



DEUTSCHER
UNTERNEHMENSPREIS
GESUNDHEIT

ENTWURF

**Best Practice
Fragebogen 2011**



Angaben zum Unternehmen / zur Organisation

Unternehmen / Organisation:

Anschrift:

Ansprechpartner:
(Name, Funktion, Kontaktdaten)

Sektor/Branche incl. Nace-Schlüssel:

Anzahl der Beschäftigten:

Durchschnittsalter der Belegschaft:

Seit wann existieren in Ihrem Unternehmen systematische Aktivitäten zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement?

Wie hoch ist Ihr Budget für Gesundheitsaktivitäten pro Mitarbeiter/in?

Kooperieren Sie bei Maßnahmen zur BGM mit einer Krankenkasse?

Ja Nein

Welche Auszeichnungen / Zertifikate hat Ihr Unternehmen/Ihre Organisation bereits erhalten?

Die Themenfelder

- A Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Unternehmenspolitik [↗](#)
- B Ernährung und Bewegung [↗](#)
- C Psychische Gesundheit [↗](#)
- D Demografie - Fit in die Zukunft [↗](#)
- E Familienorientiertes Unternehmen [↗](#)
- Und zum guten Schluss ... [↗](#)

Bei dem Symbol „[↗](#)“ handelt es sich um eine Verlinkung. Halten Sie die **strg**-Taste gedrückt und gehen Sie mit der **Maus** auf den gewünschten Pfeil. Sie gelangen darüber direkt zum entsprechenden Inhalt.

Für welchen Sonderpreis bewerben Sie sich?

(Mehrere Antworten sind möglich.)

- Psychische Gesundheit [↗](#)
- Demografie - Fit in die Zukunft [↗](#)
- Familienorientiertes Unternehmen [↗](#)

Die Bewerbung für den Sonderpreis „Demografie - Fit in die Zukunft“ & „Familienorientiertes Unternehmen“ setzt eine Beantwortung der Fragen A-C voraus.

A Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Unternehmenspolitik

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst kurz und prägnant, sofern sie diese mit „Ja“ angekreuzt haben. Geben Sie Ihre Antworten in die dafür vorgesehenen Formularfelder ein. Belegen Sie Ihre Beschreibung, sofern möglich, anhand von Dokumenten. Haben Sie entsprechende Dokumente beigefügt, dann vergessen Sie bitte nicht Dok. anzukreuzen.

1.1	Ist Gesundheit (Wohlbefinden am Arbeitsplatz, Förderung eines gesunden Lebensstils/Verhaltens, Arbeits- und Gesundheitsschutz usw.) Bestandteil Ihres Unternehmensleitbildes und/oder der schriftlich niedergelegten Unternehmensphilosophie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Dok. <input type="checkbox"/>
------------	---	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Ihre Antwort:

1.2	Gibt es in Ihrer Organisation Vereinbarungen oder Konzepte zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Dok. <input type="checkbox"/>
------------	---	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Ihre Antwort:

1.3	Wenn ja <ul style="list-style-type: none"> ▪ sind diese schriftlich fixiert (z.B. in Form von Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen)? ▪ sind diese in eine Gesamtkonzeption eingebunden? 	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Dok. <input type="checkbox"/>
------------	--	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Ihre Antwort:

1.4	Verfügt Ihre Organisation über eine Person oder eine Fachstelle für Betriebliches Gesundheitsmanagement, die im Organisationsstellenplan/Organigramm abgebildet wird?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Dok. <input type="checkbox"/>
------------	---	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Ihre Antwort:

1.5	Existiert in Ihrer Organisation eine Steuerungsgruppe für Betriebliches Gesundheitsmanagement, in der alle gesundheitsrelevanten Stellen vertreten sind (z.B. Arbeitskreis Gesundheit)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Dok. <input type="checkbox"/>
------------	---	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Ihre Antwort:

1.6	Ist Betriebliches Gesundheitsmanagement Bestandteil von Führungsleitlinien bzw. finden auf der Führungsebene regelmäßig Zielvereinbarungsprozesse hierzu statt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Dok. <input type="checkbox"/>
------------	---	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Ihre Antwort:

1.7	Haben die Beschäftigten Gelegenheit, sich an der Lösung gesundheitlicher Probleme am Arbeitsplatz direkt zu beteiligen, bzw. bei gesundheitsrelevanten strategischen Entscheidungen mitzuwirken (z.B. im Arbeitskreis Gesundheit, in Gesundheitszirkeln, Betriebliches Vorschlagswesen, Mitarbeiterbefragungen, -gespräche)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Dok. <input type="checkbox"/>
------------	--	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Ihre Antwort:

1.8	Existiert in Ihrer Organisation ein Berichtssystem für gesundheitsbezogene Maßnahmen, bei dem die oberste Leitung einbezogen ist (z.B. Gesundheitsbericht, Fehlzeitenanalyse)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Dok. <input type="checkbox"/>
------------	--	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Ihre Antwort:

1.9	Gibt es ausreichend finanzielle und/oder materielle Mittel zur Entwicklung von BGM-Angebote und Maßnahmen (z.B. Budget, Infrastruktur)?	Ja	Nein	Dok.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Antwort:

1.10	Gibt es eine systematische interne Kommunikation bzw. Öffentlichkeitsarbeit zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (z.B. Kommunikationskonzept, Intranet, Flyer, Aushänge)?	Ja	Nein	Dok.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Antwort:

1.11	Ist Betriebliches Gesundheitsmanagement Bestandteil der Aus- und Weiterbildung (z.B. Stärkung der Eigenverantwortung, Teamführung, Wertschätzung)?	Ja	Nein	Dok.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Antwort:

1.12	Überprüfen und Optimieren Sie regelmäßig Ihre Aktivitäten im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, z.B. das Unternehmensleitbild, die Konzepte und Vereinbarungen, die Organisationsstrukturen und -prozesse, die Partizipationsmöglichkeiten sowie den Einsatz der der eingesetzten Ressourcen?	Ja	Nein	Dok.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Antwort:

B1 Ernährung und Bewegung – Organisation & Strukturen

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst kurz und prägnant, sofern sie diese mit „Ja“ angekreuzt haben. Geben Sie Ihre Antworten in die dafür vorgesehenen Formularfelder ein. Belegen Sie Ihre Beschreibung, sofern möglich, anhand von Dokumenten. Haben Sie entsprechende Dokumente beigefügt, dann vergessen Sie bitte nicht Dok. anzukreuzen.

1.1 Wird das Thema Ernährung und Bewegung in einer eigenen Arbeitsgruppe bearbeitet? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

1.2 Wenn nein Ja Nein Dok.
- werden diese Themenfelder in einer anderen Arbeitsgruppe behandelt?

Ihre Antwort:

1.3 Sind die Beschäftigten in dieser Arbeitsgruppe vertreten? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

1.4 Gibt es eine(n) Verantwortliche(n), der/die die Maßnahmen plant und koordiniert? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

1.5 Gewährleistet dieser/diese Verantwortliche den regelmäßigen Austausch mit der obersten Leitung bzw. den anderen gesundheitsrelevanten Stellen? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

1.6 Besitzt der/die Koordinator/in eine geeignete Qualifikation, um sich mit dem Thema Ernährung und Bewegung zu beschäftigen? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

B2 Ernährung und Bewegung – Strategie & Umsetzung

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst kurz und prägnant, sofern sie diese mit „Ja“ angekreuzt haben. Geben Sie Ihre Antworten in die dafür vorgesehenen Formularfelder ein. Belegen Sie Ihre Beschreibung, sofern möglich, anhand von Dokumenten. Haben Sie entsprechende Dokumente beigelegt, dann vergessen Sie bitte nicht Dok. anzukreuzen.

2.1 Führen Sie regelmäßig (sub-/objektive) Analysen zur Ernährung und Bewegung durch (z.B. Kantinen-Check, Rücken-Check etc.)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.2 Sind Fragen der Ergonomie bzw. der körperlichen Arbeit und Bewegungsabläufe Bestandteil Ihrer Gefährdungsanalyse? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.3 Werden Angebote und Maßnahmen zur gesunden Ernährung und Bewegung während der Arbeitszeit angeboten (z.B. Ernährungsberatung, Therapie, Anreize, Arbeitsplatzprogramme, Bewegungspausen, Rückenschulen)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.4 Gibt es Angebote und Maßnahmen zur gesunden Ernährung und Bewegung vor oder nach der Arbeitszeit (z.B. Beratung, Therapie, Anreize, Kochkurse, Jogging, Fußball, Fitness-Studio)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.5 Steht den Beschäftigten ein leicht zugänglicher und sauberer Essbereich (unter Berücksichtigung der Nahrungsmittelsicherheit) zur Verfügung? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.6 Bietet Ihre Organisation vor allem gesunde Speisen und Getränke an? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.7 Wird die Auswahl gesunder Speisen und Getränke betrieblich unterstützt (z.B. durch niedrige Preise, kostenlose Proben)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.8 Unterstützt Ihre Organisation das zu Fuß gehen/Radfahren auf dem Arbeitsweg (z.B. durch finanzielle Anreize)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.9 Haben die Beschäftigten Zugang zu betriebseigenen oder kooperierenden Sporteinrichtungen? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

B3 Ernährung und Bewegung – Evaluation & Ergebnisse

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst kurz und prägnant, sofern sie diese mit „Ja“ angekreuzt haben. Geben Sie Ihre Antworten in die dafür vorgesehenen Formularfelder ein. Belegen Sie Ihre Beschreibung, sofern möglich, anhand von Dokumenten. Haben Sie entsprechende Dokumente beigefügt, dann vergessen Sie bitte nicht Dok. anzukreuzen.

3.1 Legt Ihre Organisation für Maßnahmen der Ernährung und Bewegung bewertbare Ziele und Zielgruppen fest? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

3.2 Werden die Angebote und Maßnahmen regelmäßig evaluiert (Mitarbeiter-/Teilnehmer-Befragung, Beteiligungsquote, Kosten-Nutzen-Bilanz, Effektivität/Effizienz) und werden die Ergebnisse dokumentiert? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

3.3 Werden die Gesundheitsförderungsprogramme zur Ernährung und Bewegung auf der Basis der Evaluationsergebnisse kontinuierlich angepasst? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

3.4 Welche Ergebnisse haben Sie durch Ihre Maßnahmen zur Ernährung und Bewegung bisher erzielt?

Ihre Antwort:

C1 Psychische Gesundheit – Organisation & Strukturen

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst kurz und prägnant, sofern sie diese mit „Ja“ angekreuzt haben. Geben Sie Ihre Antworten in die dafür vorgesehenen Formularfelder ein. Belegen Sie Ihre Beschreibung, sofern möglich, anhand von Dokumenten. Haben Sie entsprechende Dokumente beigefügt, dann vergessen Sie bitte nicht Dok. anzukreuzen.

1.1 Wird das Thema psychische Gesundheit in einer Arbeitsgruppe bearbeitet? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

1.2 Wenn nein Ja Nein Dok.
- werden diese Themenfelder in einer anderen Arbeitsgruppe behandelt?

Ihre Antwort:

1.3 Sind die Beschäftigten in dieser Arbeitsgruppe vertreten? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

1.4 Gibt es eine(n) Verantwortliche(n) zur psychischen Gesundheit bzw. zum Stressmanagement, der/die die Maßnahmen plant und koordiniert? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

1.5 Gewährleistet dieser/diese Verantwortliche den regelmäßigen Austausch mit der obersten Leitung bzw. den anderen gesundheitsrelevanten Stellen? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

1.6 Besitzt der/die Koordinator/in eine geeignete Qualifikation, um sich mit dem Thema psychische Gesundheit bzw. Stress zu beschäftigen? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

C2 Psychische Gesundheit – Strategie & Umsetzung

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst kurz und prägnant, sofern sie diese mit „Ja“ angekreuzt haben. Geben Sie Ihre Antworten in die dafür vorgesehenen Formularfelder ein. Belegen Sie Ihre Beschreibung, sofern möglich, anhand von Dokumenten. Haben Sie entsprechende Dokumente beigefügt, dann vergessen Sie bitte nicht Dok. anzukreuzen.

2.1 Führen Sie regelmäßig (sub-/objektive) Analysen zur psychischen Gesundheit bzw. zum Stress durch (z.B. Fehlzeitenanalysen, Gesundheitsbericht, Mitarbeiterbefragung)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.2 Ist psychische Gesundheit und Stress Bestandteil Ihrer Gefährdungsanalyse? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.3 Gibt es ein System, mit dem Sie bei den Mitarbeitern frühzeitig Zeichen von Stress erkennen können (z.B. Screening, medizinischen Check-ups, Mitarbeiterbefragungen oder -gespräche)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.4 Werden Maßnahmen ergriffen zur Vermeidung von Überforderung (z.B. Verringerung des Zeit- und Termindrucks, der Arbeitsmenge)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.5 Werden Maßnahmen ergriffen, um den Handlungsspielraum zu vergrößern (z.B. flexible Arbeitszeit, flexible Pausenregelung)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.6 Werden Maßnahmen ergriffen, um Arbeit inhaltlich anzureichern (z.B. Arbeitsplatzrotation, durch Integration verschiedener Tätigkeiten, freie Arbeitseinteilung)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.7 Gibt es internes Entwicklungskonzept, das die internen Karrieremöglichkeiten regelt (z.B. Vergütung, Aufstiegsmöglichkeiten, persönliche Anerkennung)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.8 Werden Maßnahmen ergriffen, zur Förderung einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre (z.B. Teambildungsmaßnahmen, Supervision)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.9 Fördert Ihre Organisation die soziale Unterstützung zwischen den Mitarbeitern sowie Ja Nein Dok.

zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten (z.B. Feedback, Supervision neuer Mitarbeiter, Angebot der Unterstützung während eines Wechsels)?

Ihre Antwort:

2.10 Werden Führungskräfte für eine gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung ausreichend qualifiziert (z.B. guter Führungsstil, Präventivmaßnahmen bei psychischen Problemen)?

Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.11 Haben die Beschäftigten die Möglichkeit an Entscheidungsgesprächen, Teamsitzungen teilzunehmen?

Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.12 Bietet Ihre Organisation individuelle Beratung (intern oder extern) für Mitarbeiter mit psychischen Problemen an?

Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.13 Informiert Ihre Organisation die Belegschaft über Institutionen, die bei psychischen Problemen Hilfestellung bieten?

Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.14 Wird in Ihrer Organisation ein fürsorglicher Umgang mit psychisch kranken Mitarbeitern gepflegt (z.B. Kontaktpflege und Unterstützung während der Arbeitsunfähigkeit)?

Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.15 Gibt es in Ihrer Organisation ein Unterstützungssystem für eine längerfristige Betreuung von Mitarbeitern mit psychischen Problemen?

Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2.16 Gibt es in Ihrer Organisation ein Wiedereingliederungskonzept für psychisch kranke Mitarbeiter?

Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

C3 Psychische Gesundheit – Evaluation & Ergebnisse

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst kurz und prägnant, sofern sie diese mit „Ja“ angekreuzt haben. Geben Sie Ihre Antworten in die dafür vorgesehenen Formularfelder ein. Belegen Sie Ihre Beschreibung, sofern möglich, anhand von Dokumenten. Haben Sie entsprechende Dokumente beigefügt, dann vergessen Sie bitte nicht Dok. anzukreuzen.

3.1 Legt Ihre Organisation für Maßnahmen der psychischen Gesundheit bewertbare Ziele und Zielgruppen fest? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

3.2 Werden die Angebote und Maßnahmen zur psychischen Gesundheit und Stress regelmäßig evaluiert (Mitarbeiter-/Teilnehmer-Befragung, Beteiligungsquote, Kosten-Nutzen-Bilanz)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

3.3 Werden die Angebote und Maßnahmen regelmäßig evaluiert (Mitarbeiter-/Teilnehmer-Befragung, Beteiligungsquote, Kosten-Nutzen-Bilanz, Effektivität/Effizienz) und werden die Ergebnisse dokumentiert? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

3.4 Welche Ergebnisse haben Sie durch Ihre Maßnahmen zur psychischen Gesundheit bisher erzielt?

Ihre Antwort:

D Demografie - Fit in die Zukunft

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst kurz und prägnant, sofern sie diese mit „Ja“ angekreuzt haben. Geben Sie Ihre Antworten in die dafür vorgesehenen Formularfelder ein. Belegen Sie Ihre Beschreibung, sofern möglich, anhand von Dokumenten. Haben Sie entsprechende Dokumente beigefügt, dann vergessen Sie bitte nicht Dok. anzukreuzen.

1. Gibt es in Ihrer Organisation Vereinbarungen oder Konzepte zum Demografischen Wandel? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2. Führen Sie regelmäßig (sub-/objektiv) Analysen zur Altersstruktur der Beschäftigten durch? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

3. Gibt es eine(n) Verantwortliche(n) zum demografischen Wandel, der/die die Maßnahmen plant und koordiniert und gewährleistet dieser den Austausch mit der obersten Leitung sowie den anderen gesundheitsrelevanten Stellen (z.B. Demografieberater)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

4. Bietet Ihr Unternehmen/Ihre Organisation gesundheitliche Vorsorgeuntersuchungen für verschiedene Altersgruppen? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

5. Gibt es in Ihrer Organisation altersspezifische Angebote und Maßnahmen (außer-/innerhalb der Arbeitszeit) der Betrieblichen Gesundheitsförderung? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

6. Bieten Sie für ältere Beschäftigte variable Arbeitszeitmodelle und Pausenregelungen an (z.B. Arbeitszeitkonten, Altersteilzeit, Jobsharing)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

7. Werden Fort- und Weiterbildungsangebote auf Ihre Eignung für alle Altersgruppen geprüft? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

8. Gibt es in Ihrem Unternehmen systematische Prozesse, um Berufserfahrung, Fach- und verdecktes Wissen an jüngere Beschäftigte weiterzugeben (z.B. Tandem-Modell)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

9. Welche Ergebnisse haben Sie durch Ihre Maßnahmen zum demografischen Wandel bisher erzielt?

Ihre Antwort:

E Familienorientiertes Unternehmen

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen möglichst kurz und prägnant, sofern sie diese mit „Ja“ angekreuzt haben. Geben Sie Ihre Antworten in die dafür vorgesehenen Formularfelder ein. Belegen Sie Ihre Beschreibung, sofern möglich, anhand von Dokumenten. Haben Sie entsprechende Dokumente beigelegt, dann vergessen Sie bitte nicht Dok. anzukreuzen.

1. Gibt es in Ihrer Organisation Vereinbarungen oder Konzepte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

2. Existieren in Ihrem Unternehmen familienfreundliche Arbeitszeiten (z.B. Gleit- und Teilzeit, lebensphasenorientierte Arbeitszeit, flexible Abwesenheitsregelungen)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

3. Bieten Sie Ihren Beschäftigten flexible Arbeitsformen bzw. -orte an (z.B. Telearbeit, Arbeit von zu Hause)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

4. Unterstützen Sie eine geeignete Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen (z.B. Beratung und Vermittlung von Betreuungsplätzen, Servicestellen für Familien, Eldercare, Bereitstellung eigener Angebote etc.)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

5. Pflegt Ihre Organisation den Kontakt zu Mitarbeitern in der Elternzeit (z.B. Kontakthalte- und Wiedereinstiegsprogramm etc.)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

6. Gibt es zusätzliche Angebote für Ihre Mitarbeiter (z.B. Familienfeste, haushaltseigene Dienstleistungen, Ferienfreizeiten)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

7. Werden Fort- und Weiterbildungsangebote auch für Beschäftigte in der Elternzeit angeboten (z.B. Weiterbildung mit Kinderbetreuung)? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

8. Werden Gespräche geführt mit Eltern vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz? Ja Nein Dok.

Ihre Antwort:

9. Welche Ergebnisse haben Sie durch Ihre Maßnahmen für ein familienorientiertes Unternehmen bisher erzielt?

Ihre Antwort:

Und zum guten Schluss ...

Nachdem Sie nun alle Fragen beantwortet haben, möchten wir zum guten Schluss noch von Ihnen erfahren:

Was ist das Besondere an Ihren Aktivitäten zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement?

Ihre Antwort:

Was planen Sie im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für die Zukunft?

Ihre Antwort:

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!