

## Checkliste gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung

Prozessschritt	erfolgt ja/nein	
<b>Erwartungen und Ziele</b>		
Welche Ziele verfolgen Sie mit der Einführung eines BGM?	1. 2. 3. 4. 5.	
Prioritäten benennen: Welche Erwartungshaltung haben Sie an das BGM?	1. 2. 3. 4. 5.	
<b>Analyse IST Situation</b>		
Leitbild zur Firmenkultur vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte benennen: inkl. Führungsverständnis und Gesundheit/Sicherheit	1. 2. 3. 4. 5.	
Anzahl MA (inkl. Geschlechterverteilung)	MA gesamt:	
	♂	♀
Anzahl der Abteilungen (inkl. Geschlechterverteilung in den Abteilungen)	Anzahl:	Anzahl:
	1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.
	1. ♂ 2. ♂ 3. ♂ 4. ♂ 5. ♂	1. ♀ 2. ♀ 3. ♀ 4. ♀ 5. ♀
Anzahl Führungskräfte	♂	♀
Teilzeit und Vollzeitkräfte (inkl. Geschlechterverteilung)	Teilzeitkräfte Anzahl:  ♂	Vollzeitkräfte Anzahl:  ♀

	♂	♀	
Organigramm zur Ermittlung von Fokusgruppen vorhanden? (Anzahl FK's und MA sowie Verantwortlichkeiten in der Linie innerhalb der Aufbauorganisation)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Arbeitsorganisation</b>			
<i>Arbeitszeitmodelle:</i>			
Schichtarbeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, bitte Schichtarbeitsmodell benennen			
Alternative Arbeitszeitmodelle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, bitte benennen: (Früh-/Spätschicht etc.)	1. 2. 3. 4. 5.		
Ablösezeiten bitte benennen	von von von von	Uhr bis Uhr bis Uhr bis Uhr bis	Uhr Uhr Uhr Uhr
Pausenzeiten	von von von von	Uhr bis Uhr bis Uhr bis Uhr bis	Uhr Uhr Uhr Uhr
Status MA-Fluktuation	ca.	% / Jahr	
Problematik Fachkräfterekrutierung und Fachkräftemangel vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sicht der MA auf das Unternehmen			
<i>GKV Zugehörigkeit</i>			
Anzahl KVs im Unternehmen	Anzahl: 1.		

	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
Gibt es Häufungen bei einer bestimmten KV?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte benennen:		
<i>Demografische Analyse</i>		
Demografische Analyse vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Altersdurchschnitt gesamt	Jahre	
Altersdurchschnitt in den Abteilungen	1. Jahre ( )	
	2. Jahre ( )	
	3. Jahre ( )	
	4. Jahre ( )	
	5. Jahre ( )	
Gefährdungsanalysen vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Gesundheitsbezogene Daten</i>		
Krankenstand bekannt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte benennen	ca.	%

Gesundheitsberichte GKV vorhanden (Differenziert nach ICD10-Schlüssel/Art der Erkrankung, Geschlecht, Alter, Abteilung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
BEM-Fälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, gibt es Häufung in einer Abteilung/Tätigkeitsbereich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte benennen:	1. 2. 3.	
Werden Vorsorgeuntersuchungen angeboten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werden Gripeschutzimpfungen angeboten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Daten Absentismus (Abwesend ohne AU) vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>MA Zufriedenheit</i>		
Daten vorhanden von MA Befragung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Daten vorhanden von Gefährdungsanalyse Psyche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Daten vorhanden aus MA-Interviews?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Kommunikation im Unternehmen</i>		
Gremien / Besprechungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Mitwirkungsmöglichkeit der MA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betriebsversammlungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Intranetseite	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MA-Zeitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
MA-Newsletter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Events/Betriebsfeste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sicherheitsunterweisungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Feedback</i>		
regelmäßige MA-Gespräche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Qualitätsmanagement</i>		
QM-Systeme vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte benennen: z.B. ISO 9001:2015	1. 2. 3. 4. 5.	
<i>Zuständigkeiten intern</i>		
Arbeitsschutz vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

interne Sicherheitsbeauftragte/Fachkraft für Arbeitssicherheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
externe Sicherheitsbeauftragte/Fachkraft für Arbeitssicherheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte benennen: wie viele Stunden aktiv?	ca. pro Monat	
externen Anbieter benennen:		
Gesundheitsschutz vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
interner Gesundheitsschutz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
externer Gesundheitsschutz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte benennen: wie viele Stunden aktiv?	ca. pro Monat	
externen Anbieter benennen:		
Betriebsrat vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schwerbehindertenvertretung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vertrauensleute vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn ja, bitte Anzahl benennen:		
Projektleitung für Neubau/Umbau von Produktionsanlagen (Betriebsingenieur intern)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Externe Projektleitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
externe Beauftragung Einkauf von Hilfsmitteln/Büromobiliar/Fahrzeugflotte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
externen Anbieter benennen:		
Vorschlags-/Verbesserungswesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ideenmanagement vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Personal</i>		
Personalentwicklung möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weiterbildungsangebote für MA	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, bitte Regelung benennen		
BEM vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, bitte Regelung benennen		

Qualitätsmanagementbeauftragte/-r vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, bitte Ansprechpartner benennen:		
<b>Maßnahmen</b>		
Wurden bereits Maßnahmen durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, bitte benennen:	1. 2. 3. 4. 5.	
Wer hat die Maßnahmen durchgeführt?		
Nach welchen Kriterien wurden Inhalte und Anbieter ausgewählt?	1. 2. 3. 4. 5.	
<i>Organisation</i>		
Laufzeit	1. 2. 3. 4. 5.	Jahre/Monate/Wochen Jahre/Monate/Wochen Jahre/Monate/Wochen Jahre/Monate/Wochen Jahre/Monate/Wochen
Methodik	1. 2. 3. 4. 5.	
Form der Anmeldung	1. 2. 3. 4. 5.	



Innerhalb der Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Außerhalb der Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<i>Finanzierung</i>		
Art der Finanzierung:	<input type="checkbox"/> arbeitgeberfinanziert <input type="checkbox"/> arbeitgeberbezuschusst <input type="checkbox"/> MA-finanziert <input type="checkbox"/> Sonstiges	
<i>Teilnehmer</i>		
TN Quote gesamt	ca.	%
TN Quote pro Abteilung	1. TN Quote ( ) 2. TN Quote ( ) 3. TN Quote ( ) 4. TN Quote ( ) 5. TN Quote ( )	
TN Quote Tätigkeitsfeld	1. TN Quote ( ) 2. TN Quote ( ) 3. TN Quote ( ) 4. TN Quote ( ) 5. TN Quote ( )	
TN Quote Alter	1. unter 18 Jahre	%
	2. 18 - 25 Jahre	%
	3. 25 - 40 Jahre	%
	4. 40 - 55 Jahre	%
	5. über 55 Jahre	%
TN Quote nach Geschlecht	♂	♀
<i>Bewertung</i>		
Maßnahmenbewertung durch Geschäftsleitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Maßnahmenbewertung durch Führungskräfte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Maßnahmenbewertung durch Beschäftigte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kennzahlenformulierung zur Bewertung		

--	--

Prozessschritt	erfolgt ja/nein	
<b>Steuerrechtliche Betrachtung</b>		
Geldwerter Vorteil	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
überwiegend eigenbetriebliches Interesse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sachbezug	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Re-Finanzierung gewünscht z.B. durch KV	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Sonstiges</b>		
EAP	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Firmenkindergarten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Führungskräfte-Seminare z.B. Gesund Führen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pausenräume	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mitarbeiter-Verpflegung Kaffee, Wasser etc.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kantine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Versorgungssituation allgemein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Inhouse Schulungen für Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

