

Beitrag Nr. 69, 2026

## Zehn Jahre Präventionsgesetz – wie sollte der Gesetzgeber nachsteuern?

**Prof. Dr. Raimund Geene** (Professor für Gesundheitsförderung und Prävention an der Alice Salomon Hochschule Berlin, Sprecher des Direktoriums der Berlin School of Public Health.)

Veröffentlichung: Bochum, den 14.09.2026

Veröffentlichung auf: [www.gesundheitsrecht.blog/praeventionsgesetz](http://www.gesundheitsrecht.blog/praeventionsgesetz)

Bibliothekslink: <https://doi.org/10.13154/294-14795>

ISSN: [2940-3170](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:294-14795)

Empfohlene Zitierweise: *Geene*, Gesundheitsrecht.blog Nr. 69, 2026, S.

Kurzzusammenfassung: Vor 10 Jahren ist das Präventionsgesetz in Kraft getreten, doch die Forderung nach weiterer Stärkung des Handlungsfeldes der Gesundheitsförderung und Prävention ist fester Bestandteil aller politischen und fachlichen Stellungnahmen im Gesundheitswesen. Doch was hat sich bewährt, was befindet sich noch in der Entwicklung, was sollte jetzt schon geändert werden?



Dieser Aufsatz ist lizenziert unter den CreativeCommon-Bedingungen CC BY 4.0.  
(abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>)

## **I. Zehn Jahre Präventionsgesetz**

Zum 1.1.2016 trat das Präventionsgesetz auch finanzwirksam mit den Richtwerten und Mindestausgaben gemäß § 20 Abs. 6 SGB V in Kraft. Die Gremien wurden schnell gebildet, auch Verausgabung und Finanzabfluss gelangen zügig und wurden durch die Krankenkassen – bis zur Einschränkung in den Corona-Jahren 2020 und 2021 – kontinuierlich aufgebaut.

Das PräVG zielte insgesamt darauf ab, Gesundheitsförderung und Prävention finanziell, strukturell und qualitativ zu stärken, sowie die Koordination und Kooperation der Akteure zu verbessern. Die Ausrichtung des Gesetzes auf gesundheitsförderliche Lebenswelten (Verhältnisprävention über den Setting-Ansatz) und auf die stärkere Zusammenarbeit und Bündelung aller Präventionsakteure stößt bis heute auf breite Zustimmung über alle Expert\*innen und Berufsgruppen hinweg. Die Implementierung verläuft jedoch bislang unbefriedigend, Kritik bezieht sich v. a. auf die Umsetzung des Kernziels des Gesetzes.

Der Erhalt und die Förderung der Gesundheit sind essenzieller Bestandteil der staatlichen Daseinsfürsorge. Für eine umfassende Gesundheitsförderung und Prävention – im Sinne des *Health in and for All Policies*-Ansatzes (HifAP) – ist die Einbeziehung aller gesellschaftlichen Akteure notwendig.

Das PräVG verpflichtet ausschließlich die Sozialversicherungsträger zur Etablierung von Bundes- und Landesstrukturen (Nationale Präventionskonferenz (NPK), Bundesrahmenempfehlungen, Landesrahmenvereinbarungen) und nur die Gesetzliche Krankenversicherung und Pflegekassen zur Erbringung vorgegebener finanzieller Leistungen. Andere Akteure sieht das Gesetz allenfalls in beratender Funktion vor (NPK sowie Präventionsforum). Durch den Gestaltungsauftrag an die Sozialversicherungsträger, insbesondere die GKV, wird das System der Gesundheitsförderung und Prävention in seiner Breite (kommunale Träger, zivilgesellschaftliche Akteure) eher eingeführt. Sie entscheiden im Sinne des § 20 SGB V über die Ausrichtung. Eine gemeinsame Koordinierung oder gar bedarfsorientierte Steuerung findet nur ungenügend statt. Auch auf Landesebene wurden im Zuge der Landesrahmenvereinbarungen kaum Beteiligungsstrukturen geschaffen, die ein Zusammenarbeiten auf Augenhöhe erlauben.

Auch sind die bundesweiten Gesundheitsziele nicht ausreichend einbezogen, obwohl diese im Gesetz - außer dem noch zu ergänzenden Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ - explizit als rahmende Elemente gelistet sind.

Die vom Bundessozialgericht 2021 gestoppte Bündelung der Finanzmittel im Sinne eines „Nationalen Zentrums für Gesundheitsförderung und Prävention“ bei der damaligen BZgA wurde in Form eines „GKV-Bündnisses für Gesundheit“ fortgeführt und 2023 durch Gesetzesänderung des

§ 20a Abs. 3 bis 8 SGB V neu geregelt. Mittel des GKV-Bündnisses werden nun seit 2024 über neu gegründete Landesarbeitsgemeinschaften (ARGE) eigenständig und kassenartenübergreifend gesteuert. Auf der Ebene der Länder und Kommunen gibt es jedoch bislang – anders als in der bundesweiten Bündelung über jährliche Präventionsbericht der Krankenkassen – keine Ausgabenübersichten.

## **II. Novellierung des Präventionsgesetzes**

Folgende Aspekte sollten in einer Novellierung des Präventionsgesetzes berücksichtigt werden:

- Aktivitäten in Lebenswelten im Rahmen der §§ 20a und 20b SGB V sollten nicht nur über Teilprogramme, sondern – den Anforderungen des § 20a SGB entsprechend – grundsätzlich kassenübergreifend erfolgen. Sie dürfen nicht dem Wettbewerb unterliegen und sich nicht wie bisher auf Settings und Bevölkerungsgruppen mit eher geringen Bedarfen konzentrieren. In den Präventionsbericht wurde überdies deutlich, dass die Aktivitäten in sozial benachteiligten Gebieten deutlich ausgebaut werden sollten. Gleiches gilt für eine gendersensible Ausgestaltung der Angebote. Insbesondere Jungen und Männer aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen müssen stärker adressiert werden. Die Angebotsgestaltung muss partizipativ erfolgen.
- Eine Nationale Präventionskonferenz (NPK) ist zur Governance/Steuerung gut geeignet, sollte jedoch grundsätzlich neu ausgerichtet werden. Künftig sollte die NPK an den gesundheitlich relevanten Fragen der Gesellschaft im Sinne des HifAP ausgerichtet sein und eine Dachstruktur für die zahlreichen sozialräumlichen Handlungsansätze (u. a. ÖGD, PSG III, BauGB/Soziale Stadt, SGBs II, III, V, VI, VII, VIII, IX, XI) bieten. Dafür bedarf es hoher Transparenz und einer breiten Akteurslandschaft (an der Spitze: Politik, Wissenschaft, Patientenvertretung und Zivilgesellschaft). Sie sollte nicht auf den Akteurskreis und die institutionellen Logiken der Sozialversicherungsträger beschränkt sein. Insbesondere die fachlich führenden Institutionen (BIÖG/BVPG/LVGs) sollten nicht länger als reine Dienstleister inkorporiert und „verschlissen“ werden, sondern sollten ihrer Kompetenz entsprechend umfassend einbezogen werden. Dabei sollte das bisherige Präventionsforum verbindlicher gestaltet werden, mit höherer Sitzungsfrequenz (mindestens halbjährig) und vor- und nachbereitenden Arbeitsgruppen. Die Steuerung sollte – mit einer gestärkten Geschäftsführung durch das BIÖG, evtl. auch in Trägerschaft einer gemeinsamen Stiftung – Gesundheitsförderung und Prävention als gemeinsamen Lern- und Entwicklungsprozess in wissenschaftlicher und evaluativer Begleitung ausrichten.

- Für eine nachhaltige Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten und als gesamtgesellschaftlicher Ansatz ist ein stärkeres und verbindliches finanzielles Engagement des Bundes und der Länder im Rahmen der föderalen Zuständigkeitsverteilung notwendig. Hier sollte die verpflichtende Einbeziehung der anderen Sozialversicherungsträger einschließlich der Arbeitsagenturen/Jobcenter sowie privater Renten- und Krankenversicherungsträger mit Mindestvorgaben geregelt werden.
- Auf Landesebene sollten alle relevanten gesellschaftlichen Akteure an der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen (LRV) beteiligt werden und es ist von allen Partnern der LRV Transparenz über die verausgabten Mittel herzustellen. Hierfür sollte der Kreis der Partner\*innen der LRV erweitert (insbesondere Zivilgesellschaft, weitere Ministerien/Landesbehörden, Wissenschaft, Patientenvertretung) oder verpflichtend Gremien mit breiter Beteiligung und Entscheidungsmacht etabliert werden. Für eine kommunale Steuerung ist es notwendig, dass die Kommunen umfassend an den Aktivitäten der LRV-Partner\*innen in den Lebenswelten beteiligt werden.
- Der Leitfaden Prävention zur Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sollte im Hinblick auf seine Funktion als steuerndes Instrument reflektiert und angepasst werden. Schwerpunkt sollte sein, gemeinsam mit dem ÖGD dezentrale Konzepte in den kommunalen Lebenswelten umzusetzen, auch im Sinne einer sich weiterentwickelnden Lernschleife. Dabei sollten die Regelungen des Leitfadens weitgehend entbürokratisiert werden. Auf allen Handlungsebenen sollten Ansätze wissenschaftlicher Begleitforschung gemäß dem *Public Health Action Cycle* etabliert werden.

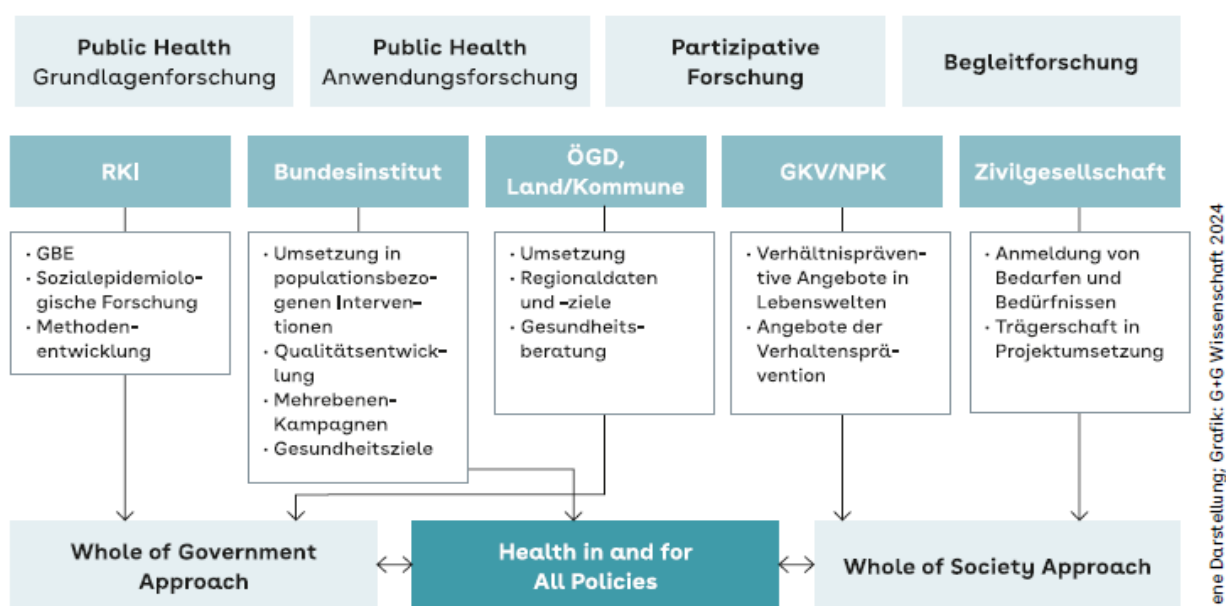
### **III. Das Bundesinstitut für Öffentlichen Gesundheitsdienst als Schlüsselakteur**

Mit der Neuorganisation der BZgA als BIÖG ergeben sich neue Möglichkeiten für eine verbesserte Steuerung des Präventionsgeschehens. Hier sollte das BIÖG eine zentrale Rolle in der Weiterentwicklung der Gesundheitsziele, zur Ausgestaltung des GKV-Leitfadens einnehmen und vor allem die Governance-Funktion der Nationalen Präventionskonferenz stärken.

Gesundheitsförderung und Prävention können als Schlüsselansätze für ein modernes Public Health-System begriffen werden. Daraus ergeben sich die fünf Aufgabenbereiche 1. sozialespidemiologische Daten, 2. Gesundheitskommunikation, 3. Interventionsdurchführung, 4. Methodenentwicklung,

Evaluation und Qualitätsentwicklung und 5. Diskursivierung. In allen Bereichen gibt es umfangreiche, aber weitgehend unkoordinierte Aktivitäten der Bundesinstitute (RKI und BIÖG), der Sozialversicherung (insbesondere GKV und NPK), der Zivilgesellschaft und der Wissenschaft. In einer systematischen Betrachtung sollte hier die Bundesgesundheitsberichterstattung beziehungsweise Sozialepidemiologie dem RKI zugeordnet sein, dem BIÖG die Anwendungsforschung, die Qualitätssicherung und die bundesweite Kommunikation und Diskursivierung, den Gesundheitsämtern die regionale Praxis und Aktivierung, der GKV und NPK die Verhältnisprävention in den Lebenswelten, der Wissenschaft die Strategie- und Methodenentwicklung und der Zivilgesellschaft die partizipative Rückkoppelung. Diese komplexe Mehr-Ebenen-Governance zu sichern und zu steuern, sollte dabei eine Schlüsselaufgabe des BIÖG werden.

**Abbildung 1 Modell für die Steuerung, Aufgabenverteilung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Präzärprävention in Deutschland**



Nach den Vorstellungen von *Rosenbrock und Geene (2023)* sollten Gesundheitsförderung und Präzärprävention vor allem von sechs Akteursgruppen mit klar benannten Aufgabengebieten organisiert werden: Public-Health-Wissenschaft, RKI, Bundesinstitut, ÖGD, GKV/NPK und Zivilgesellschaft.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2024

#### IV. Kassenübergreifende Verausgabung der Präventionsmittel

Dies sollte dadurch flankiert werden, dass die Finanzmittel für Gesundheitsförderung und Prävention kassenübergreifend verausgabt werden. Zwar ist dies (per Soll-Bestimmung) schon bislang so im SGB V, § 20a geregelt. Tatsächlich hat sich der Kassen- Wettbewerb aber als deutlich handlungsmächtiger erwiesen. So kam es insgesamt zu der Tendenz, Gesundheitsförderung und Prävention auf Settings und Bevölkerungsgruppen mit eher geringen Bedarfen, aber leichter Erreichbarkeit zu konzentrieren. In den Präventionsberichten 2019 und 2023 wurde deutlich, dass die

Aktivitäten in sozial benachteiligten Gebieten noch zu wenig entwickelt sind und daher stark ausgebaut werden sollten. Gleiches gilt für eine gendersensible Ausgestaltung der Angebote. Insbesondere vulnerable Zielgruppen wie Jugendliche und Ältere aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen müssen stärker adressiert werden. Die Angebotsgestaltung muss partizipativ erfolgen. Der Kassenwettbewerb in Lebenswelten führt zu Parallelaktivitäten und einer Konzentration auf frühe Bildungssettings, in der für den Kassenwettbewerb relevante Versichertengruppen erreicht werden können.

Ob die Reform 2024 dies mit der Bindung an die ARGEn tatsächlich verändert hat, kann bislang nicht eingeschätzt werden. Insbesondere ist dabei zu hinterfragen, ob die – nach außen intransparente - Zuständigkeit bei den ARGEn nicht stärker analog der etablierten gesetzlichen Norm des § 20h SGB V (Förderung der Selbsthilfe) geöffnet werden sollte; denn in der Selbsthilfefinanzierung konnte durch die Einführung der Gemeinschaftsförderung im Konsens von Kassen und Selbsthilfeverbänden ein langjähriger Konfliktpunkt weitgehend befriedet werden.

Eine dadurch transparente und rein fachlich ausgerichtete Finanzierung der lebensweltbezogenen Prävention kann eingebettet werden in eine entsprechende Gesamtstrategie, die dann auch im Sinne des HifAP wirken kann.

#### **Kontakt:**

Prof. Dr. Raimund Geene (Berlin School of Public Health, Professur für Gesundheitsförderung und Prävention), Berliner Instituts für Gesundheits- und Sozialwissenschaften, Wilhelm Kabus-Str. 39, 10 829 Berlin, Telefon: 030-6676 4481, E-Mail: [raimund.geene@charite.de](mailto:raimund.geene@charite.de)