

Herausforderungen betrieblicher Gesundheitspolitik in der postpandemischen Arbeitswelt

Barbara Splett , Martin Kublmann , Kristin Carls ¹

Zusammenfassung: Dieser Artikel beleuchtet Gestaltungsanforderungen, Handlungsmöglichkeiten und Defizite betrieblicher Gesundheitspolitik vor dem Hintergrund langfristiger Folgen der COVID-19-Pandemie in der Arbeitswelt. Unsere qualitative Studie zeigt, dass beschleunigte Digitalisierungsprozesse, höhere Flexibilisierungsanforderungen, Personalmangel sowie ebenfalls hohe lebensweltliche Anforderungen das Belastungsniveau der Beschäftigten steigern und sich der Bedarf an wirksamer betrieblicher Gesundheitspolitik erhöht. Wie Betriebe mit diesen Herausforderungen umgehen, warum betriebliches Gesundheitshandeln oft zu kurz greift, welche Gestaltungspotenziale bestehen und welche Rolle dabei das Zusammenwirken von betrieblichen und institutionellen Gesundheitsakteuren spielt, wird anhand eines Analysemodells zur Gestaltung betrieblichen Gesundheitsmanagements herausgearbeitet.

Abstract: This article deals with requirements, opportunities and shortcomings of occupational health policies concerning the long-term work-related consequences of the COVID-19-pandemic. Our qualitative study shows that accelerated digitalisation processes, higher demands for flexibility and staff shortages as well as a demanding mediation between work and reproduction needs are increasing the stress level experienced by employees and heightening the need for effective occupational health policies. An analytical model for designing occupational health management is used to examine how companies deal with these challenges, why occupational health measures often fall short, how these measures should be designed to achieve greater impact, and what role the interaction between occupational and institutional health actors plays in this context.

¹ Dr. Barbara Splett, E-Mail: barbara.splett@sofi.uni-goettingen.de; Dr. Martin Kublmann, E-Mail: martin.kuhlmann@sofi.uni-goettingen.de; Dr. Kristin Carls, E-Mail: kristin.carls@sofi.uni-goettingen.de, alle Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen (SOFI)

1 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 fortschreitenden Digitalisierungsprozessen geprägt und durch steigende Belastungen gekennzeichnet war. Die während der Pandemie eingeführten organisatorischen Maßnahmen – insbesondere Homeoffice und Kontakt-Reduzierung – beschleunigten Digitalisierungsprozesse und verstärkten die Flexibilisierung von Arbeitszeiten und -orten mit Konsequenzen für Anforderungen, Organisation und Gesundheitsbedingungen der Arbeit (DGB-Index 2021; Overbeck-Gurt et al. 2023; Hünefeld et al. 2025; BAuA 2025). 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. Für die betriebliche wie überbetriebliche Organisation von Arbeitsschutz und Gesundheitsprävention ergaben sich daraus nicht nur neue Anforderungen, sondern auch veränderte Handlungsbedingungen, die Spielräume zur Bewältigung bestehender Probleme – wie Gestaltungsdefizite, Belastungsfaktoren und schwierige Erreichbarkeit von Zielgruppen – eröffneten (Tisch/Sommer 2022; Guhlemann et al. 2022).

Der vorliegende Beitrag² 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 sowie die aktuellen Veränderungsdynamiken der Arbeitswelt auch die Bedingungen für betriebliche Gesundheitspolitik und gesundheitsbezogene Arbeitsgestaltung verändert haben. Die Befunde sind Ergebnisse des am Soziologischen Forschungsinstitut Göttingen durchgeführten Projekts „Betriebliche Gesundheitspolitik zur Pandemiebewältigung“³ und basieren auf im Zeitraum 2024-2025 durchgeführten Betriebsfallstudien, in denen mit insgesamt 40 betrieblichen Gesundheitsakteuren (BGM-Verantwortliche, Arbeitssicherheit, Betriebsärzte, Personalmanagement und Interessenvertretungen) aus kleinen, mittleren und großen Betrieben der Branchen Industrie (Automobil, Chemie), Logistik (Distribution), Gesundheits- und sozialen Dienstleistungen (Krankenhaus, Altenpflege und Kita) sowie über 40 Expertinnen und Experten institutioneller gesundheitspolitischer Akteure (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften/Unfallkassen, Gewerbeaufsicht, Rentenversicherung sowie Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden) Expertengespräche geführt wurden.

Das Feld betrieblicher Gesundheitspolitik

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

² Eine kürzere Fassung dieses Beitrags erscheint im Tagungsband des 42. DGS-Kongresses 2025 „Transitionen“.

³ 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).

verhandelt, geregelt, gesteuert, organisiert und gestaltet wird (Rosenbrock 1993; Beck 2013; Hartung/Faller 2025). Es verfügt über verschiedene Gestaltungsbereiche und Aushandlungsebenen mit jeweils spezifischen Akteuren, die miteinander interagieren. Im Feld betrieblicher Gesundheitspolitik sind auf den jeweiligen Ebenen folgende Akteure zentral:

- Mikroebene der betrieblichen Akteure: Geschäftsführung, Betriebs-/Personalräte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, betriebsärztliche Dienste, Verantwortliche für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) sowie operative Führungskräfte und Beschäftigte
- Mesoebene der überbetrieblichen, institutionellen Akteure: Gewerbeaufsicht, Berufsgenossenschaften/Unfallkassen, Krankenkassen, Rentenversicherung, Verbände der Sozialpartner, externe Dienstleister für Arbeitsschutz und Gesundheitsprävention
- Makroebene der politisch-regulativen Akteure: staatliche Entscheidungsträger von Bund und Ländern, ggf. supranationale Akteure wie die Europäische Union oder die International Labour Organization (ILO)

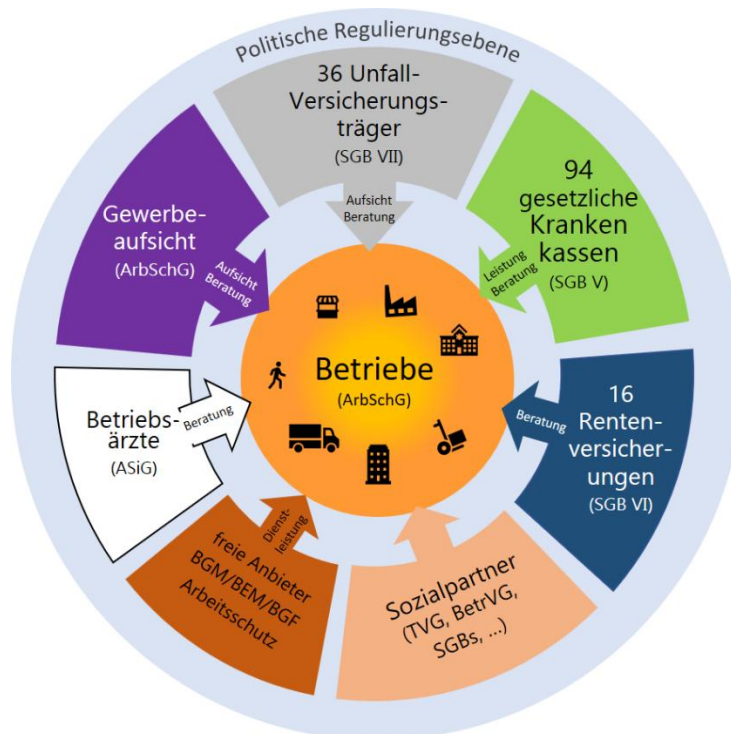


Abbildung 1: Feld gesundheitspolitischer Akteure (eigene Darstellung)

Als Gestaltungsbereiche betrieblicher Gesundheitspolitik haben sich in Deutschland – über mehr als ein Jahrhundert geschichtlich gewachsen und gesetzlichen Regulierungen folgend – Arbeitsschutz/Arbeitssicherheit, medizinischer Arbeitsschutz/Betriebsärzte, betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) sowie betriebliches Eingliederungsmanagement herausgebildet. Die systematische Integration zu einer Gesamtstrategie gesundheitsbezogener Betriebsaktivitäten wird als betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) bezeichnet (Badura et al. 2016; Hartung/Faller 2025), in der betrieblichen Realität werden BGM und BGF allerdings nicht

klar voneinander abgegrenzt und das betriebliche Gesundheitshandeln bleibt oft hinter dem strategisch-integrierenden Anspruch des Managementbegriffs zurück, wie in Kapitel 3 genauer rekonstruiert wird. Die einzelnen Gestaltungsbereiche sind unterschiedlich stark gesetzlich reguliert. Fragen der Arbeitssicherheit sind deutlich stärker durch gesetzliche Vorgaben, Normen und Richtlinien geprägt, während Bereiche der Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung weniger stark geregelt sind. In beiden Feldern gibt es jedoch durchaus Spielräume für eine interessenorientierte Aushandlung der betrieblichen Gestaltung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen sowie die Herausbildung unterschiedlicher betrieblicher Praktiken bzw. „Kulturen“ des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Beck 2013; Schmidt-Howe/Hammer 2019).

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 betriebliche 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 Defizite und Handlungsanforderungen betrieblicher Gesundheitsförderung und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung, die in den Betrieben in der Breite allerdings nur unzureichend bearbeitet werden (Barthelmes et al. 2019).

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

2 Arbeits- und Gesundheitsbedingungen in der postpandemischen Arbeitswelt

Die Pandemie hatte und hat sich auf Betriebe, Beschäftigtengruppen und Tätigkeitsfelder unterschiedlich ausgewirkt (Holst et al. 2022, BAuA 2025). Diese Unterschiede ergeben sich einerseits aus dem Ausmaß der Betroffenheit durch das unmittelbare Infektionsgeschehen sowie die pandemiebedingten wirtschaftlichen Folgen. 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.

2.1 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 (Overbeck-Gurt et al. 2023; Erdsiek/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 (Krause/Matuschek 2023). Während die Arbeitsdichte ohnehin in vielen Bereichen durch Personalmangel und Rationalisierungsstrategien hoch ist, führt digitalisiertes oder ort- und zeitflexibles Arbeiten oftmals zu zusätzlichen Belastungen – insbesondere dann, wenn digitale Tools schlecht an Arbeitsprozesse angepasst sind, Online-Besprechungen 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. Gleichzeitig spielen aber auch traditionelle Belastungsfaktoren wie körperlich einseitige oder schwere Tätigkeiten, Schichtarbeit oder schlechte Umgebungsbedingungen nach wie vor eine große Rolle und beeinträchtigen die Gesundheit der Beschäftigten weiterhin stark (Carls et al. 2021; DGB-Index 2024).

2.2 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 ad hoc über infektionsschutzbezogene und betriebliche Anforderungen berieten und über operative Maßnahmen entschieden. In den von uns untersuchten, mittleren und großen Betrieben wird die dabei praktizierte pragmatische und weniger hierarchische Art der Entscheidungsfindung und -umsetzung durchweg als positiv, effektiv und lösungsorientiert bewertet. Beispiele für pragmatische Problemlösungsstrategien 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 wenig 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 in den höherqualifizierten Bürotätigkeits-Bereichen und von Führungskräften häufig im Homeoffice gearbeitet wurde, waren andere Beschäftigtengruppen wie beispielsweise die Produktion, der Einzelhandel oder die Pflege gezwungen vor Ort präsent zu sein. Gerade zwischen Bürotätigkeiten und operativen Bereichen haben sich die ohnehin nicht immer guten Kooperationsbeziehungen eher verschlechtert. Während die Einen im Homeoffice vor Infektionen geschützt waren, haben sich die Anderen teilweise im Stich gelassen gefühlt – insbesondere dann, wenn es an ausreichenden Schutzmaßnahmen in den direkten Bereichen mangelte. Aber auch die Konflikte über Schutzmaßnahmen während der Pandemie, bezüglich des Impfstatus und der Prämienzahlung für Arbeiten unter besonders schwierigen Bedingungen erzeugten in einigen Betrieben sozialen Unfrieden, der sich negativ auf die Kollegialität und das Zusammenarbeiten ausgewirkt hat.

2.3 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 Betriebsärzten – werden Beschäftigte mit dieser Erkrankung als „wenige Einzelfälle“ wahrgenommen. Sichtbarkeit erlangen nur vereinzelte schwere Fälle, die allerdings auf Grund der Schwere der Erkrankung oder fehlender betrieblicher Eingliederungsperspektiven meist aus dem Betrieb oder dem Erwerbsleben ausscheiden. 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 betroffener Beschäftigter (zwischen sechs und 15 Prozent der Bevölkerung) 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 aufwändiger Verfahren und geringer Ambulanzkapazitäten sowie Angst vor Vorbehalten von Kolleg:innen und 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 Kolleg:innen, Erholungsmöglichkeiten im Homeoffice, Arbeitszeitreduzierung und mitunter Sozialberatung sind wichtige Ressourcen für die Betroffenen. Gleichzeitig verweist die geringe betriebliche Aufmerksamkeit für Long-COVID auf den insgesamt schwierigen Umgang mit längerfristig leistungsgeminderten Beschäftigten, fehlende betriebliche Strategien für eine flexible Anpassung von Leistungsanforderungen und einen nach wie vor stark individualisierenden betrieblichen Blick auf Gesundheit.

2.4 Zunehmende Belastungen in der Lebenswelt

Neben den arbeitsbezogenen Belastungen haben auch psychische Belastungen der Beschäftigten zugenommen, die sich auch 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. Neben hohen Flexibilitätsanforderungen in der Arbeitswelt liegen wesentliche Ursachen hierfür in nachwirkenden Erschöpfungserscheinungen, die sich aus der akuten Belastungssituation der Pandemiejahre ergeben haben, sowie in zunehmenden Defiziten der öffentlichen Daseinsvorsorge. Während der Pandemie war von Beschäftigten eine hohe Anpassungsleistung gefordert, um der eigenen Arbeitsverpflichtung 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.

Zusätzlich kommt es auch nach der Pandemie weiterhin zu Ausfällen bei der Kinderbetreuung aufgrund von hohen Krankenständen oder Personalmangel genauso wie zu ärztlichen und therapeutischen Versorgungsengpässen, Problemen mit fehlenden Pflegeplätzen und unzuverlässigen Verkehrsinfrastrukturen. Dies verstärkt nicht nur Belastungen, sondern kann auch zu Arbeitsausfällen oder notwendigen Arbeitszeitreduktionen führen, die den Personalmangel weiter verschärfen. Hierbei stehen besonders Frauen unter Druck, die im Vergleich zu Männern immer noch höhere Anteile an Sorgearbeit tragen (Pfahl et al. 2026), wobei die Pandemie diesbezüglich eher zu einer Retraditionalisierung von Geschlechterrollen geführt hat (Kohlerausch/Zucco 2020).

2.5 Verändertes Gesundheitsbewusstsein

Die von uns interviewten betrieblichen und externen Gesundheitsakteure nehmen als einen wichtigen Pandemieeffekt ein verändertes Gesundheitsbewusstsein der Beschäftigten wahr. Während vor der Pandemie häufig auch mit Erkältungssymptomen zur Arbeit gegangen wurde, wird nun verstärkt darauf geachtet Ansteckungen zu vermeiden. Solch 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 negativ auf die Regeneration und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten auswirken kann.

Zugleich werden, so nehmen es unsere Interviewpartner:innen wahr, Ansprüche an gesunde Arbeitsbedingungen von den Beschäftigten deutlich häufiger formuliert und eingefordert. Das lässt sich nicht nur als Anspruchsveränderung, sondern auch als Selbstsorge- und Bewältigungsstrategie im Umgang mit Überlastungssituationen interpretieren. Krankmeldungen können insofern auch Ausdruck des Schutzes der eigenen Gesundheit vor arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und fehlenden Regenerationsmöglichkeiten in einer zunehmend verdichteten Arbeits- und Lebenswelt sein, genauso wie von Unzufriedenheit mit den vorherrschenden Arbeitsbedingungen oder dem Fehlen von individuellen, teambezogenen oder kollektiven Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeits- und Belastungssituation (Fassbender et al. 2025).

3 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 Betriebsfallstudienprojektes⁴ 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. 2025a). Zentrale Gestaltungsdimensionen des betrieblichen Gesundheitshandelns sind diesem Modell zufolge:

- die finanzielle, personelle und fachliche Ressourcenausstattung sowie inwieweit Steuerungsgremien und Arbeitskreise existieren (Professionalisierung),
- das Ausmaß der Integration der betrieblichen Akteure und für Arbeitsgesundheit relevanten Funktionsbereiche in die Planung, Gestaltung und Ausführung betrieblicher Gesundheitsaktivitäten (Akteursintegration),
- die Frage, inwieweit betriebliche Gesundheitsmaßnahmen auf Arbeitsaspekte ausgerichtet und arbeitsbezogen umgesetzt werden (Arbeitsbezug) und
- die Intensität der Beteiligung von Beschäftigten und operativen Führungskräften an der Auswahl und Ausgestaltung von Maßnahmen (Beteiligungsorientierung).

⁴ 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. 2020, 2021).



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

3.1 Problemfelder und Umsetzungsdefizite des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Auch wenn zwischen den von uns untersuchten Betrieben große Unterschiede in der Reichweite und Umsetzung des BGMs bestehen (IFBG 2025; Carls et al. 2025, Barthelmes et al. 2019; Georg/Guhle 2019), zeigen sich in vielen Betrieben dennoch Defizite in allen vier von uns unterschiedenen Gestaltungsdimensionen. Das BGM verfügt vielfach nur über unzureichende finanzielle, personelle und fachliche Ressourcen. Oftmals ist BGM arbeitsprozessfern und nur als Randaufgabe im Personalbereich angesiedelt: häufig ohne ausreichende zeitliche Ressourcen, mit geringem Budget und teils begrenzten fachlichen Kompetenzen. Die angebotenen BGM-Maßnahmen entfalten in der Regel nur eine begrenzte Wirkung, werden nicht von allen Beschäftigtengruppen gleichermaßen genutzt und sind daher sozial in hohem Maße selektiv. Bei den Teilnehmenden überwiegen Beschäftigte, die ohnehin eher mehr für ihre Gesundheit tun, und Büroarbeitsbereiche, die aufgrund von flexibleren Arbeitszeiten und -bedingungen sowie alltäglicher Computernutzung über einen besseren Zugang zu (digitalen) Angeboten verfügen. Dagegen werden Beschäftigtengruppen mit großen gesundheitlichen Bedarfen und Belastungen bspw. in der Produktion, auf Montage oder bei Schichtarbeit oft am wenigsten erreicht, da die Maßnahmen organisatorisch und inhaltlich oft zu wenig auf deren Arbeitsbedingungen abgestimmt sind. 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 hingegen deutlich seltener (vgl. auch 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. Dieser verhaltensorientierte Fokus hängt eng mit der unzureichenden

Ressourcenausstattung und der begrenzten Einflussposition betrieblicher Gesundheitsakteure zusammen. Eine wesentliche Rolle spielt dabei, dass individuelle, verhaltensorientierte Maßnahmen betrieblich deutlich leichter umzusetzen, zu organisieren und administrieren sind als aufwändige arbeits- und organisationsbezogene Veränderungsprozesse – gerade wenn sie als externe Dienstleistungen eingekauft oder sogar kostenlos von den Sozialversicherungsträgern angeboten werden. Außerdem werden sie von den Betrieben als social benefits (z. B. Jobrad oder Fitnessangebote) zur Steigerung der Arbeitgeberattraktivität eingesetzt.

Der Arbeitsschutz ist zwar stärker (auch) auf den Arbeitsprozess bezogen und verfügt aufgrund rechtlicher Mindestvorgaben über mehr Ressourcen sowie Aufmerksamkeit von Management und Führungskräften als die anderen gesundheitsbezogenen Gestaltungsbereiche. Bei der betrieblichen Umsetzung bestehen aber dennoch relevante Defizite. Besonders problematisch ist ein oft sehr formalistisches Vorgehen, das sich stärker an der formalen Regelerfüllung als an einer tatsächlichen Verbesserung der Gesundheitsbedingungen im Arbeitsprozess orientiert. Beispielsweise werden formal Gefährdungsbeurteilungslisten erstellt oder Arbeitsplatzbegehungen durchgeführt, aber ohne dass Beschäftigte daran beteiligt, Arbeitsprozessbedarfe ausreichend berücksichtigt oder (nachhaltige) Veränderungsprozesse angestoßen werden. Selbst wenn Beschäftigte bspw. über Mitarbeiterbefragungen formal eingebunden werden, folgen daraus noch zu wenig betriebliche Maßnahmen, vor allem in Bezug auf psychische Belastungen. Zwar finden diese zunehmend Beachtung, dennoch ist der Arbeitsschutz noch stark auf „klassische“, physisch-ergonomische Gefährdungen fokussiert. Von den Beschäftigten werden gerade fehlende reale Mitgestaltungsmöglichkeiten und ein unzureichender Arbeitsbezug im BGM stark kritisiert, was wiederum zu einer geringeren Teilnahmebereitschaft an verhaltensorientierten Angeboten beiträgt (Carls et al. 2020).

Hinzu kommt, dass die verschiedenen betrieblichen Gesundheitsakteure häufig zu wenig zusammenarbeiten und betrieblich oft schlecht vernetzt sind. Gesundheitsfragen werden oft als betriebliche Rand- oder Spezialthemen einzelner Fachfunktionen – sei es Arbeitssicherheit, Betriebsmedizin oder Personalwesen – wahrgenommen. Die betrieblichen Gesundheitsakteure sind in den meisten von uns untersuchten Betrieben wenig in arbeitsprozess- oder organisationsbezogene Entscheidungsprozesse einbezogen. Zudem sind Geschäftsführungen sowie Führungskräfte beim Thema BGM häufig wenig engagiert und die betrieblichen BGM-Verantwortlichen haben in Richtung Führungskräfte und Geschäftsführung oft nur geringe Einflussmöglichkeiten – vor allem, wenn sie arbeitsprozessfern im Personalbereich angesiedelt sind. Die geringe Vernetzung der gesundheitspolitischen Akteure im Betrieb widerspricht dem komplexen, kumulativen Charakter gesundheitlicher Problemlagen. Durch eine fragmentierte Arbeitsweise gehen Synergieeffekte verloren und es wird noch schwieriger, Verhaltens- und Verhältnisaspekte zusammenzudenken, wie es für eine nachhaltige Gesundheitsförderung notwendig wäre. Außerdem ließen sich Sichtbarkeit und Einflussmöglichkeiten gegenüber dem Management verbessern, wenn die Gesundheitsakteure stärker gemeinsam agieren würden.

Die Bedeutung von Akteuren zeigt sich in unseren Fallstudien auch dort, wo Betriebs- und Personalräte sich des Gesundheitsthemas intensiv annehmen, eine Triebkraftrolle übernehmen und sowohl die betriebliche Vernetzung als auch den Arbeitsbezug voranbringen. Das ist aber nur in Teilen unseres Sample der Fall, u. a. aufgrund von knappen Zeitressourcen, feh-

lendem Wissen, anderweitigen betrieblich dominanten Problemlagen und demgegenüber geringerer Priorisierung von Gesundheitsfragen. Besonders stark negativ betroffen von einer unzureichenden Akteursintegration sind extern bestellte Betriebsärztinnen und -ärzte, die zu wenig in BGM-Strategien und -Maßnahmen eingebunden sind.

In der Summe dieser Defizite – bezüglich Ressourcenausstattung, Arbeitsbezug, Beteiligung und Akteursintegration – wird deutlich, dass dem betrieblichen Gesundheitshandeln noch zu oft ein strategischer, systematisch-integrativer Ansatz fehlt, der mit dem Begriff des Gesundheitsmanagements eigentlich impliziert ist. Diese Problemlagen, allen voran die fragmentierten Arbeitsweisen, finden sich aber nicht nur in vielen Betrieben, sondern bestehen auch im Feld der überbetrieblichen Gesundheitsakteure.

3.2 Zusammenwirken zwischen betrieblichen und betriebsexternen Akteuren

Auf überbetrieblicher Ebene steht ein breites Angebot an Beratung, Schulungen und Finanzierung von Präventionsmaßnahmen zur Verfügung, aus dem die Betriebe möglichst passgenaue Maßnahmen für ihre spezifischen arbeitsgesundheitlichen Bedarfe auswählen können. Die Kehrseite der Vielfalt liegt in der starken Fragmentierung und Unübersichtlichkeit der Angebote und Ansprechpartner – eine Folge der ausgeprägten Versäulung des deutschen Arbeits- und Gesundheitsschutzsystems mit seinen je unterschiedlichen gesetzlichen Aufträgen für Gewerbeaufsicht, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen und Rentenversicherung. Die Auswahl passender Kooperationspartner und Angebote erfordert von den betrieblichen Gesundheitsakteuren somit nicht nur zeitliche Ressourcen, sondern auch ein erhebliches Maß an fachlicher Feldorientierung. Dementsprechend ungleich verteilen sich die zur Verfügung stehenden betriebsexternen Ressourcen, da deren Mobilisierung größeren Betrieben mit professionellem Gesundheitsmanagement deutlich leichter fällt als kleineren Betrieben. Und auch die institutionellen Akteure selbst priorisieren häufig die Zusammenarbeit mit beschäftigungs- bzw. mitgliederstarken Betrieben. So gelingt es den externen Akteuren zwar, Maßnahmen leichter und mit größerer Reichweite zu vermitteln, sie verstärken damit ihrerseits aber die strukturellen Ungleichheiten im Zugang zu Maßnahmen noch zusätzlich.

Auf politischer, institutioneller und überbetrieblicher Ebene gibt es zwar durchaus etliche Kooperationsanstrengungen – von der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie über regionale runde Tische bis zu bilateralem Erfahrungsaustausch und gemeinsamen Schulungsprojekten – die u. a. eine Reduktion von Doppelstrukturen und Nutzung von Synergieeffekten zum Ziel haben. Deren Übersetzung auf die betriebliche Ebene stellt sich allerdings noch als problematisch und eingeschränkt dar. Die Aktivitäten der verschiedenen institutionellen Akteure in die Betriebe hinein sind nach wie vor recht wenig koordiniert und vor allem stark auf den jeweiligen eigenen Zuständigkeitsbereich fokussiert. Gewerbeaufsicht und Berufsgenossenschaften kooperieren mit Fachkräften für Arbeitssicherheit, Krankenkassen mit BGM-Verantwortlichen und die Rentenversicherung mit BEM-Verantwortlichen, aber das eigentlich notwendige Zusammenwirken der verschiedenen betrieblichen Akteure und Maßnahmen wird kaum gefördert. Die Fragmentierung des überbetrieblichen Feldes wirkt sich vielmehr verschärfend auf das Problem mangelnder Akteursintegration in den Betrieben aus.

Eingeschränkt wird die Zusammenarbeit zwischen betrieblichen und betriebsexternen Akteuren außerdem durch ambivalente gegenseitige Rollenzuschreibungen. Beispielsweise werden Gewerbeaufsicht und Berufsgenossenschaften oft weniger als Präventionsberater, sondern eher als Kontrollinstanzen wahrgenommen, die man sich nicht unnötig ins Haus holen und damit betriebliche Mehraufwände oder Sanktionen riskieren will. Krankenkassen hingegen stehen häufig unter dem Vorbehalt, mit ihren betrieblichen Aktivitäten wettbewerbsorientiert Mitgliederwerbung zu betreiben und prioritär eigene Wirtschaftlichkeitsinteressen zu verfolgen. Diese Zuschreibungen verstellen den Blick auf mögliche Unterstützungsleistungen und erschweren sowohl die Zusammenarbeit mit den Betrieben als auch die Kooperation zwischen den externen Akteuren selbst.

Und schließlich greifen auch die inhaltliche Ausrichtung und Reichweite der Aktivitäten der institutionellen Akteure oftmals zu kurz. Gerade in Bezug auf das BGM dominieren auch hier verhaltensorientierte und standardisierte gegenüber betrieblich differenzierten, arbeitsbezogenen Angeboten und Maßnahmen. Auch auf Seiten der externen Akteure spielen sowohl die leichtere Skalierbarkeit und Administration von verhaltensorientierten Maßnahmen eine Rolle, als auch die betriebliche Nachfrage nach leicht durchführbaren, wenig betrieblichen Aufwand erzeugenden 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.

Insgesamt zeigt sich, dass es nicht ausreichend ist, einzelne Angebote als externe Dienstleistungen für Betriebe bereitzustellen. Externe Akteure sollten stattdessen in sehr viel stärkerem Maße die betrieblichen Umsetzungsbedingungen von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung mitbedenken und hierauf bezogene eigene Handlungskonzepte entwickeln.

4 Pandemiewirkung auf betriebliche Gesundheitspolitik

Die Pandemie hat begrenzte, aber dennoch greifbare Veränderungen sowohl hinsichtlich der Stellung und Handlungsfähigkeit betrieblicher Gesundheitsakteure als auch bezogen auf BGM-Formate und Inhalte bewirkt. Betriebliche Gesundheitsakteure (Fachkräfte für Arbeitssicherheit, BGM-Verantwortliche sowie betriebsärztlicher Dienst) haben während der Pandemie oft eine wichtige und aktive Rolle bei der Krisenbewältigung gespielt und waren in Krisenstäbe eingebunden. Dadurch haben sie nicht nur eine Aufwertung im Sinne erhöhter Aufmerksamkeit und Anerkennung von Seiten des Managements erfahren, sondern konnten sich auch mit Führungskräften und anderen betrieblichen Funktionsbereichen besser vernetzen. 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. Obwohl auch nach der Pandemie aufgrund von hohen Krankenständen und Personalengpässen eine hohe betriebliche Aufmerksamkeit für Gesundheit besteht, resultieren aus den Praktiken der Pandemiebewältigung kaum nach-

haltige, strukturelle Lerneffekte. Positive Erfahrungen pragmatischer, hierarchie- und funktionsübergreifender Zusammenarbeit, die auch für die Gestaltung eines wirksamen BGM nutzbar gemacht werden können, haben bislang 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 für die 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 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.

Letztlich haben sich die Bedingungen und Problemlagen der betrieblichen Gesundheitspolitik durch die Pandemie allerdings 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 verstärkt. Zum einen werden die durch die Pandemie neu bzw. verstärkt hinzugekommenen Themen (Homeoffice, psychische Belastungen, gesundes Führen) vor allem mit Blick auf Büro-tätigkeiten und höher qualifizierte Beschäftigte entwickelt, und auch die vermehrt digitalen Angebote sind von diesen leichter nutzbar als von Beschäftigten mit Produktions- oder anderen Frontline-Tätigkeiten. Zum anderen haben wir pandemiebedingte Aufmerksamkeits- und Einflusszugewinne betrieblicher Gesundheitsakteure vorwiegend in größeren Betrieben angetroffen, die ohnehin schon über ein recht gut aufgestelltes BGM verfügten. Und selbst dort werden sie bei sich verändernden betrieblichen Prioritäten und angesichts neuer Krisen schnell wieder in Frage gestellt.

Gleichzeitig dominieren nach wie vor verhaltensbezogen-individuelle Angebote, die einfach zu administrieren und zu skalieren sind. Maßnahmen in Richtung einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, die systematische Anpassung von Arbeitsplätzen an das individuelle Leistungsvermögen von Beschäftigten oder bereichs- sowie teambezogene Aktivitäten spielen dagegen weiterhin eine untergeordnete Rolle. Wobei sich die fortgesetzte Fokussierung auf individuelles Verhalten auch in der gegenwärtigen Fehlzeitendebatte widerspiegelt: Das Bild der „Bettkantenentscheidung“ vermittelt den Eindruck, dass es sich um individuelle Entscheidungen und Fragen der Arbeitsmoral handele; die Gestaltung von Arbeitsformen und -abläufen sowie die Bedingungen unter denen gearbeitet wird, geraten auch in dieser Diskussion schnell aus dem Blick.

5 Fazit

Auch wenn die Pandemie in den Betrieben mittlerweile kein relevantes Thema mehr ist, hat sie dennoch als Verstärker bestehender Problemlagen und Entwicklungstrends gewirkt. 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 Arbeit und Leben sind (auch) in der postpandemischen Arbeitswelt zentrale Herausforderungen für die betriebliche Gesundheitspolitik. Defizite bei der Wirksamkeit betrieblicher Maßnahmen und beim Zusammenwirken betrieblicher und betriebsexterner, institutioneller Akteure bestehen fort. Die Dominanz leicht skalier- und administrierbarer, 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 zeigen sich gleichermaßen auf der betrieblichen Ebene wie bei den betriebsexternen Akteuren. Ein stärkerer Fokus der institutionellen Akteure auf betriebliche Handlungsbedingungen, Organisationsentwicklung und Zusammenarbeit der betrieblichen Akteure würde den Betrieben nicht nur einen besseren Zugang zu wichtigen externen Ressourcen ermöglichen, sondern auch die Umsetzungsbedingungen für betriebliche Gesundheitspolitik verbessern und dadurch zu einer erweiterten Professionalisierung führen.

Literatur

- Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut, Klose, Joachim, Meyer, Markus (2016): Fehlzeiten-report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen. Berlin/Heidelberg: Springer.
- BAuA (2025): Lernen aus der Pandemie für eine nachhaltige und menschengerechte Gestaltung von Arbeit. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, baua: Fokus. DOI: 10.21934/baua:fokus20250603.
- Barthelmes, Ina; Bödeker, Wolfgang; Sörensen, Jelena; Kleinlercher, Kai-Michael; Odoy, Jennifer (2019): IGA Report 40. Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention - Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018. Dresden: Initiative Gesundheit und Arbeit.
- Beck, David (2013): Betriebliche Gesundheitspolitik. In: Dieterich, Anja: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften. Band 49, 10–28.
- Carls, Kristin; Gehrken, Hinrich; Kuhlmann, Martin; Thamm, Lukas (2020): Digitalisierung - Arbeit - Gesundheit. Zwischenergebnisse aus dem Projekt Arbeit und Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0. SOFI Working Paper 2020-19. Göttingen: SOFI.
- Carls, Kristin; Gehrken, Hinrich; Kuhlmann, Martin; Thamm, Lukas; Splett, Barbara (2021): Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit - Arbeitsbelastungen im Wandel? In: Buss, Klaus-Peter; Kuhlmann, Martin; Weißmann, Marliese; Wolf, Harald; Apitzsch, Birgit (Hg.): Digitalisierung und Arbeit. Triebkräfte - Arbeitsfolgen - Regulierung. Frankfurt a. M./New York: Campus, 235–272.
- Carls, Kristin; Kuhlmann, Martin; Splett, Barbara (2025): Lernen aus der Pandemie für eine nachhaltige und menschengerechte Gestaltung von Arbeit. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.): Lernen aus der Pandemie für eine nachhaltige und menschengerechte Gestaltung von Arbeit. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, baua: Fokus, 25–31.
- Carls, Kristin; Kuhlmann, Martin; Splett, Barbara (2025a): Betriebliches Gesundheitsmanagement wirksam gestalten. SOFI-Impulspapier. Göttingen: SOFI. URL: https://sofi.uni-goettingen.de/fileadmin/Impulspapiere/SOFI-Impulspapier_BGM_2025.pdf. (Zugriff: 15.01.2026).
- DGB-Index Gute Arbeit (2021): Report 2021. Unter erschwerten Bedingungen - Corona und die Arbeitswelt. Ergebnisse des DGB-Index Gute Arbeit 2021. Berlin: Institut DGB-Index Gute Arbeit.
- DGB-Index Gute Arbeit (2024): Jahresbericht 2024. Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit 2024. Berlin: Institut DGB-Index Gute Arbeit.
- Erdsiek, Daniel; Bertschek, Irene (2025): Homeoffice-Corona-Hype oder langfristiges Erfolgsmodell? Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 74 (2): 129–138.
- Fassbender, Lana; Perleberg, Mella; Meyer, Sophie-Charlotte (2025): Präsentismus und Absentismus – Verbreitung und Zusammenhänge mit ausgewählten Arbeitsbedingungen. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, baua: Bericht kompakt. DOI: 10.21934/baua:berichtkompakt20250107.
- Georg, Arno.; Guhlemann, Kerstin (2019): Durchführung und Auswertung von qualitativen Interviews im Rahmen einer explorativen Studie zur Wirkung von Arbeitsschutz-Strukturen in der digitalisierten Arbeitswelt. Ist- und Sollbestimmung. Endbericht zum Forschungsprojekt F2411 der BAuA. URL: <https://dofapp.de/wp-content/uploads/2019/07/Wirksamkeit-Arbeitsschutz-final.pdf>. (Zugriff: 28.2.2026).

- Guhleemann, Kerstin; Georg, Arno; Ketzmerick, Thomas (2022): Handlungsstrategien von Unternehmen und Beschäftigten in Zeiten von Corona. *Arbeit* 31 (1-2): 175–194.
- Hartung, Susanne; Faller, Gudrun (2025): Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. URL: <https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-i042-3.0> (Zugriff: 30. Juni 2025).
- Holst, Hajo; Fessler, Agnes; Niehoff, Steffen (2022): Covid-19, Ungleichheit und (Erwerbs-)Arbeit – zur Relevanz sozialer Klasse in der Pandemie. *Zeitschrift für Soziologie* 51 (1): 41–65.
- Hünefeld, Lena; Meyer, Sophie-Charlotte; Erol, Serife; Ahlers, Elke (2025): Work intensity: identification an analysis of key determinants. *International Journal of Workplace Health Management*, Vol. 18 No. 2, S. 238–258.
- IGBF/Institut für Betrieblich Gesundheitsberatung GmbH (2025): #whatsnext – Gesund arbeiten in der hybriden Arbeitswelt. URL: <https://www.ifbg.eu/studien/whatsnext-2025/> (Zugriff: 26.09.2025).
- Kohlrausch, Bettina; Zucco, Aline (2020): Corona-Krise trifft die Frauen doppelt. Weniger Erwerbseinkommen und mehr Sorgearbeit. *WSI-Policy Brief* Nr. 40, 05/2020.
- Krause, Christoph; Matuschek, Ingo (2023): *Die Praxis ort- und zeitflexiblen Arbeitens*. Study 486. Düsseldorf: Edition Hans-Böckler-Stiftung.
- Overbeck-Gurt, Jochen; Möltner, Hannah; Weigelt, Oliver; Hällfritzsch, Maria; Klim, Peter (2023): Folgen der Covid-19 Pandemie für die Ausgestaltung von Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, *baua: Fokus*. DOI: 10.2.1934/baua:fokus20230901.
- Pfahl, Svenja; Unrau, Eugen; Lott, Yvonne (2026): Stand der Gleichstellung von Frauen und Männern in Deutschland: Fokus Sorgearbeit. *WSI-Report* Nr. 109, Februar 2026.
- RKI (2025): Online-Dossier über die Long-COVID-Studienlage. URL: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/COVID-19/Long-COVID/FAQ_Liste_Gesundheitliche_Langzeitfolgen.html#entry_16871572. (Zugriff: 15.01.2026).
- Rosenbrock, Rolf (1993): *Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt: Der mögliche Beitrag der Krankenkassen zum Paradigmenwechsel betrieblicher Gesundheitspolitik*. Berlin: WZB Discussion Paper, 93–205.
- Schmidt-Howe, Britta; Hammer, Andrea (2019): *Formen von Präventionskultur in deutschen Betrieben*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. DOI: 10.21934/baua:bericht20180703.
- Tisch, Anita; Sommer, Sabine (2022): Betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz. Veränderungen und Bedeutungszuwachs durch die COVID-19-Pandemie? In: Bellmann, Lutz; Matiaske, Wenzel (Hg.): *Sozio-Ökonomik der Corona-Krise*. Jahrbuch Ökonomie und Gesellschaft. Band 33. Marburg: Metropolis Verlag, 226–244.