



# Best Practice Fragebogen 2010

Muster



## 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?

Mit welcher/n Krankenkasse(n) kooperieren Sie bei Maßnahmen zur BGM?

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


**Für welche Themenbereiche bewerben Sie sich?**  
(Mehrere Antworten sind möglich.)

Themen	<input checked="" type="checkbox"/>
Gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>
Körperliche Bewegung/Aktive Lebensweise	<input type="checkbox"/>
Psychische Gesundheit/Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>
<b>Zusatzthemen für die Sonderpreise</b>	<input type="checkbox"/>
Demografie - Fit in die Zukunft	<input type="checkbox"/>
Familienorientiertes Familienunternehmen	<input type="checkbox"/>

## A) Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Unternehmenspolitik

1.	Allgemeine Grundlagen	Ja	Nein	Dok.
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Gibt es in Ihrer Organisation Vereinbarungen oder Konzepte zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Wenn ja - sind diese schriftlich fixiert (z. B. in Form von Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- sind diese eingebunden in eine Gesamtkonzeption?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Verfügt Ihre Organisation über eine Person oder eine Fachstelle für Betriebliches Gesundheitsmanagement, die im Organisationsstellenplan abgebildet wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Existiert in Ihrer Organisation eine Steuerungsgruppe für Betriebliches Gesundheitsmanagement, in der alle gesundheitsrelevanten Stellen vertreten sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Haben die Beschäftigten Gelegenheit, sich an der Lösung gesundheitlicher Probleme am Arbeitsplatz direkt zu beteiligen (z. B. in Gesundheitszirkeln, Betriebliches Vorschlagswesen, Mitarbeiterbefragungen, -gespräche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	Existiert in Ihrer Organisation ein Berichtssystem für gesundheitsbezogene Maßnahmen, bei dem die oberste Leitung einbezogen ist (z. B. Gesundheitsbericht, Fehlzeitenanalyse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	Gibt es ausreichend finanzielle und/oder materielle Mittel zur Entwicklung von BGM-Maßnahmen und Angeboten (z. B. Budget, Infrastruktur)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9	Gibt es eine systematische interne Kommunikation bzw. Öffentlichkeitsarbeit zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (z. B. Intranet, Flyer, Aushänge)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10	Ist Betriebliches Gesundheitsmanagement Bestandteil der Aus- und Weiterbildung für Führungskräfte (z. B. Teamführung, Stärkung der Eigenverantwortung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A) Unternehmenspolitik & Unternehmenskultur

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

1.1

1.2

1.3

1.4

1.5

1.6

1.7

1.8

1.9

1.10

MUSTER

## B) Gesunde Ernährung

1. Organisation & Strukturen	Ja	Nein	Dok.
1.1 Wird das Thema gesunde Ernährung in einer eigenen Arbeitsgruppe bearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Wenn nein - wird das Thema gesunde Ernährung in einer anderen Arbeitsgruppe behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Sind die Beschäftigten in dieser Arbeitsgruppe vertreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Gibt es eine(n) Verantwortliche(n) zur gesunden Ernährung, der/die die Maßnahmen plant und koordiniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Besitzt der/die Koordinator/in eine geeignete Qualifikation, um sich mit dem Thema gesunde Ernährung zu beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

1.1

1.2

1.3

1.4

1.5

## B) Gesunde Ernährung

2.	Strategie & Umsetzung	Ja	Nein	Dok.
2.1	Führen Sie regelmäßig Analysen zur gesunden Ernährung durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Gibt es in Ihrer Organisation Maßnahmen und Angebote zur gesunden Ernährung (z. B. Beratung, Therapie, Anreize)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Steht den Beschäftigten ein leicht zugänglicher und sauberer Essbereich (unter Berücksichtigung der Nahrungsmittelsicherheit) zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Bietet Ihre Organisation vor allem gesunde Speisen und Getränke an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Wird die Auswahl gesunder Speisen und Getränke betrieblich unterstützt (z. B. durch niedrige Preise, kostenlose Proben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

2.1

2.2

2.3

2.4

2.5

## B) Gesunde Ernährung

3.	Evaluation & Ergebnisse	Ja	Nein	Dok.
3.1	Legt Ihre Organisation für Maßnahmen der gesunden Ernährung bewertbare Ziele und Zielgruppen fest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Werden die Maßnahmen und Angebote zur gesunden Ernährung regelmäßig evaluiert (Mitarbeiter-/Teilnehmer-Befragung, Beteiligungsquote, Kosten-Nutzen-Bilanz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Werden die Gesundheitsförderungsprogramme zur gesunden Ernährung auf der Basis der Evaluationsergebnisse kontinuierlich angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie, wie, wann und durch wen die Maßnahmen zur gesunden Ernährung evaluiert werden.

3.1

3.2

3.3

## C) Körperliche Bewegung

1. Organisation & Strukturen	Ja	Nein	Dok.
1.1 Wird das Thema körperliche Bewegung in einer eigenen Arbeitsgruppe bearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Wenn nein: - wird das Thema körperliche Bewegung in einer anderen Arbeitsgruppe behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Sind die Beschäftigten in dieser Arbeitsgruppe vertreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Gibt es eine(n) Verantwortliche(n) zur körperlichen Bewegung, der/die die Maßnahmen plant und koordiniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Besitzt der/die Koordinator/in eine geeignete Qualifikation, um sich mit dem Thema körperliche Bewegung zu beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten

1.1

1.2

1.3

1.4

1.5

## C) Körperliche Bewegung

2.	Strategie & Umsetzung	Ja	Nein	Dok.
2.1	Führen Sie regelmäßig Analysen zur körperlichen Bewegung durch (z. B. Rücken-Check)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Sind Fragen der Ergonomie bzw. der körperlichen Arbeit und Bewegungsabläufe Bestandteil Ihrer Gefährdungsanalyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Gibt es in Ihrer Organisation Maßnahmen und Angebote zur körperlichen Bewegung (z. B. Beratung, Therapie, Anreize)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Werden Maßnahmen und Angebote zur körperlichen Bewegung/aktiven Lebensweise <u>während der Arbeitszeit</u> angeboten (z. B. Arbeitsplatzprogramme, Bewegungspausen, Rückenschulen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Gibt es Maßnahmen und Angebote zur körperlichen Bewegung/aktiven Lebensweise <u>vor oder nach der Arbeitszeit</u> (z. B. Rückenschule, Jogging, Fußball, Fitness-Studio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Unterstützt Ihre Organisation das zu Fuß gehen/Radfahren auf dem Arbeitsweg (z. B. durch finanzielle Anreize)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Haben die Beschäftigten Zugang zu betriebseigenen oder kooperierenden Sporteinrichtungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## C) Körperliche Bewegung

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

2.1

2.2

2.3

2.4

2.5

2.6

2.7

MUSTER

## C) Körperliche Bewegung

3.	Evaluation & Ergebnisse	Ja	Nein	Dok.
3.1	Legt Ihre Organisation für Maßnahmen der körperlichen Bewegung bewertbare Ziele und Zielgruppen fest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Werden die Maßnahmen und Angebote zur körperlichen Bewegung regelmäßig evaluiert (Mitarbeiter-/Teilnehmer-Befragung, Beteiligungsquote, Kosten-Nutzen-Bilanz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Werden die Gesundheitsförderungsprogramme zur körperlichen Bewegung auf der Basis der Evaluationsergebnisse kontinuierlich angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie, wie, wann und durch wen die Maßnahmen zur körperlichen Bewegung evaluiert werden.

3.1

3.2

3.3

## D) Psychische Gesundheit

1. Organisation & Strukturen	Ja	Nein	Dok.
1.1 Wird das Thema psychische Gesundheit in einer Arbeitsgruppe bearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Sind die Beschäftigten in dieser Arbeitsgruppe vertreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Gibt es eine(n) Verantwortliche(n) zur psychischen Gesundheit bzw. zum Stressmanagement, der/die die Maßnahmen plant und koordiniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Besitzt der/die Koordinator/in eine geeignete Qualifikation, um sich mit dem Thema psychische Gesundheit bzw. Stress zu beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

1.1

1.2

1.3

1.4

## D) Psychische Gesundheit

2.	Strategie & Umsetzung	Ja	Nein	Dok.
2.1	Führen Sie regelmäßig Analysen zur psychischen Gesundheit bzw. zum Stress durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Ist psychische Gesundheit und Stress Bestandteil Ihrer Gefährdungsanalyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Analysieren Sie Ihre Fehlzeiten auch im Hinblick auf Psychische Gesundheit und Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Werden Maßnahmen ergriffen zur Vermeidung von Überforderung (z. B. Verringerung des Zeit- und Termindrucks, der Arbeitsmenge)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Werden Maßnahmen ergriffen, um den Handlungsspielraums zu vergrößern (z. B. flexible Arbeitszeit, flexible Pausenregelung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	Werden Maßnahmen ergriffen, um Arbeit inhaltlich anzureichern (z. B. Arbeitsplatzrotation, durch Integration verschiedener Tätigkeiten, freie Arbeitseinteilung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	Werden Maßnahmen ergriffen, um Arbeitsleistung und Belohnung in ein angemessenes Verhältnis zu bringen (z. B. Vergütung, Aufstiegsmöglichkeiten, persönliche Anerkennung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	Werden Maßnahmen ergriffen, zur Förderung einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre (z. B. Teambildungsmaßnahmen, Supervision)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	Fördert Ihre Organisation die soziale Unterstützung zwischen den Mitarbeitern sowie zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten (z. B. Feedback, Supervision neuer Mitarbeiter, Angebot der Unterstützung während eines Wechsels)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11	Haben die Beschäftigten die Möglichkeit an Entscheidungsgesprächen, Teamsitzungen teilzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12	Werden Führungskräfte für eine gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung ausreichend qualifiziert (z. B. guter Führungsstil, Präventivmaßnahmen bei psychischen Problemen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.13	Bietet Ihre Organisation individuelle Beratung (intern oder extern) für Mitarbeiter mit psychischen Problemen an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.14	Informiert Ihre Organisation die Belegschaft über Institutionen, die bei psychischen Problemen Hilfestellung bieten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D) Psychische Gesundheit

2.	Strategie & Umsetzung	Ja	Nein	Dok.
2.15	Wird in Ihrer Organisation ein fürsorglicher Umgang mit psychisch kranken Mitarbeitern gepflegt (z. B. Kontaktpflege und Unterstützung während der Arbeitsunfähigkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.16	Gibt es in Ihrer Organisation ein Unterstützungssystem für eine längerfristige Betreuung von Mitarbeitern mit psychischen Problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.17	Gibt es in Ihrer Organisation ein Wiedereingliederungskonzept für psychisch kranke Mitarbeiter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

2.1

2.2

2.3

2.4

2.5

2.6

2.7

2.8

## D) Psychische Gesundheit

2.9

---

2.10

---

2.11

---

2.12

---

2.13

---

2.14

---

2.15

---

2.16

---

2.17

---

Muster

## D) Psychische Gesundheit

3.	Evaluation & Ergebnisse	Ja	Nein	Dok.
3.1	Legt Ihre Organisation für Maßnahmen der psychischen Gesundheit bewertbare Ziele und Zielgruppen fest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Werden die Maßnahmen und Angebote zur psychischen Gesundheit und Stress regelmäßig evaluiert (Mitarbeiter-/Teilnehmer-Befragung, Beteiligungsquote, Kosten-Nutzen-Bilanz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Werden die Gesundheitsförderungsprogramme für psychische Gesundheit auf der Basis der Evaluationsergebnisse kontinuierlich angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Beschreiben Sie, wie, wann und durch wen die Aktionen/Maßnahmen im Bezug auf psychische Gesundheit / Stressbewältigung evaluiert werden.**

3.1

3.2

3.3

# **Fragen zur Bewerbung für die Sonderpreise**

**Demografie - Fit in die Zukunft**

**bzw.**

**Familienorientiertes Unternehmen**

## E) Demografie - Fit in die Zukunft

	Ja	Nein	Dok.
1. Gibt es in Ihrer Organisation Vereinbarungen oder Konzepte zum Demografischen Wandel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Führen Sie regelmäßig Analysen zur Altersstruktur der Beschäftigten durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gibt es eine(n) Verantwortliche(n) zum demografischen Wandel, der/die die Maßnahmen plant und koordiniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bietet Ihr Unternehmen/Ihre Organisation gesundheitliche Vorsorgeuntersuchungen für verschiedene Altersgruppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gibt es in Ihrer Organisation altersspezifische Maßnahmen und Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bieten Sie für ältere Beschäftigte variable Arbeitszeitmodelle und Pausenregelungen an (z. B. Arbeitszeitkonten, Altersteilzeit, Jobsharing)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Werden Fort- und Weiterbildungsangebote auf Ihre Eignung für alle Altersgruppen geprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gibt es in Ihrem Unternehmen systematische Prozesse, um Berufserfahrung, Fach- und verdecktes Wissen an jüngere Beschäftigte weiterzugeben (z. B. Tandem-Modell)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E) Demografie - Fit in die Zukunft

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten.

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

MUSTER

## F) Familienorientiertes Unternehmen

	Ja	Nein	Dok.
1. Gibt es in Ihrer Organisation Vereinbarungen oder Konzepte zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Existieren in Ihrem Unternehmen familienfreundliche Arbeitszeiten (z. B. Gleit- und Teilzeit, lebensphasenorientierte Arbeitszeit, flexible Abwesenheitsregelungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bieten Sie Ihren Beschäftigten flexible Arbeitsformen bzw. -orte an (z. B. Telearbeit, Arbeit von zu Hause)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pflegt Ihre Organisation den Kontakt zu Mitarbeitern in der Elternzeit (z. B. Kontakthalte- und Wiedereinstiegsprogramm)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gibt es zusätzliche Angebote für Ihre Mitarbeiter (z. B. Familienfeste, haushaltseigene Dienstleistungen, Ferienfreizeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Werden Fort- und Weiterbildungsangebote auch für Beschäftigte in der Elternzeit angeboten (z. B. Weiterbildung mit Kinderbetreuung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Werden Gespräche geführt mit Eltern vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## F) Familienorientiertes Unternehmen

Erläutern Sie jede der vorhergehenden Fragen und belegen Sie Ihre Beschreibung – wenn möglich – anhand von Dokumenten

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

*Vielen Dank !*