



AUFTAKTGESPRÄCH PRÄVENTIONSOFFENSIVE AM 16. JULI 2026

SCHRIFTLICHE BEANTWORTUNG DER LEITFRAGEN DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT (BMG) DURCH DIE
KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV)

15. JULI 2026

VORBEMERKUNG

Der Stellenwert von Primär-, Sekundär, und Tertiärprävention ist unumstritten und evidenzbasiert belegt. Für gute Prävention ist aber maßgeblich, dass die Leistungen vollumfänglich finanziert werden. Ohne eine ausreichende Vergütung wird es auch keine Mehrleistungen geben – das gilt auch für Präventionsleistungen. Somit würde die Förderung der Prävention nur ein Lippenbekenntnis ohne versorgungspolitische Bedeutung bleiben.

SCHRIFTLICHE BEANTWORTUNG

1 WELCHE ASPEKTE DER GESUNDHEITLICHEN PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEWERTEN SIE POSITIV? WAS HAT SICH NICHT BEWÄHRT?

In der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung besteht bereits ein breites präventives Leistungsspektrum, mit dem die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ihren Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung leisten. Dabei liegt der Schwerpunkt auf dem Bereich der Früherkennung. Zu den Leistungen zählen die etablierten Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Impfungen und Impfberatung, die verschiedenen Früherkennungsprogramme für Krebserkrankungen sowie die strukturierten Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen (DMP) im Sinne der Tertiärprävention. Wichtig ist, dass diese Versorgungsangebote auch weiterhin in ärztlicher Zuständigkeit bleiben und nicht durch unstrukturierte und nicht-evidenzbasierte Leistungsangebote, beispielsweise durch Angebote in Apotheken, abgewertet werden.

Gleichzeitig zeigt sich, dass mit den bestehenden Angeboten nicht alle Zielgruppen gleichermaßen erreicht werden. Insbesondere Menschen mit erhöhten gesundheitlichen Risiken oder ungünstigen sozialen Rahmenbedingungen nehmen Präventionsangebote häufig seltener in Anspruch, obwohl sie von gesundheitsfördernden Maßnahmen besonders profitieren würden.

Vor diesem Hintergrund müssen Primär- und Verhältnisprävention stärker in den Fokus rücken. Gesundheitsförderliche Lebensbedingungen, breit angelegte Gesundheitsaufklärung sowie wirksame Maßnahmen zur Reduzierung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen können einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit leisten. Die geplanten Steuererhöhungen für Tabak, Alkohol und Zucker sind insofern ein wichtiger erster Schritt. Die angedachten Erhöhungen fallen allerdings noch viel zu gering aus, um spürbare präventive Wirkungen in der Bevölkerung beim Konsum von Genussmitteln zu entfalten. Die KBV schlägt hier eine deutlich stärkere Erhöhung vor. Gleichzeitig muss unbedingt sichergestellt werden, dass die dadurch erzielten Mehreinnahmen gezielt in Prävention, Gesundheitsförderung und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung reinvestiert werden. Den Einsatz sogenannter Lenkungssteuern hat die Bundesregierung im Bereich der Besteuerung von „Zucker“ richtigerweise vorgenommen, in den Bereichen Tabak und Alkohol fehlt diese „Lenkung“ jedoch nach wie vor.

Nicht bewährt hat sich in der Vergangenheit, den Bereich der Prävention in der Bevölkerung durch Einsparungen zu verbessern. Das jüngst durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Bundesregierung umgesetzte GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) steht damit dem Vorhaben einer Präventionsoffensive diametral entgegen. Ein Großteil der Einsparungen soll durch die komplette Deckelung der Ausgaben erzielt werden. Davon betroffen sind alle Leistungen, auch solche, die aktuell extrabudgetär und damit ohne Mengenbegrenzung zum festen Preis bezahlt werden – zum Beispiel Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen und ambulante Operationen. Mit dem Beschluss des Gesetzes hat sich die Bundesregierung explizit für Leistungseinschränkungen entschieden.

2 WO SEHEN SIE IN IHREM KOMPETENZBEREICH ANKNÜPFUNGSPUNKTE DIE ZUR STÄRKUNG DER PRÄVENTION BEITRAGEN?

Der Kompetenzbereich der Vertragsärzte und -psychotherapeuten liegt vor allem in der Früherkennung, der Beratung sowie der Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten, insbesondere im Bereich chronischer Erkrankungen. Auf die besonders wichtige Primär- und Verhältnisprävention hat die Vertragsärzte und -psychotherapeuten hingegen nur begrenzten Einfluss.

Das Angebot an Präventions- und Früherkennungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird kontinuierlich weiterentwickelt. Dies erfolgt im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf Grundlage des aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstands. Beispiele für laufende beziehungsweise kürzlich abgeschlossene Beratungsverfahren sind die Einführung der Lungenkrebsfrüherkennung, die Einführung einer neuen Gesundheitsuntersuchung für Kinder im 10. Lebensjahr, die Berücksichtigung familiärer Risiken bei der Darmkrebsfrüherkennung sowie die Prüfung eines risikoadaptierten PSA- und MRT-basierten Screenings auf Prostatakrebs. Auch die aktuellen Prüfaufträge zum Hautkrebscreening und zur Weiterentwicklung der Gesundheitsuntersuchungen aus dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes werden im G-BA zeitnah umgesetzt. Die Entscheidung über die Einführung und den Ausbau von Früherkennungs- und Präventionsleistungen sollte auch in Zukunft im Zuständigkeitsbereich des G-BA anhand der Kriterien der evidenzbasierten Medizin erfolgen.

Für die Umsetzung der DMP sollten die Rahmenbedingungen noch verbessert werden. Hier wäre beispielsweise die in der letzten Legislatur im Gesunden-Herz-Gesetz geplante Verpflichtung zur Umsetzung durch die Krankenkassen ein wichtiger Schritt gewesen. Die KBV hat hier zudem auf die Notwendigkeit einer Verbesserung der Primärprävention hingewiesen.

Neben der fachlichen Weiterentwicklung der Leistungen sind jedoch geeignete Rahmenbedingungen für die Umsetzung entscheidend. Vertragsärzte und -psychotherapeuten benötigen eine verlässliche und auskömmliche Finanzierung, um Präventions- und Früherkennungsleistungen flächendeckend anbieten zu können. Die im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen Maßnahmen zur Begrenzung der Vergütungen stehen diesem Ziel entgegen. Vor dem Hintergrund einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Bundesregierung ist es fraglich, in welchem Ausmaß zukünftig noch finanzielle und personelle Ressourcen für präventive Leistungen in der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen werden.

3 WO SEHEN SIE WEITERE ANSATZPUNKTE FÜR VERBESSERUNGEN?

Auf das Erfordernis von Verbesserungen in den wichtigen Bereichen der Primär- und Verhältnisprävention wurde bereits hingewiesen. Hierbei sind viele gesellschaftliche Bereiche betroffen, beispielsweise zu den Themen Bildung und Aufklärung, Ernährung, Bewegungsförderung oder soziale Gerechtigkeit. Auch das Erfordernis solider Rahmenbedingung für die Erbringung und Finanzierung ärztlicher Früherkennungsleistungen und der DMP wurde bereits thematisiert.

Darüber hinaus sollten die Potenziale der Digitalisierung stärker in die Verbesserung der Prävention eingebracht werden. Ein Beispiel ist die zunehmende risikobasierte Früherkennung (u. a. Lungenkrebsfrüherkennung bei starken Raucherinnen und Rauchern, Früherkennung bei genetischer Disposition oder familiärem Risiko).

Alle Leistungen der Prävention sind konsequent, nachhaltig und ohne Budgetierung vollumfänglich zu finanzieren. Solange der Bereich Prävention im Rahmen eines Budgetdeckels eingeschränkt wird, kann

Prävention seine Wirkung für die Bevölkerung nicht entfalten und keine Entlastung von zukünftigen Zusatzkosten für die GKV, durch die Versorgung chronischer Erkrankungen, bewirken. Ohne diesen notwendigen Schritt bleibt die Förderung der Prävention nur ein Lippenbekenntnis ohne versorgungspolitische Bedeutung.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 192.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 75 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.