

Self-Assessment Checkliste

Muster



ENWHP



BKK

Einleitung

Die Bearbeitung der vorliegenden Checkliste ist der erste Schritt und damit die Voraussetzung auf dem Weg zum „Deutschen Unternehmenspreis Gesundheit“.

Diese Checkliste soll Sie dabei unterstützen, Ihr Konzept des Betrieblichen Gesundheitsmanagements umfassend darzustellen.

Die Checkliste ist in fünf Themenfelder aufgeteilt:

- Betriebliches Gesundheitsmanagement und Unternehmenspolitik
- Raucher-Prävention,
- Gesunde Ernährung,
- Körperliche Bewegung/aktive Lebensweise,
- Psychische Gesundheit / Stressbewältigung.

Für besonders innovative Maßnahmen im Themenfeld „Psychische Gesundheit / Stressbewältigung“ wird 2009 ein Sonderpreis ausgelobt.

Jedes der vier spezifischen Themenfelder zu den Lebensstilen ist entsprechend des Projekt-Management-Zyklus weiter unterteilt in: Organisation & Strukturen, Strategie & Umsetzung und Evaluation & Ergebnisse. Ein umfassender Fragenblock findet sich im Themenfeld „Psychische Gesundheit / Stressbewältigung“.

Die Bewertung der eingesendeten Konzepte wird vom BKK Bundesverband GbR vorgenommen. Als Richtschnur dienen die „Qualitätskriterien für die Betriebliche Gesundheitsförderung“ des europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) sowie Weiterentwicklungen des BKK Bundesverbandes.

Anmeldung bis zum **17. Juni 2009** zur Teilnahme am Deutschen Unternehmenspreis Gesundheit per Email an move-europe@bkk-bv.de.

Letzter **Abgabetermin für die Bewerbungsunterlagen** ist der **15. Juli 2009** an die u. a. Adresse.

Wenn Sie Fragen haben oder unsere Unterstützung brauchen, schreiben Sie uns eine Email oder rufen Sie uns an.

Viel Erfolg!

Ihr Move Europe-Team

Hinweise zum Vorgehen

Bitte füllen Sie die Checkliste elektronisch aus und fügen Sie Ihre Antworten in die dafür vorgesehenen Felder.

1. Schritt: "Angaben zum Unternehmen"

Bitte tragen Sie hier die gewünschten Informationen ein. Danach geben Sie bitte an, für welche Themenfelder Sie sich bewerben möchten.

2. Schritt: "Ja-Nein Fragen"

Bitte beantworten Sie jede Frage, in den Themenfeldern für die Sie sich bewerben. Falls Sie Dokumente beifügen, machen Sie dies in der dritten Spalte (Dok.) kenntlich.

3. Schritt: "Beschreibung"

Anschließend werden Sie gebeten, Ihre Antworten möglichst prägnant und detailliert zu formulieren. Ihre Ausführungen sollen einen Eindruck über das Qualitätsniveau des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Ihrer Organisation vermitteln.

4. Schritt: "Dokumente"

Als Nachweis für Ihre schriftlichen Antworten bitten wir Sie schließlich, entsprechende Belege beizufügen.

Bitte beachten Sie: Dokumente, die Sie angegeben haben, sollten der zurückgesandten Checkliste beiliegen. Stellen Sie **max. einen Ordner gegliedert nach den Themenfeldern und Fragen** zusammen. Belege, die für mehrere Themenfelder Antworten liefern, legen Sie bitte unter einer Zusatzrubrik „Übergreifende Dokumente ab“ und verweisen in der Checkliste darauf.

5. Schritt: "Einreichen der Bewerbung"

Für Ihre Bewerbung stellen Sie bitte folgende Unterlagen zusammen:

- Original der Luxemburger Deklaration unterzeichnet von Seiten des Arbeitgebers sowie von der Arbeitnehmervertretung (Gilt nur für Neu-Unterzeichner)
- Ausdruck der elektronisch bearbeiteten Checkliste des Self-Assessments
- Max. ein DIN-A4-Ordner mit allen Belegen

und senden Sie uns diese per Post bis zum **15. Juli 2009** an:

<p>BKK Bundesverband GbR Abteilung Gesundheit, Kampagne "Move Europe" Kronprinzenstraße 6 D-45128 Essen</p>
--

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	Existiert eine Fachstelle oder ein ähnliches Gremium für Gesundheitsmanagement, die im Organisationsplan abgebildet wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Haben die Beschäftigten Gelegenheit, sich an der Lösung gesundheitlicher Probleme am Arbeitsplatz aktiv zu beteiligen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Existiert in Ihrer Organisation ein Berichtssystem für gesundheitsbezogene Maßnahmen, bei dem die oberste Leitung einbezogen ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Gibt es in Ihrer Organisation Vereinbarungen oder Konzepte zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja			
1.6	- sind diese schriftlich fixiert (z. B. in Form von Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	- sind diese eingebunden in eine Gesamtkonzeption?	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10	Ist Betriebliches Gesundheitsmanagement Bestandteil der Aus- und Weiterbildung für Führungskräfte?	<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

B) Raucher-Prävention

1. Organisation & Strukturen	Ja	Nein	Dok.
1.1 Wird das Thema Raucher-Prävention 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) für Raucher-Prävention, 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 Raucher-Prävention 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

B) Raucher-Prävention

2.	Strategie & Umsetzung	Ja	Nein	Dok.
2.1	Gibt es in Ihrer Organisation Maßnahmen und Angebote zur Raucher-Prävention (z. B. Beratung, Therapie, Anreize)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Führen Sie regelmäßig Analysen zur Raucher-Prävention durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Gibt es in allen Arbeitsbereichen und gemeinschaftlich genutzten Räumlichkeiten ein grundsätzliches Rauchverbot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Falls nicht: Ist Rauchen auf ausgewiesene Raucherzonen beschränkt?	<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

B) Raucher-Prävention

3.	Evaluation & Ergebnisse	Ja	Nein	Dok.
3.1	Legt Ihre Organisation für Maßnahmen der Raucher-Prävention bewertbare Ziele und Zielgruppen fest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Werden die Maßnahmen und Angebote zur Raucher-Prävention regelmäßig evaluiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Werden die Gesundheitsförderungsprogramme zur Raucher-Prävention auf der Basis der Evaluationsergebnisse kontinuierlich angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Sind die Beschäftigten in die Evaluation eingebunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie, wie, wann und durch wen die Maßnahmen zur Raucher-Prävention evaluiert werden. (ca. eine DIN A4-Seite)

3.1

3.2

3.3

3.4

C) Gesunde Ernährung

1. Organisation & Strukturen	Ja	Nein	Dok.
1.1 Wird das Thema gesunde Ernährung 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 gesunden Ernährung, 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 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

C) Gesunde Ernährung

2.	Strategie & Umsetzung	Ja	Nein	Dok.
2.1	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"/>
2.2	Führen Sie regelmäßig Analysen zur gesunden Ernährung durch?	<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

C) 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?	<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"/>
3.4	Sind die Beschäftigten in die Evaluation eingebunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie, wie, wann und durch wen die Maßnahmen zur gesunden Ernährung evaluiert werden. (ca. eine DIN A4-Seite)

3.1

3.2

3.3

3.4

D) Körperliche Bewegung

1. Organisation & Strukturen	Ja	Nein	Dok.
1.1 Wird das Thema körperliche Bewegung 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 körperlichen Bewegung, 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 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

D) Körperliche Bewegung

2.	Strategie & Umsetzung	Ja	Nein	Dok.
2.1	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"/>
2.2	Führen Sie regelmäßig Analysen zur körperlichen Bewegung durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Sind Fragen der Ergonomie bzw. der körperlichen Arbeit und Bewegungsabläufe Bestandteil Ihrer Gefährdungsanalyse?	<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"/>

D) 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

D) 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?	<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"/>
3.4	Sind die Beschäftigten in die Evaluation eingebunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie, wie, wann und durch wen die Maßnahmen zur körperlichen Bewegung evaluiert werden. (ca. eine DIN A4-Seite)

3.1

3.2

3.3

3.4

E) 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

E) 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 in Ihrer Organisation Maßnahmen und Angebote zum Umgang mit psychischer Gesundheit oder Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, berücksichtigen diese Maßnahmen die			
2.4	- Verringerung des Termin- und Leistungsdrucks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	- Erweiterung des Handlungsspielraums (z. B. flexible Arbeitszeit, flexible Pausenregelung, freie Arbeitseinteilung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	- Anreicherung der Arbeitsinhalte (z. B. Arbeitsplatzrotation oder durch Integration verschiedener Tätigkeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7	- Verbesserung des Belohnungssystems (z. B. Vergütung, Aufstiegsmöglichkeiten, persönliche Anerkennung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8	- Förderung von familienfreundlichen Arbeits- und Organisationsstrukturen (z. B. Betriebskindergarten, Elternurlaub, Eldercare, Gleit- und Teilzeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9	- Förderung einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10	- Förderung der sozialen Unterstützung zwischen den Mitarbeitern sowie zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11	Fördert Ihre Organisation Maßnahmen zur Personalentwicklung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.12	Werden Führungskräfte für eine gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung ausreichend qualifiziert?	<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"/>

E) Psychische Gesundheit

2.	Strategie & Umsetzung	Ja	Nein	Dok.
2.14	Informiert Ihre Organisation die Belegschaft über Institutionen, die bei psychischen Problemen Hilfestellung bieten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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

E) Psychische Gesundheit

2. Strategie & Umsetzung

Ja Nein Dok.

2.8

2.9

2.10

2.11

2.12

2.13

2.14

2.15

2.16

2.17

E) 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?	<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"/>
3.4	Sind die Beschäftigten in die Evaluation eingebunden?	<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

3.4