppe angeben)?

Warum erfolgte ggf. eine übertarifliche Bezahlung?

Wurden Leistungszulagen, ggf. welche gezahlt?

**16. Falls Ihr Unternehmen nicht tarifvertraglich gebunden ist:**

Welches monatliche Bruttoentgelt erzielte der/die Arbeitnehmer/in zuletzt und aus welchen Komponenten setzte es sich zusammen?

**17. Ist während der Beschäftigung ein Nachlassen der Arbeitskraft aus gesundheitlichen Gründen bemerkt worden?**

- nein             ja

**Wenn ja:**

a) Seit wann?

b) In welcher Weise hat sich dies bemerkbar gemacht?

c) Wurden innerbetriebliche Maßnahmen (z.B. Umsetzung) getroffen?

- nein             ja

**Falls ja:** Ab welchem Zeitpunkt wurden welche Tätigkeiten verrichtet?

d) Ergaben sich Änderungen der tariflichen Eingruppierung?

- nein             ja

**Wenn ja:** Welche?

**Wenn nein:** Aus welchen Gründen wurde die seitherige Vergütung weitergezahlt – Etwa aufgrund tarifvertraglicher Regelung – ?

e) Wie ist die Tätigkeit ohne Berücksichtigung der Lohnsicherung tarifvertraglich einzustufen?

**18. Falls die Beschäftigung bereits beendet wurde:**

Wurde die Arbeit aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben?

- nein             ja

**Wenn nein:** Aus welchen anderen Gründen?

**19. Welche Leistungsanforderungen waren an die Tätigkeit zu stellen?**

Folgende Arbeiten mussten verrichtet werden

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> im Freien                              | <input type="checkbox"/> Tagesschicht      |
| <input type="checkbox"/> in Werkhallen, in geschlossenen Räumen | <input type="checkbox"/> Früh-/Spätschicht |
| <input type="checkbox"/> in temperierten Räumen                 | <input type="checkbox"/> Nachtschicht      |

**Arbeitsschwere**

**ständig**

- leichte Arbeit
- mittelschwere Arbeit
- schwere Arbeit

**überwiegend**

- leichte Arbeit
- mittelschwere Arbeit
- schwere Arbeit

**zeitweise**

- leichte Arbeit
- mittelschwere Arbeit
- schwere Arbeit

**Arbeitshaltung**

**ständig**

- Sitzen
- Stehen
- Gehen

**überwiegend**

- Sitzen
- Stehen
- Gehen

**zeitweise**

- Sitzen
- Stehen
- Gehen

**Besondere Belastung** (bitte erläutern Sie dies ggf. nachstehend)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zeitdruck (zum Beispiel Akkord, Fließband) | <input type="checkbox"/> Lärm   |
| <input type="checkbox"/> Nässe, Kälte Zugluft,                      | <input type="checkbox"/> Arbeiten unter erhöhter Verletzungsgefahr (zum Beispiel mit Absturzgefahr, mit Starkstrom, an laufenden Maschinen) |
| <input type="checkbox"/> Hitzearbeiten                              | Temperaturschwankungen  |
| <input type="checkbox"/> Staub, Rauch, Gase, Dämpfe                 | <input type="checkbox"/> Häufiges Bücken  |
| <input type="checkbox"/> Schmutzarbeiten, hautbelastende Stoffe     | <input type="checkbox"/> Zwangshaltungen (zum Beispiel Überkopfarbeit, Knie- und Armvorhalte)   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges und Erläuterungen                | <input type="checkbox"/> Heben und Tragen bis zu .....kg  |



Firmenstempel



Datum, Unterschrift