

Prävolution jetzt:

Gesundheit gehört ins Grundgesetz

Mit starkem Fokus auf gesunde Verhältnisse
und Prävention in allen Lebenswelten!

Februar 2026

Inhalt

01	Präambel	3
02	Gesundheit ist individuell und gesellschaftlich höchstes Gut	4
	2.1 Ökonomische und soziale Folgen durch lebensstilbedingte Erkrankungen	
03	Unser Gesundheitssystem ist zu sehr auf Krankheit ausgerichtet	5
04	Warum Prävention bisher wenig bewirkt	6
	4.1 Gesundheitskompetenz als Schlüssel für gesunde Lebensführung	
	4.2 Prävention und Gesundheitsförderung: Eine Aufgabe für alle	
05	Gesundheitsfördernde Politik ist erfolgreich	8
	5.1 Gesunde Lebenswelten gestalten	
	5.2 Schutz und Förderung von Gesundheit ist modern	
06	Verfassungsrechtliche Begründung	9
	6.1 Die Lücke im Grundgesetz - unzureichender Schutz der Gesundheit	
07	Die zentrale Forderung: Gesundheit gehört ins Grundgesetz	10
	7.1 Was kann das Recht auf den Schutz der Gesundheit bewirken?	
08	Literaturverzeichnis	12
09	Impressum	16

Präambel



Deutschland lässt ein enormes Gesundheitspotenzial ungenutzt. Wir brauchen dringend eine grundlegende Neuausrichtung der Präventionspolitik. Wir brauchen ein Grundrecht auf Gesundheit.

Andrea Galle, Vorständin
der mkk – meine krankenkasse

Wie krank ist Deutschland? Obwohl die meisten Menschen sagen, sie trinken maßvoll, bewegen sich ausreichend und verzichten auf Tabak, bewerten lediglich 56 Prozent ihren aktuellen körperlichen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Das zeigen die Daten der repräsentativen forsa-Umfrage im Auftrag der mkk – meine krankenkasse.¹

Statistisch gesehen sterben jeden Tag etwa 1.000 Menschen an vermeidbaren Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Weitere 375 Personen verlieren täglich ihr Leben durch Diabetes Typ 2 oder dessen Folgeerkrankungen.² Diese sogenannten nicht übertragbaren Krankheiten stehen weit oben auf der Liste der Todesursachen. Aber auch die Kennziffern für mentale Gesundheit zeigen, wie sehr Deutschland krankt: Jedes fünfte Kind und jeder fünfte Jugendliche leidet an einer psychischen Störung.³ Trotz des medizinischen Fortschritts sind die gesunden Lebensjahre ab 65 gegenüber 2015 deutlich gesunken.⁴ Schon jetzt sind mehr als fünf Millionen Menschen in der Bundesrepublik hilfsbedürftig und benötigen finanzielle Unterstützung aus der Pflegekasse. In zehn Jahren könnten es schon sieben Millionen⁵ sein. Steigt die Statistik der chronischen Krankheiten weiter wie bisher, gerät nicht nur das Gesundheitssystem aus den Fugen. Unsere Gesellschaft wird von der zunehmenden

Krankheitslast und den damit verbundenen Kosten überwältigt. Es ist höchste Zeit, Gesundheit in Deutschland neu zu denken.

WIR FORDERN DIE AUFNAHME DES RECHTS AUF GESUNDHEIT INS GRUNDGESETZ.⁶

Deutschland fehlt bisher eine verbindliche Richtung allen politischen und gesellschaftlichen Handelns, um die gesundheitspolitischen Herausforderungen konstruktiv zu bewältigen. Stattdessen herrscht ein Flickenteppich aus gesundheitsbezogenen Normen in einzelnen Länderverfassungen und Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen. Diese Unübersichtlichkeit führt unweigerlich zu Einzelfallentscheidungen, Interessenskonflikten und ineffizienter Mittelverteilung.

Unser Land benötigt eine Neuorientierung. Jedes politische Handeln muss den Schutz und die Förderung von Gesundheit in ihrer herausragenden Stellung für alle Bereiche unserer Gesellschaft anerkennen. Von diesem Leitgedanken sollen alle politische Entscheidungen getragen werden.

¹ <https://www.meine-krankenkasse.de/presse-politik/forsa-umfrage-praevention-erreicht-viele-nicht>

² Vgl. Destatis (2025b); Jacobs et al. (2017)

³ Vgl. Kaman et al. (2025)

⁴ Vgl. Eurostat (2025)

⁵ Vgl. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/aktuell-vorausberechnung-pflegebeduerftige.html>

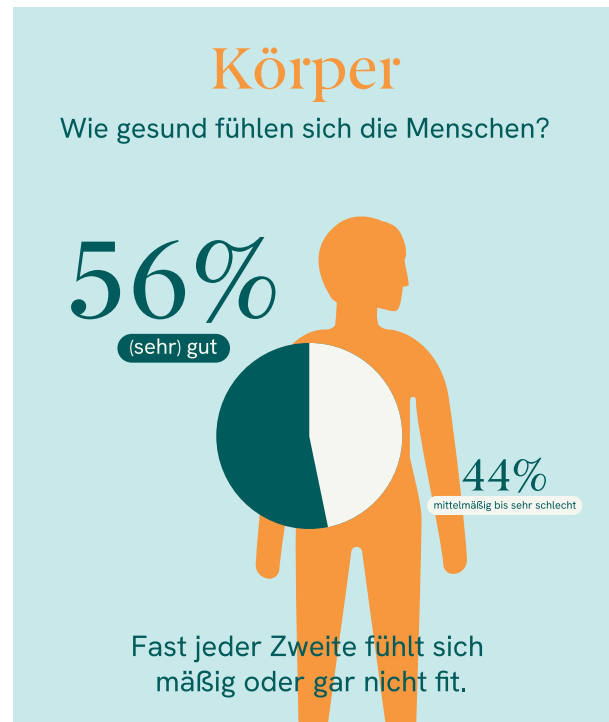
⁶ Die verschiedenen Optionen einer Aufnahme von Gesundheit ins Grundgesetz wurden durch das Gutachten „Recht auf Gesundheit“ erarbeitet und für die Petitionseinreichung formuliert. Vgl. Gutachten „Recht auf Gesundheit“

Gesundheit ist individuell und gesellschaftlich höchstes Gut

Erinnern wir uns an die dramatischen Zahlen der Corona-Todesfälle. 2021 starben in Deutschland rund 71.000 Menschen an COVID-19. Damals nahmen Politikerinnen und Politiker diese Zahlen zum Anlass, zahlreiche, teils grundrechtseinschränkende Maßnahmen⁷ zu ergreifen. Die Gesellschaft betrachtete den Schutz der Gesundheit politisch wie rechtlich und gesellschaftlich als höchstes Gut.

Im selben Jahr starben weitaus mehr Menschen an den Folgen von Alkohol, Rauchen oder Adipositas. Allein ein Drittel der Todesfälle (33 Prozent) ging auf das Konto von Herz-Kreislauferkrankungen. 229.000 Menschen starben an Krebs (22,4 Prozent aller Todesfälle). Diese Tendenz setzt sich ungebrems fort.⁸ Fachleute aus Gesundheitswissenschaft und Ökonomie zeichnen ein düsteres Zukunftsbild und prognostizieren für die zehn häufigsten nicht-infektiösen Krankheiten⁹ bis 2040 einen signifikanten Anstieg. Die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen soll sich verdoppeln.¹⁰

Was nachweislich gegen diese alarmierenden Zahlen helfen würde, wären Maßnahmen der Politik. Denn die großen Gesundheitsprobleme unserer Zeit lassen sich nicht im MRT oder mit Immunsuppressiva lösen.



Quelle: forsa-Umfrage im Auftrag der mkk – meine krankenkasse, 01/2026 (n=3.008)

Eine bloße „Verwaltung der Krankheit“ ohne Anbindung an eine verbindliche verfassungsrechtliche Leitlinie, die der demokratisch-parlamentarische Gesetzgeber ausdrücklich beschließt, trägt nicht zur Bewältigung der gegenwärtigen Gesundheitskrise bei.

Gutachten „Recht auf Gesundheit“, 2026, S. 76

WAS DER PERSPEKTIVWECHSEL BEWIRKEN KANN:

Prävention und Gesundheitsförderung können zum positiven Gesellschafts- und Wirtschaftsfaktor werden. Metaanalysen zeigen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen einer gesunden Bevölkerung und dem wirtschaftlichen Erfolg eines Landes.¹²

⁷ Vgl. Gutachten „Recht auf Gesundheit“ (2026), S. 56 f., S. 66

⁸ Vgl. Destatis (2022), Destatis (2025b)

⁹ Zu den zehn häufigsten nicht-infektiösen Krankheiten zählen Arthrose, Lungen-, Bronchial- und Trachealkrebs, koronare Herzkrankheit, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), zerebrovaskuläre Erkrankungen, Demenz, Depression, Diabetes, Rückenschmerzen, Herzinsuffizienz.

¹⁰ Vgl. Milan, Fetzer & Hagist (2021)

¹¹ Vgl. BAuA (2025)

¹² Vgl. Ashraf, Lester & Weil (2009), Cui, Liu & Yao (2025), Ridhwan et al. (2022)

Ökonomische und soziale Folgen durch lebensstilbedingte Erkrankungen

In Zeiten tiefgreifender Umbrüche wird der Umgang mit Gesundheit und Prävention zur politischen Kernaufgabe. Weder eine Krankenhausreform noch andere Versuche zur Effizienzsteigerung der Behandlungskosten verhindern, dass Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebs vielen Menschen viele gesunde Lebensjahre rauben. Die sogenannten nicht übertragbaren

Erkrankungen reißen zudem tiefe Löcher in die wirtschaftliche Wertschöpfung.

Die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen verursachten 2024 einen Ausfall an Bruttowertschöpfung in Höhe von 9,4 Milliarden Euro. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems fordern 44,2 Milliarden Euro, die des Atmungssystems 41,0 Milliarden Euro und psychische Krankheiten kosten 38,0 Milliarden Euro pro Jahr.¹¹ Durch den Anstieg krankheitsbedingter Ausfälle schrumpft nicht nur die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, sondern auch die soziale Stabilität.

Unser Gesundheitssystem ist zu sehr auf Krankheit ausgerichtet

Rund 200.000 Krebserkrankungen jährlich ließen sich in Deutschland durch einen gesünderen Lebensstil vermeiden.¹³

Deutschland leistet sich ein extrem teures Gesundheitssystem. 2024 lagen die Ausgaben bei 538 Milliarden Euro, mit denen in erster Linie die Krankheitsversorgung finanziert wurde.¹⁴ Ein kurzer Blick auf die Ausgabenverteilung zeigt: Mehr als die Hälfte der Gesundheitsausgaben entfallen auf die stationäre und ambulante Versorgung. Über ein Fünftel sind der Langzeitpflege und ein knappes Fünftel den Arzneimitteln zuzuschreiben. Präventionsausgaben hingegen machen nur fünf Prozent aller Ausgaben aus.¹⁵

Die Finanzierung des Systems stößt an seine Grenzen: In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird die Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben jährlich um sechs bis acht Milliarden Euro größer. Bereits im

kommenden Jahr soll in der GKV eine Finanzlücke von zwölf Milliarden Euro klaffen.¹⁶

Unter den Ausgabenträgern spielen die gesetzlichen Krankenversicherungen mit Abstand die größte Rolle. Doch auch hier nehmen primärpräventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung im Verhältnis eine Randposition ein. Die im §20 SGB V aufgeführten Orientierungswerte umfassten 2024 rund 8,53 Euro, welche die Krankenkassen pro Versicherten in Prävention investieren sollen. Das sind gerade einmal 0,2 Prozent der durchschnittlichen Ausgaben pro Versicherten für die Vermeidung von Krankheiten und die Förderung von Gesundheit. Ein Besuch beim Hausarzt kostet mehr als das Doppelte.¹⁸

WAS DER PERSPEKTIVWECHSEL BEWIRKEN KANN:

Mit einem Grundrecht auf Gesundheit wird nicht nur die Bekämpfung von Krankheiten, die übermäßige Kosten verursachen, verbunden sein. Vielmehr werden auch Aufklärung, Vorbeugung und Gesundheitsförderung und damit Krankheitsvermeidung in den Schutzbereich einzubeziehen sein, um ein der Menschenwürde entsprechendes gesundes Leben zu ermöglichen.

¹³ Quelle: <https://www.dkfz.de/aktuelles/pressemitteilungen/detail/aktiv-gegen-krebs-welche-ernaehrung-kann-schuetzen>

¹⁴ Vgl. Destatis (2025a)

¹⁵ Vgl. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025)

¹⁶ Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/news/iges-institut-prognostiziert-fur-2027-gkv-finanzluecke-von-zwolf-milliarden-euro-109ab145-1b24-42ec-9ce1-ac7e313db39b>

¹⁷ Vgl. Medizinischer Dienst Bund und GKV-Spitzenverband (2025)

¹⁸ Vgl. <https://ebm.kbv.de> Dann müssten auf den Folgeseiten (leider) alle Quellenbezüge um eine Zahl aufgerückt werden

Warum Prävention bisher wenig bewirkt

Deutschland zählt zwar im europäischen Vergleich zu den Ländern mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheitsdienste, trotzdem ist die Krankheitslast durch vermeidbare und vorzeitig tödliche Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf, Diabetes, Krebs, Adipositas) vergleichsweise hoch.¹⁹

Krankenkassen investieren wachsende Summen in Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme, ohne dass diese ihr Potenzial zur Entlastung der Versorgung und zur Reduktion zukünftiger Krankheitskosten voll entfalten können. Evaluationsberichte und Versichertenbefragungen zeigen, dass die Mittel für Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote der Kassen nur zu einem geringen Teil zielführend

eingesetzt werden. Die Angebote erreichen mit 1,9 Millionen Teilnahmen bei rund 74 Millionen Versicherten (Quote: 2,5 Prozent) nur einem kleinen, ohnehin gesundheitsaffinen Teil der Bevölkerung.²⁰ Die Präventionsumfrage der mkk – meine krankenkasse bestätigt dieses Bild. 41 Prozent der Befragten haben in den letzten 12 Monaten keine einzige Leistung ihrer Krankenkasse zu Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch genommen. Knapp die Hälfte ließ sich impfen, aber nur wenige nahmen an analogen (10 Prozent) oder digitalen (9 Prozent) Gesundheitskursen teil.

Gesundheitskompetenz als Schlüssel für gesunde Lebensführung

Ein Grund für die fehlende Inanspruchnahme liegt in der mangelnden Gesundheitskompetenz großer Teile der Bevölkerung. 55,7 Prozent der Deutschen erreichen nur eine eingeschränkte oder sehr eingeschränkte Kompetenz bei der Bewertung, Auswahl und Nutzung gesundheitsrelevanter Informationen. Besonders sozial benachteiligte Menschen sind mit der Verantwortung für die eigene Gesundheit überfordert.²¹ Dies mündet in erhebliche gesundheitliche Ungleichheiten in der Bevölkerung nach Bildungsstand.²²

Wer wenig verdient, in einem schlechten Wohnumfeld lebt oder einen niedrigen Bildungsstatus hat, leidet deutlich häufiger unter schlechter Gesundheit als privilegierte Menschen. Dies gilt sowohl für die physische wie psychische Gesundheit. Eine hohe Gesundheitskompetenz hingegen korreliert mit gesünderem Verhalten und besserer Inanspruchnahme von präventiven Leistungen und Maßnahmen.

Es lässt sich klar erkennen, dass es keine medizinischen Lösungen für die enormen Gesundheitsprobleme



Quelle: forsa-Umfrage im Auftrag der mkk – meine krankenkasse, 01/2026 (n=3.008)

¹⁹ Vgl. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025); OECD/European Commission (2024)

²⁰ Vgl. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025)

²¹ Vgl. Schaeffer et al. (2025)

²² Vgl. EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analytics. (2025)

Seele

Wie schätzen Sie ihre psychische Gesundheit ein?

66%

(sehr) gut



34%

mittelmäßig bis sehr schlecht

Psychische Stabilität ist Voraussetzung für Alltag, Arbeit und Lebensqualität.

Quelle: forsa-Umfrage im Auftrag der mkk – meine krankenkasse, 01/2026 (n=3.008)

des Landes gibt. Die Verantwortung für Gesundheit und Krankheit liegt in großen Bereichen auch in den Händen von Politikerinnen und Politikern. Es gilt, alle Barrieren abzubauen, die den Zugang zu Prävention und Gesundheitsförderung unnötig erschweren. Eine Lösung liegt in der Stärkung lebensweltorientierter Präventionsansätze, die alle Bevölkerungsgruppen erreichen. Auch außerhalb des Gesundheitssystems sollten präventive Maßnahmen angeboten werden. Prävention muss die Menschen dort erreichen, wo sie leben, lernen und arbeiten.

Prävention und Gesundheitsförderung: Eine Aufgabe für alle

Die Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung kann nicht allein Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen sein. Nach Ergebnissen der von der mkk – meine krankenkasse in Auftrag gegebenen forsa-Umfrage²⁴ sehen die Befragten Ärztinnen und Ärzte mit 86 Prozent Zustimmung in erster Linie in der Verantwortung, dicht gefolgt von den Krankenversicherungen mit 84 Prozent. Auch staatliche Institutionen (z. B. Gesundheitsministerium, Gesundheitsämter) sowie Bildungseinrichtungen werden von deutlich mehr als der Hälfte der Befragten als verantwortliche Akteure für Prävention und Gesundheitsförderung benannt. Besonders die unter 30-Jährigen schreiben diesen beiden Stakeholdern mit rund 80-prozentiger Zustimmung die Verantwortung zu.²⁴

WAS DER PERSPEKTIVWECHSEL BEWIRKEN KANN:

Durch ein Grundrecht auf Schutz und Erhaltung von Gesundheit fördert der Staat ein neues Gesundheitsbild, das Bürgerinnen und Bürger nicht mehr als Patientinnen und Patienten betrachtet. Mit neuen Rahmenbedingungen ermöglicht der Staat die Stärkung von Gesundheitskompetenz und einer gesunden Lebensführung. Erst das schafft die Voraussetzung für eigenverantwortliches Handeln und flächendeckende Nutzung präventiver Maßnahmen.

²³ Vgl. ForSa (2026)

²⁴ Vgl. ForSa (2026)

Gesundheitsfördernde Politik ist möglich und erfolgreich

Wurde früher Gesundheit nur als das Fehlen von Krankheit erklärt, definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1948 „Gesundheit als einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens.“²⁵ 1986 präzierte die WHO in der Ottawa-Charta, Gesundheit solle als „Ressource für das tägliche Leben“ verstanden werden.²⁶ Sie ist als theoretische Grundlage im Präventionsgesetz (PrävG) von 2015 verankert.

Die Hürden für ein gesundes Leben liegen für den Einzelnen hoch. Ärztliche Ermahnungen, mehr Bewegung in den Alltag einzubauen oder abzunehmen, reichen nicht aus. Was wirklich hilft, sind politische Maßnahmen, wie der Blick in Nachbarländer zeigt.

Gesunde Lebenswelten gestalten

Irland und Großbritannien subventionieren Projekte zur gesundheitsfördernden Umgestaltung des öffentlichen Raums (Parkanlagen, Radwege, öffentliche Plätze). In den Niederlanden erhalten Kommunen nur dann Fördergelder, wenn sie gesunde Lebensumgebungen (Sportplätze, Fahrradnetze, plastikfreie Schulhöfe)²⁷ schaffen. So werden Wirkungsketten geschaffen und Gesundheitsprojekte unterstützt, die Prävention und Gesundheitsförderung dorthin bringen, wo die Menschen leben, lernen und arbeiten.

In Schottland gibt es inzwischen eine gute Evidenz, dass ein gesetzlicher Mindestpreis für Alkohol alkoholbedingte Krankenhausaufnahmen und Todesfälle deutlich senkt.²⁸ Großbritannien erreichte durch die Einführung einer Zuckersteuer²⁹ auf Soft-Drinks eine deutliche Zuckerreduktion in den Getränken. Gerade bei Kindern gingen die aus Softdrinks stammenden Zuckeraufnahmen um knapp ein Viertel zurück.³⁰

Warum gibt es solche Steuern nicht auch in Deutschland? Die meisten Menschen wünschen sich laut der Umfrage der mkk – meine krankenkasse das Schulfach Gesundheit (69 %) und plädieren für höhere Steuern auf gesundheitsschädliche Lebens- und Genussmittel (60 %).

Ärztinnen und Ärzte können die Folgen unzureichender Rahmenbedingungen meist nur behandeln. Entscheidend sind mutige, gesundheitsfördernde politische Weichenstellungen.

“Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“

Artikel 2 des Grundgesetzes ist unzureichend. Alle Erkrankungen, die von der physiologischen Norm abweichen, fallen aus diesem eingeschränkt definierten Schutzbereich des Grundgesetzes heraus. Es ist

WAS DER PERSPEKTIVWECHSEL BEWIRKEN KANN:

Nehmen wir uns ein Beispiel an Ländern, wie den Niederlanden, Finnland, Lettland, Rumänien, Portugal oder Spanien, deren Verfassungen ausdrückliche Garantien zum Schutz der körperlichen und psychischen Gesundheit enthalten.³³

Durch die Aufnahme von Gesundheit ins Grundgesetz, betrachten sowohl Politik als auch Gesellschaft Gesundheit als das höchste Gut, woraus ein gegenseitiges Versprechen entsteht. Gesundheit geht uns alle an. Sie ist keine zusätzliche Ausgabe. Sie ist eine Investition in Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und gesellschaftliche Resilienz.

²⁵ Vgl. World Health Organization (1948)

²⁶ Vgl. World Health Organization (1986)

²⁷ Vgl. Finish Institute for Health and Welfare (2023a, 2023b, 2023c); Pharos (o.J.)

²⁸ Vgl. Wyper et al. (2023)

²⁹ Die britische „Zuckersteuer“ (Soft Drinks Industry Levy) ist eine seit 2018 geltende, nach Zuckergehalt gestaffelte Abgabe auf zuckerhaltige Erfrischungsgetränke, die Hersteller:innen und Importeur:innen zahlen müssen, um den Zuckergehalt in Getränken zu senken und so ernährungsbedingten Erkrankungen vorzubeugen.

naheliegend, die körperliche, seelische und geistige Gesundheit als das überragend wichtige Schutzgut auch in Form eines ausdrücklich formulierten Grundrechts oder zumindest als eine formulierte Staatszielbestimmung in den Verfassungsrang zu heben.³¹

Schutz und Förderung von Gesundheit ist modern

Global betrachtet schützen laut WHO 74 Prozent der Länder das Recht auf Gesundheit in ihren Verfassungen. Unter Verfassungen, die vor den 1970er Jahren angenommen wurden, schützten nur 29 Prozent die Gesundheit explizit, während jede der 31 nationalen Verfassungen, die zwischen 2000 und 2017 angenommen wurden, Gesundheitsrechte für alle Bürgerinnen und Bürger verankern.³²

Verfassungsrechtliche Begründung

Rechtssätze aus der Vergangenheit können nicht zentrale hochrangige gesellschaftliche Probleme der Gegenwart in zukunftsbezogener Weise lösen. Die bestehende Gesundheitskrise wird nicht mittels Verwendung „alter Schläuche“ bewältigt.

Gutachten „Recht auf Gesundheit“ S. 61

Die Lücke im Grundgesetz - unzureichender Schutz der Gesundheit

Obwohl Gesundheit allgemein in Deutschland als das höchste Gut anerkannt ist, sieht das Grundgesetz deren Schutz nicht umfassend vor. Aber unsere Gesellschaft hat sich seit der Verabschiedung des Grundgesetzes 1949 elementar verändert. Sie ist sicherer und wohlhabender denn je, aber ebenso alt und krank wie nie. Die Gesundheit des Einzelnen wird

nicht mehr von Mangel oder Unterversorgung bedroht, sondern von Überfluss und Inaktivität. Hinzu kommen neue Krankheitsbilder und Umweltfaktoren, die vor allem die mentale Gesundheit betreffen.

Für ein Grundrecht auf Gesundheit sprechen im Übrigen die Gesundheitsschutzregelungen in der Europäischen Union, in der europäischen Menschenrechtskonvention, in der WHO-Satzung und in zahlreichen internationalen Abkommen, denen die Bundesrepublik Deutschland beigetreten ist. Daraus folgt, dass eine EU- bzw. völkerrechtsfreundliche Auslegung des Grundgesetzes zu erfolgen hat.³⁴

30 Vgl. Cobiac et al. (2024); HM Revenue & Customs (2025); Rogers et al. (2023); Rogers et al. (2024); UK Parliament (2024)

31 Vgl. Gutachten „Recht auf Gesundheit (2026)“, S. 74

32 Vgl. WORLD Policy Analysis Center (2020)

33 Vgl. Gutachten „Recht auf Gesundheit“ (2026) S. 47 f.

34 Vgl. Gutachten „Recht auf Gesundheit (2026)“, S. 40 ff.

Die zentrale Forderung: Gesundheit gehört ins Grundgesetz

Was kann das Recht auf den Schutz der Gesundheit bewirken?

Das Grundgesetz enthält keinen Passus, der ein „Recht auf Gesundheit“ benennt. Dem Staat fehlt die konkrete Aufgabe, Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben³⁵ zu schaffen. Da Lebensqualität stark von diesen Bedingungen abhängt, müssen Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Sicherung der Lebensqualität als übergeordnetes gesellschaftliches und staatliches Ziel endlich in unsere Verfassung aufgenommen werden.

Das stärkste Gewicht zur Durchsetzung des überragend bedeutenden Gemeinwohlbelangs der Gesundheit des Einzelnen und der Gesellschaft dürfte die Formulierung eines Grundrechts haben. Auch die forsa-Umfrage der mkk – meine krankenkasse unterstreicht diese Forderung. So befürworteten 61 Prozent der Befragten die Verankerung der Gesundheit im Grundgesetz.³⁶

Artikel 2 Grundgesetz könnte
um einen Absatz erweitert werden:

„Jeder hat das Recht auf körperliche, geistige
und seelische Gesundheit. Sie auch durch
Aufklärung, Vorbeugung und Krankheitsver-
meidung zu schützen und zu erhalten, ist
Aufgabe jeder staatlichen Gewalt.“

Dr. Martin Pagenkopf, ehemaliger Richter am Bundesverwaltungsgericht, erstellte im Auftrag der mkk – meine krankenkasse Anfang 2026 zu dieser Frage ein verfassungsrechtliches Gutachten. Es zeigt, dass eine verfassungsrechtliche Verankerung eines Rechts auf den Schutz der Gesundheit dem Flickenteppich der einfachen Gesetzgebung entgegenwirken würde.

Der komplexe körperliche und seelische Schutz des Lebens würde in allen politischen Entscheidungen in den Vordergrund gerückt. Gesundheit als wichtigstes Schutzgut könnte Beschränkungen für andere Grundrechte rechtfertigen – ähnlich wie im Falle der Corona-Maßnahmen. Zudem manifestiert ein Grundrecht auf Gesundheit und die darin zum Ausdruck gebrachte objektive Werteordnung eine effektive Lenkungswirkung, die für den einfachen Gesetzgeber – also Parlamente und Bundesrat – volle Verbindlichkeit hätte.³⁷

³⁵ „Gesundes Leben“ bezeichnet im staatlichen Kontext die Gesamtheit jener Lebensbedingungen, die es der Bevölkerung ermöglichen, ihre körperliche, psychische und soziale Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Dazu gehören unter anderem eine gesundheitsförderliche Umwelt, Zugang zu gesunden Lebensmitteln, sichere Arbeits- und Wohnverhältnisse, Bewegungsmöglichkeiten, Gesundheitsbildung sowie ein funktionierendes Gesundheits- und Präventionssystem. Forsa (2026)

³⁶ Vgl. Forsa (2026)

³⁷ Vgl. Gutachten „Recht auf Gesundheit“ (2026), S. 9

³⁸ Vgl. Gutachten „Recht auf Gesundheit“ (2026), S. 78



Der Grundrechtsstatus verändert die politische, juristische und gesellschaftliche Perspektive auf Gesundheit maßgeblich:

1. Aufklärung, Vorbeugung und Gesundheitsförderung und damit Krankheitsvermeidung werden in den Schutzbereich einbezogen, damit ein der Menschenwürde entsprechendes gesundes Leben ermöglicht wird.
2. Den Bürgerinnen und Bürgern kann durch eine verfassungsrechtliche Verankerung des Rechts auf Gesundheit und dem damit einbezogenen Bereich der körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheit sowie der entsprechenden Gesundheitsvorbeugung und Gesundheitserziehung und -prävention der überragend wichtige Rang des gesundheitlichen Wohlbefindens vor Augen geführt werden.
3. Die Folge eines Gesundheitsgrundrechts ist, dass ein teures jedoch ineffizientes Gesundheitssystem in hohem Maße vermeidbar sein wird.
4. Die aus dem Grundrecht auf Gesundheit entstehenden Gesetzgebungsbefugnisse des Bundes können auf föderaler Ebene einheitliche Richtlinien für Gesundheitsbildung oder gesundheitsfördernde Verhältnisse schaffen und damit regionale und soziale Ungleichheiten beseitigen.
5. Ein einheitliches verfassungsrechtliches und gesundheitspolitisches Konzept beseitigt Wertungsunterschiede in der Betrachtung von z. B. Werbebeschränkungen, bei der Besteuerung ungesunder Lebensmittel oder der Social Media-Nutzung.³⁸

Literaturverzeichnis

Ashraf, Q. H., Lester, A. & Weil, D. N. (2009).

WHEN DOES IMPROVING HEALTH RAISE GDP? NBER macroeconomics annual, 23, 157-204. <https://doi.org/10.1086/593084>

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). (2025).

Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2024. <https://www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit>

Bundesamt für Soziale Sicherung. (2025, 15. Oktober).

GKV-Schätzerkreis schätzt die finanziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2025 und 2026 [Pressemitteilung]. <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/service/newsroom/detail/gkv-schaetzerkreis-schaetzt-die-finanziellen-rahmenbedingungen-der-gesetzlichen-krankenversicherung-fuer-die-jahre-2025-und-2026/>

Bundesrechnungshof. (2025).

Entwicklung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Cobiac, L. J., Rogers, N. T., Adams, J., Cummins, S., Smith, R., Mytton, O., White, M. & Scarborough, P. (2024).

Impact of the UK soft drinks industry levy on health and health inequalities in children and adolescents in England: An interrupted time series analysis and population health modelling study. PLOS Medicine, 21(3), e1004371. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004371>

Coombes, E., Spiliopoulos, G., Madigasekera-Elliott, L., Wilkinson, B., Cannon, J., Flitcroft, T., Rodgers, S. E. & Halliday, E. (2025).

Building and facilitating systems capabilities for healthy environments: the role of dedicated 'healthy places' postholders. Cities & Health, 9(4), 708-722. <https://doi.org/10.1080/23748834.2025.2501474>

Cui, Y., Liu, G. & Yao, Y. (2025).

The impact of health on growth: from the perspective of economic structure evolution. Health economics review, 15(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s13561-025-00636-5>

Department of Health & Social Care. (2023). Public health ring-fenced grant 2023 to 2024: local authority circular. <https://www.gov.uk/government/publications/public-health-grants-to-local-authorities-2023-to-2024/public-health-ring-fenced-grant-2023-to-2024-local-authority-circular>

Dogbe, W., Akaichi, F., Rungapamestry, V. & Revoredo-Giha, C. (2024). Effectiveness of implemented global dietary interventions: a scoping review of fiscal policies. BMC Public Health, 24(1), 2552. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19988-4>

EuroHealthNet. (2024).

Schools4Health: D2.1 Report on Policy and practice to strengthen the Health Promoting School approach across the EU.

EuroHealthNet & Centre for Health Equity Analytics. (2025).

Social inequalities in health in the EU: Are countries closing the health gap? <https://eurohealthnet.eu/publication/social-inequalities-in-health-in-the-eu/>

Eurostat. (2025). Healthy life years statistics.

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics&action=stateexp-seat&lang=de#Highlights

Finnish Institute for Health and Welfare. (2023a).

Funding: State grants for promotion of health and wellbeing. <https://thl.fi/en/topics/management-of-health-and-wellbeing-promotion/management-of-wellbeing/funding?>

Finnish Institute for Health and Welfare. (2023b).

Management of wellbeing: Promotion of health and wellbeing in Finland has a strong legislative background. <https://thl.fi/en/topics/management-of-health-and-wellbeing-promotion/management-of-wellbeing?>

Finnish Institute for Health and Welfare. (2023c).

Prioritization in health - how can we enhance prevention? - the case of Finland: Incentives for prevention and health promotion - health and wellbeing promotion coefficient. https://ianphi.org/_includes/documents/sections/news/2023/finland-prioritization-in-health-thl.pdf?

forsa - Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH. (2026).

Bundesweite Befragung zum Thema Prävention [Umfrage im Auftrag der mkk - meine krankenkasse]. Online befragt wurden 3.008 zufällig ausgewählte Personen ab 18 Jahren in Deutschland. Erhebung: 05. bis 14. Januar 2026.

GOI Department of Health & Pabal. (2023). Healthy Ireland Fund Round 4: Progress Report. <https://assets.gov.ie/static/documents/healthy-ireland-fund-progress-report-on-round-4-2023.pdf>

GOI Department of Rural and Community Development and the Gaeltacht. (2025).

Schemes to support Outdoor Recreation Facilities: Outdoor Recreation Infrastructure Scheme (ORIS). <https://www.gov.ie/en/department-of-rural-and-community-development-and-the-gaeltacht/policy-information/schemes-to-support-outdoor-recreation-facilities/?>

Government of Ireland. (2021).

Healthy Ireland: Strategic Action Plan 2021-2025. <https://assets.gov.ie/static/documents/healthy-ireland-strategic-action-plan-2021-2025.pdf>

HM Revenue & Customs (2025).

Soft Drinks Industry Levy statistics commentary 2025. <https://www.gov.uk/government/statistics/soft-drinks-industry-levy-statistics/soft-drinks-industry-levy-statistics-commentary-2021>

Jacobs, E., Hoyer, A., Brinks, R., Kuss, O. & Rathmann, W. (2017).

Burden of Mortality Attributable to Diagnosed Diabetes: A Nationwide Analysis Based on Claims Data From 65 Million People in Germany. *Diabetes Care*, 40(12), 1703-1709. <https://doi.org/10.2337/dc17-0954>

Kaman, A., Devine, J., Erhart, P. M., Napp, A.-K., Reiss, F., Freitag, P. C. M. & Ravens-Sieberger, P. U. (2025).

Current Global Crises and Youth Mental Health in Germany: The Role of Media Use, Coping and Resources. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-8260872/v1>

Medizinischer Dienst Bund & GKV-Spitzenverband. (2025).

Präventionsbericht 2025: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2024.

Milan, V., Fetzer, S. & Hagist, C. (2021).

Healing, surviving, or dying? - projecting the German future disease burden using a Markov illness-death model. *BMC Public Health*, 21(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09941-6>

OECD/European Commission. (2024).

Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2025).

Länderprofil Gesundheit 2025: Deutschland. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Pagenkopf, M. (2026).

Gutachten „Recht auf Gesundheit“: Eine Bestandsaufnahme und rechtliche Vorschläge zur Eindämmung der Gesundheitskrise mittels verfassungsrechtlicher Leitlinien (Unveröffentlichtes Gutachten). CBH Rechtsanwälte PartG mbB.

Pharos. (o. J.). Programma - GezondIn.

<https://www.pharos.nl/over-pharos/programmas-pharos/programma-gezondin/>

Restrepo, B. J. & Rieger, M. (2016).

Denmark's Policy on Artificial Trans Fat and Cardiovascular Disease. American Journal of Preventive Medicine, 50(1), 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.06.018>

Ridhwan, M. M., Nijkamp, P., Ismail, A. & M Irsyad, L. (2022).

The effect of health on economic growth: a meta-regression analysis. Empirical economics, 63(6), 3211-3251. <https://doi.org/10.1007/s00181-022-02226-4>

Rogers, N. T., Cummins, S., Jones, C. P., Mytton, O., Rayner, M., Rutter, H., White, M. & Adams, J. (2024).

Estimated changes in free sugar consumption one year after the UK soft drinks industry levy came into force: controlled interrupted time series analysis of the National Diet and Nutrition Survey (2011-2019). Journal of Epidemiology and Community Health, 78(9), 578-584. <https://doi.org/10.1136/jech-2023-221051>

Rogers, N. T., Pell, D., Mytton, O. T., Penney, T. L., Briggs, A., Cummins, S., Jones, C., Rayner, M., Rutter, H., Scarborough, P., Sharp, S., Smith, R., White, M. & Adams, J. (2023).

Changes in soft drinks purchased by British households associated with the UK soft drinks industry levy: a controlled interrupted time series analysis. BMJ Open, 13(12), e077059. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077059>

Schaeffer, D., Griese, L., Singh, H., Ewers, M., Hurrelmann, K. (2025).

Gesundheitskompetenz in Zeiten gesellschaftlicher Unsicherheiten – Ergebnisse des HLS-GER 3. Zusammenfassung. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.

Statistisches Bundesamt. (2022, 16. Dezember).

Todesursachenstatistik 2021: 7 % aller Todesfälle gehen direkt auf COVID-19 zurück [Pressemitteilung]. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_544_23211.html

Statistisches Bundesamt. (2025a).

Gesundheitsausgaben: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/ausgabentraeger.html>

Statistisches Bundesamt. (2025b).

Todesursachen 2024: Immer mehr Menschen versterben an Demenz. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/10/PD25_377_23211.html

Statistisches Bundesamt. (2026).

Zahl der Pflegebedürftigen steigt bis 2070 deutlich an. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/aktuell-vorausberechnung-pflegebeduerftige.html>

UK Parliament. (2024).

Soft Drinks: Taxation: Question for Treasury. <https://questions-statements.parliament.uk/written-questions/detail/2024-01-31/12334>

Verordnung (EU) 2019/649. (2019).

Verordnung (EU) 2019/649 der Kommission vom 24. April 2019 zur Änderung des Anhangs III der Verordnung (EG) Nr. 1925/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates betreffend andere Trans-Fettsäuren als solche, die auf natürliche Weise in Fett tierischen Ursprungs vorkommen. Amtsblatt der Europäischen Union: L110, 17-20.

World Health Organization. (1948).

Constitution of the World Health Organization.

World Health Organization. (1986).

Ottawa Charter for Health Promotion.

WORLD Policy Analysis Center. (2020).

Constitutional Approaches to the Right to Health. <https://www.worldpolicycenter.org/constitutional-approaches-to-the-right-to-health#:~:text=Among%20current%20constitutions%20adopted%20before,health%20rights%20for%20all%20citizens>

Wyper, G. M. A., Mackay, D. F., Fraser, C., Lewsey, J., Robinson, M., Beeston, C. & Giles, L. (2023).

Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: a controlled interrupted time series study. *Lancet*, 401(10385), 1361-1370. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00497-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00497-X)

Zeddies, G. (2023).

Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben. *Wirtschaftsdienst*, 103(6), 424-426. <https://doi.org/10.2478/wd-2023-0121>

Zeeb, H., Loss, J., Starke, D., Altgeld, T., Moebus, S., Geffert, K. & Gerhardus, A. (2025).

Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward. *Lancet Public Health*, 10(4), e333-e342. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00033-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00033-7)

Impressum

Herausgeberin:

BKK mkk – meine krankenkasse

Prenzlauer Allee 96
10409 Berlin

Über die **mkk – meine krankenkasse**

Die mkk – meine krankenkasse gehört mit rund 520.000 Kundinnen und Kunden sowie rund 100.000 Firmenkunden zu den 25 größten Krankenkassen Deutschlands und ist bundesweit mit rund 1.150 Mitarbeitenden an 30 Standorten vertreten. Seit ihrer Errichtung 1993 setzt sich die mkk – meine krankenkasse als gesetzliche Krankenkasse mit Andrea Galle als Vorständin dafür ein, Gesundheitsversorgung zu verbessern und weiterzuentwickeln. Der Hauptsitz der **mkk – meine krankenkasse** befindet sich in Berlin. Weitere Informationen unter www.meine-krankenkasse.de.

Kontakt sowie V.i.S.d.P.:

Sandy Doehler, Leitung Politik und Kommunikation

Tel.: 0173 560 5383

www.meine-krankenkasse.de

sandy.doehler@meine-krankenkasse.de

© 2026 mkk – meine krankenkasse

mkk
meine krankenkasse