**Kristin Carls**
**Martin Kuhlmann**
**Barbara Splett**

SOFI Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen

# Betriebliches Gesundheitsmanagement wirksam gestalten

## Ein Analyse- und Gestaltungsmodell

### Kurz und knapp

Angesichts hoher Krankenstände sind Erkenntnisse darüber, wie Betriebe die Arbeitsgesundheit ihrer Beschäftigten erhöhen können, von großer Bedeutung. Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist ein seit vielen Jahren etabliertes Instrument, um dies zu erreichen. In einer Studie wurden auf der Basis von vergleichenden Betriebsfallstudien verschiedene Ausprägungen von BGM analysiert und bewertet. Vorgestellt wird ein Analyse- und Gestaltungsmodell, das die Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung entlang von vier Gestaltungsdimensionen erklärt. Wesentlich für eine wirkungsvolle und nachhaltige Gesundheitsförderung sind: (1) Professionalisierung durch das Bereitstellen von finanziellen, personellen und fachlichen Ressourcen, (2) eine breite Akteursintegration, die unterschiedliche betriebliche und externe Akteure in die Ausgestaltung von BGM-Aktivitäten einbezieht, (3) ein hoher Arbeitsbezug von Maßnahmen, durch den verhältnispräventive Aktivitäten priorisiert werden sowie (4) eine starke Beteiligungsorientierung, die die Beschäftigten und operativen Führungskräfte aktiv einbezieht.

### Betriebliches Gesundheitsmanagement: Stand und Herausforderungen

Angesichts hoher Krankenstände (Schenkel et al. 2024) wird das Thema Gesundheit in der Arbeitswelt in Betrieben und Verwaltungen, in Politik und Gesellschaft verstärkt diskutiert. Auch Fachkräftemangel, demografischer Wandel und Transformationsprozesse der Arbeitswelt führen dazu, dass die Fragen, wie Arbeitsgesundheit verbessert werden kann und welche Rolle betriebliche Maßnahmen hierbei spielen, an Bedeutung gewinnen. Doch was resultiert aus der gestiegenen Aufmerksamkeit für betriebliche Aktivitäten der Gesundheitsförderung?

Verlässliche Zahlen dazu, wie viele Betriebe in Deutschland ihren Beschäftigten Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) anbieten, liegen nur begrenzt vor. Während laut dem IAB-Betriebspanel in 2012 27% der Betriebe in Deutschland BGF-Maßnahmen durchgeführt haben, gaben in den BIBB/BAuA-Beschäftigtenbefragungen 44% der befragten Beschäftigten in 2011/2012 und 47% in 2018 an, dass ihr Betrieb in den letzten zwei Jahren BGF-Angebote gemacht hat (Hollederer 2023: 277f, 285). Bei der Verbreitung bestehen allerdings große Unterschiede vor allem entlang der Betriebsgröße (deutlich weniger BGF-Angebote in Kleinbetrieben) und zwischen Wirtschaftsbereichen. Deutlich mehr BGF-Angebote finden sich im Öffentlichen Dienst gegenüber der Privatwirtschaft, besonders wenig üblich sind sie im Handel und im Handwerk. Außerdem spielen auf Seiten der Beschäftigten verschiedene soziodemografische Merkmale (z. B. Ausbildungsniveau, Geschlecht, Staatsangehörigkeit) eine wichtige Rolle für die Wahrscheinlichkeit eines BGF-Angebots (Hollederer 2007, 2023).
Sowohl bei der Frage ob als auch in welcher Form Gesundheitsförderung in den Betrieben umgesetzt wird, gibt es große Unterschiede, die von der Realisierung vereinzelter BGF-Maßnahmen bis hin zur Entwicklung eines systematischen betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) reichen (IFBG 2025: 14). Auch unsere Befunde aus einem fünfjährigen Forschungsprojekt [1] zum Zusammenhang

[1] Es handelte sich um ein Begleitforschungsprojekt in Kooperation mit und gefördert durch die AOK Niedersachsen mit dem Titel „Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0“, das wir von 2017-2022 am SOFI durchgeführt haben (Carls et al. 2020, 2021, 2023).

von Digitalisierung, Arbeitsgesundheit und BGM zeigen deutlich, wie heterogen betriebliche BGF-Aktivitäten in quantitativer wie auch qualitativer Hinsicht sind. Jenseits dieser Vielfalt zeigt sich zudem, dass die Mehrheit der betrieblichen Gesundheitsaktivitäten in ihrer Reichweite stark begrenzt bleibt, was die inhaltliche Ausgestaltung und die Teilnahme der Beschäftigten daran betrifft.

Zum einen werden unterschiedliche Beschäftigtengruppen sehr ungleich von BGF-Maßnahmen angesprochen und erreicht. So haben etwa Beschäftigte mit Bürotätigkeiten nicht nur andere gesundheitliche Belastungen und Bedarfe als Beschäftigte in der Produktion oder in Dienstleistungsbereichen, sondern oft auch einen leichteren Zugang zu betrieblichen Angeboten – vor allem aufgrund flexiblerer Arbeitsbedingungen und -zeiten sowie alltäglicher Computernutzung, was die Inanspruchnahme zunehmend digitaler Angebote erleichtert (Carls et al. 2020). Nicht selten haben wir in den von uns geführten Interviews die Aussage gehört, dass die angebotenen Maßnahmen „eher etwas für die Angestellten“ seien, „für Leute, die im Büro arbeiten und Zeit für so etwas haben“.

Zum anderen dominieren in den Betrieben nach wie vor verhaltensorientierte Maßnahmen, die am individuellen Gesundheitsverhalten ansetzen (z. B. Stressbewältigung, Fitnesskurse, Ernährung). Verhältnisorientierte Maßnahmen, die auf eine Veränderung belastender Arbeitsbedingungen abzielen (etwa hinsichtlich Arbeitsumgebung und Ergonomie oder Arbeitsorganisation, Zusammenarbeit und Führung) werden hingegen deutlich seltener realisiert (vgl. Meyer 2021, Barthelmes et al. 2019, Blumentritt et al. 2024)[2]. Auch die aktuell im Kontext der Diskussion um Fachkräftemangel und Krankenstände im Fokus stehenden Themen Arbeitgeberattraktivität und Fehlzeitenreduzierung werden auf betrieblicher sowie gesellschaftlicher Ebene stark verhaltensorientiert und individualisiert (Stichwort: „Bettkantenentscheidungen“) diskutiert und bearbeitet, wenn von Betrieben z. B. mit zusätzlichen Gesundheitsboni wie E-Bike oder Fitnessangeboten um Arbeitskräfte geworben wird oder wenn eine verbesserte individuelle Resilienz (von der Rückenfitness bis zum Stressmanagement) als wesentliche Strategie zur Reduktion von Krankenständen gesehen wird, ohne dass betriebliche (und gesellschaftliche) Bedingungen gesundheitsförderlichen Arbeitens und Lebens ausreichend mitgedacht werden.

Aus arbeits- und gesundheitswissenschaftlicher Sicht steht demgegenüber längst außer Frage, dass verhaltens- und verhältnisorientierte Gesundheitsmaßnahmen miteinander verzahnt werden müssen, um eine nachhaltige Gesundheitsförderung zu erreichen (Gläser 2024: 8f., Faller 2017). Verhältnisorientierten Maßnahmen wird angesichts der dadurch ermöglichten Reichweite von Wirkungen und der derzeit noch begrenzten Umsetzung sogar eine besonders hohe Bedeutung zugeschrieben (DGB-Index Gute Arbeit 2023: 17). Um zu verstehen, warum die betriebliche Umsetzung der vielfältig vorhandenen wissenschaftlichen Empfehlungen und Handlungsansätze zur Gestaltung eines wirksamen BGMs oft noch unzureichend ist und sich als problematisch erweist, ist es zentral, auch die betrieblichen Umsetzungs- und Gestaltungsbedingungen genauer zu analysieren.

Leitlinien für das Verständnis gesunder Arbeit und Prinzipien einer wirksamen Gesundheitsförderung sind insbesondere in der Ottawa-Charter der WHO und der Luxemburger Deklaration des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) verankert. Letztere definiert BGF als alle „gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (ENWHP 2014). Dabei werden vor allem der Verfügbarkeit von Fachwissen und finanziellen Ressourcen, der Managementunterstützung, Unternehmenskultur und dem Führungsverhalten sowie den Partizipationsmöglichkeiten der Beschäftigten bei der Maßnahmengestaltung ein hoher Stellenwert als Bedingungsfaktoren für ein wirksames BGF zugeschrieben (Hartung/Faller 2025, Barthelmes et al. 2019: 70, ENWHP 2014).

Ausgehend von diesem weiten Verständnis von Arbeitsgesundheit und Gesundheitsförderung haben wir in unserer Studie gesundheitsbezogene Maßnahmen von Betrieben sowie Aktivitäten und Organisationsformen des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Fallstudien empirisch untersucht. Ausgewählt wurden mittlere und große Betriebe aus verschiedenen Branchen, die mit unterschiedlicher Intensität, Ressourcenausstattung, Systematisierung und Erfahrung Aktivitäten zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten verfolgten.

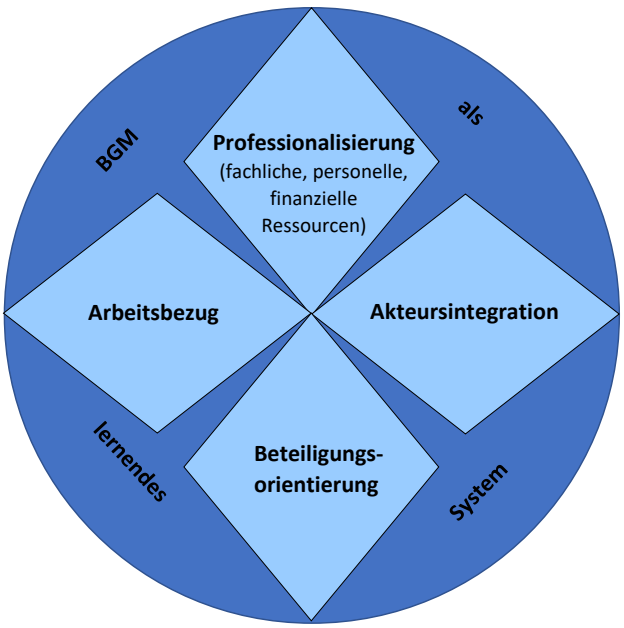
Mit einem Fokus auf dem Charakter der angebotenen Maßnahmen, den Akteuren und den Organisationsformen wurden nicht nur die inhaltliche Ausgestaltung des BGMs und die jeweils unterschiedlichen betrieblichen Akteurs-

[2] Eine stark verhaltensorientierte Fokussierung findet sich teilweise auch in der Forschungsliteratur. So werden z. B. in einer Auswertung des IAB-Betriebspanels nur analytische (Krankenstandauswertungen, Beschäftigtenbefragungen etc.) und verhaltensorientierte BGF-Maßnahmen (Betriebssport, Gesundheitstage, Gesundheitschecks) berücksichtigt, Veränderungen der Arbeitsbedingungen hingegen gar nicht (Bossler/Jung 2014).

konstellationen vergleichend in den Blick genommen. Auf der Basis von Expertengesprächen mit Führungskräften, Betriebsräten sowie BGM/BGF-Expert:innen, Beschäftigteninterviews und Fragebogenerhebungen konnten wir außerdem Einblicke in die Wirkungsweisen von BGM/BGF und deren Beurteilung durch die Beschäftigten gewinnen. Durch die Kombination von qualitativen und quantitativen Daten[3] sowie eine vergleichend-kontextualisierende Auswertungsstrategie im Sinne einer „Realist Evaluation“ (Pawson et al. 2025) ließen sich sowohl verschiedene Ausprägungen des BGMs unterscheiden und typisieren als auch Wirkungszusammenhänge identifizieren.

Verdichtet haben wir zentrale Ergebnisse unserer Studie in einem Analysemodell (vgl. Abb. 1), das die vier Dimensionen Professionalisierung, Akteursintegration, Arbeitsbezug und Beteiligungsorientierung als zentrale Gestaltungsfelder eines wirksamen BGMs betont. Entlang dieser

**Abb. 1: Analysemodell - Gestaltungsdimensionen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements**




Quelle: Eigene Darstellung

vier Aspekte ließen sich nicht nur Unterschiede in den Ausprägungen des BGMs in unseren Untersuchungsbetrieben systematisieren; sie sind zugleich geeignet, die Wirksamkeit sowie Defizite verschiedener Ausprägungen betrieblichen Gesundheitshandelns differenziert sichtbar zu machen. In ihrem Zusammenwirken und aufgrund von Wechselwirkungen sind die vier von uns unterschiedenen Dimensionen zudem Grundlage dafür, dass das BGM als ein lernendes System fungieren kann, in dem Aktivitäten und einzelne Maßnahmen kontinuierlich reflektiert und weiterentwickelt werden.

## Professionalisierung

Aus einer ressourcenorientierten Perspektive beinhaltet die Dimension der Professionalisierung mehrere Teilaspekte. Im Kern geht es um die finanzielle, personelle und fachliche Ressourcenausstattung des BGM. Ausdruck von Professionalisierung ist außerdem die Etablierung und Formalisierung von Steuerungsgremien und Arbeitskreisen. Betriebe unterscheiden sich nicht nur im Volumen von intern verfügbaren und extern genutzten (z. B. von Krankenkassen bereitgestellten) finanziellen und personellen Ressourcen. Auch der Grad der fachlichen Professionalisierung und der Formalisierung von Gremien ist sehr verschieden. In der Mehrzahl der von uns untersuchten Betriebe litt das BGM an unzureichender Ressourcenausstattung. Dies betrifft nicht nur die geringe Verfügbarkeit finanzieller Mittel[4], sondern umfasst zudem personelle und fachliche Ressourcen. Insbesondere in kleinen bis mittelgroßen Betrieben wird die BGM-Funktion oft als Zusatzaufgabe von Mitarbeiter:innen der Personalabteilung übernommen, die neben ihren eigentlichen Personalaufgaben nur über geringe zeitliche Möglichkeiten und sehr begrenztes fachliches BGM-Wissen hinsichtlich der Maßnahmen- und Prozessgestaltung verfügen. Häufig führt dies im Arbeitsalltag dazu, dass BGF-Maßnahmen – soweit sie überhaupt vorhanden sind – eher administriert und bei externen Anbietern gebucht, als aktiv gestaltet werden. Das folgende Zitat aus einem größeren Industriebetrieb bringt das Ressourcenproblem deutlich zum Ausdruck und verweist außerdem auf den Zusammenhang von Ressourcenausstattung und notwendiger strategischer Aufmerksamkeit der Geschäftsleitung für BGM-Themen:

> *„Wir sind in der Personalabteilung, finde ich jedenfalls, sehr, sehr sportlich schmal aufgestellt. […] Ich wünsche mir was anderes, muss ich sagen. Das kommt aber auch von der Struktur, […] dass aus der*

[3] Im Wesentlichen fußt das Analysemodell auf den Auswertungen der Fallstudien des oben genannten Forschungsprojekts „Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0“. Dabei wurden in einem Mixed-Method-Ansatz beobachtungsbasierte Arbeitsanalysen, Beschäftigteninterviews, Expertengespräche sowie Beschäftigtenbefragungen kombiniert. Entsprechend umfassende Fallstudien wurden in 11 Betrieben aus Möbel-, Elektro-, Nahrungsmittelindustrie sowie Fahrzeugbau, Logistik, Einzelhandel und stationärer Krankenversorgung realisiert. Ergänzend sind außerdem Erkenntnisse und weitere Betriebsfälle aus den Projekten „BEM-intensiv“ (2020-2023) und „Betriebliche Gesundheitspolitik zur Pandemiebewältigung“ (2023-2026) einbezogen worden.

[4] Das IFBG belegt diese Ressourcenknappheit in seiner aktuellen #whatsnext-Studie mit konkreten Zahlen: Demnach stehen in 49% der dafür befragten 1.529 Betriebe gar keine Ressourcen oder weniger als 10.000€ pro Jahr für BGM-Maßnahmen zur Verfügung (IFBG 2025).

*Vergangenheit halt Wert auf Produktion gelegt worden ist und in der Personalabteilung mehr auf Abrechnung und Zeitwirtschaft. Diese ganzen anderen Themen [kamen] erst vor sieben, acht Jahren [dazu], als [der Juniorchef] von seinem Vater das übernommen hat, [weil] er mehr die Notwendigkeit sieht [...]. Wir versuchen jetzt [...] das Personalwesen nach und nach so umzustrukturieren, auch personell, dass alle Themen so bearbeitet werden können, wie es eigentlich müsste." (Personalleiter, Großbetrieb)*

Meistens verfügen Großbetriebe im Vergleich zu mittelgroßen Betrieben jedoch sowohl über eine bessere fachliche, personelle und finanzielle Ressourcenausstattung als auch über eigenständige Gremien und institutionalisierte Formen der betrieblichen Zusammenarbeit im Bereich des BGMs. Die BGM-Position ist hier häufiger mit ausgebildeten Gesundheitsmanager:innen besetzt, die strukturiert und methodisch (z. B. auf Basis systematischer Krankenstanderfassung und Analysen von Gesundheitsberichten der Krankenkassen) versuchen, gesundheitsförderliche Maßnahmen zu entwickeln und anzubieten, strategische Kooperationen zu fördern und die interne und/oder externe Finanzierung von BGF-Aktivitäten zu organisieren. Dennoch sind selbst in Großbetrieben die bereitgestellten finanziellen und personellen Ressourcen begrenzt und nicht immer gesichert. Zudem haben wir gerade in größeren Betrieben Fälle angetroffen, in denen BGF-Maßnahmen eher als betriebliche Sozialleistung des Arbeitgebers gesehen und vom Personalbereich in Zusammenarbeit mit externen Anbietern lediglich verwaltet wurden. Ein Beispiel für unzureichende Ressourcen liefert das folgende Zitat aus einem Logistikunternehmen, das außerdem den instabilen, umkämpften Charakter von Gesundheitsbudgets verdeutlicht:

*„Ja, aber das ist eben typisch in der Logistik. Man hat einen großen Bedarf hier, aber wenig Ressourcen dafür. [...] Normalerweise funktioniert BGM ja so, dass es ein Gesamtbudget gibt, das ganze Unternehmen packt da Geld rein und dadurch macht man Projekte. Da hat man gemerkt, dass wenn wir ein Gesamtbudget hier haben, ist es das erste, was gekürzt wird." (BGM-Verantwortlicher, Logistikunternehmen)*

## Akteursintegration

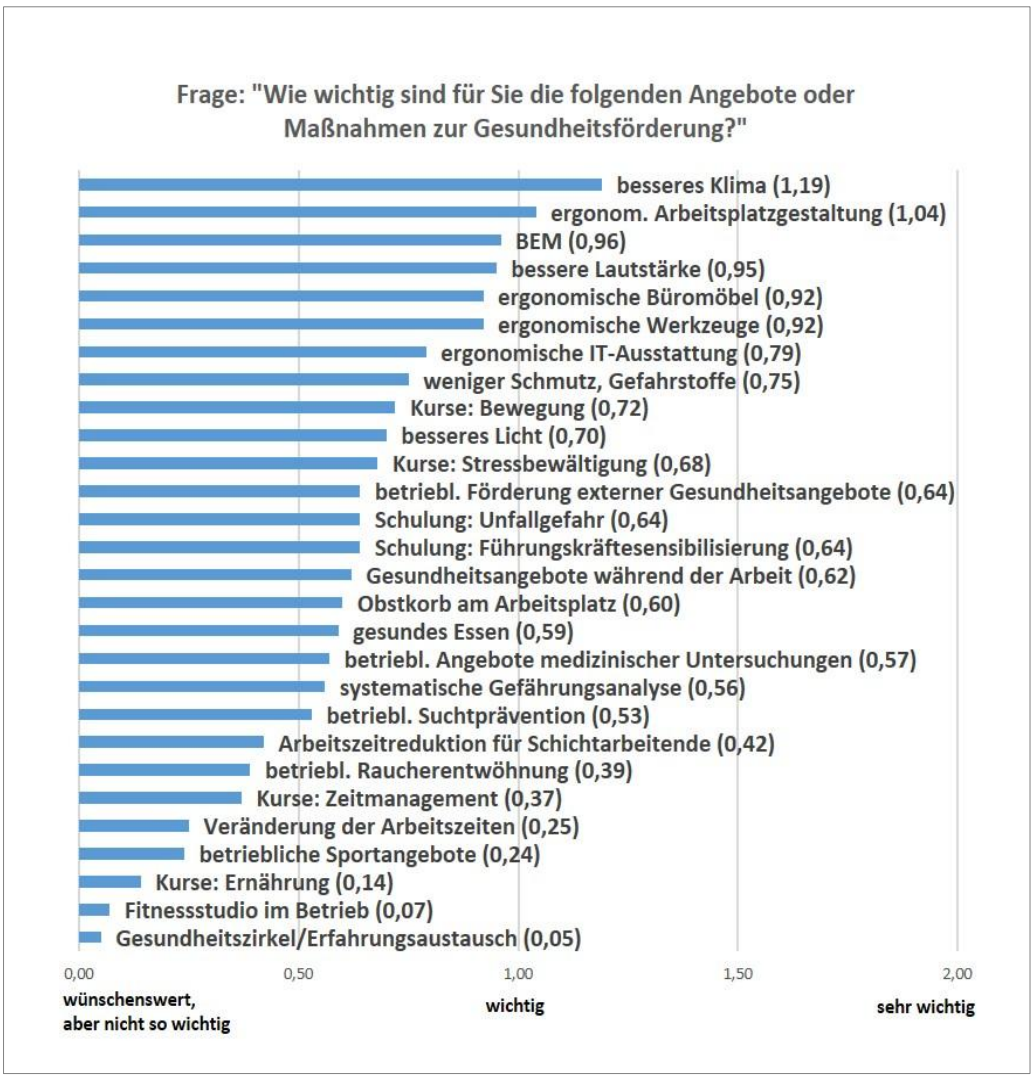
Die Dimension der Akteursintegration bezieht sich darauf, wie stark unterschiedliche betriebliche Akteure aus verschiedenen Funktionsbereichen in das BGM und die Planung, Gestaltung und Ausführung von BGF-Aktivitäten eingebunden werden und wie die Kooperationsbeziehungen zwischen ihnen gestaltet sind. Die Art und Weise wie Führungskräfte (operativ zuständige Führungskräfte, Bereichsleitungen bis hin zur Geschäftsführung), Betriebsärzte, Arbeitsschutz, Betriebs-/Personalräte und ggf. weitere Akteure und Funktionsbereiche (z. B. planende Bereiche), die für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit relevant sind, zusammenwirken, beeinflusst nicht nur die Ausgestaltung von Maßnahmen. Sie ist außerdem ausschlaggebend dafür, welches Gewicht Gesundheitsthemen in betrieblichen Gestaltungsprozessen eingeräumt und mit welcher Prioritätensetzung BGM praktiziert wird.

In den meisten unserer Untersuchungsfälle sind die BGM-Verantwortlichen im Personalbereich verortet, von wo aus sie nur über geringen Einfluss auf betrieblich-operative Prozesse verfügen. Dementsprechend ist es schwierig, alleine aus dieser Position heraus auf die Organisation und die Arbeitsgestaltung einzuwirken. Breit gestreute und gut integrierte Kooperationsbeziehungen sind deshalb gerade für im HR-Bereich verortete BGM-Verantwortliche notwendig, um eine strukturell schwache betriebliche Einflussposition zu überwinden und die eigene Gestaltungsmacht zu erhöhen. Faktisch agiert die Mehrheit der von uns beforschten BGM-Verantwortlichen allerdings betrieblich eher isoliert, als Einzelkämpfer:innen und ohne hinreichende Vernetzung mit anderen betrieblichen Akteuren. Neben unzureichenden Ressourcen ist die begrenzte innerbetriebliche Gestaltungsmacht ein weiterer Grund dafür, dass sich BGM in einigen der von uns untersuchten Betrieben mitunter auf die Administration begrenzt verfügbarer Mittel beschränkt.

Ein positives Beispiel dafür, wie die Gestaltungsfähigkeit des BGMs durch eine breite Integration relevanter Akteure gestärkt werden kann, liefert eines der Logistikunternehmen in unserem Sample. Der bereits zitierte, einschlägig qualifizierte Gesundheitsmanager dieses Unternehmens hat sehr gezielt die Arbeitsprozessakteure (insbesondere die operative Führungsebene aus dem bislang vernachlässigten gewerblichen Bereich sowie den Betriebsrat) stärker in die betrieblichen Gesundheitsmanagementprozesse (z. B. Steuerkreis) einbezogen. Gleichzeitig setzt er gegenüber dem oberen Management kennzahlenorientierte Argumentationsstrategien ein und nutzt neben Daten zu Krankenständen auch Ausfallkosten, um die Aufmerksamkeit und Unterstützung für notwendige BGF-Aktivitäten auf Seiten der Geschäftsführung zu erhöhen. Zusätzlich werden externe Unterstützungsmöglichkeiten genutzt, indem z. B. Mittel für die Umsetzung von BGM-Maßnahmen von Krankenkassen eingeworben und oder externe Berater:innen beim Ausbau systematischer betrieblicher BGM-Prozesse einbezogen werden. Die gezielte querfunktionale innerbetriebliche Vernetzung, die daraus entstehenden Interessen-

koalitionen mit betrieblichen Führungskräften sowie die Einbindung externer Ressourcen und Akteure waren in diesem Untersuchungsfall wichtige Schritte, um das BGM als Aktivität im Betrieb besser zu positionieren, größere Aufmerksamkeit dafür zu generieren und auch die betriebliche Handlungsbereitschaft in Bezug auf konkrete Gesundheitsprobleme in den Arbeitsprozessen zu stärken. Dieses Beispiel macht zudem den Zusammenhang von fachlichen Ressourcen wie dem Wissen um Strategien der Koalitionsbildung, die Fähigkeit zu strategischem Einsatz von Managementmethoden oder entsprechende kommunikative Fähigkeiten mit dem Aufbau integrierter Akteursbeziehungen und der Stärkung der betrieblichen Einflussposition des BGMs deutlich.

**Abb. 2: Rangfolge der Wichtigkeit von BGF-Maßnahmen**
Mittelwerte; die Skalenwerte -2: „bringt nicht viel“, -1: „weniger wichtig“ sind ausgeblendet.




Quelle: Beschäftigtenbefragung „Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0“ (vgl. Carls et al. 2020).

## Arbeitsbezug

Der Arbeitsbezug des BGMs beschreibt die Nähe bzw. Ferne betrieblicher Gesundheitsaktivitäten von der Arbeitsprozessebene sowie die inhaltliche Ausgestaltung von BGF-Maßnahmen. In dieser Dimension geht es darum, inwiefern das BGM an der Arbeit selbst und an den Arbeitsbedingungen ansetzt – von den Arbeitstätigkeiten, Anforderungen, Handlungsspielräumen und Umgebungsbedingungen bis hin zu Teamstrukturen und Praktiken im Bereich der Führung.

Unsere Fallstudien bestätigen den Befund vorliegender Breitenerhebungen (Hollederer 2023, DGB-Index Gute Arbeit 2023), dass verhaltensorientierte Maßnahmen im Portfolio betrieblicher BGF-Angebote deutlich stärker vertreten sind als auf den Arbeitsprozess bezogene, verhältnisorientierte Aktivitäten. In unseren Untersuchungsbetrieben zeigte sich allerdings, dass verhaltensorientierte Angebote wie z. B. Kurse oft nur von einer Minderheit der Beschäftigten angenommen werden. Gründe dafür liegen nicht nur in arbeitskulturellen Prägungen und biografischen Vorerfahrungen, die gerade in gewerblichen Tätigkeitsbereichen und bei einfachen Tätigkeiten dazu führen, dass Kursangebote wenig beliebt sind. Eine wichtige Rolle für die geringe Beteiligung an arbeitsfernen, verhaltensorientierten Maßnahmen spielen außerdem organisatorische Rahmenbedingungen, vor allem hinsichtlich inkompatibler Arbeits- und Kurszeiten sowie ungleich verteilter Möglichkeiten, im Arbeitsalltag Zeit für die Teilnahme an Gesundheitsmaßnahmen einzuplanen. Die Wichtigkeit von BGF-Maßnahmen wird von den Beschäftigten insofern überaus differenziert beurteilt. Dabei zeigt sich ein klares Profil entlang verschiedener

Typen von Angeboten. In unserer quantitativen Beschäftigtenbefragung wurden solche BGF-Maßnahmen als am wichtigsten erachtet, die sich auf die Arbeitsumgebung, auf Raumklima und Lärm, ergonomische Arbeitsgestaltung oder Wiedereingliederungsmöglichkeiten beziehen (vgl. Abb. 2). Verhaltensorientierte Angebote wurden demgegenüber als weniger wichtig eingeschätzt, wobei es jedoch Unterschiede gibt. Während externe Sportangebote sowie Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Stressbewältigung oder Führungskräftesensibilisierung durchaus als wichtig gesehen wurden, landeten Ernährungskurse sowie betriebliche Sportangebote weit unten in der Rangfolge von BGF-Maßnahmen. Verhaltensorientierte Angebote werden also nicht grundsätzlich abgelehnt, aber die befragten Beschäftigten messen solchen Verhaltensmaßnahmen größere Relevanz bei, die sich auf den Umgang mit arbeitsbezogenen Belastungen beziehen und sehen den Betrieb nur sehr begrenzt als Raum für individuelle gesundheitsbezogene Aktivitäten wie Fitness und Sport, denen sie lieber außerhalb des Betriebes nachgehen.

Insgesamt wird die Gestaltung der eigenen Arbeit und der Arbeitsbedingungen als wichtigster Hebel zur Reduktion erlebter Belastungen angesehen. Zeitdruck, Zwang zur Konzentration, geringe Personalbesetzung, Arbeitsumgebungsbedingungen, Unterbrechungen bei der Arbeit und störanfällige Geräte stellen die größten Belastungsquellen dar (Carls et al. 2021). Eine primär verhaltensorientierte Ausrichtung betrieblicher Gesundheitspolitik wird diesen multiplen arbeitsbezogenen Belastungsfaktoren nicht gerecht und lässt die Beschäftigten mit deren Bewältigung allein – mit negativen Effekten sowohl für die Arbeitsgesundheit als auch die Leistungsfähigkeit. Um Gesundheitsbelastungen effektiv anzugehen und darüber hinaus Teilnahme- und Handlungsbereitschaft bei den Beschäftigten zu stärken, ist stattdessen eine gleichermaßen an den Anforderungen der Arbeit(sprozesse), den betrieblichen Rahmenbedingungen sowie den individuellen Merkmalen und Lebensgewohnheiten der Beschäftigten orientierte Kombination von Verhaltens- und Verhältnismaßnahmen wichtig. Idealerweise sollten verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen integriert, aufeinander bezogen und in Form von teambasierten Angeboten organisiert werden.

## Beteiligungsorientierung

Ein zentrales Mittel zur Herstellung eines stärkeren Arbeitsbezugs von BGF-Aktivitäten liegt darin, Beschäftigte sowie operative Vorgesetzte in die Auswahl und Ausgestaltung von Maßnahmen aktiv einzubeziehen und hierbei von den konkreten Anforderungen und Problemlagen der jeweiligen Tätigkeitsbereiche auszugehen. Dies erhöht in der Regel nicht nur die Bereitschaft der Beschäftigten sich beim Thema Arbeitsgesundheit zu engagieren, es stärkt zugleich die Einflussmöglichkeiten der operativen Bereiche und verbessert außerdem die Passgenauigkeit von BGF-Angeboten. In unseren Untersuchungsfällen haben wir durchaus Beispiele für intensive Beteiligung der Beschäftigten oder sogar Bottom-up-Initiativen vorgefunden, etwa in Form von Beschäftigteninitiativen für eine verbesserte Arbeitszeitplanung oder eine ergonomischere Arbeitsplatzgestaltung sowie erweiterte Mitgestaltungsspielräume bei der Einführung neuer Technologien. Von den Betrieben werden derartige Initiativen und daraus resultierende konkrete Gestaltungsvorschläge aber nicht in allen Fällen aufgegriffen. Oft wird in den von uns untersuchten Betrieben nach wie vor top-down sowie prozessfern geplant und entschieden – nicht nur bei der Gestaltung der Arbeitsprozesse, sondern auch im BGM. BGF-Maßnahmen werden in erheblichem Umfang als standardisierte, oft externe und an die betrieblichen Bedingungen wenig angepasste Angebote bereitgestellt und ohne gezielte Klärung der Teilnahmemöglichkeiten, Handlungsbedarfe und Prioritäten der Beschäftigten umgesetzt. Neben dem geringen Arbeitsbezug sind unzureichende Beteiligungsmöglichkeiten daher ein weiterer Grund dafür, dass Beschäftigte die vorhandenen Angebote zu wenig wahrnehmen oder auf „gut gemeinte“ Gesundheitsinitiativen des Betriebs mitunter sogar ablehnend reagieren.

Ein Positivbeispiel für Beteiligungsorientierung haben wir in teambasierten Mitgestaltungsmöglichkeiten im Produktionsbereich eines mittelständischen Möbelherstellers angetroffen. In den dortigen regelmäßigen, kaskadenförmigen Team- und Produktionsbesprechungen gibt es nicht nur Raum für unmittelbar produktionsbezogene Informationen und Kennzahlen, sondern ebenso für Prozess- und Zusammenarbeitsthemen, die für die Arbeitsgesundheit der Beschäftigten relevant sind. Beschäftigte werden zudem in die Planung und Ausgestaltung von neuen Produktionsanlagen einbezogen. Gesundheitsförderung wird in diesem Untersuchungsfall nicht nur stark arbeitsbezogen betrieben, sie basiert außerdem auf einer hierarchie- und funktionsübergreifenden Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und Funktionsbereiche. Garant und Kümmerer für die Beteiligung der Beschäftigten sowie die Umsetzung von Maßnahmen ist dabei nicht ein professioneller BGM-Experte, sondern ein beim Thema Arbeitsgesundheit engagierter Betriebsratsvorsitzender, der in Planungen eingebunden ist, im engen, ständigen Austausch mit den Beschäftigten und Führungskräften vor Ort steht und auf dieser Grundlage für die

Geschäftsführung ein wichtiger Ansprechpartner ist. Zugleich haben die aktive Mitwirkung der Beschäftigten bei der Ausgestaltung der Arbeitsprozesse und -abläufe, die Vermeidung von Arbeitsbelastungen und die Förderung gesundheitsverträglicher Arbeitsbedingungen auch bei den Führungskräften in der Produktion und bei der Geschäftsführung einen hohen Stellenwert.

Derart systematische und weitreichende Mitgestaltungsmöglichkeiten sind in unserer Untersuchung allerdings die Ausnahme. Häufiger haben wir fragmentierte Beteiligungsprozesse angetroffen, bei denen allenfalls ausgewählte Beschäftigte in Arbeitsgestaltungsprozesse oder die Planung von BGM-Aktivitäten einbezogen wurden – und selbst dies meist nur sporadisch, punktuell und ohne gezielte Nutzung der eingeholten Anregungen.

## Fazit

Professionalisierung, Akteursintegration, Arbeitsbezug und Beteiligungsorientierung sind unseren Analysen zufolge vier zentrale Dimensionen der Gestaltung eines wirksamen BGMs. Einerseits stellen sie eigenständige Gestaltungsfelder betrieblicher Gesundheitsaktivitäten dar, in denen wir in unserem Untersuchungssample recht unterschiedliche Ausprägungen vorgefunden haben. Andererseits gibt es zwischen ihnen aber auch Wechselwirkungen wie insbesondere bei der gegenseitigen Verstärkung von Beteiligungsorientierung und Arbeitsbezug. Angetroffen haben wir außerdem Fälle, in denen zwar vergleichsweise gute personelle und finanzielle Ressourcen bereitgestellt wurden und Gremien formalisiert waren (Professionalisierung), der Arbeitsbezug, die Akteursintegration oder die Beteiligungsorientierung aber dennoch eher schwach ausgeprägt waren.

In Betrieben, in denen BGM in allen vier Dimensionen vorangetrieben wird, steigt unseren Befunden zufolge die Wahrscheinlichkeit, dass betriebliche Gesundheitsaktivitäten aufgrund von Wechselwirkungen zu einem lernenden BGM-System im Sinne reflektierter, dynamischer Anpassungs- und Weiterentwicklungsprozesse werden. Besonders wichtig für Reflexivität und Weiterentwicklungspotentiale sind Beteiligungsmöglichkeiten und eine breite Akteursintegration, die ihrerseits zugleich eine Voraussetzung für gesicherte Mitgestaltung durch die Arbeitsplatzakteure und die hierdurch ermöglichte kontinuierliche Anpassung von BGM-Aktivitäten an spezifische Gestaltungsbedarfe des jeweiligen Betriebes, bestimmte Tätigkeitsbereiche oder Beschäftigtengruppen ist. Ein beteiligungsorientiertes, arbeitsbezogenes BGM basiert insofern nicht nur auf einer entsprechenden Ressourcenausstattung, sondern benötigt auch gut vernetzte und integrierte (Gesundheits-)Akteure. Professionalisierung im Sinne einer – in der BGM-Literatur oft fokussierten – Systematisierung und Formalisierung von BGM-Gremien und Prozessen allein ist unseren Analysen zufolge noch keine hinreichende – und nicht einmal zwingend notwendige – Bedingung für die Entwicklung eines wirksamen BGMs, das Arbeitsgesundheit nachhaltig fördert und Ursachen für Belastungen im Arbeitsleben reduziert.

Am deutlichsten wird dies in unserem Sample an dem geschilderten Beispiel aus der Möbelindustrie. Formelle BGM-Strukturen wie Steuerkreise oder freigestellte BGM-Verantwortliche waren zwar in Ansätzen vorhanden, spielten für die Wirksamkeit der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeit aber eine geringe Rolle. Viel entscheidender waren in diesem Betrieb Alltagspraktiken einer integrierten und hierarchieübergreifenden Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Funktionsbereichen und der starke Fokus auf Beteiligung und Arbeitsbezug. Teamarbeitsstrukturen in der Produktion und die starke Einbindung von Beschäftigten und operativen Führungskräften in Planungsprozesse haben nicht nur die Mitgestaltungsmöglichkeiten erhöht, sondern zugleich einen engeren Arbeitsbezug von gesundheitsbezogenen Aktivitäten sichergestellt. Auch in diesem Fall war die Unterstützung der Geschäftsführung wichtig. Eine weniger stark ausgeprägte Professionalisierung (eingeschränkte personelle und fachliche Ressourcen) wurde durch das Engagement und die Durchsetzungskraft eines Betriebsratsvorsitzenden und gezielte Inanspruchnahme externer Ressourcen kompensiert.

Mehrheitlich zeigen sich in unseren Untersuchungsfällen allerdings erhebliche Defizite in allen vier Gestaltungsdimensionen von BGM. Zu häufig ist das betriebliche Gesundheitshandeln durch unzureichende Ressourcen, eine geringe Akteursintegration und Beschäftigtenbeteiligung sowie einen geringen Arbeitsbezug bei starker Dominanz verhaltensorientierter, standardisierter Maßnahmen geprägt. Eine wichtige Ursache hierfür ist in den jeweiligen arbeitspolitischen Rahmenbedingungen zu sehen: den im Betrieb dominanten arbeitspolitischen Orientierungen und Prioritätensetzungen, der daraus resultierenden geringen Managementunterstützung für gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Gesundheitsthemen insgesamt sowie den geringen Einflussmöglichkeiten der gesundheitsbezogenen Akteure.

Gerade der häufig anzutreffende Sachverhalt, dass BGM als zusätzliche Aufgabe den oft schlecht mit Ressourcen ausgestatteten und innerbetrieblich weniger durchsetzungsfähigen Personalbereichen zugeordnet wird, führt nicht selten dazu, dass der Arbeitsbezug im BGM eher

schwach ist und die Mitgestaltungsmöglichkeiten der Beschäftigten und operativen Führungskräfte bei der Planung und Ausgestaltung von BGF-Aktivitäten gering ausfallen. Auch aus diesem Grund sind die Möglichkeiten der BGM-Verantwortlichen und Beschäftigten, Einfluss auf betriebliche Prozesse zu nehmen sowie Ressourcen für eine arbeitsbezogene Gesundheitsförderung zu mobilisieren, in etlichen Fällen stark begrenzt. Die vielfach vorherrschende Orientierung auf verhaltensbezogene, standardisierte und extern einkaufbare BGF-Maßnahmen erklärt sich unseres Erachtens ebenfalls hieraus. Sie sind für BGM-Verantwortliche nicht nur sehr viel einfacher zu administrieren, leichter skalierbar und (kostentechnisch) besser planbar als verhältnisbezogene Aktivitäten. Verhaltensbezogene Maßnahmen sind innerbetrieblich außerdem einfacher durchzusetzen. Die Dominanz dieser Angebote ist somit auch Ausdruck der innerbetrieblich oft schwachen Position des BGMs. Die gesundheitsförderlichen, Fehlzeiten reduzierenden und die Leistungsfähigkeiten der Beschäftigten erhöhenden Potentiale eines BGMs, das auf Beteiligung, Arbeitsbezug und die Einbindung der verschiedenen betrieblichen Akteure setzt, werden hierdurch jedoch zu wenig realisiert.

## Literatur


Barthelmes, I.; Bödeker, W.; Sörensen, J.; Kleinlercher, K-M.; Odoy, J. (2019): Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018. iga.Report 40, Dresden: iga.

Blumentritt, S.; Luig, T.; Enklaar, A.; Englert, H. (2024): Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) im Laufe der Zeit. Ein Literatur-Review zu evaluierten Interventionen (2000-2020). In: Prävention und Gesundheitsförderung, (19)1, S. 16–21.

Bossler, M.; Jung, S. (2014): Gesundheitsförderung. Viele Betriebe haben die Zeichen der Zeit erkannt. IAB Forum 2/2014, S. 56–61.

Carls, K.; Gehrken, H.; Kuhlmann, M.; Thamm, L. (2020): Digitalisierung – Arbeit – Gesundheit. Zwischenergebnisse aus dem Projekt Arbeit und Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0. SOFI-Arbeitspapier 19, Göttingen.

Carls, K.; Gehrken, H.; Kuhlmann, M.; Thamm, L.; Splett, B. (2021): Digitalisierung, Arbeit und Gesundheit – Arbeitsbelastungen im Wandel? In: Buss, K.-P.; Kuhlmann, M.; Weißmann, M.; Wolf, H.; Apitzsch, B. (Hrsg.): Digitalisierung und Arbeit. Triebkräfte – Arbeitsfolgen – Regulierung. Frankfurt/New York: Campus, S. 235–272.

Carls, K.; Gehrken, H.; Kuhlmann, M.; Thamm, L.; Splett, B. (2023): Digitalisierung aus Beschäftigtensicht. Fehlende Mitgestaltung, belastender Zusatzaufwand, mangelnde Wertschätzung. In: WSI-Mitteilungen, 76(2), S. 83–92.

DGB-Index Gute Arbeit (2023): Gesunde Arbeit? Betriebliche Prävention aus Sicht der Beschäftigten. Report 2023, Berlin: Institut DGB-Index Gute Arbeit.

ENWHP (2014): Die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. https://www.dnbgf.de/fileadmin/user_upload/Materialien/2023/Luxemburger_Deklaration_2023_neu.pdf (Stand: 26.09.2025).

Faller, G. (Hrsg.) (2017): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe.

Gläser, K. (2024): Nachhaltigkeit und Betriebliches Gesundheitsmanagement. iga.Wegweiser, Berlin.

Hartung, S.; Faller, G. (2025): Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i042-2.0 (Stand: 26.09.2025).

Hollederer, A. (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland. Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004. Gesundheitswesen, 69(2), S. 63–76.

Hollederer, A. (2023): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland für alle? In: Gesundheitswesen, 85(4): S. 277–288.

Institut für Betrieblich Gesundheitsberatung GmbH (IFBG) (2025): #whatsnext – Gesund arbeiten in der hybriden Arbeitswelt. https://www.ifbg.eu/studien/whatsnext-2025/ (Stand: 26.09.2025).

Meyer, B. (2021): Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Tiemann, M., Mohokum, M. (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin: Springer, S. 679–682.

Pawson R.; Greenhalgh, T.; Harvey, G.; Walshe, K. (2005): Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. In: Journal of Health Services Research & Policy, 10(Suppl. 1), S. 21–34.

Schenkel A.; Krist, K.; Meyer, M.; Baumgardt, J. (2024): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2023. In: Badura, B.; Ducki, A.; Baumgardt, J.; Meyer, M.; Schröder, H. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2024. Bindung und Gesundheit – Fachkräfte gewinnen und halten. Berlin: Springer, S. 339–425.


## Autor:innen


Dr. Kristin Carls und Dr. Barbara Splett sind Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen am SOFI. Mit Dr. Martin Kuhlmann (Direktor des SOFI) forschen sie seit einigen Jahren zu den Themen Arbeit & Gesundheit, Betriebliches Gesundheitsmanagement und betriebliche Arbeits- und Gesundheitspolitik.


## Impressum


© Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen (SOFI) e.V. an der Georg-August-Universität



Stand: November 2025





Niedersächsisches Ministerium für Wissenschaft und Kultur

COVID-19 FORSCHUNGSNETZWERK NIEDERSACHSEN