

Herausforderungen betrieblicher Gesundheitspolitik in der postpandemischen Arbeitswelt

Barbara Splett, Martin Kuhlmann und Kristin Carls

Beitrag zur Veranstaltung »Aktuelle Forschungen der Arbeits- und Industriesoziologie« der Sektion Arbeits- und Industriesoziologie

Einleitung

Die COVID-19-Pandemie hat die Arbeitswelt und die Rahmenbedingungen betrieblicher Gesundheitspolitik verändert. Früh zeigte sich, dass die Pandemie über ihre medizinischen Folgen hinaus Auswirkungen auf die Arbeitswelt hat, die schon zuvor von demografischen Veränderungen, ökologischen Herausforderungen und verstärkten Digitalisierungsprozessen geprägt und durch steigende Belastungen gekennzeichnet war. Die während der Pandemie eingeführten organisatorischen Maßnahmen – insbesondere Homeoffice und Kontaktreduzierung – beschleunigten Digitalisierungsprozesse und verstärkten die Flexibilisierung von Arbeitszeiten und -orten mit weitreichenden Konsequenzen für Arbeitsanforderungen, Arbeitsorganisation und Gesundheitsbedingungen. Zugleich gewann Gesundheit im betrieblichen Kontext aber auch an Bedeutung, da unter Pandemiebedingungen die Funktionsfähigkeit von Betrieben und kritischen Infrastrukturen in bislang wenig wahrgenommenem Maße an den Schutz der Beschäftigtengesundheit gebunden war.

Dieser Beitrag befasst sich damit, wie diese mittel- und langfristigen, arbeitsgesundheitsbezogenen Veränderungen von den Betrieben wahrgenommen werden und wie darauf reagiert wird. Wir fragen, ob und inwiefern der pandemiebedingte Bedeutungszugewinn von Gesundheit einerseits sowie die aktuellen Veränderungsdynamiken der Arbeitswelt andererseits auch die Bedingungen für betriebliche Gesundheitspolitik und gesundheitsbezogene Arbeitsgestaltung verändert haben. Die Befunde sind vorläufige Ergebnisse des am Soziologischen Forschungsinstitut Göttingen durchgeführten Projekts „Betriebliche Gesundheitspolitik zur Pandemiebewältigung“¹ und basieren auf im Zeitraum 2024–2025 durchgeführten Betriebsfallstudien, in denen mit insgesamt 40 betrieblichen Gesundheitsakteuren (Verantwortlichen für betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Arbeitssicherheit, Betriebsärzten und -ärztinnen, Personalmanagement und Interessenvertretungen) aus Industrie, Logistik, Gesund-

¹ Das Projekt „Betriebliche Gesundheitspolitik zur Pandemiebewältigung“ wurde gefördert durch das COVID-19-Forschungsnetzwerk Niedersachsen (COFONI) mit Mitteln des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur (14-76403-184).

heits- und sozialen Dienstleistungen sowie über 40 Expertinnen und Experten aus gesundheitspolitischen Institutionen (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften/Unfallkassen, Gewerbeaufsicht, Rentenversicherung sowie Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden) gesprochen wurde.

Betriebliche Gesundheitspolitik wird von uns als ein Feld von Akteuren verstanden, in dem interessenorientiert die Gesamtheit der betrieblichen Maßnahmen zur Reduzierung gesundheitsrelevanter Beeinträchtigungen und der Vermehrung gesundheitsförderlicher Ressourcen verhandelt, geregelt, gesteuert, organisiert und gestaltet wird (Rosenbrock 1993; Beck 2013; Hartung und Fallner 2025). Dieses Feld verfügt über verschiedene Gestaltungs- und Aushandlungsebenen mit jeweils spezifischen Akteuren, die miteinander interagieren. Im Feld betrieblicher Gesundheitspolitik sind auf den jeweiligen Ebenen folgende Akteure zentral (vgl. Abbildung 1):

- **Mikroebene Betrieb:** Geschäftsführung, Betriebs-/Personalräte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, betriebsärztliche Dienste, BGM, BEM² sowie operative Führungskräfte und Beschäftigte
- **Mesoebene der überbetrieblichen, institutionellen Akteure:** Gewerbeaufsicht, Berufsgenossenschaften/Unfallkassen, Krankenkassen, Rentenversicherung, Verbände der Sozialpartner
- **Makroebene der politisch-regulativen Akteure:** staatliche Entscheidungsträger von Bund und Ländern, ggf. supranationale Akteure wie die Europäische Union oder die International Labour Organization (ILO)

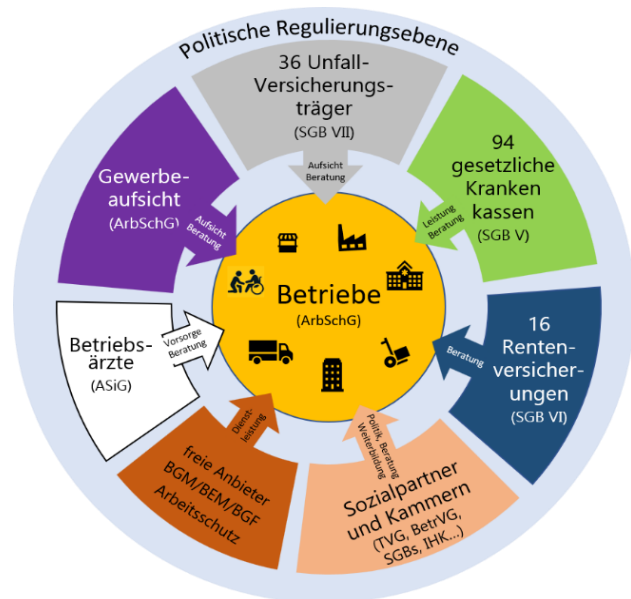


Abb. 1: Feld gesundheitspolitischer Akteure (eigene Darstellung)

Die verschiedenen Bereiche betrieblicher Gesundheitspolitik sind unterschiedlich stark gesetzlich reguliert. Fragen der Arbeitssicherheit sind deutlich stärker durch gesetzliche Vorgaben, Normen und Richtlinien geprägt, während der Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung weniger stark geregelt ist. In beiden Feldern gibt es jedoch durchaus große Spielräume für eine interessenorientierte Aushandlung der betrieblichen Gestaltung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen.

In unserer Untersuchung betrachten wir sowohl die betriebliche Ebene als auch das Zusammenwirken von betrieblichen und institutionellen Akteuren, um zu verstehen, welchen Einfluss deren Arbeitsweisen, Kooperationsbeziehungen, Interessenorientierungen und betrieblichen Machtpositionen auf die Gestaltung der Arbeitsgesundheit haben. Aus dieser akteursorientierten Perspektive befassen wir uns mit grundlegenden Umsetzungsbedingungen betrieblicher Gesundheitspolitik. Denn auch wenn mit der Pandemie neue Problemfelder entstanden sind, besteht seit Jahren ein großer Fundus an wissenschaftlichen Erkenntnissen über betriebliche Gesundheitsförderung und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, die in den Betrieben in der Breite allerdings nur unzureichend umgesetzt werden.

Zunächst werden die Arbeits- und Gesundheitsbedingungen der postpandemischen Arbeitswelt aus der Perspektive betrieblicher und betriebsexterner Akteure skizziert. Anschließend folgt die Analyse zentraler Problemfelder betrieblicher Gesundheitspolitik, um sich den Fragen nach den Wirkungen der

² BGM= Betriebliches Gesundheitsmanagement; BEM =Betriebliches Eingliederungsmanagement.

Pandemie auf die Umsetzungsbedingungen gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung zu nähern. Der Beitrag schließt mit einer zusammenführenden Bilanzierung und Handlungsanforderungen an die Akteure der betrieblichen Gesundheitspolitik.

Arbeits- und Gesundheitsbedingungen in der postpandemischen Arbeitswelt

Die Pandemie hatte und hat unterschiedliche Auswirkungen auf Betriebe, Beschäftigtengruppen und Tätigkeitsfelder. Differenzierungslinien lassen sich hierbei einerseits entlang der Betroffenheit durch das unmittelbare Infektionsgeschehen oder pandemiebedingte wirtschaftliche Folgen ziehen. Andererseits ist die Stärke der Pandemieeffekte abhängig von den jeweiligen präpandemischen Arbeits- und Gesundheitsbedingungen. Grundsätzliche gesundheitsrelevante Veränderungstendenzen lassen sich auf den drei Ebenen des Arbeitsprozesses, der betrieblichen Kooperations- und Sozialbeziehungen sowie des Verhältnisses zwischen Arbeits- und Lebenswelt erkennen.

Pandemiewirkung auf Arbeitsprozesse

Die durch die Pandemie beschleunigte Digitalisierung und die damit einhergehende zeitliche und örtliche Flexibilisierung von Arbeit hat zu einer Zunahme von ohnehin hohen Leistungsanforderungen, Zeitdruck und Stress in der Arbeitswelt geführt. Das Arbeiten im Homeoffice hat sich durch die Pandemie stärker verbreitet und dauerhaft etabliert (Erdsiek und Bertschek 2025). Einerseits bietet dies größere Gestaltungsspielräume in der Arbeit und eine flexiblere Anpassung an lebensweltliche Anforderungen. Andererseits erhöhen sich dadurch aber auch die Arbeitsanforderungen hinsichtlich des Umgangs mit Flexibilisierung und Entgrenzung, bei der Aushandlung und Gestaltung von Kooperationsbeziehungen und es kommt nicht selten zu erhöhten Arbeitsbelastungen. Während die Arbeitsdichte ohnehin in vielen Bereichen durch Personalmangel und Rationalisierungsstrategien hoch ist, führt digitalisiertes und/oder orts- und zeitflexibles Arbeiten oftmals zu zusätzlichen Belastungen – insbesondere dann, wenn digitale Tools schlecht an Arbeitsprozesse angepasst sind, Onlinebesprechungen lückenlos ineinander übergehen, Präsenztermine schwer zu koordinieren sind oder persönliche Gespräche nicht mehr stattfinden. Digitalisierung und Flexibilisierung führen außerdem dazu, dass Arbeitsweisen und vor allem die Zusammenarbeit zwischen Kolleginnen und Kollegen, im Team oder mit den Vorgesetzten neu verhandelt werden müssen, was ebenfalls zusätzliche Arbeitszeit und -anstrengungen erfordert. Hinzu kommen die als hoch bewerteten psychischen Belastungen infolge von Anerkennungsdefiziten, problematischen Führungs- und Teamsituationen oder auch Angst vor Arbeitsplatzverlust. Und auch traditionelle Belastungsfaktoren wie körperlich einseitige oder schwere Tätigkeiten, Schichtarbeit oder schlechte Umgebungsbedingungen beeinträchtigen die Gesundheit der Beschäftigten weiterhin stark (Carls et al. 2021; Institut DGB-Index 2024).

Pandemiewirkung auf betriebliche Kooperations- und Sozialbeziehungen

Während der Pandemie haben sich betriebliche Governancestrukturen, Kooperations- und Sozialbeziehungen relativ kurzfristig verändert. Oftmals wurden hierarchie- und funktionsübergreifende Taskforce-Strukturen gebildet, die kurzfristig und mitunter ad hoc über infektionsschutzbezogene und betriebliche Anforderungen berieten und über operative Maßnahmen entschieden. In den von uns untersuchten Betrieben wird die dabei praktizierte pragmatische Art der Entscheidungsfindung und -umsetzung durchweg als positiv, effektiv und lösungsorientiert bewertet. Beispiele für pragmatische Problem-

lösungsstrategien lassen sich aber auch auf Ebene der Beschäftigten finden, die direkte Absprachen über Arbeitsweisen und -anforderungen eigenständig miteinander trafen – wenn auch nicht selten aus der Not heraus, dass Betriebe nicht ausreichend auf veränderte Hygieneanforderungen reagierten. Allerdings hatten die veränderten Kooperationsformen und Entscheidungsprozesse nach der Pandemie kaum Bestand. Viele Betriebe sind trotz positiver Erfahrungen wieder zurückgefallen in alte, stärker hierarchisierte und formalisierte Strukturen und Prozesse.

Darüber hinaus haben sich innerhalb der Betriebe Spaltungslinien aufgrund und während der Pandemie aufgetan oder erneut vertieft. Während insbesondere Beschäftigte in den Angestelltenbereichen und Führungskräfte häufig im Homeoffice arbeiteten, waren andere Beschäftigtengruppen wie beispielsweise in der Produktion, im Einzelhandel oder in der Pflege gezwungen, vor Ort präsent zu sein. Gerade zwischen Bürotätigkeiten und operativen Bereichen haben sich die ohnehin nicht immer guten Kooperationsbeziehungen nicht selten verschlechtert. Während die Einen im Homeoffice vor Infektionen geschützt waren, haben sich die Anderen – insbesondere dann, wenn es an ausreichenden Schutzmaßnahmen in den direkten Bereichen mangelte – teilweise im Stich gelassen gefühlt. Aber auch die Konflikte bezüglich des Impfstatus und der Prämienzahlung für Arbeiten unter besonders schwierigen Bedingungen während der Pandemie erzeugten in einigen Betrieben sozialen Unfrieden, der sich negativ auf die Kollegialität und das Zusammenarbeiten ausgewirkt hat.

Long-COVID (k)ein Handlungsfeld?

Long-COVID als mögliche Langzeitfolge einer COVID-Erkrankung erzeugt aus Sicht der betrieblichen Gesundheitsakteure derzeit keinen Handlungsbedarf und ist bislang nicht Gegenstand gesundheitsbezogener Maßnahmen. Von den von uns interviewten betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren – insbesondere auch von den Betriebsärztinnen und -ärzten – werden Beschäftigte mit dieser Erkrankung als „wenige Einzelfälle“ wahrgenommen. Sichtbarkeit erlangen nur vereinzelte schwere Fälle. Einige Long-COVID-Erkrankte scheinen im Stillen aus dem Betrieb auszuschneiden und aufgrund ihres Leidens ihren Beruf zu wechseln oder erwerbsunfähig geworden zu sein. Folgt man der noch sehr heterogenen und unsicheren Studienlage zur Verbreitung und Verteilung von Long-COVID-Erkrankungen (RKI 2025), so scheint eine nicht unerhebliche Anzahl (zwischen 6 und 15 % der Bevölkerung) von betroffenen Beschäftigten mit mittleren und leichten Symptomen erwerbstätig zu sein, ohne dass dies dem Arbeitgeber bekannt ist. Während ein Teil der interviewten Gesundheitsakteure davon ausgeht, dass es wirklich kaum Fälle gibt, vermuten andere, dass die überwiegend unsichtbare Symptomatik, das Fehlen von Diagnosen aufgrund aufwendiger Verfahren und geringer Ambulanzkapazitäten sowie die Angst vor Vorbehalten von Kolleginnen und Kollegen oder Führungskräften einen offenen Umgang mit der Erkrankung verhindern. Beschäftigte mit Long-COVID-Symptomatik greifen eher auf individuelle Bewältigungsstrategien zurück, um den Anforderungen ihrer Arbeit gerecht zu werden. Direkte, eingeweihte Kolleginnen und Kollegen, Erholungsmöglichkeiten im Homeoffice, Arbeitszeitreduzierung und mitunter Sozialberatung sind wichtige Ressourcen für die Betroffenen.

Zunehmende Belastungen in der Lebenswelt

Neben den arbeitsbezogenen Belastungen haben auch psychische Belastungen der Beschäftigten zugenommen, die sich in der außerbetrieblichen Lebenswelt verorten lassen. Die Vermittlung zwischen arbeits- und lebensweltlichen Anforderungen gestaltet sich insbesondere für Beschäftigte mit betreuungsbedürftigen Kindern, mit erkrankten oder pflegebedürftigen Angehörigen oder eigenen medizinischen Bedarfen zunehmend schwierig. Ursachen hierfür liegen in Defiziten der öffentlichen Daseinsvorsorge: Ausfällen bei der Kinderbetreuung aufgrund hoher Krankenstände oder Personalmangels in Kitas und Schulen, fehlenden Betreuungsplätzen in der Pflege, Engpässen in der ärztlichen und

therapeutischen Versorgung sowie unzuverlässigen Transportinfrastrukturen. Dies verstärkt nicht nur Belastungen, sondern kann auch zu Arbeitsausfällen oder notwendigen Arbeitszeitreduktionen führen, die den Personalmangel weiter verschärfen. Zudem hat die akute Belastungssituation während der Pandemie mitunter zu nachwirkenden Erschöpfungserscheinungen geführt. Von Beschäftigten war eine hohe Anpassungsleistung gefordert, der eigenen Arbeitsverpflichtung unter pandemischen Bedingungen nachzukommen: trotz fehlender Kinderbetreuung und Homeschooling, angesichts von Kontaktreduktion und wenig Regenerationsmöglichkeiten in der Freizeit bei gleichzeitig verstärkten Konflikten über Pandemieschutzmaßnahmen oder Impfungen. Nachfolgende Krisenerfahrungen aufgrund von Ukrainekrieg, Energiepreisanstieg oder Inflation und die damit einhergehenden Sorgen ließen zusätzlich wenig Raum für nötige Regeneration.

Verändertes Gesundheitsbewusstsein

Im Umgang der Beschäftigten mit der Belastungssituation und der eigenen Gesundheit lässt sich ein verändertes Gesundheitsbewusstsein erkennen. Während vor der Pandemie häufig auch mit Erkältungssymptomen zur Arbeit gegangen wurde, wird nun verstärkt darauf geachtet, Ansteckungen zu vermeiden. Ein verändertes Hygienebewusstsein drückt sich beispielsweise durch konsequenteres Krankmelden, Arbeiten im Homeoffice oder das Tragen von Masken bei leichten Infekten aus. Durch die Möglichkeit des Homeoffice kommt es andererseits aber auch vermehrt dazu, dass trotz Krankheit (mit oder ohne Krankmeldung) gearbeitet wird, was sich langfristig ebenfalls auf die Regeneration und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten auswirken kann. Zugleich werden Ansprüche an gesunde Arbeitsbedingungen von den Beschäftigten deutlich häufiger formuliert und eingefordert. Im Umgang mit der eigenen Gesundheit lassen sich bei Beschäftigten unterschiedliche Selbstsorge- und Bewältigungsstrategien erkennen. Beispielsweise nutzen Beschäftigte in Überlastungssituationen häufiger eine Krankmeldung. Krankmeldungen können insofern auch Ausdruck des Schutzes der eigenen Gesundheit vor arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, von Unzufriedenheit mit den vorherrschenden Arbeitsbedingungen oder dem Fehlen von individuellen, teambezogenen oder kollektiven Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeits- und Belastungssituation bzw. mangelnden Regenerationsmöglichkeiten in einer zunehmend verdichteten Arbeits- und Lebenswelt sein (Fassbender et al. 2025).

Gestaltungsbedingungen betrieblicher Gesundheitspolitik

Die hier umrissenen Arbeits- und Gesundheitsbedingungen der postpandemischen Arbeitswelt treffen auf Handlungsbedingungen und Praktiken betrieblicher Gesundheitspolitik, die auch vor der Pandemie in vielen Betrieben in mehrfacher Hinsicht defizitär waren. Denn obwohl sich ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) mittlerweile als Handlungsfeld in vielen, insbesondere großen Betrieben etabliert hat, gab es bereits vor der Pandemie sowohl große Unterschiede in der Umsetzung und Reichweite betrieblicher Maßnahmen als auch Defizite im Zusammenwirken betrieblicher und betriebsexterner, institutioneller Akteure.

Im Vergleich unterschiedlicher BGM-Praktiken wurde im Rahmen eines vorangegangenen, vergleichenden Betriebsfallstudienprojektes³ zu Digitalisierung, Arbeitsgesundheit und BGM ein Analyse- und Gestaltungsmodell entwickelt, mit dem unterschiedliche Ausprägungen und zugleich Defizite betrieblichen Gesundheitshandelns analysiert werden können (Carls et al. 2025). Zentrale Gestaltungsdimensionen des BGM sind diesem Modell zufolge (vgl. Abbildung 2):

- 1) die finanzielle, personelle und fachliche Ressourcenausstattung sowie inwieweit Steuerungsgremien und Arbeitskreise existieren (*Professionalisierung*),
- 2) das Ausmaß der Integration verschiedener betrieblicher Akteure und für Arbeitsgesundheit relevanter Funktionsbereiche in die Planung, Gestaltung und Ausführung von BGM-Aktivitäten (*Akteursintegration*),
- 3) die Frage, inwieweit BGM-Maßnahmen auf Arbeitsaspekte ausgerichtet und arbeitsbezogen umgesetzt werden (*Arbeitsbezug*) und
- 4) die Intensität der Beteiligung von Beschäftigten und operativen Führungskräften an der Auswahl und Ausgestaltung von Maßnahmen (*Beteiligungsorientierung*).



Abb. 2: Analysemodell – Gestaltungsdimensionen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (eigene Darstellung)

Problemfelder und Umsetzungsdefizite des betrieblichen Gesundheitsmanagement

Auch wenn zwischen Betrieben Unterschiede in Reichweite und Umsetzung des BGM bestehen (IFBG 2025; Carls et al. 2025), so zeigen sich in vielen Betrieben dennoch Defizite in allen vier von uns unterschiedenen Gestaltungsdimensionen. Das BGM verfügt in vielen Betrieben nur über unzureichende finanzielle, personelle und fachliche Ressourcen. Oftmals ist BGM als Randaufgabe im zudem oft arbeitsprozessfernen Personalbereich angesiedelt: oft ohne ausreichende zeitliche Ressourcen, mit geringem Budget und teils begrenzten fachlichen Kompetenzen. Die angebotenen BGM-Maßnahmen entfalten oftmals nur eine begrenzte Wirkung, werden häufig nicht von allen Beschäftigtengruppen gleichermaßen genutzt und sind daher sozial in hohem Maße selektiv. Gerade Beschäftigtengruppen mit den größten Bedarfen werden aufgrund des Charakters vieler Maßnahmen oft am wenigsten erreicht. Verhaltensorientierte Angebote oder Kurse aus den Bereichen Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung sind besonders stark vertreten; verhältnisorientierte Maßnahmen der gesundheitsförderlichen (Um-)Gestaltung von Arbeitsplätzen und -prozessen deutlich seltener (Barthelmes et al. 2019). Psychische Belastungen und Gefährdungen durch unzureichend gestaltete Arbeitsabläufe, erschwerte Leistungsbedingungen oder angespannte Team- und Führungssituationen werden weniger stark in den Blick genommen. Vor dem Hintergrund einer unzureichenden Ressourcenausstattung erklärt sich die häufig (zu) starke Fokussierung auf verhaltensbezogene Angebote auch dadurch, dass individuelle, verhaltensorientierte Maßnahmen in Form externer Angebote sowohl leichter zu organisieren und zu

³ Hierbei handelt es sich um das am Soziologischen Forschungsinstitut Göttingen von 2017 bis 2022 durchgeführte Begleitforschungsprojekt „Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0“ (Carls et al. 2021).

administrieren als auch einfacher skalierbar sind und aus Sicht der Betriebe zudem in Form von *social benefits* zur Steigerung der Arbeitgeberattraktivität beitragen.

Auch die vielfach eher begrenzte Einbindung der Beschäftigten und operativen Führungskräfte in die Planung und Auswahl von Angeboten schränkt die Reichweite und Wirksamkeit von Maßnahmen ein und führt ebenfalls dazu, dass direkt arbeitsbezogene, verhältnisorientierte Aktivitäten in der Minderheit sind. Die betrieblichen Angebote sind in etlichen Betrieben außerdem zu wenig an die je spezifischen Bedarfe von Beschäftigten aus unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern angepasst, was die sozial selektive und damit defizitäre Nutzung zusätzlich verstärkt. Vielfach überwiegen bei den Teilnehmenden Beschäftigte mit Bürotätigkeiten, die aufgrund flexiblerer Arbeitszeiten und -bedingungen sowie ihrer alltäglichen Computernutzung einen besseren Zugang zu (digitalen) Angeboten haben.

Unzureichende Prioritätensetzung und strategische Ausrichtung sowie der geringe Stellenwert von verhältnisbezogenen Aktivitäten erklärt sich ferner daraus, dass Geschäftsführungen sowie Führungskräfte verschiedener Hierarchieebenen beim Thema BGM oft wenig involviert sind. Es gilt nicht selten vor allem als Spezialthema von Fachkräften für Arbeitssicherheit, des betriebsärztlichen Dienstes oder des Personalbereichs. Zudem sind die verschiedenen betrieblichen Gesundheitsakteure oft auch untereinander nicht in ausreichender Weise vernetzt und in ihren Aktivitäten abgestimmt – und nicht immer sind selbst Betriebs- und Personalräte darauf bedacht, auf eine engere und wirksamere Koordination von Aktivitäten hinzuwirken. Vor dem Hintergrund der verschiedenen Defizite im betrieblichen Bereich verwundert es letztlich auch nicht, dass nicht wenige Betriebe die Angebote betriebsexterner Gesundheitsakteure teils wenig nutzen und sie teils zu wenig auf die eigenen Bedarfe hin ausrichten. Dabei ist neben der innerbetrieblichen auch die betriebsexterne Vernetzung der betrieblichen Gesundheitsakteure wichtig: um die eigenen strukturell häufig schwachen Einflussmöglichkeiten zu verbessern, externe Ressourcen in Form von Beratung zur Weiterentwicklung des BGM zu erschließen sowie um finanzielle Mittel und Know-how für BGM-Maßnahmen zu akquirieren.

Zusammenwirken zwischen betrieblichen und betriebsexternen Akteuren

Auf überbetrieblicher Ebene steht ein relativ breites Angebot an Beratung, Schulungen und Finanzierung von Präventionsmaßnahmen zur Verfügung, das den Betrieben eine große Auswahl an passgenauen Maßnahmen für ihre spezifischen arbeitsgesundheitlichen Bedarfe ermöglicht. Erschwert wird die Auswahl geeigneter Maßnahmen jedoch durch die starke Fragmentierung und Unübersichtlichkeit von Angeboten und Ansprechpartnern. Gerade die institutionellen Akteure (Gewerbeaufsicht, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen und Rentenversicherung), die im Rahmen ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufträge zur Zusammenarbeit im Bereich Arbeitssicherheit, Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung aufgefordert sind, agieren meist wenig koordiniert und schaffen so Parallelstrukturen. Eine möglichst passgenaue Auswahl der richtigen Kooperationspartner und Angebote ist nicht nur zeitaufwendig, sondern erfordert ein gewisses Maß an fachlicher Feldorientierung von BGM-Verantwortlichen.

Auch in die Betriebe hinein sind die Aktivitäten der verschiedenen institutionellen Akteure wenig koordiniert. Diese arbeiten meist jeweils mit einzelnen, für sie zuständigen Funktionsbereichen zusammen und geben fachliches Wissen und Unterstützungsangebote an diese quasi siloförmig weiter: Gewerbeaufsicht und Berufsgenossenschaften mit Fachkräften für Arbeitssicherheit; Krankenkassen mit BGM-Verantwortlichen und BEM-Verantwortliche mit der Rentenversicherung. Aufgrund der Fokussierung auf den eigenen Zuständigkeitsbereich (Versäulung) wirken die externen Akteure meist wenig auf das eigentlich notwendige Zusammenwirken der verschiedenen betrieblichen Akteure und Maßnahmen hin. Insgesamt führt die starke Fragmentierung des Akteursfeldes nicht nur zu Parallelstrukturen

und unnötiger Ressourcenbindung, sondern trägt in Teilen zur mangelnden Akteursintegration in den Betrieben bei.

Eingeschränkt wird das Zusammenwirken der betriebsexternen Akteure außerdem durch ambivalente gegenseitige Rollenzuschreibungen. Beispielsweise werden Gewerbeaufsicht und Berufsgenossenschaften oft weniger als Präventionsberater, sondern eher als Kontrollinstanzen wahrgenommen, während die Betriebsaktivitäten der Krankenkassen häufig unter dem Vorbehalt der Mitgliederwerbung stehen. Diese Zuschreibungen verstellen den Blick auf mögliche Unterstützungsleistungen und erschweren die Zusammenarbeit mit den Betrieben.

Und schließlich greifen auch die inhaltliche Ausrichtung und Reichweite der Aktivitäten der institutionellen Akteure oftmals zu kurz. Im Portfolio dominieren auch hier verhaltensorientierte und standardisierte gegenüber betrieblich differenzierten und zielgruppenspezifischen Angeboten und Maßnahmen. Hierbei spielen wiederum sowohl die leichtere Skalierbarkeit und Administration von verhaltensorientierten Maßnahmen eine Rolle als auch die betriebliche Nachfrage nach solchen Angeboten. Oftmals fehlt den institutionellen Akteuren der strategische Fokus auf Aspekte, die für die Realisierung eines wirksamen BGM besonders wichtig sind: die Förderung von Aktivitäten in Richtung Organisationsentwicklung, ein Fokus auf jeweils konkrete Arbeitsbedingungen und organisatorische Abläufe, die Aktivierung und Beteiligung von Beschäftigten und generell die Förderung der betrieblichen Akteursintegration. Die genannten strukturellen Defizite tragen insgesamt zur ungleichen Verteilung der zur Verfügung stehenden betriebsexternen Ressourcen bei. Denn um die oftmals kostenlosen Unterstützungsangebote sinnvoll zu nutzen, müssen die Betriebe ihrerseits zunächst Zeit investieren und fachliche Ressourcen aufbauen. Aus diesem Dilemma heraus erklärt sich auch, dass größere Betriebe mit professionellem Gesundheitsmanagement häufig mehr externe Ressourcen akquirieren. Und auch die institutionellen Akteure selbst priorisieren häufig die Zusammenarbeit mit besonders professionellen betrieblichen Akteuren und mitgliederstarken Betrieben. So gelingt es den externen Akteuren zwar, Maßnahmen leichter und mit größerer Reichweite zu vermitteln, sie verstärken damit ihrerseits die strukturellen Ungleichheiten im Zugang zu Maßnahmen noch zusätzlich.

Insgesamt zeigt sich, dass es nicht ausreichend ist, Unterstützungsangebote für Betriebe bereitzustellen. Externe Akteure sollten stattdessen in sehr viel stärkerem Maße die betrieblichen Umgebungsbedingungen von Gesundheitsförderung mitbedenken und hierauf bezogene eigene Handlungskonzepte entwickeln.

Pandemiewirkung auf betriebliche Gesundheitspolitik

Die Pandemie hat begrenzte, aber dennoch spürbare Veränderungen hinsichtlich der Stellung betrieblicher Gesundheitsakteure, bezogen auf BGM-Formate und Inhalte sowie in Richtung einer Erweiterung des Handlungsfeldes des betrieblichen Gesundheitsmanagements bewirkt. Betriebliche Gesundheitsakteure (Fachkräfte für Arbeitssicherheit, BGM-Verantwortliche sowie betriebsärztlicher Dienst) waren während der Pandemie in Krisenstäbe eingebunden und haben durch ihre zentrale Rolle bei der Krisenbewältigung nicht nur mehr Aufmerksamkeit und Anerkennung erfahren, sondern konnten sich mitunter auch mit Führungskräften und anderen betrieblichen Funktionsbereichen besser vernetzen. Die betriebliche Aufmerksamkeit für Gesundheitsthemen hat auch nach der Pandemie durch die weiterhin hohen Krankenstände und Personalengpässe weiter zugenommen. Dies ermöglichte es, betrieblichen Gesundheitsakteuren sowohl inner- wie außerbetrieblich zusätzliche Ressourcen für eine stärkere Professionalisierung im Bereich BGM und die Ausweitung von BGM-Maßnahmen zu generieren. Die aktive und strategisch wichtige Rolle der betrieblichen Gesundheitsakteure während der Pandemie und die

enge Kooperation mit der Geschäftsführungsebene im Rahmen von Taskforce-Strukturen haben in einigen der von uns untersuchten Betrieben zur innerbetrieblichen Aufwertung der Bereiche geführt. Aus den jeweiligen Pandemiebewältigungspraktiken resultierten allerdings nur in geringem Maße nachhaltige, strukturelle Lerneffekte. Positive Erfahrungen pragmatischer, hierarchie- und funktionsübergreifender Zusammenarbeit, die auch für die Gestaltung eines wirksamen BGM nutzbar gemacht werden können, haben selten zu grundlegend veränderten Arbeitsweisen im Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik geführt. Die Erfahrungen und das Wissen, das in der Pandemie gewonnen wurde, blieben meist unverbunden bei den einzelnen Akteuren, wurden wenig reflektiert oder zur Vorbereitung auf zukünftige Krisen genutzt.

Ähnlich wie bei digitalen Arbeitsformen lässt sich auch im Bereich BGM eine Ausweitung digitaler Angebote beobachten. Im Zuge der Pandemie sind digitale Gesundheitsangebote z.B. in Form von Gesundheits-Apps, Online-Kursen oder Wearables ausgeweitet worden. Sie wurden relativ schnell während der Frühphase der Pandemie von den externen Gesundheitsakteuren – insbesondere den Krankenkassen – zur Verfügung gestellt und weiterentwickelt. Mit den digitalen Angeboten erhöht sich zwar potenziell die Erreichbarkeit der Beschäftigten, da sie sich flexibel in den Alltag einbauen (*any place, any time*) und leichter an individuelle Bedarfe anpassen lassen. Allerdings richten sich digitale Angebote vor allem auf das gesundheitsbezogene Verhalten der Beschäftigten und haben oft einen geringen Bezug zu den jeweiligen Tätigkeiten und Arbeitsprozessen der Beschäftigten. Die ohnehin stark ausgeprägte, letztlich aber problematische Tendenz hin zu individuell-verhaltensbezogenen Aktivitäten wird hierdurch noch verstärkt.

Der in vielen Betrieben angespannten Belastungssituation und der Zunahme von Homeoffice, mobilem und hybridem Arbeiten begegnen Betriebe häufig mit der Ausweitung von BGM-Angeboten zu Themen wie gesundheitsbewusster Führung, Umgang mit psychischen Belastungen oder Kursangeboten in Richtung Stressmanagement. Parallel dazu engagieren sich etliche Betriebe aber auch verstärkt in zwei weiteren Feldern. Zum einen spielen Angebote im Bereich Sozialberatung mittlerweile eine deutlich größere Rolle: von Schuldnerberatung über Hilfe bei Lebenskrisen bis hin zur Unterstützung bei familiären Problemen. Einen zunehmenden Stellenwert haben außerdem eher arbeitsferne medizinische Angebote, mit denen Betriebe zum einen auf den wahrgenommenen Nachholbedarf im Bereich gesundheitsbezogener Vorsorge reagieren, und sich zum anderen bemühen, die wahrgenommenen Lücken der öffentlichen Daseinsvorsorge (z.B. durch die Vermittlung von Facharztterminen) zu kompensieren.

Allerdings haben sich die Bedingungen und Problemlagen der betrieblichen Gesundheitspolitik durch die Pandemie nicht grundlegend verändert: weder auf der betrieblichen Ebene noch beim Zusammenwirken mit überbetrieblichen Akteuren. Bestehende Defizite und Ungleichheiten im Zugang und bei der Nutzung von BGM-Angeboten haben sich eher noch etwas verstärkt. Die neuen Themen und digitalen Angebote richten sich vielfach immer noch stärker an hochqualifizierte Beschäftigte aus Büro- und Angestelltenbereichen. Aufmerksamkeits- und Einflusszugewinne sowie erweiterte Handlungsmöglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsakteure und eine verstärkte Nutzung externer Ressourcen für eine weitere Professionalisierung des BGMs haben wir vorwiegend in größeren Betrieben beobachtet.

Verhaltensbezogen-individuelle Angebote dominieren nach wie vor. Maßnahmen in Richtung einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, die systematische Anpassung von Arbeitsplätzen an das individuelle Leistungsvermögen von Beschäftigten oder bereichs- sowie teambezogene Aktivitäten spielen nach wie vor eine untergeordnete Rolle. Die fortgesetzte Fokussierung auf einfach zu administrierende, leicht skalierbare Maßnahmen spiegelt sich zugleich in der gegenwärtigen Krankheitsdebatte wider. Auch das Bild der „Bettkantenentscheidung“ vermittelt den Eindruck, dass es sich um individuelle Entscheidungen und Fragen der Arbeitsmoral handelt; die Gestaltung von Arbeitsformen und

Arbeitsabläufen und die Bedingungen, unter denen gearbeitet wird, geraten auch in dieser Diskussion schnell aus dem Blick.

Fazit

Auch wenn die Pandemie in den Betrieben mittlerweile kein relevantes Thema mehr ist, hat sie dennoch als Verstärker bestehender Problemlagen und Entwicklungstrends fungiert. Personalmangel und verschärfte Leistungsbedingungen, erweiterte Arbeitsanforderungen digitalisierter Abläufe und zunehmende psychische Belastungen, ambivalente Erfahrungen mit neuen Kooperations- und Arbeitsformen sowie die schwieriger werdende Vermittlung von arbeits- und lebensweltlichen Anforderungen sind (auch) in der postpandemischen Arbeitswelt zentrale Herausforderungen für die betriebliche Gesundheitspolitik. An den Problemlagen hat sich sowohl betrieblich als auch bezogen auf das Zusammenwirken betrieblicher und betriebsexterner, institutioneller Akteure wenig verändert. Die Dominanz leicht skalierbarer, verhaltensorientierter Maßnahmen verstärkt Ungleichheiten und die soziale Selektivität von BGM-Aktivitäten – zumindest dann, wenn sie nicht mit arbeitsbezogenen, verhältnisorientierten Veränderungsprozessen kombiniert werden. Wenig Neues zeichnet sich bislang auch im Zusammenwirken der betriebsexternen Akteure ab: Fragmentierung, Silodenken und unzureichende Koordination begrenzen nach wie vor deren Wirksamkeit in die Betriebe hinein. Problemlagen wie eine schwache Akteursintegration, ein geringer Arbeitsbezug oder die unzureichende Beteiligung von Beschäftigten und operativen Führungskräften an der Ausgestaltung von gesundheitspolitischen Aktivitäten zeigen sich gleichermaßen auf der betrieblichen Ebene wie bei den betriebsexternen Akteuren. Ein stärkerer Fokus der institutionellen Akteure auf die betrieblichen Handlungsbedingungen, Aspekte der Organisationsentwicklung und die Zusammenarbeit der betrieblichen Akteure würde den Betrieben nicht nur einen besseren Zugang zu wichtigen externen Ressourcen ermöglichen, sondern auch aktiv die Umsetzungsbedingungen für betriebliche Gesundheitspolitik in den Bereichen Akteursintegration, Beteiligung und Arbeitsbezug erhöhen.

Literatur

- Barthelmes, Ina, Wolfgang Bödeker, Jelena Sörensen, Kai-Michael Kleinlercher und Jennifer Odoy. 2019. IGA Report 40. Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018. (Nr. 40; IGA-Report). Initiative Gesundheit und Arbeit.
- Beck, David. 2013. Betriebliche Gesundheitspolitik. In *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, Band 49, 10–28. Hamburg: Argument Verlag.
- Carls, Kristin, Hinrich Gehrken, Martin Kuhlmann, Lukas Thamm und Barbara Splett. 2021. Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit – Arbeitsbelastungen im Wandel? In *Digitalisierung und Arbeit. Triebkräfte – Arbeitsfolgen – Regulierung*, Hrsg. Klaus-Peter Buss, Martin Kuhlmann, Marliese Weißmann, Harald Wolf und Birgit Apitzsch, 235–272. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Carls, Kristin, Martin Kuhlmann und Barbara Splett. 2025. Betriebliches Gesundheitsmanagement wirksam gestalten. SOFI-Impulspapier.
https://sofi.uni-goettingen.de/fileadmin/Impulspapiere/SOFI-Impulspapier_BGM_2025.pdf (Zugegriffen: 28. Januar 2026).

- Carls, Kristin, Martin Kuhlmann und Barbara Splett. 2025. Lernen aus der Pandemie für eine nachhaltige und menschengerechte Gestaltung von Arbeit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. *baua: Fokus* Juni 2025:25–31.
https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fokus/Pandemie-Lehren.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Zugegriffen: 20. August 2025).
- Erdsiek, Daniel und Irene Bertschek. 2025. Homeoffice-Corona-Hype oder langfristiges Erfolgsmodell? *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik* 74(2):129–138.
- Fassbender, Lana, Mella Perleberg und Sophie-Charlotte Meyer. 2025. *Präsentismus und Absentismus – Verbreitung und Zusammenhänge mit ausgewählten Arbeitsbedingungen*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. *baua: Bericht kompakt*.
- Hartung, Susanne und Gudrun Faller. 2025. Betriebliche Gesundheitsförderung. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). <https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-i042-3.0>
- Institut DGB-Index Gute Arbeit. Hrsg. 2024. *Jahresbericht 2024. Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit 2024*. <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++be4992e0-9b7f-11ef-ab66-6977410ee4dd> (Zugegriffen: 24. Januar 2026).
- RKI 2025: Online-Dossier über die Long-COVID-Studienlage. https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/COVID-19/Long-COVID/FAQ_Liste_Gesundheitliche_Langzeitfolgen.html#entry_16871572 (Zugegriffen: 25. Januar 2025).
- Rosenbrock, Rolf. 1993. Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt: Der mögliche Beitrag der Krankenkassen zum Paradigmenwechsel betrieblicher Gesundheitspolitik. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin. WZB Discussion Paper No. P 93-205.