

Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention

Thomas Gerlinger¹

¹ Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie, Universität Bielefeld, Bielefeld, Germany

Abstract

Der vorliegende Text zeigt, dass Gesundheitsförderung im Kontext der Sozialversicherungsträger rechtlich insgesamt eher schwach normiert ist und die einschlägigen Bestimmungen keine individuellen Leistungsansprüche der Versicherten vorsehen. Anders sieht es auf dem Gebiet der Primärprävention aus. Hier sind vor allem die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) von Bedeutung. Bei dem an die Krankenkassen gerichteten Auftrag geht es um die allgemeine Vermeidung von Erkrankungen, während sich die Leistungen der GUV weitgehend auf die Arbeitswelt beschränken. Leistungen der Sekundärprävention werden ausschließlich von der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten. Die gesetzliche Unfallversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung sind vor allem für die Tertiärprävention von Bedeutung. Dies ist zugleich das komplexeste der hier betrachteten Handlungsfelder.

Keywords: Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Sozialversicherung

Einleitung

Das Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ ist außerordentlich breit und vielschichtig. Gesundheitsförderung und Prävention sind in vielerlei Hinsicht freiwillige Angelegenheiten, unterliegen zu erheblichen Teilen aber auch gesetzlichen Regelungen. Der Staat hat auf diesem Feld eine Gestaltungspflicht, die sich vor allem aus Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes (GG) ergibt: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ Die Kompetenzen in der Rechtsetzung, der Umsetzung und der Rechtsprechung verteilen sich auf Bund und Länder. In einer Vielzahl von Gesetzen legen Bund und Länder Ziele, Verfahren, Rechte und Pflichten der Beteiligten in der Gesundheitsförderung und Prävention fest. Der Bund ist – teilweise unter Mitwirkung der Länder – zuständig für einige grundlegende Regelungen. Dazu zählen z. B. das Infektionsschutzgesetz und das Arbeitsschutzgesetz. Die Länder sind für die Regelungen zur öffentlichen Gesundheit und zum öffentlichen Gesundheitsdienst zuständig.

Im Rahmen seiner Rechtsetzungskompetenz ist der Bund auch für die Sozialversicherung zuständig. Zwar unterliegt dieser Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung von Bund und Ländern nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG, allerdings hat der Bund seit Gründung der Bundesrepublik derart umfassend von seinem Gesetzgebungsrecht Gebrauch gemacht, dass für eigenständige Regelungen der Länder so gut wie kein Raum mehr geblieben ist.

Die Sozialversicherungsträger werden auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention mit zum Teil sehr unterschiedlichen Aufträgen betraut [1], [2], [3], [4] [Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation](#). Die entsprechenden Aufgaben sind in verschiedenen Sozialgesetzbüchern (SGB) geregelt: SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende), SGB III (Arbeitsförderung), SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung), SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung), SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und SGB XI (Soziale Pflegeversicherung).

Definitionen

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention werden auf unterschiedliche Weise abgegrenzt. Wohl keiner der kursierenden Definitionsversuche ist in jeder Hinsicht trennscharf. Zumindest lassen sich auf diesem Handlungsfeld Interventionen finden, die nicht immer eindeutig einem bestimmten Typus der Prävention zuzuordnen sind. In diesem Text werden die nachfolgend erläuterten Definitionen zugrunde gelegt.

Gesundheitsförderung bezeichnet die Gesamtheit krankheitsunspezifischer Maßnahmen, die die

Gesundheit fördern sollen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollen die Lebensverhältnisse der Menschen verbessern und damit die daraus erwachsenden Belastungen reduzieren [5] ([Settingansatz-Lebensweltansatz](#)) sowie ihre Ressourcen für eine gesundheitsförderliche Lebensgestaltung stärken [6]. Bei der Gesundheitsförderung stehen nichtmedizinische Maßnahmen im Vordergrund [7] ([Gesundheitsförderung 1: Grundlagen](#)).

Prävention meint im Unterschied dazu spezifische Maßnahmen, die sich auf die Vermeidung oder Verringerung bestimmter Krankheitsrisiken richten. Die betreffenden Maßnahmen werden häufig nach dem Interventionszeitpunkt unterschieden.

Primärprävention bezeichnet Maßnahmen, die vor dem Krankheitseintritt einsetzen. Primärprävention umfasst sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogene Maßnahmen, zudem medizinische Interventionen (z. B. Impfung). Hier spielen Rechtsvorschriften, soziale und psychische Hilfen sowie Beratung und Information eine besondere Rolle.

Sekundärprävention umfasst Maßnahmen zum Entdecken von symptomlosen oder symptomarmen, aber biomedizinisch eindeutig feststellbaren Frühstadien einer Krankheit. Sie wird zumeist mit Krankheitsfrüherkennung gleichgesetzt und bedient sich vor allem medizinischer Interventionen. Eine möglichst früh einsetzende Behandlung soll das Fortschreiten der Krankheit verhindern oder verzögern oder die Heilungschancen verbessern. Zur Sekundärprävention zählen im deutschen Sprachgebrauch auch solche Maßnahmen, die sich nicht auf Frühstadien von Krankheiten, sondern auf die Früherkennung von Risikofaktoren beziehen. Für sich genommen haben sie noch keinen Krankheitswert, aber sie erhöhen das Risiko einer späteren Erkrankung. Dies ist z. B. beim „Gesundheits-Check-Up“ der Fall, der u. a. Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Stoffwechselkrankheiten aufspüren soll.

Tertiärprävention zielt darauf, Folge- und Spätschäden einer bereits eingetretenen, manifesten Erkrankung zu verhindern, zu verzögern oder zu begrenzen. Dies betrifft Behinderungen oder Funktionsverluste, chronische Erkrankungen oder das Wiederauftreten einer akuten Erkrankung. In einem solchen Verständnis wird Tertiärprävention häufig auch mit Rehabilitation gleichgesetzt. Hier stehen verhaltensbezogene Maßnahmen im Vordergrund. In diesem Handlungsfeld sind zum Teil auch krankheitsunspezifische Maßnahmen anzutreffen, so dass sich in diesen Fällen Tertiärprävention und Gesundheitsförderung nicht immer eindeutig voneinander unterscheiden lassen.

Im Folgenden geht es ausschließlich um Leistungen, die sich unmittelbar auf die Abwendung von Behinderungen und Funktionseinschränkungen beziehen. Neben Ärztinnen und Ärzten sind auf diesem Feld auch eine ganze Reihe anderer Gesundheitsberufe anzutreffen. Allerdings folgen die von den Sozialversicherungsträgern verwendeten Begriffe dieser Definition nicht. Hier wird die Rehabilitation als eigenes Handlungsfeld von der Prävention abgegrenzt.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Die Gesetzliche Krankenversicherung hat den inhaltlich umfassendsten Gesetzauftrag in der Gesundheitsförderung und Prävention. Das Aufgabenspektrum reicht von der Gesundheitsförderung und Primärprävention über die Sekundärprävention bis hin zur Tertiärprävention.

Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Primärprävention sind vor allem die in §§ 20 ff. SGB V aufgeführten Leistungen zu erwähnen, die mit dem Präventionsgesetz 2015 präzisiert und erheblich erweitert wurden. Demnach sehen die Krankenkassen in ihren Satzungen Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (Primärprävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Dabei unterscheidet der Gesetzgeber zwischen Leistungen der Gesundheitsförderung in Lebenswelten, der betrieblichen Gesundheitsförderung [8] ([Betriebliche Gesundheitsförderung](#)) und der individuellen Verhaltensprävention [9] ([Präventionsgesetz](#)).

Dafür wurde im Jahr 2016 ein Soll-Wert in Höhe von 7,00 Euro je versicherter Person und Jahr festgelegt. Dieser Wert wurde seitdem gemäß der Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV angepasst (§ 5 Abs. 2 SGB XI). 2021 gaben die Krankenkassen im Durchschnitt 7,34 Euro je versicherter Person für diese Aufgaben aus [10], S. 11. Diese Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheiten beitragen. Ein individueller Leistungsanspruch der Versicherten ist mit dieser Pflicht aber nicht verbunden. Der GKV-Spitzenverband hat in seinem „Leitfaden Prävention“ Handlungsfelder und Kriterien für die entsprechenden Leistungen der Krankenkassen definiert [11].

Darüber hinaus trägt die GKV weitere Leistungen auf dem Gebiet der Primärprävention sowie eine Reihe sekundärpräventiver Leistungen:

- Verhütung von Zahnerkrankungen in Form der Gruppenprophylaxe und der Individualprophylaxe (§§ 21 und 22 SGB V).
- Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V), zu denen u. a. auch Schutzimpfungen gehören.
- Medizinische Vorsorge für Mütter (§ 24 SGB V).
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26 SGB V), zu denen der so genannte „Gesundheits-Check-Up“ (Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Diabetes), Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sowie Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und Risikofaktoren zählen, die die körperliche und geistige Entwicklung von Kindern gefährden können (U-Untersuchungen).
- Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65b SGB V), mit denen die Teilnahme an qualitätsgesicherten Gesundheitskursen, nachgewiesenes Nicht-Rauchen, sportliche Betätigungen sowie die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen belohnt werden.

Ferner erbringen Krankenkassen Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§§ 11, 40 ff. SGB V). Die Versicherten haben Anspruch auf solche Leistungen, wenn sie notwendig sind, „um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“ (§ 11 Abs. 2 SGB V). Für Rehabilitationsleistungen ist in der Regel derjenige Träger zuständig, der das finanzielle Risiko im Falle eines Scheiterns oder der Nichtdurchführung von Reha-Maßnahmen zu tragen hat. Bei Erwerbstätigen unterliegt die GKV gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern einer nachrangigen Leistungspflicht. Demzufolge finanzieren die Krankenkassen Leistungen der medizinischen Rehabilitation nur, „wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften [...] solche Leistungen nicht erbracht werden können“ (§ 40 Abs. 4 SGB V). Sie sind also erst in den Fällen zuständig, in denen andere Sozialversicherungsträger Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund der für sie geltenden Rechtsvorschriften nicht finanzieren. Dies betrifft vor allem Personen, die noch nicht (z. B. Kinder, Schülerinnen und Schüler, Studierende) oder nicht mehr erwerbstätig sind (z. B. Altersrentnerinnen und -rentner, Pensionäre).

Allerdings hat die Leistungspflicht der GKV wiederum Vorrang vor den Trägern der Eingliederungshilfe, die grundsätzlich erst dann zuständig sind, wenn Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erforderliche Leistungen nicht von anderen Trägern erhalten (§ 91 Abs. 1 SGB IX). In der Praxis erweist sich insbesondere die Abgrenzung der Zuständigkeiten von GKV und GRV mitunter als schwierig.

Soziale Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung hat mit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes [9] ([Präventionsgesetz](#)) einen expliziten Präventionsauftrag für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten [12] ([Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege](#)). Die Pflegekassen müssen seitdem „unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen“ (§ 5 Abs. 1 SGB XI). Diese Bestimmung beruht auf dem Befund, dass Pflegebedürftige trotz ihrer Einschränkungen über Gesundheitspotenziale verfügen, die gefördert werden können.

Ebenso wie für den Bereich der Krankenversorgung hat der GKV-Spitzenverband auch für den Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen Handlungsfelder und Kriterien für die entsprechenden Leistungen der Pflegekassen festgelegt [13]. Zudem wurden die Pflegekassen verpflichtet, jährlich eine bestimmte Summe für Prävention und Gesundheitsförderung in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen (§ 5 Abs. 2 SGB XI). Dieser Soll-Wert wurde im Jahr 2016 auf 0,30 Euro festgelegt und seitdem gemäß der Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV angepasst (§ 5 Abs. 2 SGB XI).

Ferner weist der Gesetzgeber den Pflegekassen die Aufgabe zu, „die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Auskunft über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken“ (§ 7 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegeberatung hat einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen, der u. a. auch gesundheitsfördernde und präventive Hilfen einschließt (§ 7a Abs. 1 Nr. 2 SGB XI). Die Pflegestützpunkte haben die Aufgabe, diese Leistungen mit anderen Hilfen zu koordinieren (§ 7c Abs. 2 Nr. 2 SGB XI).

Schließlich wurden mit dem 2019 verabschiedeten Pflegepersonalstärkungsgesetz die Pflichten der Kassen auch auf die betriebliche Gesundheitsförderung in Pflegeheimen (und Krankenhäusern) erweitert, also auf die Gesundheitsförderung für die Beschäftigten selbst. Hintergrund sind die Bemühungen, die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege (und der Krankenpflege) zu verbessern, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen und damit dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenzuwirken. 2019 wurden die Ausgaben der Kassen für die betriebliche Gesundheitsförderung in Pflegeheimen und Krankenhäusern auf insgesamt 1 Euro je versicherter Person und Jahr festgelegt. Seitdem sind sie jährlich gemäß der Veränderung des Durchschnittsentgelts der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr anzupassen (§ 18 Abs. 1 SGB IV).

Gesetzliche Unfallversicherung

„Aufgabe der Unfallversicherung ist es, [...] 1. mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, 2. nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen [...]“ (§ 1 SGB VII). Dieser Auftrag schließt auch weitere Personengruppen ein, darunter die Besucherinnen und Besucher von Bildungseinrichtungen wie Kitas, Schulen oder Hochschulen (§ 2 Abs. 1 SGB VII).

Der Präventionsauftrag gibt den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung ein breites Spektrum von Instrumenten an die Hand. Sie reichen von der Entwicklung eines detaillierten Vorschriften- und Regelwerks über die Überwachung und Sanktionierung von Unternehmen sowie die Information, Beratung und Qualifizierung. Er kann auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einschließen, sofern sie einen Beitrag zur Erfüllung des Präventionsauftrages leisten.

Die Gesetzliche Unfallversicherung ist für Rehabilitationsleistungen zuständig, wenn die betreffende Funktionseinschränkung Folge eines Arbeits- bzw. Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit ist.

Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)

Für die Gesetzliche Rentenversicherung gilt der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation“. Der Präventionsauftrag der Rentenversicherungsträger umfasst seit dem Inkrafttreten des 2016 verabschiedeten Flexi-Rentengesetzes die Erbringung „medizinische[r] Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit an Versicherte, die erste gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden“ (§ 14 Abs. 1 SGB VI). Diese Leistungen waren zuvor Ermessensleistungen der Rentenversicherungsträger und wurden zu Pflichtleistungen.

Auch wenn erste gesundheitliche Beeinträchtigungen noch nicht unbedingt einen akutmedizinischen Behandlungsbedarf begründen oder zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, können persönliche Lebensumstände und arbeitsbezogene Faktoren dazu beitragen, dass die Ausübung der Beschäftigung mittel- oder langfristig gefährdet ist. Eine Gefährdung der ausgeübten Beschäftigung gilt dann als gegeben, wenn sich abzeichnet, dass die Betroffenen aufgrund der langfristigen Folgen dieser Beeinträchtigungen die körperlichen oder psychischen Arbeitsanforderungen nicht mehr bewältigen können.

Über die medizinischen Leistungen bei ersten gesundheitlichen Beeinträchtigungen hinaus soll die GRV darauf hinwirken, dass trägerübergreifende Modellprojekte durchgeführt werden, in denen die Einführung einer freiwilligen, individuellen und berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahrs erprobt wird (§ 14 Abs. 3 SGB VI).

Die Präventionsleistungen der Rentenversicherungsträger beinhalten verschiedene verhaltenspräventive Maßnahmen: Im Mittelpunkt steht das Ziel, die Kompetenzen und die Motivation für eine gesundheitsbewusste Lebensführung durch Informationen und Übungen zu stärken. Zu den wichtigsten Handlungsfeldern zählen die Themen „Ernährung“, „Bewegung“ und „Stressbewältigung“. Die Präventionsangebote der Rentenversicherung werden in dem Programm „RV Fit“ zusammengefasst [14].

Auf dem Gebiet der Rehabilitation weist der Gesetzgeber der Gesetzlichen Rentenversicherung – wie auch den anderen Leistungsträgern – eine Vielzahl von Aufgaben zu. So haben sie u. a.

- Art und Umfang des individuellen Rehabilitationsbedarfs festzustellen und das individuelle Rehabilitationspotential zu bewerten,
- die Rehabilitationsmaßnahme einzuleiten und zu finanzieren,
- sicherzustellen, dass die notwendigen Rehabilitationsangebote und -konzepte vorhanden sind und

an den sich verändernden Bedarf angepasst werden sowie

- die Betroffenen bei der Lösung von Orientierungsproblemen, die bei der Suche nach und der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen auftreten können, zu unterstützen.

Die Gesetzliche Rentenversicherung ist für die Rehabilitation zuständig, wenn die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt und Frühberentungen vermieden werden sollen [4] ([Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation](#)).

Arbeitslosenversicherung

Die Bundesagentur für Arbeit und die örtlichen Jobcenter unterstützen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags zur Arbeitsförderung Arbeitslose auch im Hinblick auf gesundheitliche Fragen [15] ([Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit](#)). Hintergrund dieser Aktivitäten sind zum einen die besonderen gesundheitlichen Risiken, denen Arbeitslose ausgesetzt sind, zum anderen die Tatsache, dass Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für die Erwerbstätigkeit darstellt.

Ein wichtiges Vorhaben ist in diesem Zusammenhang das Projekt „Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ [16]. Hier arbeiten Krankenkassen und Agenturen für Arbeit sowie der Deutsche Landkreistag und der Deutsche Städtetag zusammen, um die gesundheitliche Situation von Arbeitslosen zu verbessern. Es soll Arbeitslose durch individuelle Beratungsgespräche für das Thema Gesundheit sensibilisieren und ihnen den Zugang zu Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention erleichtern. Auf diese Weise soll die Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen erhalten oder verbessert werden. Das Projekt wird von den Krankenkassen sowie den Jobcentern und Arbeitsagenturen finanziert. Mittlerweile sind rund 230 Standorte von Jobcentern an der Umsetzung dieses Projekts beteiligt.

Fragmentierung und Kooperation

Das System der Gesundheitsförderung und Prävention ist aufgrund der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern sowie aufgrund der Zuständigkeiten unterschiedlicher Sozialversicherungsträger hochgradig fragmentiert [17], [18] ([Gesundheitsförderung 5: Deutschland](#); [Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven](#)). Im Interesse einer effektiven und effizienten Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik ist daher die enge Abstimmung zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren – sowohl zwischen den Sozialversicherungsträgern als auch zwischen Sozialversicherungsträgern und Staat – dringend erforderlich. Mit der Fragmentierung von Zuständigkeiten und der Diversität von Problemperspektiven und Zielen der Prävention wird auch die Koordination der unterschiedlichen an der Prävention beteiligten Träger zu einer bedeutenden Herausforderung.

Dieser Herausforderung Rechnung zu tragen, ist eines der zentralen Ziele des 2015 verabschiedeten Präventionsgesetzes [9] ([Präventionsgesetz](#)). Der mit ihm geschaffene institutionelle Rahmen für eine nationale Präventionsstrategie (Nationale Präventionskonferenz, Bundesrahmenempfehlungen, Landesrahmenvereinbarungen etc.) beinhaltet vielfältige Koordinierungs- und Kooperationsaufträge für die Sozialversicherungsträger (§§ 20b-g SGB V).

Schon vor dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes waren den Sozialversicherungsträgern vielfältige Koordinierungsaufgaben zugewiesen und in diesem Zusammenhang auch neue Institutionen geschaffen worden. Folgende Aspekte sollen hier hervorgehoben werden:

- Der GKV-Spitzenverband koordiniert das Handeln der Kassen und Kassenarten auch auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung u. a. durch die Verabschiedung des Leitfadens zur Prävention. Zudem schreibt der Gesetzgeber den Krankenkassen auf wichtigen Feldern der Gesundheitsförderung und Primärprävention ein gemeinsames und einheitliches Handeln vor. Die Krankenkassen tragen dem u. a. durch das „[GKV-Bündnis für Gesundheit](#)“ Rechnung.
- Die [Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. \(DGUV\)](#) koordiniert als Spitzenverband das Handeln der neun gewerblichen Berufsgenossenschaften und der 24 Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Zu ihren Aufgaben zählt „1. Koordinierung, Durchführung und Förderung gemeinsamer Maßnahmen sowie der Forschung auf dem Gebiet der Prävention von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, 2. Klärung von grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen zur Sicherung der einheitlichen Rechtsanwendung in der Prävention“ (§ 14 Abs. 4 SGB VII).
- Die Unfallversicherungsträger sowie Bund und Länder bilden gemäß dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) eine [Nationale Arbeitsschutzkonferenz](#) (§ 20b ArbSchG) und entwickeln eine gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie (§ 20a ArbSchG). In der Nationalen

Arbeitsschutzkonferenz legen sie u. a. gemeinsame Arbeitsschutzziele fest, stimmen ihr Vorgehen bei der Beratung und Überwachung der Betriebe ab und stellen ein verständliches, überschaubares und abgestimmtes Vorschriften- und Regelwerk her (§ 20a Abs. 2 ArbSchG).

- Die [Deutsche Rentenversicherung Bund](#) soll eine einheitliche Rechtsanwendung aller Rentenversicherungsträger bei der Gewährung medizinischer Präventionsleistungen gewährleisten (§ 14 Abs. 2 SGB VI).
- Die Rehabilitationsträger bilden zur Gestaltung und Organisation ihrer Zusammenarbeit die [„Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“](#) (BAR – § 39 SGB IX). Die BAR hat zahlreiche Aufgaben, zu denen u. a. die Beobachtung, Auswertung und Bewertung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger, die Erarbeitung von Qualitätskriterien für die Rehabilitation und gemeinsamer Grundsätze für die Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs sowie die Koordinierung von Rehabilitationsmaßnahmen zählen (§ 39 Abs. 2 SGB IX).

Daneben gibt es vielfältige Formen der freiwilligen Zusammenarbeit. So kooperieren Verbände der Unfall- und der Krankenversicherung in der [„Initiative Gesundheit und Arbeit“](#) (iga), in der die Beteiligten Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention austauschen und gemeinsame Vorgehensweisen entwickeln [19]. Krankenkassen und Stellen der Agentur für Arbeit arbeiten in dem Projekt „Verzahnung von Arbeitsförderung und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ zusammen, das die Gesundheit von Arbeitslosen verbessern soll [16]. Ein weiteres Beispiel für freiwillige Zusammenarbeit ist das Projekt [„Neue Qualität der Arbeit“](#) (INQA), in dem Sozialversicherungsträger mit Bund und Länder sowie Gewerkschaften und Arbeitgebern sich gemeinsam mit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen befassen (INQA 2023).

Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention

Die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention machen nur einen kleinen Teil der Gesundheitsausgaben aus. Das Statistische Bundesamt bezifferte die Ausgaben beispielsweise für 2020 auf rund 15,0 Milliarden Euro (Tabelle 1). Das waren rund 3 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in diesem Jahr – ein Anteil, der seit vielen Jahren recht stabil ist. Das Jahr 2021 war wegen der hohen Ausgaben für die Eindämmung der Corona-Pandemie ein Ausreißer.

Jahr	Allgemeiner Gesundheitsschutz	Gesundheitsförderung	Früherkennung von Krankheiten	Gutachten / Koordination	Prävention / Gesundheitsschutz insgesamt
2018	5.042	4.853	2.429	1.320	13.644
2019	5.629	5.122	2.528	1.415	14.695
2020	6.485	4.706	2.354	1.464	15.010
2021	21.494	5.178	2.616	1.436	30.724

Tab. 1: Ausgaben für Prävention/Gesundheitsschutz 2018 bis 2021 (Gesundheitsausgabenrechnung, Millionen Euro; Quelle: [20])

Aus Tabelle 2 geht hervor, dass auf die Sozialversicherungsträger insgesamt rund zwei Drittel der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz entfallen. Der mit Abstand wichtigste Ausgaben Träger unter den Sozialversicherungszweigen ist die GKV.

Jahr	Allgemeiner Gesundheitsschutz	Gesundheitsförderung	Früherkennung von Krankheiten	Gutachten / Koordination	Prävention / Gesundheitsschutz insgesamt
GKV	2.322	1.857	2.347	621	7.147
SPV	1.733	23	---	517	2.273
GUV	1.227	65	---	88	1.379
GRV	---	56	---	89	145

Tab. 2: Ausgaben für Prävention/Gesundheitsschutz nach Sozialversicherungsträgern im Jahr 2021 (Gesundheitsausgabenrechnung, Millionen Euro; Quelle: [20])

Die Krankenkassen erhöhten nach dem starken Corona-bedingten Einbruch im Jahr 2020 ihre Ausgaben für Gesundheitsförderung und (nichtmedizinische) Primärprävention im Jahr 2021 wieder deutlich. Das

Ausgabenniveau des letzten Jahres vor der Corona-Pandemie wurde damit fast wieder erreicht (Tabelle 3).

Jahr	Ausgaben je versicherter Person (Euro)	Gesamtausgaben (Millionen Euro)
2018	7,49	544,5
2019	8,64	630,8
2020	5,65	414,3
2021	7,34	537,7

Tab. 3: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (2018 bis 2021) für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20 Abs. 4 SGB V (Quelle: [21], S. 133, [10], S. 157)

Einen ähnlichen Verlauf nahmen ihre Ausgaben für Rehabilitation und Vorsorge (Tabelle 4). Allerdings sind diese Ausgaben um ein Vielfaches höher als die Ausgaben nach § 20 SGB V.

Jahr	Ausgaben je versicherter Person (Euro)	Gesamtausgaben (Milliarden Euro)
2018	48,72	3,55
2019	50,39	3,68
2020	42,25	3,10
2021	47,56	3,49

Tab. 4: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Rehabilitation und Vorsorge (Quelle: [22])

Die Pflegekassen gaben im Jahr 2021 für Leistungen der Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen insgesamt rund 16,3 Millionen Euro (0,22 Euro je versicherter Person) aus. Das war ein deutlicher Wiederanstieg nach einem ebenfalls kräftigen pandemiebedingten Rückgang im Jahr 2020 (Tabelle 5).

Jahr	Ausgaben je versicherter Person (Euro)	Gesamtausgaben (Millionen Euro)
2018	0,14	9,9
2019	0,24	
2020	0,21	15,3
2021	0,22	16,3

Tab. 5: Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für Leistungen der Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen (Quelle: [21], S. 133, [10], S. 157)

Die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung verzeichneten im Jahr 2021 Aufwendungen für Prävention in Höhe von auf knapp 1,3 Milliarden Euro (Tabelle 6). Die Corona-Pandemie hatte in der GUV eher geringe Auswirkungen auf das Ausgabenniveau in der Prävention. Ausgaben für Rehabilitation weist die GUV nicht eigens aus.

Jahr	Aufwendungen für Prävention (Millionen Euro)	In % der Gesamtaufwendungen
2018	1.289	8,33
2019	1.352	8,39
2020	1.298	7,66
2021	1.293	7,90

Tab. 6: Aufwendungen der Gesetzlichen Unfallversicherung für Prävention (Quelle: [23], S. 198, [24], S.

348; eigene Berechnungen)

Die Gesetzliche Rentenversicherung ist der bedeutendste Träger von Rehabilitationsleistungen [25]. In der Vergangenheit sind die Ausgaben für Rehabilitation deutlich gestiegen. Darin kommen nicht zuletzt gestiegene Belastungen in der Arbeitswelt und die Alterung der Erwerbstätigen zum Ausdruck. Der leichte Rückgang der Ausgaben für medizinische Rehabilitation im Jahr 2020 (Tabelle 7) stand im Zusammenhang mit den Auswirkungen der Corona-Pandemie.

Jahr	Medizinische und sonstige Leistungen	Aufwendungen für Rehabilitation insgesamt (Millionen Euro)
2018	4.339,2	6.756,6
2019	4.491,6	6.907,0
2020	4.255,1	7.031,5
2021	4.540,7	7.031,5

Tab. 7: Aufwendungen der Gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 2018–2021 (Quelle: [25], S. 80)

Resümee und Aussicht

Die Aufträge zur Gesundheitsförderung und Prävention unterscheiden sich zwischen den Sozialversicherungsträgern außerordentlich stark. Sie richten sich auf höchst unterschiedliche Tatbestände, verfolgen unterschiedliche Ziele und orientieren sich dabei an den jeweiligen Funktionen der einzelnen Träger im System der sozialen Sicherung. Dabei geht es zum einen um die Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten, zum anderen um die Vermeidung von Behinderungen, Funktionseinschränkungen und Chronifizierungen von Krankheit.

Insgesamt spielen Gesundheitsförderung und Prävention im Handlungsspektrum der Sozialversicherungsträger nur eine geringe Rolle. Das bei weitem größte Gewicht bei den einzelnen Trägern erlangen sie in der GUV. Allerdings finanzieren die Sozialversicherungsträger – im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung – rund zwei Drittel der Gesamtausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz. Die wichtigste Akteurin von Gesundheitsförderung und Prävention unter allen Sozialversicherungsträgern ist die GKV.

Gesundheitsförderung ist insgesamt eher schwach rechtlich normiert. Explizite Aufträge zur Gesundheitsförderung finden sich nur in der GKV und in der SPV; allerdings erwachsen daraus in beiden Sozialversicherungszweigen keine individuellen Leistungsansprüche der Versicherten.

Auf dem Gebiet der *Primärprävention* sind vor allem die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung von Bedeutung. Dabei ist der an die Krankenkassen gerichtete Auftrag deutlich breiter ausgerichtet. Bei ihnen geht es hier um die allgemeine Vermeidung von Erkrankungen, während sich die Leistungen der GUV weitgehend auf die Arbeitswelt beschränken. Leistungen der *Sekundärprävention* werden ausschließlich von der GKV finanziert. Das komplexeste Handlungsfeld ist die *Tertiärprävention*. Hier sind vor allem die GUV und die GRV von Bedeutung. Die entsprechenden gesetzlichen Aufträge orientieren sich an den jeweiligen Funktionen, die die Träger im System der sozialen Sicherung wahrnehmen.

Die an die Sozialversicherungsträger gerichteten Anforderungen zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention werden in der vorhersehbaren Zukunft weiter wachsen. Dies ergibt sich zum einen aus den Herausforderungen zur Verbesserung der Lebensqualität, zum anderen aus den Herausforderungen, die die Bewältigung der ökonomischen Folgen des demographischen Wandels mit sich bringt. Ihnen Rechnung zu tragen ist den Sozialversicherungsträgern aber nur möglich, wenn die politisch Verantwortlichen bereit sind, sie politisch dabei zu unterstützen und ihnen die erforderlichen finanziellen Handlungsspielräume zu geben.

Internetadressen:

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Available from: <https://www.bar-frankfurt.de>

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV). Available from: <https://www.dguv.de/de/index.jsp>
- Deutsche Rentenversicherung Bund. Available from: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de>
- GKV-Bündnis für Gesundheit. Available from: <https://www.gkv-buendnis.de>
- Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Available from: <https://www.iga-info.de>

Literatur:

- Gerlinger T. Primärprävention als sozialpolitische Aufgabe: Bedeutung und Entwicklung. In: Gesundheit als Aufgabe des Sozialrechts Bundestagung des deutschen Sozialrechtsverbandes eV am 12 / 13 Oktober 2017 in Leipzig. Berlin: Erich Schmidt Verlag; 2018. p. 9–25. (Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes; 67).

References

1. Kießling A. Der deutsche Sozialstaat als Sozialversicherungsstaat und seine Auswirkungen auf das Präventionsrecht. Rechtswissenschaft. 2016;7(4):597–624.
2. Walter U. Babylon im SGB? Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den Sozialgesetzbüchern. Sozialer Fortschritt. 2003;52(10):253–61.
3. Welti F. Gesundheitsförderung und Prävention im System der Sozialversicherung seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes. V Sozial Arbeitsrecht. 2019;37(4):313–27.
4. Walter U, Patzelt C, Nowik D. Gesundheitsförderung und Prävention in der Rehabilitation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2021. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-i050-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i050-2.0)
5. Hartung S, Rosenbrock R. Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2022. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-i106-2.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i106-2.0)
6. Gerlinger T, Rosenstock R. Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung. 4 edn. Hogrefe AG; 2023.
7. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-i033-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i033-1.0)
8. Hartung S, Faller G. Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-i042-3.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-i042-3.0)
9. Gerlinger T. Präventionsgesetz. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-i092-4.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-i092-4.0)
10. Medizinischer Dienst Bund (MD Bund), GKV-Spitzenverband, editors. Präventionsbericht 2022. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2021. 2022 [accessed 2023 Jun 21]; Available from: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2022_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf
11. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. März 2023. 2023. [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_Akt_03-2023_barrierefrei.pdf
12. Schaeffer D, Horn A. Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2023. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-i049-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i049-3.0)
13. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI in der redaktionell überarbeiteten Fassung vom August 2020. 2022. [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/Leitfaden_Praevention_Pflege_Akt2022_barrierefrei.pdf

14. Deutsche Rentenversicherung. Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin. RV Fit: Rahmenkonzept für Leistungen zur Prävention. 2020. [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_Med_Leistungen_Praevention.pdf?__blob=publicationFile&v=1
15. Holleder A. Gesundheitsförderung und Arbeitslosigkeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2024. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-i149-3.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i149-3.0)
16. GKV-Bündnis für Gesundheit. Arbeits- und Gesundheitsförderung systematisch verzahnen. 2023 [accessed 2023 Jun 21]. Available from: <https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/bundesweite-aktivitaeten/arbeits-und-gesundheitsfoerderung>
17. Kaba-Schönstein L, Trojan A. Gesundheitsförderung 5: Deutschland. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-i053-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i053-1.0)
18. Kaba-Schönstein L, Trojan A. Gesundheitsförderung 8: Bewertung und Perspektiven. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2018. DOI:[10.17623/BZGA:Q4-i053-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i053-1.0)
19. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Erkenntnisse unserer Arbeit. 2023 [accessed 2023 Jun 21]. Available from: [www.iga-info](http://www.iga-info.de)
20. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Die umfangreichste Datensammlung über das Gesundheitswesen. 2023 [accessed 2023 Jun 21]. Available from: <https://www.gbe-bund.de/gbe>
21. Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS), GKV-Spitzenverband, editors. Präventionsbericht 2020. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019. 2020 [accessed 2023 Jun 21]; Available from: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2020_GKV_MDS_Präventionsbericht.pdf
22. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln. KF22BUND, Stand: Juni 2022. 2022 [accessed 2022 Jun 21]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2022Bund_Juni_2022.pdf
23. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), editors. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2019: Unfallverhütungsbericht Arbeit. 2020; DOI:[10.21934/BAUA:BERICHT20201215](https://doi.org/10.21934/BAUA:BERICHT20201215)
24. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), editors. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2021: Unfallverhütungsbericht Arbeit. 2022; DOI:[10.21934/BAUA:BERICHT20220718](https://doi.org/10.21934/BAUA:BERICHT20220718)
25. Deutsche Rentenversicherung. Reha-Bericht 2022: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Mit dem Fokusthema: Abhängigkeitserkrankungen. 2022. [accessed 2023 Jun 21]. Available from: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2022.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Korrespondenz: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe 1: Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld, Germany, E-mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

Zitierhinweis: Gerlinger T. Sozialversicherungsträger im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIOG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i135-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i135-1.0)

Copyright: © 2026 Thomas Gerlinger

Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>