

Frankfurter Schriften zum
Gesundheits- und Sozialrecht

Andrea Kießling [Hrsg.]

Schnittstellen im Gesundheitsrecht



Nomos

Frankfurter Schriften zum
Gesundheits- und Sozialrecht

Herausgegeben von

Prof. Dr. Claudia Maria Hofmann

Prof. Dr. Andrea Kießling

Prof. Dr. Indra Spiecker gen. Döhmann, LL.M.
(Georgetown Univ.)

Prof. Dr. Astrid Wallrabenstein

Band 34

Andrea Kießling [Hrsg.]

Schnittstellen im Gesundheitsrecht



Nomos



Onlineversion
Inlibra

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-7560-4376-7 (Print)

ISBN 978-3-7489-7332-4 (ePDF)

1. Auflage 2026

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2026. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Vorwort

Der deutsche Sozialstaat gewährt Leistungen durch ein differenziertes und fragmentiertes System verschiedener Sozialleistungen. Wo ein sozialpolitisches Risiko bzw. ein sozialrechtlich relevanter Bedarf durch verschiedene Akteur*innen bearbeitet wird, können Schnittstellenprobleme entstehen: Zuständigkeiten sind unklar, es kommt zu Informationsverlusten, Bedarfe werden nicht (rechtzeitig) gedeckt. Diese Umsetzungsprobleme lassen sich auch im Gesundheitswesen beobachten, das durch seine drei Säulen eine interne Versäulungsstruktur aufweist sowie Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen GKV und anderen Sozialleistungsträgern produziert. Dadurch können Versorgungslücken, aber auch Doppelstrukturen mit einer Überversorgung entstehen.

Diesen unterschiedlichen Schnittstellenproblemen gingen am 26.9.2025 mehrere Referent*innen auf einer Tagung des ineges in Frankfurt am Main nach: Sie beschäftigten sich mit ihrer Entstehung und stellten Lösungsmöglichkeiten vor. Die Vorträge sind in diesem Sammelband dokumentiert und gehen auf Seite der Leistungsberechtigten im Besonderen auf Kinder, Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige ein. Beleuchtet werden außerdem die Rolle der Kommunen sowie die Potentiale von Digitalisierungsansätzen als Lösung.

Weder Tagung noch Sammelband hätten ohne die tatkräftige Unterstützung der Mitarbeiter*innen des ineges verwirklicht werden können: Mein besonderer Dank gilt Noel Berhane, Amelie Foltmann, Janina Martin, Mia Sulzbach und Aylin Ünal, die wie immer mit großem Einsatz das Gelingen der Tagung sicherstellten bzw. die Beiträge redigierten.

Bedanken möchte ich mich außerdem sehr herzlich bei den Förderern (AOK-Bundesverband, BKK Dachverband e.V., IKK e.V., Knappschaft, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Verband der Ersatzkassen e.V.), ohne die es das ineges nicht gäbe und die mit vielfältigem Einsatz auch zum Gelingen dieser Tagung und dieses Sammelbands beigetragen haben.

Frankfurt am Main im Mai 2026

Andrea Kießling

Inhaltsverzeichnis

Sandra Fischer und Sybille Stöbe-Blossey

Schnittstellen im Sozialstaat: Potenziale und Herausforderungen
kooperativer Präventionsstrategien für Kinder in Armutslagen 9

Wiebke Brose

Die Pflege zwischen Gesundheitssystem und Pflegeversicherung 65

Katja Nebe

Barrieren in der Gesundheitsversorgung für Menschen mit
Behinderungen 83

Carsten Dochow

Schnittstellen innerhalb des Gesundheitswesens – Digitalisierung als
Lösung?
Entwicklungen zu sektorenübergreifender Versorgung,
elektronischer Patientenakte und Telemedizin 111

Martin Burgi und Caroline Schulte Oestrich

Schnittstellen im Gesundheitsrecht: Die Rolle der Kommunen bei
der Gesundheitsversorgung 149

Sonja Laag

Transformation des Gesundheitswesens durch ein neues
Gesundheitsinfrastrukturecht? 169

AutorInnenverzeichnis 193

Schnittstellen im Sozialstaat: Potenziale und Herausforderungen kooperativer Präventionsstrategien für Kinder in Armutslagen

Sandra Fischer und Sybille Stöbe-Blossey

A. Einleitung

Die Komplexität und die Fragmentierung des deutschen Sozialstaates stehen seit einigen Jahren verstärkt im Fokus sozialpolitischer Debatten – in der Wissenschaft ebenso wie in der Fachpolitik. Der deutsche Sozialstaat hält für unterschiedliche Risiken differenzierte Unterstützungssysteme mit professionalisierten Institutionen und auf die jeweiligen Probleme abgestimmten Leistungen bereit. Diese Ausdifferenzierung zeigt sich bereits bei einem Blick auf das Sozialgesetzbuch, das mit dem SGB I bis XIV unterschiedliche Rechtskreise mit jeweils spezifischen Institutionen und Leistungen definiert. Jedoch wird zunehmend deutlich, dass die sektoralen Zuständigkeiten und die getrennten Steuerungslogiken der einzelnen Rechtskreise an Grenzen stoßen, wenn Lebenslagen durch multiple Risiken und Problemlagen gekennzeichnet sind. Wo der Umgang mit komplexen Lebenslagen Leistungen aus unterschiedlichen Politikfeldern erfordert, entstehen Schnittstellen – und damit sowohl Koordinationsbedarfe als auch Risiken von Versorgungslücken, Ineffizienz, unklaren Verantwortlichkeiten und Schwierigkeiten im Zugang zu den Leistungen. Diese Herausforderungen betreffen den Sozialstaat insgesamt, treten jedoch in besonderer Weise dort zutage, wo die Förderung von Teilhabe auf ein frühzeitiges, koordiniertes und abgestimmtes Handeln angewiesen ist.

Ein besonders anschauliches Beispiel hierfür ist die Lebenslage von Kindern, die in Armut oder Armutsgefährdung aufwachsen. Kinder und Jugendliche sind in Deutschland überdurchschnittlich häufig von Armut betroffen, und zahlreiche Studien belegen die weitreichenden Folgen von Armut für Gesundheit, Entwicklung, Bildungschancen und soziale Teilhabe. Armut im Kindesalter ist dabei nicht allein als temporäres materielles Defizit zu verstehen, sondern als komplexe Lebenslage, die nicht nur akute Probleme, sondern langfristige Risiken für ein gelingendes Aufwachsen birgt. Die Unterstützung von Kindern in Armutslagen stellt daher eine

Querschnittsaufgabe vorbeugender Sozialpolitik dar und erfordert eine Verknüpfung von Leistungen aus unterschiedlichen Politikfeldern.

In diesem Beitrag stehen exemplarisch die Schnittstellen zwischen den Politikfeldern Gesundheit und Kinder- und Jugendhilfe im Mittelpunkt. Leistungen aus beiden Politikfeldern tragen zur Förderung der Entwicklung und Teilhabe von Kindern bei, sind jedoch durch unterschiedliche rechtliche Grundlagen, Finanzierungslogiken, Steuerungsmechanismen und professionelle Leitbilder geprägt und im Sozialgesetzbuch mit dem SGB V („Gesetzliche Krankenversicherung“) und dem SGB VIII („Kinder- und Jugendhilfe“) durch unterschiedliche Rechtskreise strukturiert. Während das Gesundheitswesen im deutschen Sozialstaat stark bundesweit reguliert, beitragsfinanziert und korporatistisch gesteuert ist, zeichnet sich die Kinder- und Jugendhilfe durch eine hohe kommunale Verantwortung, steuerfinanzierte Leistungen, große dezentrale Gestaltungsspielräume und eine starke Rolle frei-gemeinnütziger Träger aus. Diese Unterschiede erschweren eine systematische Kooperation, obwohl gerade im Kontext präventiver Strategien ein koordiniertes Vorgehen von besonderer Bedeutung ist.

Vor diesem Hintergrund verfolgt der Beitrag drei zentrale Anliegen: Erstens wird herausgearbeitet, warum gelingendes Aufwachsen von Kindern in Armutslagen als gemeinsames Ziel der Politikfelder Gesundheit und Kinder- und Jugendhilfe zu verstehen ist und welche normativen und konzeptionellen Bezugspunkte eine solche Perspektive stützen. Zweitens werden anhand dieses Beispiels Analysestrategien für ein Verständnis von Governance-Strukturen vorgestellt. Dabei wird davon ausgegangen, dass ein vertieftes Verständnis der jeweiligen politikfeldspezifischen Strukturen Voraussetzung dafür ist, Prozesse der Kooperation gezielt gestalten zu können. Auf dieser Basis werden drittens anhand von Beispielen Ansatzpunkte, Hürden und Gelingensbedingungen kooperativer Präventionsstrategien diskutiert.

Im Folgenden wird zunächst gelingendes Aufwachsen von Kindern – insbesondere in Armutslagen – als Querschnittsaufgabe verortet und in internationale sowie europäische gesundheits- und kinderpolitische Rahmenkonzepte eingeordnet (B.). Anschließend wird ein Analysekonzept für Schnittstellen in der Sozialpolitik vorgestellt (C.). Darauf aufbauend werden die Strukturen der Rechtskreise des SGB V und des SGB VIII vergleichend betrachtet und ihre Implikationen für eine kooperative Präventionspolitik diskutiert (D.). Schließlich werden Beispiele für Governance-Struk-

turen an Schnittstellen und für kooperative Strategien auf unterschiedlichen Ebenen des Mehrebenensystems analysiert (E.), bevor ein Fazit (F.) gezogen wird.¹

B. Gelingendes Aufwachsen als Querschnittsaufgabe

Kinder und Jugendliche sind in Deutschland überdurchschnittlich von Armut betroffen. Unabhängig von methodischen Unterschieden zwischen den Datengrundlagen zeigen alle Erhebungen der letzten Jahre, dass ihr Armutsrisiko mindestens auf dem Niveau, häufig jedoch über dem der Gesamtbevölkerung liegt: So betrug die Armutsrisikoquote für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren im Jahr 2023 laut Mikrozensus 20,7 Prozent und laut EU-SILC 15,2 Prozent. Dabei ist das Armutsrisiko für diese Altersgruppe in den letzten Jahren relativ stabil geblieben.² Armut im Kindes- und Jugendalter ist nicht nur ein temporäres Einkommensproblem, sondern beeinträchtigt nachhaltig zentrale Lebensbereiche wie Gesundheit, Wohnen, soziale und kulturelle Teilhabe sowie Bildungsbiografien. Betroffene wachsen häufig unter eingeschränkten Wohnbedingungen auf, haben geringeren Zugang zu Bildungs- und Betreuungsangeboten und höhere Krankheitsrisiken.³ So stellt die Bundesregierung in ihrem am 3. Dezember 2025 im Kabinett beschlossenen Siebten Armuts- und Reichtumsbericht fest, was zahlreiche Studien schon lange nachgewiesen haben und was politisch wie gesellschaftlich hinlänglich bekannt ist: „Bildungschancen hängen in Deutschland weiterhin maßgeblich mit dem sozioökonomischen Status der Familie zusammen. Auch der allgemeine Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen für

1 Da der vorliegende Band sich vor allem an Zielgruppen aus dem Gesundheitswesen richtet, liegt der Fokus der Darstellung von Strukturen und Rechtsvorschriften auf dem System der Kinder- und Jugendhilfe, während einige Grundlagen des deutschen Gesundheitswesens als bekannt vorausgesetzt und daher nicht explizit thematisiert werden.

2 Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Lebenslagen in Deutschland. Der Siebte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2025, S.145 (abrufbar unter <https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/DE/Bericht/Der-siebte-Bericht/Der-Bericht/der-bericht.html>), alle in diesem Beitrag zitierten Quellen aus dem Internet wurden zuletzt am 1.2.2026 abgerufen.

3 *Tophoven*, Kinder und Jugendliche in Armutslagen. Sozialpolitische Herausforderungen in der Kommune, DIFIS-Studie 5/2023, S. 12 ff. (abrufbar unter <https://difis.org/publikationen/publikation/42>).

Kinder und Jugendliche ist in Deutschland von der sozialen Lage abhängig.⁴ Vor diesem Hintergrund kommt der Bildungskette von der frühen Bildung über Schul- und Berufsabschlüsse bis zur Arbeitsmarktintegration eine zentrale Rolle im erwerbszentrierten System der sozialen Sicherung in Deutschland zu. Denn es gilt, durch eine mehrere Politikfelder umfassende kooperative und frühzeitig einsetzende Förderung Maßnahmen entlang dieser Bildungskette umzusetzen, die die Armutsfolgenprävention⁵ zum Ziel haben.

In diesem Beitrag steht die Kombination von Lösungsbeiträgen aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe im Vordergrund. Zunächst wird im Folgenden aufgezeigt, dass auf internationaler und europäischer Ebene normative Rahmenkonzepte bestehen, die eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der beiden Politikfelder nicht nur ermöglichen, sondern ausdrücklich einfordern. Im ersten Unterkapitel stehen das umfassende Gesundheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die eine gesundheitsfördernde, sektorenübergreifende Politik anmahrende Ottawa-Charta sowie das Leitkonzept „Health in All Policies“ im Mittelpunkt (B.I.). Daran anschließend wird das Konzept „Health in All Policies“ unter besonderer Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen betrachtet, wie es sich in der Präambel der WHO-Verfassung, den 17 Nachhaltigkeitszielen der Vereinten Nationen, der Strategie „Children in All Policies 2030“, der UN-Kinderrechtskonvention sowie der Europäischen Garantie für Kinder widerspiegelt (B.II.).

I. Gesundheit als umfassendes Konzept

Auf internationaler und supranationaler Ebene finden sich Regelwerke und Konzepte, die die präventive Förderung an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe adressieren und damit deutlich

4 Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Lebenslagen in Deutschland. Der Siebte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2025, S.146 (abrufbar unter <https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/DE/Bericht/Der-siebte-Bericht/De-r-Bericht/der-bericht.html>).

5 Armutsfolgenprävention ist darauf ausgerichtet, die negativen Auswirkungen bestehender Armut auf die soziale Teilhabe und die Bildungschancen von betroffenen Kindern und Jugendlichen insbesondere mittels infrastruktureller Maßnahmen und einer sektorenübergreifenden Perspektive zu verhindern oder zu vermindern (siehe dazu auch C.I.).

machen, dass beide Politikfelder einander bedingen und deshalb zusammengedacht werden müssen. Im Bereich der Gesundheitspolitik ist hier zunächst das umfassende Verständnis von Gesundheit zu nennen, das sich in der Präambel der am 7. April 1948 in Kraft getretenen Verfassung der WHO findet: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.“⁶ Gesundheit ist demnach mehr als die Abwesenheit von Krankheit und körperlichem Gebrechen; sie umfasst nicht nur das physische, sondern auch das psychische und soziale Wohlbefinden, eine Tatsache, die heute weithin anerkannt ist. Wird Gesundheit in diesem umfassenden Sinne verstanden, liegt es nahe, dass gesundheitspolitische Ziele nicht allein durch das Gesundheitswesen zu bearbeiten und zu erreichen sind.

Dieser Tatsache trägt die Ottawa-Charta der WHO Rechnung, die am 21. November 1986 verabschiedet wurde und das schon in der „Alma-Ata-Deklaration“ 1978 von der WHO formulierte Ziel betonte, bis zum Jahr 2000 Gesundheit für Alle erreichen zu wollen.⁷ Die Charta wird oft als „Gründungsdokument“⁸ einer „gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“⁹ und eines „ressourcenorientierten Public-Health-Verständnisses“¹⁰ bezeichnet. Um Gesundheit im Sinne eines vollständigen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens verwirklichen zu können, brauche es demnach Frieden, Unterkunft, Bildung, Nahrung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, nachhaltige Ressourcen sowie soziale Gerechtigkeit und Gleichheit.

6 Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946, in Kraft getreten am 7. April 1948 (abrufbar unter https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6).

7 Alma-Ata-Deklaration der Weltgesundheitsorganisation vom 12. September 1978 (abrufbar unter <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6e3ab9b7-9fef-4751-bdd6-ac6566f7cb58/content>); Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation vom 21. November 1986 (abrufbar unter <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>).

8 Potvin/Jones, Canadian Journal of Public Health 102 (2011), 244.

9 Trojan, in: Böhm/Bräunling/Geene/Köckler (Hrsg.), Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland, 2020, S. 17.

10 Dratva, in: Dratva/von Wyl/Lätsch/Höglinger (Hrsg.), Public Health im Kindes- und Jugendalter. Schlüsselkonzepte, Methoden und Umsetzungsstrategien, 2025, S. 27 (28).

Dies könne allerdings nicht allein vom Gesundheitssektor gewährleistet werden; vielmehr liege die Verantwortung für die Gesundheitsförderung bei allen Politikbereichen.¹¹ Auf den nachfolgenden, von der WHO veranstalteten globalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung spielten eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik und die Forderung nach einer sektorenübergreifenden bzw. multisektoralen Zusammenarbeit eine zentrale Rolle. Auf der von der WHO zusammen mit dem finnischen Ministerium für Soziales und Gesundheit organisierten 8. Globalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Helsinki 2013 fand diese Forderung Eingang in das „Health in All Policies“-Konzept und schaffte es damit „endgültig auf die Tagesordnung der internationalen Politik“¹².

Auf europäischer Ebene hatte die finnische Ratspräsidentschaft schon 2006 „Health in All Policies“ auf die politische Agenda der EU gesetzt; im Rahmen der EU-Konferenz „Health in All Policies: Achievements and Challenges“ in Rom 2007 bekannten sich die Delegierten aus den Gesundheitsministerien der EU-Mitgliedstaaten dazu, sektorenübergreifende Ansätze und Prozesse auf europäischer, nationaler, regionaler und lokaler Ebene stärken zu wollen, um sicherzustellen, dass Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit in allen Politikbereichen wirksam berücksichtigt werden.¹³ Da das Ziel, ein hohes Maß an Gesundheit für Alle zu erreichen, als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gilt, zielt das „Health in All Policies“-Konzept sowohl auf „die Einbeziehung aller für die Gesundheit relevanten Politikbereiche und deren Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg (Whole-of-Government-Ansatz)“¹⁴ als auch auf die Einbindung von Individuen, Familien, privaten und zivilgesellschaftlichen Akteuren, internatio-

11 Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation vom 21. November 1986 (abrufbar unter <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>).

12 Trojan, in: Böhm/Bräunling/Geene/Köckler (Hrsg.), Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland, 2020, S. 17 (23).

13 Trojan, in: Böhm/Bräunling/Geene/Köckler (Hrsg.), Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland, 2020, S. 17 (27); Declaration on „Health in All Policies“ vom 18. Dezember 2007, S. 5 (abrufbar unter <https://cipesalute.org/cedo/allegati/2424-Declaration.pdf>).

14 Bräunling/Böhm/Köckler/Geene, in: Böhm/Bräunling/Geene/Köckler (Hrsg.), Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland, 2020, S. 1 (4).

nen (Nichtregierungs-)Organisationen und den Medien in dessen Umsetzung (Whole-of-Society-Ansatz).¹⁵

II. „Health in All Policies“ für Kinder und Jugendliche

Neben diesen politischen Meilensteinen für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik im Allgemeinen werden im Speziellen Kinder und Jugendliche und deren Recht auf eine gesunde Entwicklung explizit genannt. So findet sich schon in der Präambel der Verfassung der WHO ein ausdrücklicher Bezug zu Kindern und Jugendlichen, wenn es heißt: „Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development.“¹⁶ Darüber hinaus ist das „Health in All Policies“-Konzept eng verknüpft mit den 17 Nachhaltigkeitszielen (Sustainable Development Goals), die die Generalversammlung der Vereinten Nationen am 25. September 2015 verabschiedet haben, um bis 2030 Armut zu beenden, Frieden und Wohlstand für alle Menschen zu gewährleisten und eine ökologisch nachhaltige Entwicklung zu fördern.¹⁷ Um dies zu erreichen, braucht es beispielsweise Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheit und Bildung, zur Verringerung von Ungleichheit und zur Förderung des Wirtschaftswachstums sowie zur Bekämpfung des Klimawandels – also Lösungsbeiträge aus verschiedenen Politikbereichen. Einige Nachhaltigkeitsziele adressieren zudem die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und nennen entsprechende Indikatoren, so etwa die Prävalenz von Fehlernährung bei Kindern unter fünf Jahren (Nachhaltigkeitsziel 2 -Kein Hunger; Indikator 2.2.2), die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren (Nachhaltigkeitsziel 3 – Gesundheit und Wohlergehen; Indikator 3.2.1) oder den Anteil der Kinder im Alter von 24 bis 59 Monaten mit altersgemäßer Entwicklung hinsichtlich

15 Trojan, in: Böhm/Bräunling/Geene/Köckler (Hrsg.), *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland*, 2020, S. 17 (30).

16 Verfassung der Weltgesundheitsorganisation vom 22. Juli 1946, in Kraft getreten am 7. April 1948 (abrufbar unter https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6).

17 Siehe dazu etwa Lin/Kickbusch, *Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case Studies from around the world*, 2017 (abrufbar unter <https://www.who.int/publications/m/item/progressing-the-sustainable-development-goals-through-health-in-all-policies>).

Gesundheit, Lernens und psychosozialen Wohlbefindens (Nachhaltigkeitsziel 4 – Hochwertige Bildung; Indikator 4.2.1).¹⁸

Auf die Nachhaltigkeitsziele nahm auch eine 2018 gebildete WHO-UNICEF-*Lancet*-Kommission Bezug, die zum Ziel hatte, eine sektorenübergreifende Agenda für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen zu entwickeln, die mit den Nachhaltigkeitszielen in Einklang steht: „A multisectoral approach that addresses all the determinants (social, economic, cultural, political, environmental, and commercial) of child health and wellbeing resonates with the SDGs’ promotion of an integrated approach to global social and economic development. [...] Coordinated action across multiple sectors is required for all children to be able to develop their maximum potential in every country and community.“¹⁹ Im Februar 2020 veröffentlichte die *Lancet*-Kommission ihren Bericht „A future for the world’s children?“²⁰ und initiierte darauf aufbauend im April 2021 die Strategie „Children in All Policies 2030“ (CAP-2030). Ausgehend von dem Befund, dass bei der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Fortschritte ins Stocken geraten seien – was durch die nach der Veröffentlichung des Berichts ausgebrochene COVID-19-Pandemie eindrücklich zu Tage getreten sei –, verfolgt CAP-2030 unter anderem das Ziel, sektorübergreifende Koalitionen für Kinder aufzubauen.²¹

Die UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) vom 20. November 1989²² – von Deutschland 1992 ratifiziert – adressiert explizit die Schnittstelle zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen, indem sie Gesundheit als ein Element von Kinderrechten festschreibt. So heißt es in Art. 24 (Gesundheitsvorsorge) Abs. 1 S. 1 UN-KRK: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit.“ Thematisiert werden unter anderem die ärztliche Behandlung, die Gesundheitsfürsorge und die gesundheitliche Grundversorgung (Art. 24 Abs. 2 lit. b UN-KRK),

18 Dratva, in: Dratva/von Wyl/Lätsch/Höglinger (Hrsg.), *Public Health im Kindes- und Jugendalter. Schlüsselkonzepte, Methoden und Umsetzungsstrategien*, 2025, S. 27 (28 f.); UN Department of Economic and Social Affairs, *The 17 Goals* (abrufbar unter <https://sdgs.un.org/goals>).

19 Coll-Seck/Clark/Bahl/Peterson/Costello/Lucas, *The Lancet* 393 (2019), 109 (110).

20 Clark et al., *The Lancet* 395 (2020), 605 ff.

21 Dalglish/Costello/Clark/Coll-Seck, *The Lancet* 397 (2021), 1605 ff.

22 UN-Konvention über die Rechte des Kindes vom 20.11.1989 (abrufbar unter <https://www.unicef.de/194402/data/77afdd9d17e246129b04e8aef70a01ab>).

aber auch die Gesundheitsvorsorge und die Elternberatung (Art. 24 Abs. 2 lit.f UN-KRK). Darüber hinaus haben Kinder und Jugendliche gemäß Art. 26 (Soziale Sicherheit) Abs. 1 UN-KRK das Recht „auf Leistungen der sozialen Sicherheit einschließlich der Sozialversicherung“, zu der in der Bundesrepublik Deutschland auch die Gesetzliche Krankenversicherung gehört. Gerade mit Blick auf armutsbetroffene und -gefährdete Kinder und Jugendliche bestimmt die UN-KRK in Art. 26 Abs. 2, dass Leistungen der sozialen Sicherheit und der Sozialversicherung „gegebenenfalls unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse und der sonstigen Umstände des Kindes“ gewährt werden sollen. An den erweiterten Gesundheitsbegriff der WHO-Verfassung erinnernd, besagt zudem Art. 27 (Angemessene Lebensbedingungen; Unterhalt) Abs. 1 UN-KRK, dass die Vertragsstaaten „das Recht jedes Kindes auf einen seiner körperlichen, geistigen, seelischen, sittlichen und sozialen Entwicklung angemessenen Lebensstandard“ anerkennen und gemäß Art. 27 Abs. 3 UN-KRK im Rahmen ihrer Mittel geeignete Maßnahmen initiieren, um den Eltern und anderen für das Kind verantwortlichen Personen bei der Verwirklichung dieses Rechts mittels materieller Hilfs- und Unterstützungsprogramme zu helfen, insbesondere mit Blick auf Ernährung, Bekleidung und Wohnung. Dies macht deutlich, dass gesundheitspolitische Maßnahmen und Lösungsbeiträge der Gesundheitspolitik zur Umsetzung von Kinderrechten erforderlich sind.

Mit der Empfehlung zur Einführung einer Europäischen Garantie für Kinder, die der Rat der Europäischen Union auf Vorschlag der EU-Kommission im Juni 2021 beschlossen hat, laufen die drei hier behandelten Stränge – Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe und von Armut betroffene bzw. gefährdete Kinder und Jugendliche – zusammen. Ziel der Empfehlung ist es, „soziale Ausgrenzung zu verhindern und zu bekämpfen, indem der Zugang bedürftiger Kinder zu einer Reihe wichtiger Dienste garantiert wird, und dadurch auch einen Beitrag zum Schutz der Kinderrechte durch die Bekämpfung von Kinderarmut und die Förderung von Chancengleichheit zu leisten.“²³ Konkret empfiehlt der Rat den EU-Mitgliedstaaten, bedürftigen Kindern und Jugendlichen kostenlose frühkindliche Betreuung, Bildung und Erziehung, kostenlose Bildung (einschließlich schulbezogener Aktivitäten und mindestens einer gesunden Mahlzeit pro

23 Empfehlung (EU) 2021/1004 des Rates vom 14.6.2021 zur Einführung einer Europäischen Garantie für Kinder, ABL L 223/14.

Schultag), kostenlose Gesundheitsversorgung, gesunde Ernährung und angemessenen Wohnraum zu garantieren. Um dies zu gewährleisten, waren die Mitgliedstaaten aufgefordert, eine/n nationale/n Koordinator/in für die Garantie für Kinder zu benennen, einen nationalen Aktionsplan für den Zeitraum bis 2030 zu erstellen und davon ausgehend alle zwei Jahre der Kommission über Fortschritte bei der Umsetzung zu berichten. Zwar ist die Umsetzung der Europäischen Garantie für Kinder für die Mitgliedstaaten rechtlich nicht bindend; sie steht aber als sogenanntes „soft law“ der Europäischen Union für eine Selbstverpflichtung der Mitgliedstaaten und entfaltet damit eine gewisse politische Verbindlichkeit.²⁴

Anders als die bisher geschilderten internationalen Regelwerke und Konzepte nimmt die Europäische Garantie für Kinder nicht alle Kinder in den Blick, sondern zielt auf „bedürftige“ Kinder, die definiert sind als „Personen unter 18 Jahren, die von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht sind“.²⁵ Dazu zählen insbesondere „a) obdachlose Kinder oder Kinder, die von gravierender Wohnungsnot betroffen sind; b) Kinder mit Behinderungen; c) Kinder mit psychischen Gesundheitsproblemen; d) Kinder mit Migrationshintergrund oder Kinder, die einer ethnischen Minderheit angehören, insbesondere Roma; e) Kinder in alternativen Formen der Betreuung, insbesondere in Betreuungseinrichtungen; f) Kinder in prekären familiären Verhältnissen.“²⁶ Sie verfolgt damit einen zielgruppenorientierten Ansatz (targeted approach). Vergleichbar mit den zuvor genannten internationalen Regelwerken und Abkommen betont die Europäische Garantie für Kinder die Bedeutung der sektorenübergreifenden bzw. multisektoralen Zusammenarbeit, um Kinderarmut zu bekämpfen und Chancengleichheit zu fördern. Deutlich sichtbar wird dies in der Einrichtung einer Koordinatorin bzw. eines Koordinators auf nationaler Ebene.²⁷ Im Einklang mit dem „Whole-of-Government“-Ansatz wird darüber hinaus den Mitgliedstaaten etwa empfohlen, „einen integrierten und unterstützenden politischen Rahmen zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung von Kindern zu schaffen

24 Wieda, Die Verantwortung des Staates gegenüber teilhabegefährdeten Kindern und Jugendlichen, 2026, S. 29; Althammer/Lampert/Sommer, Lehrbuch der Sozialpolitik, 2021, S. 339 f.

25 Empfehlung (EU) 2021/1004 des Rates vom 14.6.2021 zur Einführung einer Europäischen Garantie für Kinder, ABL L 223/14.

26 Empfehlung (EU) 2021/1004 des Rates vom 14.6.2021 zur Einführung einer Europäischen Garantie für Kinder, ABL L 223/14.

27 Daly/Gosme/Shorey/Uzunalioglu, Policy Priorities for Family Resilience, rEUsilience Working Paper Series 17, 2025, S. 11 ff.

[...]“²⁸ Daher sei es unter anderem sinnvoll, bei der Umsetzung der Empfehlung „a) die Kohärenz der sozial-, bildungs-, gesundheits-, ernährungs- und wohnungspolitischen Strategien auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene zu gewährleisten und nach Möglichkeit die Relevanz dieser Strategien für die Unterstützung von Kindern in integrierter Weise zu verbessern; b) die Investitionen in Bildung sowie angemessene Gesundheits- und Sozialschutzsysteme fort[zu]setzen und gegebenenfalls zu erhöhen [...]“²⁹ Auch der „Whole-of-Society“-Ansatz findet sich in der Empfehlung; angemahnt wird hier eine Verstärkung der „Zusammenarbeit mit nationalen, regionalen und lokalen Behörden, Organisationen der Sozialwirtschaft, Nicht-regierungsorganisationen, die sich für Rechte des Kindes einsetzen, den Kindern selbst, und anderen Interessenträgern sowie ihre Einbindung in die Konzipierung, Umsetzung und Überwachung politischer Maßnahmen und hochwertiger Dienste für Kinder“³⁰

Somit wird auf der inter- und supranationalen Ebene die präventive Förderung an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe adressiert und die Notwendigkeit zur sektorübergreifenden Zusammenarbeit immer wieder betont. Doch wie gestaltet sich diese Kooperation auf der nationalen Ebene? Welche Arten von Schnittstellen und welche Formen der Schnittstellen-Governance gibt es? Und welche Potenziale und Herausforderungen gehen mit ihnen einher? Um diese Fragen zu beantworten, erfolgt im nächsten Kapitel zunächst eine theoretische Annäherung an die Analyse von Schnittstellen.

C. Schnittstellen in der Sozialpolitik: Der Wohlfahrtsstaat zwischen Professionalisierung und Fragmentierung

Moderne Wohlfahrtsstaaten sind in unterschiedliche Politikfelder ausdifferenziert, die durch jeweils spezifische Institutionen und Fachkompetenzen zur Bearbeitung gesellschaftlicher Probleme und individueller Risikosituationen gekennzeichnet sind. Politikfelder sind „das Ergebnis von staatli-

28 Empfehlung (EU) 2021/1004 des Rates vom 14.6.2021 zur Einführung einer Europäischen Garantie für Kinder, ABL L 223/14.

29 Empfehlung (EU) 2021/1004 des Rates vom 14.6.2021 zur Einführung einer Europäischen Garantie für Kinder, ABL L 223/14.

30 Empfehlung (EU) 2021/1004 des Rates vom 14.6.2021 zur Einführung einer Europäischen Garantie für Kinder, ABL L 223/14.