



ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDHILFE – AGJ (HG.)
EXPERTISE

Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe sowie die rechtliche Verankerung von Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Leistungsträgern

ERIK HAHN

ergänzt um zwei AGJ-Papiere zum Themenfeld Gesundheit



ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDHILFE – AGJ (HG.)

EXPERTISE

Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe sowie die rechtliche Verankerung von Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Leistungsträgern

ERIK HAHN

ergänzt um zwei AGJ-Papiere zum Themenfeld Gesundheit

Inhalt

4 Vorwort

10 [Erik Hahn, Expertise](#)

Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe sowie die rechtliche Verankerung von Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Leistungsträgern (2025)

186 [AGJ-Positionspapier](#)

Gemeinsames Handeln befördern – Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der inklusiven Kinder- und Jugendhilfe (5./6.12.2024)

198 [AGJ-Diskussionspapier](#)

Zusammen Denken – Wissensgrundlagen der Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der inklusiven Kinder- und Jugendhilfe (5./6.12.2024)

232 Impressum

Vorwort

Das Projekt *Themenbotschafter*in Gesundes Aufwachsen* bei der 1949 gegründeten Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendhilfe – AGJ befasst sich mit Fragen der Stärkung rechtskreisübergreifender Zusammenarbeit zugunsten von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Dabei werden insbesondere das Gesundheitssystem und die Kinder- und Jugendhilfe in den Blick genommen.

Die rechtlichen Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe sind in Deutschland im Achten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VIII) geregelt. Die Kinder- und Jugendhilfe wirkt durch spezifische Strukturen, Leistungen und Prozesse, aber auch in alltäglichen Angeboten zugunsten von Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihren Erziehungs- und Bezugspersonen. Dies beinhaltet neben der Frühen Bildung, der offenen und verbandlich organisierten Kinder- und Jugendarbeit und der Förderung der Erziehung in der Familie, auch Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen in Notlagen sowie verschiedene Formen (teil-)stationärer Hilfen für junge Menschen und Angebote für Eltern. Im Rahmen allgemeiner Vorschriften wird die Planungsverantwortung für die Gestaltung förderlicher Lebenswelten durch die öffentlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den freien Trägern und Selbstorganisierten Zusammenschlüssen zur Selbstvertretung betont.

Gesundes Aufwachsen zu fördern, bedeutet neben der Ausgestaltung dieser Angebote immer auch dem in den Zielbestimmungen des SGB VIII formulierten Auftrag nachzukommen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien zu schaffen und zu erhalten (§ 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII).

Das AGJ-Projekt *Themenbotschafter*in Gesundes Aufwachsen* und dessen Erarbeitungen im Vorfeld der Expertise

Das Projekt *Themenbotschafter*in Gesundes Aufwachsen* bezieht sich auf diesen Auftrag und auf ein Verständnis von Gesundheit, welches körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden umfasst (WHO 1948). Vom Kind aus denkend gilt es entlang der Lebensphasen das allgemeine Wohlbefinden, die Gesundheit und die soziale Teilhabe besonders in biographischen Transitionsphasen zu unterstützen und zu fördern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass neben individuellen Handlungsspielräumen äußere Umstände (Soziale Determinanten) die Gesundheitschancen beeinflussen. Rechtskreisübergreifende Ansätze und ein Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung, welches als Brücke zwischen den verschiedenen sozialpolitischen Handlungsfeldern dient, zielen daher auf die Verantwortungsübernahme für die im jeweiligen Politikfeld möglichen Maßnahmen. Die Planungs- und Steuerungshoheit für die Kinder- und Jugendhilfe liegt dabei neben dem Bund (konkurrierende Gesetzgebungskompetenz gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG) bei den jeweils zuständigen Akteuren der Länder und den kommunalen Trägern der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe.

Um die verschiedenen Systeme und ihre jeweilige Ausrichtung zusammenzubringen, unterschiedliche Ansätze kennenzulernen und nachvollziehbar zu machen und gemeinsame Aufgaben und Haltungen zu unterstreichen, wurden durch das AGJ-Projekt im Jahr 2024 im Rahmen einer systemübergreifenden Arbeitsgruppe unter der Leitung der damaligen AGJ-Vorsitzenden Prof. Dr. Karin Böllert ein AGJ-Positionspapier und ein AGJ-Diskussionspapier erarbeitet und durch den Vorstand der AGJ verabschiedet (siehe ab Seite 186).

Das Positionspapier *Gemeinsames Handeln befördern – Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe* zeigt entlang von neun Thesen auf, wie rechtskreisübergreifende Kooperationen für gesundes Aufwachsen entwickelt und gestärkt werden können. Es macht deutlich, dass sowohl Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene als auch der Auf- und Ausbau integrierter Gesamtstrategien oder lebensphasenorientierter Präventionsketten auf der kommunalen Ebene im Dienst des gesunden Aufwachsens von jungen Menschen gebraucht werden. Bereits eingangs verdeutlicht die AGJ, dass zum Recht eines jeden jungen Menschen auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit (§ 1 Abs. 1 SGB VIII) auch Fragen des Gesunden Aufwachsens gehören. Dabei ist für die Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe nicht nur die Gesundheitsvorsorge als Teil des elterlichen Personensorgerechts von Bedeutung, sondern es gilt diese auch als gesundheitsförderliche Lebenswelten planend und gestaltend in den

Blick zu nehmen. Als Lebenswelten im Sinne von § 20a SGB V werden die Organisationen und Institutionen des täglichen Lebens und das Dachsetting Kommune verstanden. Die Kinder- und Jugendhilfe versteht unter Lebensweltorientierung die strukturelle, fachliche und methodische Ausrichtung an den unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensentwürfen der Kinder, Jugendlichen und Familien und die Ausgestaltung von Angeboten im Respekt vor dem Recht auf Selbstbestimmung jedes Menschen. Die AGJ stellte fest, dass die Förderung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und die Bereitstellung und Erhaltung positiver Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie einer kinder- und familienfreundlichen Umwelt als Aufgabe der Kinder und Jugendhilfe (§ 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII) nur in sozialrechtskreisübergreifender Zusammenarbeit auf allen föderalen Ebenen zu erfüllen ist. Die AGJ benennt dann richtungsweisende politische Entscheidungen, die aus systemübergreifender Sicht eine wichtige Grundlage für das weitere Handeln zugunsten eines Gesunden Aufwachsens bieten würden, aber auch ohne diese funktionierende Orientierungslinien für die Umsetzungsebene.

Das Diskussionspapier *Zusammen Denken – Wissensgrundlagen der Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe* dient einer grundlegenden Orientierung von Akteuren, die systemübergreifend gesundes Aufwachsen befördern und hierfür ein besseres Verständnis vom jeweils anderen System gewinnen wollen. Es zeigt Ansätze auf, mit denen soziale Ungleichheit und damit ungleich verteilte Gesundheitschancen adressiert werden können und welche gesetzlichen Grundlagen und Strukturen für den Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Lebenswelten bereits bestehen. Dabei wird insbesondere die kommunale Ebene als Ort des Auf- und Ausbaus integrierter Gesamtstrategien wie der Netzwerke Früher Hilfen oder lebensphasenorientierter Präventionsketten und Gestaltungsmöglichkeiten auf Landes- und Bundesebene beleuchtet. Aufgezeigt wird u. a., dass neben den Regelungen der Kinder- und Jugendhilfe auch die in den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder festgelegten Bestimmungen Auswirkungen auf die Gestaltung der kommunalen Lebenswelten haben. Die sozialkompensatorische Ausrichtung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und die durch die standardisierten und qualitätsgesicherten Untersuchungen von Kindern vor Schulbeginn ermöglichte Kinder- und Familien-Gesundheitsberichterstattung werden als eine wichtige Ressource kenntlich gemacht, um gesundheitsfördernd tätig zu werden.

Die Beauftragung der rechtlichen Expertise

Im Rahmen des AGJ-Projektes *Themenbotschafter*in Gesundes Aufwachsen* wurde anschließend an diese Diskussionen und Ausarbeitungen Prof. Dr. Dr. Erik Hahn mit der Erstellung der hier vorliegenden rechtswissenschaftlichen Expertise beauftragt.

Die Expertise *Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe sowie die rechtliche Verankerung von Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Leistungsträgern* wurde mit dem Ziel in Auftrag gegeben, geleitet vom Grundsatz *Health in All Policies* Fragen der Gesundheit und Gesundheitsförderung aus der Perspektive der Umsetzung des SGB VIII zu beleuchten. Dabei sollten Kooperationsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe mit anderen Leistungsträgern (neben dem öffentlichen Gesundheitssystem z. B. der Kranken-, Renten-, Unfallversicherung und der Eingliederungshilfe), aber auch die Leistungscoordination und Regelungsgrundlagen zur Beförderung von Kooperation über die Rechtskreise hinweg in den Blick genommen werden.

Im Sinne eines systemischen Ansatzes sollte dabei der Schwerpunkt der Expertise auf der Verhältnisprävention (Maßnahmen in den Lebenswelten) liegen, daneben aber auch Aspekte der (auf individuelles Verhalten abzielenden) Verhaltensprävention berücksichtigen. Die Stärkung der Gesundheit von Fachkräften im Sinne des betrieblichen Gesundheitsmanagements sollte dabei als Maßnahme zur Vermeidung von Betreuungsdefiziten und zur Stärkung der Prozess- und Ergebnisqualität im Feld der Kinder- und Jugendhilfe berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollten die Stellung der Kinder- und Jugendhilfe im Kontext formalisierter und institutionalisierter Konzepte (z. B. Präventionsgesetz und entsprechende Landesrahmenvereinbarungen, Präventionskonferenzen, Gesundheitsdienstgesetze) und deren Ausgestaltung betrachtet werden.

Die Expertise bietet in einem in dieser Form bisher nicht vorliegenden Umfang Einblicke in die Bedeutung der Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe für die Stärkung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. Erik Hahn zeichnet zunächst die Entwicklung von Begrifflichkeiten aus dem Jugendwohlfahrtsgesetz und dem darauf aufbauenden SGB VIII sowie unter Bezugnahme auf grundlegende Regelungen durch von Deutschland ratifizierte internationale Konventionen, das Grundgesetz und andere Sozialgesetzbücher (hier insbesondere der durch das *Präventionsgesetz* geprägten §§ 20 ff. SGB V) (Kapitel B.I) nach. Dieser Hinführung folgen Ausführungen zur Verankerung der Gesundheitsförderung und Prävention im SGB VIII (Kapitel B.II) und zur Verschränkung mit dem Kinderschutz beispielsweise im Sinne der Frühen Hilfen (Kapitel B.III). In den einzelnen Unterkapiteln des Abschnitts zu *Gesundheitsförderung und Prävention im Leistungsrecht der als niedrigschwellige Infrastruktur vorzuhaltenden*

Angebote der Kinder- und Jugendhilfe (Kapitel B.IV) werden einzelne Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe beleuchtet, wobei deutlich wird, dass *Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Schulsozialarbeit* (B.IV.4) sowie *Gesundheitsförderung in der Kindertagesbetreuung* (B.IV.7) in einem weitaus höheren Maße durch konkretisierende Ausführungsregelungen der Länder hinterlegt sind, als dies in anderen Bereichen – bisher? – erfolgt ist.

Aspekte der Planungs-, Steuerungs- und Finanzierungsmöglichkeiten sind unter Gesundheitsförderung im Recht der Planung und Qualitätssicherung (B.IV.10) folgende nachzuschlagen. Als bedeutsames Thema insbesondere für den Bereich der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe wird zudem die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und die inkonsistente Abbildung der Pflicht zur Kooperation in den jeweiligen ÖGD-Landesgesetzen ausgeführt (B.IV.15).

Die Expertise schließt (Kapitel C) mit der Hervorhebung einzelner Aspekte, die auf die Bedeutung koordinierter und am gemeinsamen Handeln im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatzes orientierter Steuerung verweisen, um dem Ziel gesundheitlicher Chancengerechtigkeit näherzukommen. Die Hervorhebung des Vorrangs der Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne eines eigenen Paragraphen im SGB VIII analog zum § 3 SGB IX wird von Erik Hahn als ein grundlegender Schritt vorgeschlagen.

Die in den AGJ-Papieren (ab Seite 186) und der Expertise zusammengetragenen Gedanken und Hinweise sollen mit dieser Aufbereitung als Buch für die Breite der Kinder- und Jugendhilfe, Akteuren des Gesundheitssystems und politisch Verantwortlichen zugänglich werden. Der Gebrauchswert des Sozialgesetzbuchs wird auch durch Neugier, mutige Seitenwechsel und in Betracht nehmen anderer Perspektiven beim Lesen realisiert.

Berlin, Dezember 2025

Laurette Rasch
Referentin des Projekts
*Themenbotschafter*in Gesundes Aufwachsen*

Angela Smessaert
Stellv. AGJ-Geschäftsführung

Expertise

ERIK HAHN

Gesundheitsförderung und
Prävention als Aufgabe der
Kinder- und Jugendhilfe sowie
die rechtliche Verankerung von
Kooperationsmöglichkeiten mit
anderen Leistungsträgern

INHALT

A. Einleitung und Zielstellung	19
<hr/>	
B. Hauptteil	23
<hr/>	
I. Begriffsklärung „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“	23
<hr/>	
1. „Gesundheitsförderung“ vs. (primäre) „Prävention“	23
2. Sekundäre und tertiäre Prävention	25
3. Verhaltensprävention und Verhältnisprävention	27
<hr/>	
II. Grundlagen zur Verankerung der Gesundheitsförderung und Prävention im SGB VIII	28
<hr/>	
1. Kinder- und Jugendhilfe als primär verantwortliches Sozialleistungssystem für ein gedeihliches Aufwachsen und dessen Verortung im Grundgesetz	28
2. Verankerung der Verpflichtung zur Schaffung positiver (gesundheitsförderlicher) Lebensbedingungen im europäischen und internationalen Recht	31
3. Aufgabenzuweisung nach § 2 SGB VIII	35
4. Konkurrenz von Jugendhilfe und GKV im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung	37
5. Vorläufige Leistungserbringung nach § 43 SGB I	39

III. Gesetzgebungszuständigkeit für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe 40

IV. Kinderschutz als rechtskreisübergreifende Aufgabe 43

- | | | |
|----|---|----|
| 1. | (Netzwerke) Frühe(r) Hilfen | 43 |
| a. | Struktur und Kooperationspflichten | 43 |
| b. | Kostentragung, insbesondere für die Teilnahme an Netzwerktreffen | 45 |
| 2. | Gefährdungseinschätzung nach § 8a Abs. 1 S. 1 SGB VIII – und nachgelagerte Interventionen und Hilfen als Form der Prävention | 47 |
| 3. | Einschaltung von Einrichtungen der Gesundheitshilfe nach § 8a Abs. 3 S. 2 SGB VIII | 48 |
| 4. | Einflussnahme auf Leistungen des medizinischen Kinderschutzes durch Abschluss von Kooperationsvereinbarungen nach § 73c SGB V | 49 |
| 5. | Gesundheitsförderung nach den Landeskinderschutzgesetzen | 51 |
| 6. | Stärkung der Verantwortlichkeit der Kinder- und Jugendhilfe für den Bereich der Gesundheitsförderung und (gesundheitsbezogenen) Prävention durch Explizierung in § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII (<i>de lege ferenda</i>) | 52 |

V. Gesundheitsförderung und Prävention im Leistungsrecht der als niedrighschwellige Infrastruktur vorzuhaltenden Angebote der Kinder- und Jugendhilfe 55

- | | | |
|----|--|----|
| 1. | Gesundheitsförderung als Teil allgemeiner Beratungsangebote | 55 |
| a. | Beratung über die Leistungen anderer Leistungsträger nach § 10a Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB VIII und Informationserteilung nach § 2 Abs. 1 KKG | 55 |
| b. | Beratung durch Verfahrenslotsen nach § 10b SGB VIII an der Schnittstelle zur „Eingliederungshilfe“ | 57 |

2. Gesundheitsförderung als Teil der Jugendarbeit nach § 11 SGB VIII	58
a. Gesundheitliche Bildung als Jugendbildung nach § 11 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII	58
b. Gesundheitsförderung durch Jugendarbeit in Sport, Spiel und Geselligkeit nach § 11 Abs. 3 Nr. 2 SGB VIII	59
c. Gesundheitsförderung durch Kinder- und Jugenderholung nach § 11 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII	59
3. Gesundheitsförderung als Teil der Jugendsozialarbeit nach § 13 SGB VIII	60
4. Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Schulsozialarbeit (§ 13a SGB VIII)	62
a. Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgaben der Schulsozialarbeit	62
b. Landesrechtliche Ausgestaltung und allgemeine Kooperationspflicht der Schule mit der Jugendhilfe im Rahmen der gesundheitsorientierten Aufgabenerfüllung	64
aa. Bayern	65
bb. Baden-Württemberg	65
cc. Berlin	65
dd. Brandenburg	66
ee. Bremen	67
ff. Hamburg	67
gg. Hessen	68
hh. Mecklenburg-Vorpommern	68
ii. Niedersachsen	68
jj. Nordrhein-Westfalen	69
kk. Rheinland-Pfalz	69
ll. Saarland	70
mm. Sachsen	70
nn. Sachsen-Anhalt	71
oo. Schleswig-Holstein	71
pp. Thüringen	71
c. Schulsozialarbeit im Präventionsleitfaden	72
5. Gesundheitsförderung im Rahmen des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes nach § 14 SGB VIII	73

6. Gesundheitsförderung als Element der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie	75
a. Gesundheitsförderung durch Familienbildung nach § 16 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB VIII	75
b. Gesundheitsförderung als Teil der Familienberatung nach § 16 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB VIII	77
c. Gesundheitsförderung durch Angebote der Familienfreizeit und der Familienerholung nach § 16 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB VIII	78
d. Gesundheitsförderung im Rahmen vernetzter Förderung der Erziehung in der Familie nach § 16 Abs. 2 S. 2 SGB VIII	78
7. Gesundheitsförderung in der Kindertagesbetreuung	79
a. Förderauftrag nach § 22 Abs. 3 S. 1 SGB VIII: „soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung des Kindes“	79
b. Sicherstellung bedarfsgerechter ausgewogener und nachhaltiger Verpflegung nach fachlich anerkannten Qualitätsstandards sowie ausreichender Bewegung in der Kindertagesbetreuung nach § 2 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 KiQuTG	80
c. Gesundheitsförderung durch Kopplung des Zugangsanspruchs an präventives Verhalten (§ 20 Abs. 8 S. 1, Abs. 9 sowie § 34 Abs. 10a IfSG, § 24 SGB VIII)	83
d. Die Gesetzliche Unfallversicherung als Partner bei der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kindertagesbetreuung	84
aa. DGUV-Vorschrift 1 <i>Grundsätze der Prävention</i>	85
bb. DGUV-Vorschrift 82 <i>Unfallverhütungsvorschrift Kindertageseinrichtungen</i>	85
cc. DGUV-Regel 102-602 (Branche Kindertageseinrichtung)	86
dd. DGUV-Information 202-100 Fachkonzept <i>Frühe Bildung mit Sicherheit und Gesundheit fördern – Prävention und Gesundheitsförderung in der guten gesunden Kindertageseinrichtung</i>	87
e. Gesundheitsförderungs- und Präventionsformen zugunsten von Fachkräften als verhältnispräventive Maßnahme für junge Menschen	88

8. Gesundheitsförderung im Leistungsrecht der besonderen Individualleistungsansprüche der Hilfe zur Erziehung und der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche	89
a. Hilfe zur Erziehung nach §§ 27 ff. SGB VIII	89
b. Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII	90
c. Beteiligung relevanter Stellen bei der Aufstellung des Hilfeplans nach § 36 Abs. 3 f. SGB VIII	92
d. Vorbeugende Gesundheitshilfe in der Annexleistung „Krankenhilfe“ nach § 40 SGB VIII i. V. m. § 47 SGB XII	93
9. Gesundheitsförderung im Recht der Planung und Qualitätssicherung	96
a. Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfelds und Nichterschwerung der gesundheitlichen Vorsorge und medizinischen Betreuung als Voraussetzung der Erlaubniserteilung nach § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII	96
aa. Gesundheitsbezogene Anforderungen des § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII	96
bb. Umsetzung in den Landes-KitaG	100
cc. Umsetzung bezogen auf Wohneinrichtungen oder sonstige Wohnformen	102
b. Jugendhilfeplanung zur Ausübung der Gesamtverantwortung	105
10. Ausübung der Gesundheitssorge als Teil der Personensorge nach § 55 SGB VIII i. V. m. § 1795 Abs. 1 BGB	106
11. Verhältnisprävention durch Beteiligung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe im Rahmen der Bauleitplanung	106
12. Weitere gesetzliche Anknüpfungspunkte für Kooperationen anderer Sozialleistungsträger mit der Jugendhilfe mit Bezug zur Prävention und Gesundheitsförderung	108
a. Kooperationspflicht der Jugendhilfe nach § 81 SGB VIII	108
b. Kooperationspflicht der Träger der Grundsicherung mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Bereich der Gesundheitsförderung	109
c. Weitergehende Kooperationspflicht der GKV mit den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe im Bereich der Gesundheitsförderung nach dem SGB V	113

d.	Allgemeine Kooperationspflichten des Sozialrechts als Auffangregelungen	116
aa.	Kooperationspflicht der „Auskunftsstellen“ nach § 15 Abs. 3 SGB I	116
bb.	Kooperationspflicht der Leistungsträger nach § 86 SGB X	118
13.	Die Rolle der Öffentlichen Gesundheitsdienste im Kontext „gesundes Aufwachsen“/Prävention durch die Öffentlichen Gesundheitsdienste der Länder und Verpflichtung zur Kooperation mit den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe	119
a.	Aufgabenzuweisung an den ÖGD – Gesundheitsförderung und/oder Prävention	120
b.	Trägerschaft des ÖGD und Pflicht zur Kooperation mit der öffentlichen Jugendhilfe	120
c.	Konkrete Ausgestaltung der Aufgaben im Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ und der Kooperationspflichten mit der öffentlichen Jugendhilfe	122
aa.	Baden-Württemberg	122
bb.	Bayern	123
cc.	Berlin	124
dd.	Brandenburg	125
ee.	Bremen	126
ff.	Hamburg	126
gg.	Hessen	127
hh.	Mecklenburg-Vorpommern	128
ii.	Niedersachsen	129
jj.	Nordrhein-Westfalen	129
kk.	Rheinland-Pfalz	131
ll.	Saarland	131
mm.	Sachsen	132
nn.	Sachsen-Anhalt	133
oo.	Schleswig-Holstein	133
pp.	Thüringen	134
d.	Konkretisierung der Aufgaben im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ für Kinder und Jugendliche (in einer eigenständigen Vorschrift)	134
e.	Explizite Erstreckung der Pflicht zur Gesundheitsplanung und -berichterstattung auf Gesundheitsförderung und Prävention	135

VI. Verankerung von Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention zugunsten eines „gesunden Aufwachsens“ im SGB V als Anknüpfungspunkte für eine Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe

136

1. Die Rolle der Krankenkassen beim Aufbau und Erhalt von infrastrukturellen Angeboten zur Gesundheitsförderung bzw. die Möglichkeit des Abrufs von Finanzmitteln durch Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Rahmen der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V	136
a. Grundlagen	136
b. Ausführung der Leistungen nach § 20a SGB V in Abstimmung mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe	141
c. Arbeitsgemeinschaften – GKV-Bündnis für Gesundheit (§ 20a Abs. 3 SGB V)	143
d. Einbindung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe in die Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie sowie das nationale Präventionsforum, die nationale Präventionskonferenz und die Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d–20f SGB V	144
aa. Grundlagen	144
bb. Jugendhilfespezifischer Inhalt der Bundesrahmenempfehlung	146
cc. Jugendhilfespezifischer Inhalt der Landesrahmenempfehlungen	147
e. Modellvorhaben nach § 20g SGB V	149
2. Mögliche Impulssetzungen durch öffentliche Träger der Jugendhilfe bezüglich der Versorgung mit Kassenleistungen	150
a. Förderung neuer Versorgungsformen nach § 92a SGB V	150
b. Kinder- und Jugendhilfe als Partner von Leistungen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V	152
c. Einbindung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe in Leistungen des SGB V am Beispiel der KJ-KSVPsych-RL nach § 92 Abs. 6b SGB V	153
d. Beteiligung an gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V	154

3.	Einbindung der Jugendämter in das Konzept der ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen	156
a.	Bundesrechtliche Grundlage in § 26 Abs. 1 S. 1 SGB V und der „Kinder-Richtlinie“	156
b.	Landesrechtliche Umsetzung	157
4.	Integration der Träger der öffentlichen Jugendhilfe in das Konzept der „Gesundheitskioske“, „Stadtteilgesundheitszentren“ und „Gesundheitsregionen“ <i>de lege ferenda</i>	159

VII. Präventionsbeitrag der Rentenversicherung 162

C. Ergebnisse 163

Literaturverzeichnis	168
----------------------	-----

Quellenverzeichnis	175
--------------------	-----

Abkürzungsverzeichnis	180
-----------------------	-----

A. Einleitung und Zielstellung

Am 25.7.2015 ist das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) in Kraft getreten. Damit hat der Gesetzgeber insbesondere die Handlungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen erweitert, die nach § 20 SGB V u. a. auch Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention erbringen. Diese können nicht nur Individuen fördern, sondern auch direkt in den Lebenswelten tätig werden. Bei diesen sogenannten Lebenswelten handelt es sich nach der Legaldefinition des § 20a Abs. 1 S. 1 SGB V um die *„für die Gesundheit bedeutsame[n], abgrenzbare[n] soziale[n] Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“*. Anders als im SGB V, das zumindest dem Grunde nach keinem ganzheitlichen, sondern vielmehr einem auf das spezifische Risiko „Krankheit“ bezogenen Ansatz folgt, werden die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ im Recht der Kinder- und Jugendhilfe nicht ausdrücklich genannt. Das SGB VIII enthält jedoch ebenfalls zahlreiche inhaltliche Bezüge zur gesundheitlichen Entwicklung junger Menschen, schließlich verdeutlicht eine Vielzahl seiner Bestimmungen die maßgebliche Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe an der Gestaltung ihrer Lebenswelten. Dies gilt nicht nur in allgemeiner Hinsicht, z. B. für KiTas, Teilbereiche der Schule und Freizeitangebote, die – neben der Familie – zu den regelmäßigen Orten des Aufenthalts von Kindern und Jugendlichen zählen und damit auch die Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen prägen. Vielmehr hält das Recht der Kinder- und Jugendhilfe auch auf der individuellen Ebene Leistungen bereit, bei denen – wie etwa im Fall der Krankenhilfe (§ 40 SGB VIII), einschließlich der vorbeugenden Gesundheitshilfe, und der Eingliederungshilfe bei (drohender) seelischer Behinderung (§ 35a SGB VIII) – der gesundheitsorientierte Charakter bereits sprachlich hervortritt. Dabei bildet die Prävention – nicht nur im Bereich des Rehabilitationsrechts nach § 3 Abs. 1 SGB IX, sondern nach § 1 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII auch grundsätzlich – ein zentrales Anliegen der Kinder- und Jugendhilfe. Präventive und speziell auch gesundheitsfördernde Zielstellungen mit Blick auf junge Menschen und ihre Familien verfolgt zudem auch das Konzept der Frühen Hilfen,¹ das allerdings – *nomen est omen* – nur auf einen kurzen² Zeitraum der kindlichen Entwicklung begrenzt ist.

1 Vgl. dazu C. Schmidt, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 16 SGB VIII, Rn. 47 ff.

2 Jox, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.11.2024, § 1 KKG, Rn. 20; Wiesner, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 1 KKG, Rn. 12; BT-Drs. 17/6256, S. 17; Nationales Zentrum Frühe Hilfen, <https://t1p.de/51kc9> (abgerufen am 4.8.2025); BT-Drs. 20/2912, S. 13.

Eine – zumindest auch – gesundheitsorientierte Intention ist ebenso dem in § 8a SGB VIII konkretisierten Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdungen inhärent. Deutlich wird dies u. a. in § 8a Abs. 3 S. 1 SGB VIII, der die Hinwirkung auf die Inanspruchnahme von „*Einrichtungen der Gesundheitshilfen*“ ausdrücklich erwähnt. In diesem Kontext ebenfalls zu erwähnen ist die mit dem Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) eingeführte³ Verpflichtung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe⁴ zur Beratung über die Leistungen anderer Leistungsträger nach § 10a Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB VIII. Diese kann zum einen dazu beitragen, lebensweltbezogene Schwierigkeiten ganzheitlich zu erfassen und somit die daraus (zumindest mittelbar) folgenden Risiken für die Gesundheit der Betroffenen zu reduzieren. Zum anderen erstreckt sich die Beratungspflicht auch auf Ansprüche gegen die Gesetzliche Krankenversicherung und ist damit in der Lage, auf deren spezifisch präventiv und gesundheitsförderlich ausgerichtetes Leistungsspektrum nach den §§ 20 ff. SGB V zu verweisen. Explizit adressiert wird das Ziel der Gesundheitsförderung zudem in § 11 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII, der die „*gesundheitliche Bildung*“ zu den Schwerpunkten der Jugendarbeit zählt. Gleiches gilt nach § 16 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB VIII auch für Familien.

Unmittelbar auf das Präventionsgesetz zurückzuführen⁵ ist die in § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII geregelte Kopplung der nach § 45 Abs. 2 S. 1 SGB VIII erforderlichen Betriebserlaubnis für Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe an deren Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfelds. Zum Bereich der Gesundheitsförderung – zumindest im weiteren Sinne – gehören z. B. auch die Bezugnahme des Förderauftrags der Kindertageseinrichtungen und der Kindertagespflege auf die „*körperliche und geistige Entwicklung des Kindes*“ nach § 22 Abs. 3 S. 1 SGB VIII und die in § 81 SGB VIII geregelte Verpflichtung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe zur Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, deren Tätigkeit sich auf die Lebenssituation junger Menschen und ihrer Familien auswirkt. Teilweise ist das Handlungsfeld dieser anderen Stellen sogar ausdrücklich dem Bereich der Gesundheit zugeordnet, beispielsweise bei „*Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens*“.

Neben den genannten Vorschriften, die das Thema „Gesundheit“ explizit ansprechen, verdient vor allem § 1 SGB VIII besondere Beachtung, da dieser geeignet scheint, das Ziel der Gesundheitsförderung zumindest mittelbar in den allgemeinen Grundsätzen des Gesetzes zu verankern. Die Jugendhilfe soll schließlich nach § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien – einschließlich einer

3 BGBl. I 2021, S. 1444 (1447).

4 Der Text verwendet wiederholt die Kurzform „Jugendhilfe“ und orientiert sich dabei an der Formulierung des SGB VIII. Dieser steht pars pro toto für den Gesamtbereich der „Kinder- und Jugendhilfe“: vgl. dazu Wabnitz, Stichwort: Sozialgesetzbuch VIII, socialnet Lexikon, 2023, <https://t1p.de/cysx9> (abgerufen am 4.8.2025).

5 BGBl. I 2015, S. 1368 (1375).

kinder- und familienfreundlichen Umwelt – zu erhalten oder zu schaffen. Zumindest sofern der Begriff der „positiven Lebensbedingungen“ auch deren gesundheitsorientierte Gestaltung umfassen würde,⁶ könnte die Gesundheitsförderung als eine Querschnittsaufgabe der Kinder- und Jugendhilfe zu qualifizieren sein.⁷ Im Wortlaut der einzelnen Leistungs- und Interventionsnormen des SGB VIII wird dies allerdings – wenn überhaupt – nur vereinzelt und zudem auch nur sehr zurückhaltend angedeutet. Vor diesem Hintergrund einer nur „impliziten Durchdringung“ ist es erforderlich, auch die weiteren Vorschriften des SGB VIII, die zumindest prima facie keinen unmittelbaren Gesundheitsbezug aufzuweisen scheinen, der Prüfung zu unterziehen, ob und inwieweit sie in konkreten Anwendungsszenarien dennoch eine Grundlage für gesundheitsförderliche Leistungen und/oder Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe bieten können. Pars pro toto sind hier etwa die Beratungsleistungen nach dem SGB VIII, weitere Bereiche der Jugendarbeit und der Familienförderung, die Jugendsozialarbeit, die Schulsozialarbeit und der erzieherische Kinder- und Jugendschutz sowie die Jugendhilfeplanung als Teil der Sozialplanung zu nennen.

In diesem Zusammenhang ist auch der Frage nachzugehen, ob und in welcher Form die Träger der Kinder- und Jugendhilfe nach der Konzeption des SGB VIII eigenständig gesundheitsfördernd tätig werden können. Des Weiteren gilt es zu prüfen, ob und inwieweit sie bereits de lege lata im Wege der Kooperation in gesundheitsförderlich oder präventiv ausgerichtete Leistungen anderer Stellen oder Leistungsträger i. S. d. § 12 SGB I integriert sind bzw. sich zumindest integrieren lassen. Dies führt auch zu der Frage, inwieweit der Kinder- und Jugendhilfe in solchen Kooperationsfällen eine systemübergreifende Aktivierung „fremder“ Ressourcen möglich ist, ob ihr in solchen Fällen auch die Aufgabe der Leistungskoordination zugewiesen ist bzw. werden kann und welche gesetzlichen Anpassungen de lege ferenda eine solche Steuerungsfunktion befördern würden. Dies verlangt auch eine Auseinandersetzung mit dem Vor- und Nachrang der beteiligten Leistungssysteme.

Die vorliegende Abhandlung beruht auf einem gleichnamigen Gutachten, das im Rahmen des Projekts *Themenbotschafter*in Gesundes Aufwachsen* im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe erstattet wurde. Die Untersuchung⁸ folgt dem Grundsatz

6 Kooperationsverbund *Gesundheitliche Chancengleichheit*, <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen/> (abgerufen am 4.8.2025).

7 Richter-Kornweitz/Holz, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*, 2023, <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i137-1.0> (abgerufen am 4.8.2025); Mavroudis, in: Böhm/Bräunling/Geene/Köckler (Hrsg.), *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe*, 2020, S. 59.

8 Der methodische Ansatz der Untersuchung ist eine ausschließlich rechtswissenschaftliche Betrachtung. Die Studie verzichtet daher bewusst auf eine ausführliche Diskussion konkreter Praxisbeispiele. In dieser Hinsicht bietet jedoch die Website des Kooperationsverbundes *Gesundheitliche Chancengleichheit* einen umfassenden Fundus: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, *Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen*, <https://t1p.de/817ao> (abgerufen am 4.8.2025).

„Health in All Policies“⁹ und beschränkt sich daher nicht auf die präventiven Leistungen der Krankenversicherung oder die klassischen Aufgabenbereiche der Kinder- und Jugendhilfe, sondern bezieht z. B. auch die gesundheitsfördernden Unterstützungsangebote anderer Sozialversicherungsträger sowie der Träger der Grundsicherung ein und berücksichtigt zudem auch Versorgungsformen außerhalb des Sozialrechts, die in Kooperation mit der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe erbracht werden können. Diesem Ansatz folgend widmet sich die Untersuchung nicht nur den „nach außen verweisenden“ Vorschriften des SGB VIII, sondern sucht auch in anderen Regelungsbereichen – wie z. B. anderen Sozialgesetzen, Landesschulgesetzen oder Gesetzen über den Öffentlichen Gesundheitsdienst – nach einschlägigen Bezugnahmen auf die Kinder- und Jugendhilfe. Sie bezieht sich auf verhältnis- und verhaltenspräventive Aspekte. Im Fokus stehen dabei gesundheitsfördernde Maßnahmen, die sich direkt an junge Menschen und deren Familien richten. Ergänzend werden Leistungen für Familien und Fachkräfte einbezogen, sofern diese zumindest mittelbar auch eine verhältnispräventive Wirkung in Bezug auf junge Menschen entfalten können. Darüber hinaus untersucht die Arbeit die rechtliche Stellung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe bezüglich der Gesundheitsförderung im Kontext institutionalisierter Präventionskonzepte wie z. B. Präventionskonferenzen.

9 Zur Bedeutung dieses Grundsatzes für die rechtskreisübergreifende Kooperation von Sozialleistungsträgern vgl. exemplarisch Rasch, Public Health Forum 2025, 178 ff. und Wieda, in: Janda (Hrsg.), Rechtskreisübergreifende Kooperationsangebote im Sozialrecht, 2023, S. 47.

B. Hauptteil

I. Begriffsklärung „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“

1. „Gesundheitsförderung“ vs. (primäre) „Prävention“

.....

Da sich die vorliegende Untersuchung mit der „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe beschäftigt, ist zunächst eine Erläuterung der Terminologie erforderlich. Beide Begriffe sind seit dem PrävG von 2015¹⁰ in § 20 Abs. 1 S. 1 SGB V gesetzlich definiert. Danach wird unter Gesundheitsförderung – in Anlehnung an die Ottawa-Charta¹¹ zur Gesundheitsförderung der WHO von 1986 (dort allerdings *„keine [eigenständige] Leistungsart, sondern Querschnittsanforderung“*¹²) –¹³ die *„Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten“* verstanden. Der Begriff der *„Gesundheitsförderung“* weist zwar eine *„inhaltliche[...] Nähe zum Begriff der Prävention [auf,] orientiert sich [... aber deutlich] weniger am konkreten Krankheitsrisiko“*¹⁴. Eingeschlossen sind *„alle Strategien und Maßnahmen zur Veränderung und Förderung des individuellen gesundheitsbezogenen Verhaltens“*¹⁵. Der Begriff *„umfasst zB [auch] Informationen über [eine] gesunde Lebensweise sowie die Einflussnahme auf Umweltfaktoren und die Gesellschaft“*¹⁶ und zielt auf *„die Senkung der Inzidenz von Krankheiten“*¹⁷ ab. Dies erfolgt neben der Reduzierung von Gesundheitsrisiken auch durch eine *„Stärkung gesundheitsdienlicher Ressourcen“*¹⁸. Teilweise wird die *„Gesundheitsförderung“* – entsprechend eines aus dem Jahr 2005 stammenden, letztlich jedoch nicht verabschiedeten Erstentwurfs¹⁹

10 BGBl. I 2015, S. 1368 ff.

11 Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986, <https://iris.who.int/handle/10665/349654> (abgerufen am 4.8.2025).

12 Buchholtz, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.6.2024, § 20 SGB V, Rn. 8.

13 Schneider, SGB 2015, 599 (600); Schütze, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, Stand v. 1.4.2025, § 20, Rn. 17.

14 Schifferdecker, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.8.2023, § 20 SGB V, Rn. 8.

15 Schifferdecker, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.8.2023, § 20 SGB V, Rn. 8.

16 Schifferdecker, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.8.2023, § 20 SGB V, Rn. 8.

17 Schütze, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, Stand v. 1.4.2025, § 20, Rn. 15.

18 Schütze, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, Stand v. 1.4.2025, § 20, Rn. 17.

19 BT-Drs. 15/4833, S. 4.

für ein Präventionsgesetz – auch als Teilbereich der sogenannten „*gesundheitliche[n] Prävention*“ verstanden, die daneben auch die „*primäre Prävention*“ beinhalten soll.²⁰ Hiernach würden beide in § 20 Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Begriffe in einem übergeordneten Konzept der „*gesundheitsorientierten Prävention*“ aufgehen. Diese systematische Einordnung verdeutlicht zwar die gesundheitsorientierte Prägung des „*Präventionsbegriffs*“ des SGB V, der ansonsten auch in einer Vielzahl anderer Lebensbereiche Anknüpfung findet (vgl. nur etwa Armutsprävention, Gewaltprävention, Radikalisierungsprävention usw.), offenbart aber zugleich eine gewisse Unschärfe²¹ in der Abgrenzung. Zumindest im Unterschied zum Präventionsbegriff des § 20 Abs. 1 S. 1 SGB V wird im Rahmen der Gesundheitsförderung „*ohne Rücksicht auf die Möglichkeit der Entstehung einer Erkrankung eine allgemeine Verbesserung der gesunden Lebensweise angestrebt*“²². Sie zielt damit in erster Linie auf die Schaffung „*gesundheitsförderliche[r] Lebensbedingungen, Fähigkeiten, Strukturen und Kontextfaktoren*“²³ ab. Ihre „*Maßnahmen [sind dabei ...] nicht vorrangig auf den Abbau von Gesundheitsrisiken, sondern auf die Stärkung und Aktivierung gesundheitsförderlicher Ressourcen gerichtet*“²⁴. In diesem Sinne sollte der Begriff der „*Gesundheitsförderung*“ daher in § 2 Nr. 4 PräVG-E aus dem Jahr 2005 als „*Aufbau von individuellen Fähigkeiten sowie gesundheitsförderlichen Strukturen, um das Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu erhöhen*“²⁵, gesetzlich definiert werden.

Wie die Gesundheitsförderung richtet sich auch die gesundheitsbezogene Prävention („*Gesundheitsprävention*“²⁶) – auf die sich die Verwendung des Präventionsbegriffs im nachfolgenden Text ausschließlich bezieht – (zumindest in erster Linie) an „*den (noch) nicht erkrankten Menschen*“²⁷. Der darin enthaltene und in § 20 Abs. 1 S. 1 SGB V geregelte Teilbereich der „*primären Prävention*“ zielt darauf ab, „*die Entstehung einer Krankheit zu verhindern*“²⁸. Im SGB V wird dieses anhand der Formulierung „*Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken*“ deutlich. Weniger eindeutig fällt diese Abgrenzung dagegen in den Gesetzesmaterialien zum PräVG aus. Diese verweisen darauf, dass „*gesundheitliche Risikofaktoren und Belastungen [...] (z. B. Adipositas, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, starker chronischer psychosozialer Stress), [...] bereits lange vor dem Auftreten einer*

20 Welti, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 20, Rn. 6.

21 Buchholtz, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.6.2024, § 20 SGB V, Rn. 9 f.

22 Buchholtz, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.6.2024, § 20 SGB V, Rn. 10.

23 Welti, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 20, Rn. 6; ebenso Luik, in: Wagner/Knittel (Hrsg.), Krauskopf, 124. EL v. 9/2024, § 20 SGB V, Rn. 7.

24 Luik, in: Wagner/Knittel (Hrsg.), Krauskopf, 124. EL v. 9/2024, § 20 SGB V, Rn. 12; Schütze, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, Stand v. 1.4.2025, § 20, Rn. 17.

25 BT-Drs. 15/4833, S. 4.

26 Welti, VSSAR 2019, 313 (315).

27 BSG, Urt. v. 28.2.1980 – 8a RK 5/79.

28 Buchholtz, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.6.2024, § 20 SGB V, Rn. 10.

Erkrankung] durch entsprechende primärpräventive Maßnahmen beseitigt oder zumindest vermindert werden können²⁹. Dagegen sah schon der aus dem Jahr 2005 stammende Entwurf zu einem § 2 Nr. 1 PrävG vor, den Begriff der „primären Prävention“ als „Vorbeugung des erstmaligen Auftretens von Krankheiten“³⁰ zu definieren. In der Begründung zum PrävG findet sich außerdem der Hinweis, dass sich „primärpräventive Leistungen auf die Veränderung des individuellen Verhaltens und auf die Veränderung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Versicherten (sogenannte ‚Lebenswelten- oder Settingleistungen‘), in denen sie sich überwiegend aufhalten, beziehen können“³¹. An dieser Stelle setzen u. a. der Leitfaden Prävention³² und Modellprogramme wie z. B. das *Kommunale Förderprogramm – Gesundheitsförderung und Prävention für vulnerable Zielgruppen*³³ des GKV-Bündnisses für Gesundheit an. Die Aktivitäten des letztgenannten stellen Menschen in belasteten Lebenslagen mit höheren gesundheitlichen Belastungen und geringeren Bewältigungsressourcen in den Fokus. Dabei wird der Lebenswelt „Kommune“ für die Erreichung besonders belasteter Personengruppen eine wichtige Rolle zugeschrieben.³⁴ Im Leitfaden Prävention werden als Zielgruppen für Maßnahmen in der Kommune beispielsweise „Familien und Alleinerziehende in der Kommune“, „Kinder und Jugendliche, insbesondere mit Suchtgefährdung bzw. aus suchtbelasteten oder psychisch belasteten Familien, in der Kommune“ oder „Menschen in Lebenswelten der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports in der Kommune“ sowie die Stärkung der Ressourcen im Umgang mit Folgen des Klimawandels als Querschnittsthema benannt.³⁵ Die zum Teil uneinheitliche Verwendung der genannten Begriffe oder etwa die Bezeichnung der Konferenz zur Gesundheitsförderung und Prävention als „Präventionskonferenz“ trägt zu Abgrenzungsschwierigkeiten bei.

2. Sekundäre und tertiäre Prävention

.....

Neben der Gesundheitsförderung ist die primäre Prävention auch noch von der sogenannten sekundären und tertiären Prävention zu unterscheiden, die beide nicht in § 20 Abs. 1 SGB V geregelt oder gar definiert sind. Geplant war ihre Normierung aber unter der Oberkategorie

.....
29 BR-Drs. 640/14, S. 21.

30 BT-Drs. 15/4833, S. 4.

31 BR-Drs. 640/14, S. 33.

32 GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, 2024, <https://t1p.de/2zvw9> (abgerufen am 4.8.2025).

33 GKV-Bündnis für Gesundheit, Kommunales Förderprogramm *Gesundheitsförderung und Prävention für vulnerable Zielgruppen*, <https://t1p.de/ug4lx> (abgerufen am 4.8.2025).

34 GKV-Bündnis für Gesundheit, Kommunales Förderprogramm *Gesundheitsförderung und Prävention für vulnerable Zielgruppen*, <https://t1p.de/ug4lx> (abgerufen am 4.8.2025).

35 GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, 2024, <https://t1p.de/2zvw9> (abgerufen am 4.8.2025).

„Prävention“³⁶ in dem PrävG-E aus dem Jahr 2005. Nach der in § 2 Nr. 2 und 3 PrävG-E vorgesehenen Definition sollte es sich bei der „sekundären Prävention“ um die „Früherkennung von symptomlosen Krankheitsvor- und -frühstadien“³⁷ und bei der tertiären Prävention um die „Verhütung der Verschlimmerung von Erkrankungen und Behinderungen sowie Vorbeugung von Folgeerkrankungen“³⁸ handeln. Nach der zugehörigen Gesetzesbegründung sollte die tertiäre Prävention auch darauf ausgerichtet sein, infolge einer bereits aufgetretenen Erkrankung den Eintritt von „Behinderung und Pflegebedürftigkeit hinaus[zuz]ögern oder [zu] vermeiden“³⁹. Ungeachtet seiner fehlenden Umsetzung wurde das vom PrävG-E im Jahr 2005 formulierte Begriffsverständnis im rechtswissenschaftlichen Schrifttum weithin übernommen.⁴⁰

Zu den gesetzlich verankerten Maßnahmen der sekundären Prävention zählen insbesondere die in den §§ 21, 23, 24 und 25⁴¹ SGB V geregelten Leistungen.⁴² Im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe wird der Begriff der „sekundären Prävention“ auch für „die Unterstützung von Eltern in belastenden Lebenssituationen, die spezifische [- auch gesundheitliche -] Risiken für Kinder bergen“⁴³ können, verwendet.

Die tertiäre Prävention bewegt sich im Anwendungsbereich der §§ 27 ff. SGB V („Leistungen bei Krankheit“), die auch darauf gerichtet sein können, eine „Verschlimmerung zu verhüten“. Dies umfasst auch Maßnahmen zur Stärkung der „Selbsthilfe im Bereich der Krankheitsbewältigung“⁴⁴, die in § 20a SGB V und im GKV-Leitfaden zur Selbsthilfeförderung⁴⁵ konkretisiert werden. Daneben bestehen Überschneidungen mit dem Präventionsgedanken des Rehabilitations-⁴⁶ und Pflegerechts⁴⁷ nach § 3 Abs. 1 SGB IX und § 5 Abs. 4 SGB II.

36 BT-Drs. 15/4833, S. 4.

37 BT-Drs. 15/4833, S. 4.

38 BT-Drs. 15/4833, S. 4.

39 BT-Drs. 15/4833, S. 4.

40 Vgl. etwa Buchholtz, in: Rolfs/Giesen/Mießling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.6.2024, § 20 SGB V, Rn. 10; Luik, in: Wagner/Knittel (Hrsg.), Krauskopf, 124. EL v. 01/2025, § 20 SGB V, Rn. 6; Nebendahl, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 20 SGB V, Rn. 2; Schütze, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, Stand v. 1.4.2025, § 20, Rn. 15; Welti, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 20, Rn. 7; ebenso Wissenschaftliche Dienste des Bundestages, WD 9 - 3000 - 076/23, S. 5.

41 Buchholtz, in: Rolfs/Giesen/Mießling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.6.2024, § 20 SGB V, Rn. 10.

42 Welti, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 20, Rn. 7.

43 Wiesner, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, Anhang: Weitere Erläuterungen, Hinweise und Materialien 1, Rn. 7a.

44 BT-Drs. 15/4833, S. 30.

45 GKV-Spitzenverband, Leitfaden zur Selbsthilfeförderung, 2025, <https://t1p.de/x1iil> (abgerufen am 4.8.2025), S. 24.

46 Welti, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 20, Rn. 7.

47 Dabei sind die Pflegekassen allerdings regelmäßig nicht für die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zuständig; vgl. § 11 Abs. 2 S. 1 SGB V und § 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX.

3. Verhaltensprävention und Verhältnisprävention

.....

Eine andere Form der Systembildung ist die Unterscheidung zwischen verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen. Nach dem Willen des Gesetzgebers soll der bereits genannte § 20 Abs. 4 SGB V verdeutlichen, „*dass sich primärpräventive Leistungen auf die Veränderung des individuellen Verhaltens und auf die Veränderung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Versicherten [...], in denen sie sich überwiegend aufhalten, beziehen können.*“⁴⁸ Exemplarisch sind z. B. die gezielte Reduzierung von Bewegungsmangel als verhaltenspräventive und der Abbau von Stressfaktoren in einem Setting als verhältnispräventive Maßnahmen zu nennen.⁴⁹ Zur zweiten Gruppe gehört z. B. auch die kostenfreie Versorgung mit einem Mittagessen in der Schule, das z. B. nach § 19 Abs. 3 S. 1 SchulG-BE vorgeschrieben ist. Insbesondere hinsichtlich der hier im Fokus stehenden Kinder und Jugendlichen ist allerdings zu berücksichtigen, dass dieselben Maßnahmen in Abhängigkeit vom jeweiligen Adressaten sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiv wirken können. Das betrifft etwa die gesundheitliche Bildung, die sowohl bei den erreichten Kindern und Jugendlichen als auch bei deren Familien eine Verhaltensänderung – z. B. in Form einer Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten – zur Folge haben kann. Passen allerdings die für die Lebensumstände in der Familie maßgeblich verantwortlichen Eltern infolge der gesundheitlichen Bildung ihre Ernährungsgewohnheiten und das damit verbundene Einkaufsverhalten an, führt dies wiederum zu einer Änderung der Lebenswelt der davon unmittelbar mitbetroffenen Kinder. Insoweit wirkt dieselbe Maßnahme dann verhältnispräventiv. Gleiches gilt etwa für verhaltenspräventive Maßnahmen zugunsten von Fachkräften in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die zu einer Verbesserung des Betreuungsschlüssels beitragen und somit – durch den Schutz der erforderlichen personellen Ressourcen – wiederum eine verhältnispräventive Wirkung in der Lebenswelt der jungen Menschen entfalten können.⁵⁰ Ebenso lässt sich dem bereits angesprochenen Risikofaktor „*Bewegungsmangel*“ nicht nur durch eine verhaltenspräventive Teilnahme an Sportkursen, sondern beispielsweise auch durch eine bewegungsförderliche Umgestaltung des Kitageländes, die verhältnispräventiv wirkt, begegnen. Ein weiteres Beispiel sind die landesrechtlichen Alkohol- und Rauchverbote für den Bereich von Kindertagesstätten und Schulen (vgl. z. B. § 2 Abs. 2 Nr. 2 NRSg-SN, § 4 Abs. 12 S. 2 SchulG-SH und § 2 Abs. 1 Nr. 6 NRSg-BE)

.....
 48 BT-Drs.18/4282, S. 34.

49 BT-Drs. 15/4833, S. 34.

50 AGJ, Fachkräfte am Limit?! Arbeitsbelastungen in der Kinder- und Jugendhilfe und gesundheitsförderliche Strategien. 2024, <https://t1p.de/m7565> (abgerufen am 4.8.2025).

Da letztlich eine Vielzahl der Leistungen des SGB VIII – ebenso wie solche anderer Leistungsträger mit gesetzlich verankerten Kooperationsbeziehungen zur Jugendhilfe – das Potenzial für eine zumindest mittelbar gesundheitsfördernde Wirkung haben (vgl. z. B. die existenzsichernden bzw. einkommensersetzenden Leistungen und ihre Auswirkung auf das „Gesundheitsrisiko“ Armut⁵¹), konzentriert sich die vorliegende Untersuchung primär auf solche Leistungen, Interventionen oder andere Aktivitäten der Jugendhilfe, die nach der gesetzgeberischen Konzeption final (zumindest auch) auf Gesundheitsförderung und/oder Prävention sowohl in der Lebenswelt („verhältnispräventiv“), als auch auf individueller Ebene („verhaltenspräventiv“) ausgerichtet sind.

II. Grundlagen zur Verankerung der Gesundheitsförderung und Prävention im SGB VIII

1. Kinder- und Jugendhilfe als primär verantwortliches Sozialleistungssystem für ein gedeihliches Aufwachsen und dessen Verortung im Grundgesetz

.....

In § 1 Abs. 3 SGB VIII findet sich ein – nicht abschließender –⁵² Katalog mit den Zielen der Jugendhilfe. Diese soll nach § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen. Als weitere Anknüpfungspunkte für eine auf Gesundheitsförderung ausgerichtete Verantwortung der Jugendhilfe lassen sich zudem auch § 1 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII (Gesundheitsförderung in Form der Förderung der individuellen Entwicklung und der Nachteilsprävention)⁵³ und § 1 Abs. 3 Nr. 4 SGB VIII (Schutz von Kindern und Jugendlichen „vor Gefahren für ihr Wohl“)⁵⁴ heranziehen. Der in § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII genutzte Begriff des „Beitrags“ verdeutlicht, dass es sich dabei um eine Aufgabe handelt, die der Jugendhilfe nicht exklusiv zugewiesen ist, sondern die sie sich mit anderen staatlichen

51 Mavroudis, in: Böhm/Bräunling/Geene/Köckler (Hrsg.), Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, 2020, S. 58.

52 Lack, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2024, § 1 SGB VIII, Rn. 33; Luthe, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 8.4.2025, § 1, Rn. 89; Winkler, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 76. Ed. v. 1.3.2025, § 1 SGB VIII, Rn. 19.

53 Hötzel, in: AGJ (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilferecht von A–Z, 2008, S. 146 (147).

54 Eger, in: Luthe (Hrsg.), Kommunale Gesundheitslandschaften, 2013, S. 317 (318).

Akteuren teilt.⁵⁵ Unter diesen nimmt die Jugendhilfe allerdings aufgrund ihrer institutionellen Verwurzelung in den Lebenswelten der jungen Menschen und ihrer damit verbundenen „Anwaltsfunktion“⁵⁶ eine „herausragende“⁵⁷ Stellung ein. Die Gesetzesbegründung zum *Kinder- und Jugendhilfegesetz* (KJHG) aus dem Jahr 1989 spricht insoweit von einer häufig erforderlichen „Initiative“⁵⁸ der Jugendhilfe. Die Jugendhilfe müsse danach „auf die Erfüllung aller öffentlichen Aufgaben Einfluß nehmen, die die Lebenssituation von Kindern, Jugendlichen und Eltern entscheidend beeinflussen“⁵⁹.

In regelungstechnischer Hinsicht handelt es sich bei § 1 Abs. 3 SGB VIII um eine reine „Zielbestimmung“⁶⁰, aus der allein für die betroffenen jungen Menschen und ihre Eltern keine⁶¹ individuellen Rechte abzuleiten sind. Objektiv verpflichtet die Vorschrift allerdings die Träger der Jugendhilfe dazu, so weit wie möglich („soll“) auf die Verwirklichung der genannten Ziele – nach § 1 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII ausdrücklich auch präventiv („zu vermeiden“) –⁶² hinzuwirken.⁶³ Mit Blick auf die hier gegenständliche Gesundheitsförderung sind dabei zwei Punkte hervorzuheben: Zum einen soll die Jugendhilfe die von § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII formulierte Aufgabe gerade auch außerhalb ihrer klassischen – weithin vom SGB VIII umrissenen – Handlungsfelder verwirklichen.⁶⁴ Die Norm formuliert damit auch einen politischen Auftrag.⁶⁵ Vor diesem Hintergrund kann die Vorschrift somit als generalistische Grundlage für ein Engagement der Jugendhilfe auch im Bereich der Gesundheitsförderung herangezogen werden.⁶⁶ Zum anderen ist § 1 SGB VIII – wie besonders die wortgleiche Wiederholung von Art. 6 Abs. 2 GG in § 1 Abs. 2 SGB VIII verdeutlicht – im Lichte der grundrechtlich verankerten staatlichen Schutzpflichten⁶⁷ zu interpretieren. Soweit daraus konkrete, einfachgesetzliche

55 Lack, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2024, § 1 SGB VIII, Rn. 44; Wiesner, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), *Kinder- und Jugendhilfe*, 6. Aufl. 2022, § 1 SGB VIII, Rn. 42.

56 BT-Drs. 13/11368, S. 181.

57 Lack, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2024, § 1 SGB VIII, Rn. 44.

58 BT-Drs. 503/89, S. 44.

59 BT-Drs. 503/89, S. 44.

60 Luthe, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), *jurisPK-SGB VIII*, Stand v. 8.4.2025, § 1, Rn. 89.

61 Tillmanns, in: Säcker/Rixecker/Oetker/Limberg/Schubert (Hrsg.) *Münchener Kommentar zum BGB*, 9. Aufl. 2024, § 1 SGB VIII, Rn. 4; Wapler, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), *Kinder- und Jugendhilfe*, 6. Aufl. 2022, § 1 SGB VIII, Rn. 11 f.

62 Jabben/Krohne, in: Neumann/Pahlen/Greiner/Winkler/Westphal/Krohne (Hrsg.), *SGB IX*, 15. Aufl. 2024, § 3, Rn. 9.

63 Krohne, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), *BeckOK-SozR*, 76. Ed. v. 1.7.2025, § 3 SGB IX, Rn. 10; Luthe, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), *jurisPK-SGB VIII*, Stand v. 8.4.2025, § 1, Rn. 89; Lack, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2024, § 1 SGB VIII, Rn. 45; Möller, in: Möller (Hrsg.), *PK-SGB VIII*, 3. Aufl. 2023, § 1, Rn. 13.

64 Lack, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2024, § 1 SGB VIII, Rn. 44; vgl. BT-Drs. 11/6576, S. 199.

65 Möller, in: Möller (Hrsg.), *PK-SGB VIII*, 3. Aufl. 2023, § 1, Rn. 13; Tillmanns, in: Säcker/Rixecker/Oetker/Limberg/Schubert (Hrsg.) *Münchener Kommentar zum BGB*, 9. Aufl. 2024, § 1 SGB VIII, Rn. 4.

66 Rasch, *Zusammen Denken – Wissensgrundlagen der Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe*, 2024, <https://t1p.de/8zmqc> (abgerufen am 4.8.2025), S. 9; ebenso Mavroudis, in: Böhm/Bräunling/Geene/Köckler (Hrsg.), *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe*, 2020, S. 55.

67 Vgl. dazu Luthe, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), *jurisPK-SGB VIII*, Stand v. 8.4.2025, § 1, Rn. 5 ff.

Leistungsansprüche resultieren, sind diese jedoch primär im Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG verankert.⁶⁸ Für ein – zumindest auch – gesundheitsorientiertes Verständnis der staatlicherseits (um damit auch im Rahmen von § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII) zu gewährleisten den Lebensbedingungen ist bedeutsam, dass auch das BVerfG ausdrücklich klargestellt hat, dass aus Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG auch die Verpflichtung des Staates resultieren kann, „*positiv die Lebensbedingungen für ein gesundes Aufwachsen des Kindes [zu] schaffen*“⁶⁹. Die nach § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII anzustrebenden „Lebensbedingungen“ i. S. d. sind mithin solche, die auch „*ein gesundes Aufwachsen*“ ermöglichen.⁷⁰

Überdies ist zu berücksichtigen, dass auch das in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG verankerte Recht auf körperliche Unversehrtheit in der Ausformung der durch das BVerfG entwickelten Schutzpflichtenlehre den Staat zu präventiven Maßnahmen verpflichten kann.⁷¹ Dieses Konzept fand beispielsweise Anwendung im Rahmen der Rechtfertigung der Masernimmunitätspflicht in der Kindertagesbetreuung (§ 20 Abs. 8 Satz 1 und Abs. 9 IfSG)⁷² sowie hinsichtlich der Pflicht zur Etablierung eines hinreichenden Systems zur Sicherstellung ärztlicher Zwangsmaßnahmen bei nicht einsichtsfähigen Personen im Fall drohender erheblicher gesundheitlicher Gefahren⁷³.

Der auf § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII gestützte Befund einer – zumindest auch –⁷⁴ der Jugendhilfe zugewiesenen Gesundheitszuständigkeit wird auch durch den Willen des Gesetzgebers bestätigt, der sowohl in der Begründung zum Entwurf für das *Gesetz zum Schutz von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe*⁷⁵ als auch in der Gesetzesbegründung zum KJSG⁷⁶ auf die erforderliche Sicherung eines „*gesunden Aufwachens*“ verweist. Nochmals deutlicher wird dies durch die sowohl im KJSG-Entwurf als auch

68 Janda, Prävention verankern. Verfassungsrechtliche Konsequenzen aus dem Verbot der Benachteiligung aufgrund sozialer Herkunft, 2021, S. 59 und 69 ff.: Mit überzeugendem Hinweis auf die mögliche gleichheitsrechtliche Dimension sowie die fehlende Herleitbarkeit präventionsorientierter Leistungsansprüche unmittelbar aus Art. 6 Abs. 2 GG.

69 BVerfG, Beschl. v. 29.7.1968 – 1 BvL 20/63, 31/66 und 5/67, NJW 1968, 2233 (2235) = BVerfGE 24, 119 ff.; ebenso BVerfG, Ur. v. 14.7.1981 – 1 BvL 28/77, 1 BvL 48/79, 1 BvR 154/79, 1 BvR 170/80, NJW 1981, 1771 (1772) = BVerfGE 57, 361 ff.; zur weiteren Herleitung aus dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit des Kindes vgl. BVerfG, Ur. v. 19.2.2013 – 1 BvL 1/11, 1 BvR 3247/09, NJW 2013, 847 (848) = BVerfGE 133, 59 ff.; vgl. dazu auch Wieda, in: Janda (Hrsg.), Rechtskreisübergreifende Kooperationsgebote im Sozialrecht, 2023, S. 42 f.

70 Richter-Kornweitz/Holz, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2023, <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i137-1.0> (abgerufen am 4.8.2025); Welti, VSSAR 2019, 313 (315): „So steht der Schutz [...] im Jugendschutz [...] immer auch für den Gesundheitsschutz, der diese[m ...] Rechtsbereich[...] erst Legitimation und Gewicht gibt“.

71 Welti, VSSAR 2019, 313 (314).

72 BVerfG, Beschl. v. 21.7.2022 – 1 BvR 469/20, 1 BvR 470/20, 1 BvR 471/20, 1 BvR 472/20, NJW 2022, 2904 (2910 ff.) = BVerfGE 162, 378 ff.

73 BVerfG, Beschl. v. 26.7.2016 – 1 BvL 8/15, NJW 2017, 53 ff. = BVerfGE 142, 313 ff.

74 Vgl. dazu Welti, VSSAR 2019, 313 (315 ff.).

75 BR-Drs. 621/19, S. 9.

76 BR-Drs. 5/21, 50.

im Entwurf eines Gesetzes zur Ausgestaltung der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe (IKJHG) aus dem Jahr 2024 zu findende Aussage, dass die Kinder- und Jugendhilfe „das primär für ein gedeihliches Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen verantwortliche Sozialleistungssystem“⁷⁷ sei. Dabei verzichten beide Entwürfe zwar auf eine Erläuterung des Begriffs des „*gedeihlichen Aufwachsens*“, nach den bisherigen Ausführungen wird davon jedoch der Teilbereich des „*gesunden Aufwachsens*“ zumindest implizit miteingefasst. Darüber hinaus nutzt der Gesetzgeber des KJSG den Begriff des „*gedeihlichen Aufwachsens*“ auch im Zusammenhang mit dem zum medizinischen Kinderschutz formulierten Ziel der „*Stärkung der Verantwortungsgemeinschaft von Kinder- und Jugendhilfe und Ärzteschaft für einen wirksamen Kinderschutz [... in] Mitverantwortung des Gesundheitswesens*“⁷⁸.

Die Gesundheit zählt somit als „*Ressource des Alltagslebens*“ zu den positiven Lebensbedingungen i. S. d. § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII,⁷⁹ sodass die staatliche Aufgabe einer Förderung der „*Lebensbedingungen für ein gesundes Aufwachsen des Kindes*“⁸⁰ zumindest auch im Verantwortungsbereich der Jugendhilfe verankert ist. Wenn der Jugendhilfe zudem nach der Konzeption des SGB VIII eine Primärverantwortung für den Gesamtbereich des „*gedeihlichen Aufwachsens*“ zukommen soll,⁸¹ muss dieses – vorbehaltlich abweichender gesetzlicher Zuständigkeitszuweisungen wie etwa durch die Bestimmungen des SGB V oder die ÖGDGs der Länder – zumindest grundsätzlich auch für die Förderung des „*gesunden Aufwachsens*“ gelten.

2. Verankerung der Verpflichtung zur Schaffung positiver (gesundheitsförderlicher) Lebensbedingungen im europäischen und internationalen Recht

.....

Neben der bereits angesprochenen grundrechtlichen Fundierung korrespondiert § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII auch mit der in Art. 3 Abs. 1 des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes verankerten Pflicht zur Berücksichtigung des Kindeswohls bei

.....
77 BT-Drs. 20/14035, S. 1; BR-Drs. 5/21, S. 31.

78 BR-Drs. 5/21, 34.

79 Rothenburg, Zentralblatt für Jugendrecht 2001, 317 (325).

80 BVerfG, Beschl. v. 29.7.1968 – 1 BvL 20/63, 31/66 und 5/67, NJW 1968, 2233 (2235) = BVerfGE 24, 119 ff.; ebenso BVerfG, Ur. v. 14.7.1981 – 1 BvL 28/77, 1 BvL 48/79, 1 BvR 154/79, 1 BvR 170/80, NJW 1981, 1771 (1772) = BVerfGE 57, 361 ff.; zur weiteren Herleitung aus dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit des Kindes vgl. BVerfG, Ur. v. 19.2.2013 – 1 BvL 1/11, 1 BvR 3247/09, NJW 2013, 847 (848) = BVerfGE 133, 59 ff.

81 Vgl. BT-Drs. 20/14035, S. 1.

allen Kinder betreffenden Maßnahmen.⁸² Dieser Grundsatz wird in Art. 3 Abs. 3 KRK speziell für den Gesundheitsschutz durch ein Normenbefolgungsgebot ergänzt, das sich an die für die Fürsorge oder den Schutz des Kindes verantwortlichen Institutionen, Dienste und Einrichtungen richtet.

Der präventive Gesundheitsschutz ist in der KRK zudem in Art. 24 Abs. 2 verankert, der ausdrücklich das Bemühen der Vertragsstaaten um die Sicherstellung des Zugangs zu ausreichender und gesunder Ernährung und zu Trinkwasser, zu einer angemessenen Gesundheitsfürsorge für Mütter vor und nach der Entbindung sowie die Vermittlung von Grundkenntnissen über Gesundheit und Ernährung, Hygiene, Sauberhaltung der Umwelt sowie Maßnahmen der Unfallverhütung und einen Ausbau der Gesundheitsvorsorge verlangt. In Deutschland steht die KRK infolge des Zustimmungsgesetzes⁸³ des Bundestages vom 17.2.1992 im Rang eines einfachen Gesetzes.⁸⁴ Infolge der Bindung der grundgesetzlichen Ordnung über Art. 1 Abs. 2 GG an den „Kernbestand an internationalen Menschenrechten“⁸⁵ kann die KRK aber „als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte und rechtsstaatlichen Grundsätze des Grundgesetzes herangezogen werden“⁸⁶. Eine Verpflichtung zur institutionellen Ansiedlung der Koordinierungsverantwortung für den (präventiven) Gesundheitsschutz beim Träger der öffentlichen Jugendhilfe lässt sich der KRK allerdings nicht entnehmen.

Auf der völkerrechtlichen Ebene findet der Präventionsgedanke auch im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (IPwskR) eine maßgebliche Verankerung. Dieser, aus dem Jahr 1966 stammende,⁸⁷ UN-Vertrag steht in Deutschland seit dem Jahr 1976⁸⁸ ebenfalls im Rang eines einfachen Gesetzes. Nach Art. 12 Abs. 1 IPwskR verpflichten sich die Vertragsstaaten, das Recht eines jeden auf das „erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ anzuerkennen. Diese Gewährleistungsverpflichtung impliziert nach Art. 12 Abs. 2 IPwskR die Implementierung präventiver Maßnahmen durch die Vertragsstaaten, zu denen die „Verbesserung aller Aspekte der Umwelt- und der Arbeitshygiene“ sowie die „Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten“ zählen. Besondere Hervorhebung findet die „gesunde Entwicklung des Kindes“, die, unabhängig („sowie“) vom verwandten, aber eigenständigen Ziel der „Senkung

82 Winkler, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 76. Ed. v. 1.3.2025, § 1 SGB VIII, Rn. 23; zur innerstaatlichen Geltung der KRK vgl. Cremer, AnwBl 2011, 159 ff.

83 BGBl. II 1992, S. 121 ff.

84 Cremer, AnwBl. 2011, 159 (162); Wapler, RdJB 2019, 252; BVerfG, Beschl. v. 5.7.2013 – 2 BvR 708/12, BeckRS 2013, 53752.

85 BVerfG, Beschl. v. 14.10.2004 – 2 BvR 1481/04, NJW 2004, 3407 (3411) = BVerfGE 111, 307 ff.

86 BVerfG, Beschl. v. 5.7.2013 – 2 BvR 708/12, BeckRS 2013, 53752.

87 Welti, VSSAR 2019, 313 (314).

88 Vgl. BGBl. II 1973, S. 1659 ff.

der *Kindersterblichkeit*“, im Fokus der präventiven Bemühungen steht. Als völkerrechtlicher Vertrag enthält allerdings auch der IPwskR keine Vorgaben zur innerstaatlichen Verantwortungszuweisung (etwa an die Jugendhilfe). Neben der innerstaatlichen Bindung im Rahmen von Art. 20 Abs. 3 GG besteht seit dem Jahr 2023⁸⁹ außerdem die Möglichkeit der Individualbeschwerde („Mitteilungen“) zum „Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte“, der von Vertragsstaaten infolge eines Überprüfungsverfahrens Abhilfemaßnahmen verlangen kann.

An dieser Stelle ebenfalls zu erwähnen ist die im Rahmen des Europarates entwickelte Europäische Sozialcharta aus dem Jahr 1961,⁹⁰ deren revidierte Fassung aus dem Jahr 1996 mit 24 Jahren Versatz auch in Deutschland angenommen⁹¹ wurde und deren Umsetzung durch die Mitgliedstaaten des Europäischen Ausschusses für Soziale Rechte überwacht wird.⁹² Nach Art. 11 ESC verpflichten sich die Vertragsparteien zur Gewährleistung des Rechts auf Schutz der Gesundheit zur Ergreifung geeigneter gesundheitsförderlicher und präventiver⁹³ Maßnahmen. Diese umfassen unter anderem die Beseitigung von Ursachen für Gesundheitsschäden, die Schaffung von Beratungs- und Schulungsmöglichkeiten zur Förderung von Gesundheitsbewusstsein und persönlicher Verantwortung sowie die Vorbeugung von epidemischen, endemischen und anderen Krankheiten.

Innerhalb des Rechts der Europäischen Union ist das Ziel des Gesundheitsschutzes ebenfalls verankert. So bekämpft die EU nach Art. 3 Abs. 3 S. 4 EUV „soziale Ausgrenzung und Diskriminierungen und fördert soziale Gerechtigkeit und sozialen Schutz, die Gleichstellung von Frauen und Männern, die Solidarität zwischen den Generationen und [ausdrücklich] den Schutz der Rechte des Kindes“. Wichtig⁹⁴ ist in diesem Zusammenhang zudem der in Art. 6 EUV enthaltene Verweis auf die GRCh und die EMRK. Außerdem nimmt z. B. Art. 151 Abs. 1 AEUV explizit Bezug auf die bereits angesprochene ESC. Ferner wird die Pflicht der Europäischen Union zur Berücksichtigung des Gesundheitsschutzes im Rahmen ihrer Politik und Maßnahmen in Art. 9 AEUV statuiert. Eine weitere wichtige, wenngleich nicht justiziable, Erwähnung findet sich in Kapitel III Nr. 16 der Europäischen Säule⁹⁵ sozialer Rechte aus dem Jahr 2017, die das „Recht [jeder Person] auf rechtzeitige, hochwertige und bezahlbare Gesundheitsvorsorge“

89 BGBl. II 2023, Nr. 4.

90 Ratifizierung in Deutschland: BGBl. II 1964, S 1261 ff.

91 Vgl. BGBl. II 2020, S. 900 ff.

92 Vgl. dazu Eichenhofer, Revidierte Europäische Sozialcharta, Netzwerk Sozialrecht, 2020, <https://t1p.de/97shv> (abgerufen am 4.8.2025).

93 Welti, VSSAR 2019, 313 (315).

94 So auch Janda, Prävention verankern. Verfassungsrechtliche Konsequenzen aus dem Verbot der Benachteiligung aufgrund sozialer Herkunft, 2021, S. 48.

95 Vgl. dazu Janda, Prävention verankern. Verfassungsrechtliche Konsequenzen aus dem Verbot der Benachteiligung aufgrund sozialer Herkunft, 2021, S. 54 f.

erwähnt. Darüber hinaus spricht Art. 35 S. 1 GRCh jedem Menschen ein „Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten“ zu. Außerdem werde „bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Maßnahmen der Union in allen Bereichen [...] ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt“. Nach Art. 24 Abs. 2 GRCh⁹⁶ muss zudem „bei allen Kinder betreffenden Maßnahmen öffentlicher Stellen oder privater Einrichtungen [...] das Wohl des Kindes eine vorrangige Erwägung sein“. Zumindest für den Bereich des Arbeitsschutzes stellt die GRCh in Art. 32 auch eine explizite Verbindung von Gesundheitsschutz und Minderjährigkeit her. Danach müssen Jugendliche „vor wirtschaftlicher Ausbeutung und vor jeder Arbeit geschützt werden, die [...] ihre Gesundheit, ihre körperliche, geistige, sittliche oder soziale Entwicklung beeinträchtigen [...] könnte“.

In ihrer aus dem Jahr 2013 stammenden Empfehlung *Investitionen in Kinder: Den Kreislauf der Benachteiligung durchbrechen* hat die Europäische Kommission – u. a. unter Berufung auf die GRCh und die KRK – eine „Verbesserung der Flexibilität der Gesundheitssysteme im Hinblick auf die Bedürfnisse benachteiligter Kinder“⁹⁷ gefordert. Es sei essentiell, „dass alle Kinder in vollem Umfang von ihrem Grundrecht auf Gesundheitsversorgung Gebrauch machen können, unter anderem durch Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sowie durch den Zugang zu hochwertigen Gesundheitsleistungen“⁹⁸. Ohne die Rolle der Kinder- und Jugendhilfe explizit zu erwähnen, hat die Kommission dabei jedoch zumindest deutlich gemacht, dass dieses Ziel nicht allein durch die Sicherstellung einer hinreichenden, auf Kinder und Jugendliche spezialisierten kurativen Versorgung zu erreichen ist. Stattdessen seien weitere wesentliche „Hindernisse, vor denen gefährdete Kinder und Familien beim Zugang zur Gesundheitsversorgung stehen, zum Beispiel Kosten, kulturelle und sprachliche Barrieren oder [der] Mangel an Information[en]. Insbesondere in den ersten Lebensjahren soll[e daher...] in Prävention investiert werden, und zwar mittels umfassender Strategien, welche die Aspekte Ernährung, Gesundheit, Bildung und soziale Maßnahmen miteinander kombinieren. Das [...] Gefälle, was [unter anderem eine] ungesunde Lebensführung [...] anbelangt, soll[...]e bekämpft werden, indem man allen Kindern den Zugang zu ausgewogener Ernährung und körperlichen Aktivitäten eröffnet. Besonderes Augenmerk solle[dabei ...] auf Kinder mit Behinderungen oder mit psychischen Problemen [...], auf nicht gemeldete

96 Hinsichtlich GRCh ist aber deren eingeschränkter Anwendungsbereich nach Art. 51 zu beachten.

97 Empfehlung der Kommission vom 20.2.2013, *Investitionen in Kinder: Den Kreislauf der Benachteiligung durchbrechen* (2013/112/EU), ABl. Nr. L 59, S. 8.

98 Empfehlung der Kommission vom 20.2.2013, *Investitionen in Kinder: Den Kreislauf der Benachteiligung durchbrechen* (2013/112/EU), ABl. Nr. L 59, S. 8.

*bzw. nicht registrierte Kinder, schwangere Teenager sowie Kinder aus Familien, in denen Alkohol- oder Drogenmissbrauch stattfindet oder stattgefunden hat*⁹⁹, gerichtet werden. Zumindest einem Teil der genannten Risiken kann gerade die Kinder- und Jugendhilfe mit ihrem lebensweltorientierten Ansatz und dem Instrumentenkasten des SGB VIII wirkungsvoll begegnen.

3. Aufgabenzuweisung nach § 2 SGB VIII

.....

Neben dem Handeln innerhalb der Zielbestimmungen des § 1 SGB VIII setzt ein Tätigwerden der Jugendhilfe – das sich nicht in der „schlichten“ Kooperation mit anderen Leistungsträgern oder der politischen Interessenwahrung erschöpfen soll – voraus, dass dieses in einen ihr nach § 2 SGB VIII zugewiesenen Aufgabenbereich fällt. Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention kann die Jugendhilfe somit nur insoweit erbringen, als diese im Einzelfall unter den Katalog des § 2 Abs. 2 und 3 SGB VIII zu subsumieren sind. Gesundheitsförderliche Maßnahmen lassen sich dabei zumindest als Teilaspekte den in § 2 Abs. 2 SGB VIII genannten Leistungen zuordnen. Die „*gesundheitliche Bildung*“ wird zudem immerhin in einer der in § 2 Abs. 2 SGB VIII genannten Aufgaben (Jugendbildung nach § 2 Abs. 2 Nr. 1 i.V.m. § 11 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII) auch ausdrücklich genannt.¹⁰⁰ Auch die Jugendministerkonferenz beschrieb die verhaltens- und verhältnisorientierte Gesundheitsförderung in ihrem Beschluss aus dem Jahr 2005 als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die neben den klassischen Akteuren des Gesundheitswesens auch der Kinder- und Jugendhilfe zugewiesen sei.¹⁰¹ Zur Begründung verwies sie dabei – neben einer zumindest impliziten Verankerung der Gesundheitsförderung im SGB VIII als spezifische Ausformung konkreter Leistungen und Interventionsformen – auch auf den (heute) in § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII (eigentlich Zielbestimmung) geforderten Beitrag zur Schaffung positiver Lebensbedingungen und einer kinder- und familienfreundlichen Umwelt.¹⁰² Der im Schrifttum vertretenen Annahme, „die

.....
99 Empfehlung der Kommission vom 20.2.2013, Investitionen in Kinder: Den Kreislauf der Benachteiligung durchbrechen (2013/112/EU), ABl. Nr. L 59, S. 8.

100 Paulus, in: Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.), Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen, 2009, S. 537 (588).

101 Beschl. der Jugendministerkonferenz v. 12./13.5.2005 (TOP 7): Kinder und Gesundheit, Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe, zitiert nach Hötzel, in: AGJ (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilferecht von A–Z, 2008, S. 146 (147).

102 Beschl. der Jugendministerkonferenz v. 12./13.5.2005 (TOP 7): Kinder und Gesundheit, Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe, zitiert nach Hötzel, in: AGJ (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilferecht von A–Z, 2008, S. 146 (147).

*körperliche Gesundheit des Kindes oder Jugendlichen [... sei] nicht Gegenstand spezifisch jugendhilferechtlicher Leistungen*¹⁰³, ist daher – zumindest in dieser generalistischen Form – nicht zuzustimmen.

In einigen Landesausführungsgesetzen zum SGB VIII wurde die Gesundheitsförderung explizit in die Aufgabenbeschreibungen der Jugendhilfe aufgenommen. So soll diese z. B. nach § 2 Abs. 2 S. 1 AG-KJHG-BE *„die Bedürfnisse und Interessen junger Menschen auch fachübergreifend, insbesondere gegenüber den für [...] Gesundheit [...] zuständigen Verwaltungen, zur Geltung bringen“*. Hiernach scheint die Zuständigkeit für den Bereich der Gesundheit prima facie auf eine Repräsentationsfunktion reduziert zu sein. Nach § 2 Abs. 2 S. 2 AG-KJHG-BE *„soll [allerdings ‚gemeinsam‘] darauf hingewirkt werden, positive Lebens- und Entwicklungsbedingungen für junge Menschen sowie eine kinder- und familienfreundliche Lebenswelt zu schaffen und zu erhalten“*. Soweit sich das Ziel der Gesundheitsförderung – wie oben ausgeführt – in § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII verorten lässt, muss dieses auch für die wortgleiche Übernahme im AG-KJHG-BE gelten. Unterstützt wird diese Lesart zudem durch § 20a Nr. 7 AG-KJHG-BE, der die *„Förderung des gesunden Aufwachsens[s] von Kindern mit ihren Erziehungsberechtigten“* ausdrücklich zu den Zielen der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie und damit zum Aufgabenspektrum der Jugendhilfe zählt.

Ein weiteres Beispiel findet sich in § 17 Abs. 2 AG-KJHG-RP, nach dem die *„Familienbildung [...] insbesondere [...] die gesunde Entwicklung der Kinder [...] fördern und sich für positive Entwicklungsbedingungen für junge Menschen ein[...]setzen“* soll. Nach § 14 S. 1 AG-KJHG-SH sollen *„Sport, Spiel und Bewegung [in der Jugendarbeit] durch ihre gesundheitlichen, erzieherischen und sozialen Funktionen zur Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und Jugendlichen beitragen“*. Darüber hinaus existiert in Schleswig-Holstein mit § 18 AG-KJHG-SH sogar eine eigenständige Vorschrift zur *„gesundheitlichen Jugendbildung“*. Diese soll *„zu einer gesunden Lebensweise anregen und über Gesundheitsrisiken, insbesondere über die Gefahren von Suchtmitteln und Verhaltenssüchten aufklären. Sie soll unter Einbeziehung biopsychosozialer Aspekte dazu beitragen, dass junge Menschen Gestaltungskompetenzen und Bewältigungsstrategien zur Einflussnahme auf ihre Gesundheit entwickeln“*. In ähnlicher Weise soll nach § 20 Abs. 2 S. 1 AG-KJHG-TH den *„Risiken für das gesunde Aufwachsen von Kindern [...] rechtzeitig begegnet“* werden.

4. Konkurrenz von Jugendhilfe und GKV im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung

.....

Nach den §§ 1 S. 1 Alt. 1 sowie 20 Abs. 1 S. 1 und 20a SGB V besteht eine Zuständigkeit der GKV für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Das daraus – unter der angesprochenen Prämisse einer Primärverantwortung der Jugendhilfe für ein gedeihliches Aufwachsen – resultierende Konkurrenzverhältnis¹⁰⁴ ist nach § 10 Abs. 1 S. 1 SGB VIII aufzulösen. Dieser geht von einem Nachrang¹⁰⁵ des SGB VIII aus, wird allerdings in doppelter Hinsicht begrenzt. Zum einen ist ein Vorrang des SGB V nur insoweit gegeben, als die erforderlichen Leistungen von der GKV auch tatsächlich erbracht werden.¹⁰⁶ Die Jugendhilfe nimmt insoweit also die Rolle eines „Ausfallbürgen“¹⁰⁷ ein. Zum anderen besteht ein Konkurrenzverhältnis nur insoweit, als Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung überhaupt vom Leistungskatalog der GKV – und damit insbesondere von den §§ 20 ff. SGB V – erfasst sind. Dabei ist gerade für den Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung zu beachten, dass § 20a SGB V keine individuellen Leistungsansprüche vermittelt,¹⁰⁸ mit denen solche nach dem SGB VIII in Konkurrenz treten könnten. Sind hingegen Leistungsansprüche nach dem SGB V grundsätzlich gegeben, im konkreten Einzelfall aber der Art oder Höhe nach ausgeschlossen oder limitiert, kann das Jugendamt gleichartige Leistungen (ergänzend) erbringen.¹⁰⁹ Das SGB VIII folgt insoweit nicht dem Grundsatz, dass „*Annexleistung[en], von deren Erbringung die gesetzliche Krankenkasse als der zur Hauptleistung verpflichtete Sozialleistungsträger freigestellt ist, [...] zugleich auch aus dem Leistungsbereich des Jugendhilfeträgers herausgenommen wäre[n]*“¹¹⁰.

Zumindest für bereits eingetretene pathologische Zustände (auch mit Blick auf die tertiäre „Verschlimmerungsprävention“) können die durch das BSG zu „Petö-Methode“ (allerdings im Rahmen der Eingliederungshilfe) aufgestellten Grundsätze zur Ermittlung des „medizinischen Charakters“ einer Leistung herangezogen werden. Danach kommt es darauf

104 Bohnert, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 10 SGB VIII, Rn. 10.

105 Bohnert, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 10 SGB VIII, Rn. 6; Luthé, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 8.4.2025, § 10, Rn. 38.

106 Wiesner, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 10 SGB VIII, Rn. 17.

107 Meysen, RdJB 2010, 306 (308); Wiesner, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 10 SGB VIII, Rn. 17.

108 Nebendahl, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 20 SGB V, Rn. 2; Schütze, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, Stand v. 20.12.2023, § 20a, Rn. 36.

109 Luthé, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 30.8.2023, § 10, Rn. 38; BVerwG, Urt. v. 22.2.2007 – 5 C 32/05, NJW 2007, 1991 (1992 f.).

110 BVerwG, Urt. v. 22.2.2007 – 5 C 32/05, NJW 2007, 1991 (1993).

an, dass „eine Methode eines der in den § 27 oder § 11 Abs. 2 SGB V genannten Ziele (Erkennen oder Heilen einer Krankheit, Verhütung der Krankheitsverschlimmerung, Linderung von Krankheitsbeschwerden, Vermeidung, Beseitigung oder Besserung einer Behinderung) verfolgt und dabei an der Krankheit selbst bzw. an ihren Ursachen ansetzt“¹¹¹. In diesem Fall „verliert [dann auch] der Umstand an Bedeutung, dass [...] für die Behandlung vorwiegend pädagogische Mittel eingesetzt werden und das Berufsbild des Therapeuten [...] eher dem des Lehrers und Erziehers als dem eines klassischen Heilhilfsberufs ähnelt. Denn ein derartiger unmittelbarer Krankheitsbezug ist ein hinreichendes Indiz dafür, dass keine anderen Zwecke [...] im Vordergrund stehen“.¹¹² „Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, welche Erwartungen der Leistungserbringer selbst mit seinem Vorgehen verbindet. Ob die gestellten Ziele objektiv erreichbar sind, ist eine Frage der Wirksamkeit und Zweckmäßigkeit der Maßnahme, für die Einordnung als medizinische Behandlung aber nicht entscheidend.“¹¹³

Die mit einer solchen Zielorientierung verbundene weitgehende Methodenoffenheit gilt umgekehrt auch für die Kinder- und Jugendhilfe. Für diese verdeutlicht etwa § 27 Abs. 3 S. 1 SGB VIII, dass die Hilfe zur Erziehung neben pädagogischen Leistungen auch die „verbundenen therapeutischen Leistungen“ umfasst.¹¹⁴ Insoweit ist also ebenfalls die Ausrichtung an den Zielen des Leistungsgesetzes und damit hier an § 1 Abs. 3 SGB VIII maßgeblich. Nochmals deutlicher wird dieses z. B. anhand der im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a Abs. 3 SGB VIII i. V. m. § 109 und § 42 SGB IX erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Für therapeutische Leistungen nach § 27 Abs. 3 S. 1 SGB VIII wird im Schrifttum die Auffassung vertreten, dass diese stets „in eine allgemeine pädagogische Zielsetzung eingebettet“¹¹⁵ sein müssten. Dagegen sollen „Therapien, die ausschließlich der Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert dienen, [...] als Leistungsbestandteil der Hilfe zur Erziehung aus[scheiden]“¹¹⁶. Mit Blick auf die in § 27 Abs. 3 S. 1 SGB VIII enthaltene Formulierung „insbesondere“¹¹⁷ der Jugendhilfe dürfte jedoch auch insoweit „nur“ von einem Nachrangverhältnis gemäß § 10 Abs. 1 S. 1 SGB VIII auszugehen sein.¹¹⁸

111 BSG, Urt. v. 3.9.2003 – B 1 KR 34/01 R, BeckRS 2004, 40312.

112 BSG, Urt. v. 3.9.2003 – B 1 KR 34/01 R, BeckRS 2004, 40312.

113 BSG, Urt. v. 3.9.2003 – B 1 KR 34/01 R, BeckRS 2004, 40312.

114 Vgl. dazu auch Wiesner, Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht, 2005.

115 Wapler, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 10 SGB VIII, Rn. 40.

116 OVG Lüneburg, Beschl. v. 25.3.2020 – 10 LA 292/18, BeckRS 2020, 6497.

117 Möller, in: Möller (Hrsg.), PK-SGB VIII, 3. Aufl. 2023, § 27, Rn. 40.

118 Winkler, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.12.2024, § 27 SGB VIII, Rn. 23; a. A.

Nellissen, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 4.2.2025, § 27, Rn. 96.

5. Vorläufige Leistungserbringung nach § 43 SGB I

.....

Ungeachtet¹¹⁹ eines nach § 10 Abs. 1 S. 1 SGB VIII eigentlich bestehenden Nachrangverhältnisses ermöglicht zudem § 43 Abs. 1 SGB I in besonderen Konstellationen eine Erbringung von Gesundheitsleistungen durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe.¹²⁰ Dies setzt voraus, dass ein Anspruch auf Sozialleistungen besteht und zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist, wer zur Leistung verpflichtet ist. In diesem Fall kann der unter ihnen zuerst angegangene Leistungsträger vorläufig Leistungen erbringen, deren Umfang er nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt. Im Fall einer Antragstellung durch den Leistungsberechtigten besteht nach § 43 Abs. 1 S. 2 SGB I sogar ein Anspruch auf vorläufige Leistungsgewährung. Der Zuständigkeitskonflikt zwischen den Leistungsträgern wird dann nachgelagert im Rahmen der Kostenerstattung nach § 102 SGB X entschieden. In jedem Fall ist aber erforderlich, dass die Zuständigkeit zwischen den beteiligten Leistungsträgern auch tatsächlich streitig ist.¹²¹ Der § 43 Abs. 1 SGB I ermöglicht daher kein gezieltes Hineindrängen des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe in Gesundheitsangelegenheiten. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass ein Erstattungsanspruch ausscheidet, wenn ein *„Leistungsträger entgegen eindeutig gesetzlich geregelter sachlicher Zuständigkeit in einem Fall leistet, in dem der Leistungsträger, der nach dem Gesetz für die in Betracht kommende Leistung allein zuständig ist, mit dem Leistungsbegehren bereits befaßt worden ist, die Leistung aber aus Gründen des materiellen Rechts gerade abgelehnt hat, und in dem mit diesem Leistungsträger als Gegner wegen der Versagung der Leistung ein Rechtsmittelverfahren durchgeführt wird“*¹²².

119 Luthe, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 30.8.2023, § 10, Rn. 25.

120 Wiesner, Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht, 2005, <https://t1p.de/i142v> (abgerufen am 4.8.2025), S. 48.

121 Baier, in: Wagner/Knittel (Hrsg.), Krauskopf, 124. EL v. 01/2025, § 43 SGB I, Rn. 7; Gutzler, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 76. Ed. v. 1.12.2024, § 43 SGB I, Rn. 6; Mrozynski, in: Mrozynski (Hrsg.), SGB I, 7. Aufl. 2024, § 43, Rn. 10; Schifferdecker, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.11.2024, § 43 SGB I, Rn. 21.

122 BVerwG, Urt. v. 5.8.1982 – 5 C 102.81, BeckRS 1982, 31250455.

III. Gesetzgebungszuständigkeit für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe

Das Recht der Kinder- und Jugendhilfe zählt kompetenzrechtlich zur sogenannten Fürsorge nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG¹²³ und nicht – wie z. B. die Vorschriften zur Prävention und Gesundheitsförderung nach den §§ 20 ff. SGB V –¹²⁴ zum Bereich der Sozialversicherung nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG. Hinsichtlich der Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention ist dabei allerdings im Blick zu behalten, dass diese zugleich eine enge Verbindung zum Sachbereich des Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitsversorgung aufweisen, für das dem Bund die Gesetzgebungskompetenz nur in einem begrenzten Maße (insbesondere durch Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 und 19a GG) zugewiesen ist.¹²⁵ Im Übrigen liegt die Gesetzgebungskompetenz für das Gesundheitswesen nach Art. 70 Abs. 1 GG bei den Bundesländern. Da aber Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zwar vor Erkrankungen schützen sollen, aber – abweichend von Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG – nicht nur „gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten“ gerichtet sind, kann zumindest diese Kompetenznorm nicht zur Begründung einer generellen Bundeszuständigkeit in diesem Bereich herangezogen werden.¹²⁶

Die durch das Grundgesetz vorgegebene Kompetenzaufteilung „*darf [auch] nicht durch eine erweiternde Auslegung der Gesetzgebungskompetenz für die öffentliche Fürsorge [- im Sinne einer generellen Bundeskompetenz für ‚Gesundheitsfürsorge‘127] unterlaufen werden.*“¹²⁸ Für gesundheitsförderliche bzw. präventive Maßnahmen ist daher ein Ausgleich zwischen beiden Kompetenzvorschriften herzustellen. Dabei ist einerseits zu berücksichtigen, dass das BVerfG grundsätzlich keine¹²⁹ enge Auslegung des Fürsorgebegriffs aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG verlangt und die Kompetenznorm auch auf „*präventive Maßnahmen zum*

123 BVerfG, Urt. v. 18.7.1967 – 2 BvF 3-8, 139, 140, 334, 335/62, NJW 1967, 1795 (1798); zustimmend Kießling, Das Recht der öffentlichen Gesundheit, 2023, S. 106.

124 Janda, Prävention verankern. Verfassungsrechtliche Konsequenzen aus dem Verbot der Benachteiligung aufgrund sozialer Herkunft, 2021, S. 81.

125 Seiler, in: Epping/Hillgruber (Hrsg.), BeckOK-GG, 60. Ed. v. 28.12.2024, Art. 74, Rn. 25; BVerfG, Urt. v. 28.5.1993 – 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, NJW 1993, 1751 (1772).

126 Gebert, Verhaltens- und verhältnisbezogene Primärprävention und Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2020, S. 113.

127 Seiler, in: Epping/Hillgruber (Hrsg.), BeckOK-GG, 60. Ed. v. 28.12.2024, Art. 74, Rn. 25; vgl. dazu auch Kießling, Das Recht der öffentlichen Gesundheit, 2023, S. 106 f.

128 Seiler, in: Epping/Hillgruber (Hrsg.), BeckOK-GG, 60. Ed. v. 28.12.2024, Art. 74, Rn. 25; BVerfG, Urt. v. 28.5.1993 – 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, NJW 1993, 1751 (1772).

129 BVerfG, Urt. v. 21.7.2015 – 1 BvF 2/13, NJW 2015, 2399.

*Ausgleich von Notlagen und besonderen Belastungen sowie Vorkehrungen gegen die Gefahr der Hilfsbedürftigkeit*¹³⁰ erstreckt. Andererseits hat das BSG – im Kontext der früheren Pflicht zur Beauftragung der BzGA nach § 20a Abs. 3 und 4 SGB V a. F. – betont, dass „Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG (öffentliche Fürsorge) [...] für den Bereich des Gesundheitswesens hinter Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 und 19a GG zurücktritt“¹³¹. Demnach können zwar keine Gesetze auf den Kompetenztitel „Fürsorge“ nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG gestützt werden, „die der Krankenversorgung, der Seuchenbekämpfung oder in sonstiger Weise in erster Linie dem Gesundheitswesen dienen“¹³², möglich ist dieses dagegen für Vorschriften, die „Hilfen bei gesundheitlicher Hilfsbedürftigkeit oder Maßnahmen zum Ausgleich von Krankheit oder Behinderung“¹³³ gewähren. Hierzu sei es nach dem BVerfG ausreichend, „dass eine besondere Situation zumindest potenzieller Bedürftigkeit besteht, auf die der Gesetzgeber reagiert. Dabei genügt es, wenn eine – sei es auch nur typisierend bezeichnete und nicht notwendig akute [...] – Bedarfslage im Sinne einer mit besonderen Belastungen einhergehenden Lebenssituation besteht, auf deren Beseitigung oder Minderung das Gesetz zielt.“¹³⁴ So hat das BVerfG etwa die sozialhilferechtliche Hilfe zur Sterilisation nach § 37a BSHG a. F., bei der es sich letztlich um ein aliud der später für § 40 SGB VIII vorbildhaften¹³⁵ „Hilfe bei Krankheit und vorbeugende[n] Hilfe“ nach § 37 BSHG gehandelt hat, als noch von Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG gedeckt angesehen.¹³⁶ Nach der Rechtsprechung des BVerfG erfasst der Kompetenztitel „Fürsorge“ nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG grundsätzlich auch solche Vorschriften, die i. S. d. traditionellen Jugendpflegebegriffs des JWG¹³⁷ „der Förderung der gesunden Jugend“¹³⁸ dienen. Auch der Gesetzgeber des KJHG hat sich – nicht zuletzt wegen des „enge[n] rechtliche[n] und funktionale[n] Zusammenhang[s] zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe“ – kompetenziell an diesem weiten kinder- und jugendhilferechtlichen Fürsorgeverständnis angelehnt.¹³⁹

130 BVerfG, Urt. v. 28.5.1993 – 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, NJW 1993, 1751 (1772).

131 BSG, Urt. v. 18.5.2021 – B 1 A 2/20 R, NZS 2022, 57 (63); ebenso Gebert, Verhaltens- und verhältnisbezogene Primärprävention und Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, 2020, S. 113.

132 BVerfG, Urt. v. 28.5.1993 – 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, NJW 1993, 1751 (1772); zustimmend Uhle, in: Dürig/Herzog/Scholz (Hrsg.), GG, 105. EL, Stand v. 8/2024, Art. 74, Rn. 199.

133 Uhle, in: Dürig/Herzog/Scholz (Hrsg.), GG, 105. EL, Stand v. 8/2024, Art. 74, Rn. 199.

134 BVerfG, Urt. v. 21.7.2015 – 1 BvF 2/13, NJW 2015, 2399 f. = BVerfGE 140, 65 ff.

135 BT-Drs. 11/5948, S. 77 f.

136 BVerfG, Urt. v. 28.5.1993 – 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, NJW 1993, 1751 (1769 f.).

137 Vgl. dazu Rothenburg, Zentralblatt für Jugendrecht 2001, 317 (323), Schmidt, NZFam 2022, 636 (639).

138 BVerfG, Urt. v. 18. 7. 1967 – 2 BvF 3-8, 139, 140, 334, 335/62, NJW 1967, 1795 (1798). Teilweise wurde dieser Begriff in den Landesausführungsgesetzen näher konkretisiert. So wurde etwa in Bayern der Begriff der Jugendpflege nach Art. 16 Nr. 1 AG-SGB VIII-BY a. F. als „Förderung einer gesunden Lebensgestaltung und Entwicklung der Jugend“ konkretisiert.

139 BT-Drs. 11/5948, S. 46.

Soweit eine Kompetenz des Bundes für gesundheitsförderliche Maßnahmen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe als Teil der Fürsorge angenommen werden kann, steht dem auch nicht generell der „Erforderlichkeitsvorbehalt“ des Art. 72 Abs. 2 GG entgegen. Danach hat der Bund auf dem Gebiet des Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG grundsätzlich nur dann das Recht zur Gesetzgebung, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung „erforderlich“ macht. Nach Art. 125a Abs. 2 S. 1 GG gilt aber Bundesrecht, das auf der Grundlage der bis zum 15.11.1994 geltenden Fassung von Art. 72 Abs. 2 GG erlassen wurde, nun aber wegen des Erforderlichkeitsvorbehalts nicht mehr erlassen werden könnte, als Bundesrecht fort. Diese Ausnahme erfasst auch das vor dem Stichtag erlassene KJHG und die daraus resultierenden Vorschriften des SGB VIII, für das nach Art. 72 Abs. 2 GG a. F. nur das Bedürfnis einer bundesgesetzlichen Regelung bestanden haben musste.¹⁴⁰ Für die Schaffung neuer – nicht nur bestehendes Recht modifizierender –¹⁴¹ Instrumente einer zumindest auch gesundheitsorientierten Fürsorge (z. B. in Form einer Etablierung von Präventionsketten außerhalb des GKV-Systems) auf der Grundlage Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG müssten jedoch die Anforderungen von Art. 72 Abs. 2 GG vollständig erfüllt werden.

Da es sich bei Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG um einen Fall der sogenannten konkurrierenden Gesetzgebung handelt, verbleibt den Bundesländern nach Art. 72 Abs. 1 GG auch in diesem Bereich „die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund nicht von seiner Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch gemacht hat“. Die Landesgesetzgeber sind daher nicht gehindert, die Leistungen nach dem SGB VIII in ihren Ausführungsgesetzen noch stärker gesundheitsfördernd auszugestalten oder diese durch komplementäre Angebote außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe zu ergänzen.

140 Wissenschaftliche Dienste des Bundestages, WD 3 - 3000 - 182/19, S. 2.

141 Janda, Prävention verankern. Verfassungsrechtliche Konsequenzen aus dem Verbot der Benachteiligung aufgrund sozialer Herkunft, 2021, S. 22; BVerfG, Urt. v. 26.1.2005 – 2 BvF 1/03, NJW 2005, 493 (495) = BVerfGE 112, 226 ff.; BVerfG, Urt. v. 9.6.2004 – 1 BvR 636/02, NJW 2004, 2363 (2364) = BVerfGE 111, 10 ff.

IV. Kinderschutz als rechtskreisübergreifende Aufgabe

1. (Netzwerke) Frühe(r) Hilfen

.....

a. Struktur und Kooperationspflichten

.....

Nach § 1 Abs. 3 KKG, bei dem es sich um eine einfachgesetzliche Konkretisierung der Wächteramtsfunktion nach Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG handelt, ist es Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft, die Eltern (soweit erforderlich) „*bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen, damit sie im Einzelfall dieser Verantwortung besser gerecht werden können, Risiken für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt werden und eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen vermieden oder, falls dies im Einzelfall nicht mehr möglich ist, eine weitere Gefährdung oder Schädigung abgewendet werden kann.*“ Dies umfasst nach § 1 Abs. 4 S. 1 KKG „*die Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung durch die staatliche Gemeinschaft insbesondere [... durch] Information, Beratung und Hilfe*“. Der letzte Satz von § 1 KKG enthält zudem eine Legaldefinition der „Frühen Hilfen“, die als „*Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (Frühe Hilfen)*“ beschrieben werden. Dies erfasst sowohl die primäre Prävention, die sich an „*(werdende[...]) Eltern mit ihren Kindern iSd Gesundheitsförderung*“¹⁴² richtet, als auch die sekundäre Prävention für Familien in bereits eingetretenen Problemlagen.¹⁴³ Mit Blick auf die Systematik der Sozialleistungsträger ist hervorzuheben, dass die Frühen Hilfen – trotz ihrer Ausrichtung auf die Gewährleistung des Kindeswohls – nicht allein der Jugendhilfe zuzuordnen sind.¹⁴⁴ Vielmehr soll es sich dabei um ein die „*bestehenden Sozialleistungssysteme ergänzendes und verbindendes eigenständiges Versorgungselement*“¹⁴⁵ handeln.¹⁴⁶ Ihre Ansiedlung im KKG anstelle des SGB VIII ist daher folgerichtig. Sie zielen darauf ab, durch präventive Maßnahmen wie aufsuchende Familienarbeit, Beratung und Unterstützung die Entwicklungschancen von Kindern zu verbessern und

142 Wiesner, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 1 KKG, Rn. 11.

143 Wiesner, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 1 KKG, Rn. 11.

144 BT-Drs. 17/6256, S. 19.

145 1. Entwurfsfassung zum KJSG v. 7.6.2016, <https://t1p.de/tyqie> (abgerufen am 26.4.2025), S. 82.

146 So auch Behringer, in: Liel/Rademacher (Hrsg.), Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe, 2020, S. 98 (101).

Eltern in belastenden Lebenssituationen zu stärken. In ihrem Rahmen erhalten „Familien mit Belastungen und geringeren Ressourcen geeignete Unterstützung u. a. durch speziell ausgebildete Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkranknappflegende[...]. Dadurch werden sowohl die Versorgung des Kindes gefördert als auch elterliche Erziehungskompetenzen gestärkt.“¹⁴⁷

Anknüpfend an das Unterstützungsgebot nach § 1 Abs. 3 und 4 KKG sieht § 3 Abs. 1 KKG die Verpflichtung zum flächendeckenden Aufbau bzw. zur Weiterentwicklung verbindlicher Netzwerkstrukturen im Kinderschutz in den Ländern vor. Eine Beteiligungspflicht im Rahmen dieser Netzwerke begründet § 3 Abs. 3 S. 1 KKG jedoch allein für den örtlichen Träger der Jugendhilfe. Alle anderen – in § 3 Abs. 2 KKG genannten – Akteure „sollen“ dagegen nur in das Netzwerk einbezogen werden. Vereinzelt wird eine Beteiligungspflicht auch durch Landesrecht¹⁴⁸ – bzw. durch spezielles Bundesrecht (vgl. § 4 Abs. 2 SchKG) – begründet. So ordnet z. B. § 17 Abs. 1 GDG-SN an, dass Gesundheitsämter „mit anderen Behörden und Einrichtungen zusammen[arbeiten müssen], um die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen sowie ihr gesundes Aufwachsen zu fördern und dadurch dem Kindeswohl zu dienen“. Darüber hinaus ist in den §§ 24d S. 4 und 26 Abs. 1 S. 2 SGB V zumindest der Grundsatz verankert, dass die ärztliche Beratung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sowie die präventionsorientierte Beratung bei Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (bei Bedarf) auch Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für das Kind und seine Eltern umfasst. Dies schließt die Angebote in den Netzwerken Früher Hilfen mit ein.¹⁴⁹ Gleiches gilt für die ärztliche Beratung im Rahmen der U2 bis U6 nach § 4 Abs. 2 Nr. 3, § 5 Abs. 2 Nr. 4, § 6 Abs. 2 Nr. 4, § 7 Abs. 2 Nr. 4 und § 8 Abs. 2 Nr. 4 der „Kinder-Richtlinie“.¹⁵⁰

Vorbehaltlich abweichenden Landesrechts soll die verbindliche Zusammenarbeit in den Netzwerken nach § 3 Abs. 3 S. 1 KKG durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe organisiert werden. Der Gesetzgeber weist ihm damit zumindest gegenständlich beschränkt eine Koordinierungsfunktion im Bereich der präventiven Gesundheitsfürsorge zu. Nochmals verstärkt wird diese Verantwortungszuweisung in einigen korrespondierenden Landesgesetzen. Dies betrifft z. B. § 3 LKindSchuG-RP, der zunächst die Verantwortung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe für die Sicherstellung der Netzwerke und die Beteiligung anderer Einrichtungen und Dienste bekräftigt und anschließend klarstellt, dass dieses „insbesondere für die Bereiche der Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitsförderung“ gelte.

147 Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, Frühe Hilfen und präventiver Kinderschutz – frühzeitige Unterstützung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, 2.2.04.18, <https://t1p.de/n75x4> (abgerufen am 26.4.2025), S. 11.

148 Jox, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.8.2024, § 3 KKG, Rn. 14.1.

149 Fischer/Geene, in: Klammer/Jepkens (Hrsg.), FGW-Studie „Vorbeugende Sozialpolitik“ 19, 2019, S. 7.

150 G-BA, Kinder-Richtlinie i.d.F.v. 21.3.2024, <https://t1p.de/qp4t6> (abgerufen am 4.8.2025).

Aus der Perspektive des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe korrespondiert § 3 Abs. 3 KKG mit der allgemeinen Verpflichtung zur Zusammenarbeit nach § 81 SGB VIII. Als weitere „Sollbeteiligte“ nennt § 3 Abs. 2 KKG – nicht abschließend –¹⁵¹ *„Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Leistungserbringer, mit denen Verträge nach § 125 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch bestehen, Gesundheitsämter, Sozialämter, Schulen, Polizei- und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Beratungsstellen für soziale Problemlagen, Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 Absatz 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung sowie zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Mehrgenerationenhäuser, Familienbildungsstätten, Familiengerichte und Angehörige der Heilberufe“*. Insbesondere für die letztgenannte Gruppe kann sich eine aus fachlicher Sicht hinreichende Beteiligung aufgrund ihrer zumeist privatwirtschaftlich organisierten Tätigkeit jedoch als problematisch erweisen. Im Schrifttum wird betont, *„dass eine Finanzierung für die Teilnahme an den Netzwerken durch das Gesetz nicht vorgesehen“*¹⁵² sei.

b. Kostentragung, insbesondere für die Teilnahme an Netzwerktreffen

.....

Bundesweit werden die Kosten der Frühen Hilfen ungefähr hälftig durch Bundesmittel und kommunale bzw. Landesmittel (dort wiederum etwa 4 zu 1) getragen.¹⁵³ Diese Teilfinanzierung über Bundesmittel beruht auf § 3 Abs. 4 KKG und wird seit 2018 in Form der *Bundesstiftung Frühe Hilfen* organisiert.¹⁵⁴ Dabei ermöglicht die Formulierung *„Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen“* in § 3 Abs. 4 S. 3 KKG zumindest dem Wortlaut nach auch eine Übernahme von Beteiligungskosten für Heilberufsträger, die außerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes tätig sind. Die konkreten Finanzierungsgegenstände stehen jedoch nach § 3 Abs. 4 S. 4 KKG unter dem Vorbehalt der inhaltlichen Ausgestaltung durch eine Verwaltungsvereinbarung (VwV) des Bundes (dort BMFSFJ) mit den Ländern.¹⁵⁵ Zusätzlich werden Teile der in der Verwaltungsvereinbarung verankerten Leistungen (Art. 3 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 bis 3 VwV) auf der Grundlage von Art. 3 Abs. 2 VwV nochmals durch eine Leistungsleitlinie konkretisiert. Nach Art. 3 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 VwV können die Stiftungsmittel für Maßnahmen zur Sicherstellung der Netzwerkstrukturen in den Frühen Hilfen, die Voraussetzung für die spezifischen Angebote im Bereich der Frühen Hilfen sind, eingesetzt werden. Nach der

.....
151 Jox, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.8.2024, § 3 KKG, Rn. 12.

152 Jox, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.8.2024, § 3 KKG, Rn. 16.

153 Nationales Zentrum Früher Hilfen, <https://t1p.de/89g3n> (abgerufen am 4.8.2025).

154 Zu den verfassungsrechtlichen Bedenken gegenüber dieser Form der Mischfinanzierung vgl. Wiesner, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), *Kinder- und Jugendhilfe*, 6. Aufl. 2022, § 3 KKG, Rn. 13.

155 Wiesner, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), *Kinder- und Jugendhilfe*, 6. Aufl. 2022, § 3 KKG, Rn. 10.

Konkretisierung durch die zugehörige Ziff. I. der Leistungsleitlinie umfasst dies die Förderfähigkeit von Sach- und Personalkosten für Netzwerktreffen und sektorenübergreifende Veranstaltungen, sofern eine fachlich qualifizierte Koordination der Netzwerkarbeit gegeben ist, eine Einigung auf Qualitätsstandards über eine verlässliche intersektorale Zusammenarbeit im Netzwerk erzielt wurde und die Netzwerktreffen zudem regelmäßig stattfinden.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob unter den Begriff der „Sach- und Personalkosten“ für Netzwerktreffen auch Entschädigungen für etwaige Verdienstauffälle von freiberuflich tätigen Angehörigen von Gesundheitsberufen gefasst werden können. Zumindest prima facie scheint dies der Fall zu sein. Wird schließlich die Bereitstellung Früher Hilfen als Folge der auf Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG beruhenden Verpflichtung des Staates zur Schaffung der *„Lebensbedingungen für ein gesundes Aufwachsen des Kindes“*¹⁵⁶ verstanden, folgt daraus auch eine Pflicht zur Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass dem Gesetzgeber aus verfassungsrechtlicher Sicht grundsätzlich ein weiter Entscheidungsspielraum bei der Ausgestaltung sozialer Sicherungssysteme zugestanden wird.¹⁵⁷ Aus diesem Grund kommt es letztlich auf die – nicht primär aus juristischer Perspektive zu beantwortende – Frage an, ob¹⁵⁸ der Staat die Erfüllung seiner Schutzpflicht nur durch die Einbindung von Angehörigen der Heilberufe gewährleisten kann. Wäre dies zu bejahen, kann sich der Staat seiner Finanzierungsverantwortung nicht dadurch entziehen, dass die Beteiligung von freiberuflichen Akteuren des Gesundheitswesens durch deren altruistischen Lohnverzicht oder eine faktische Querfinanzierung durch eine GKV-vergütete Haupteinkommensquelle sichergestellt wird. Vielmehr müsste das Konzept der Netzwerke Früher Hilfen – als vom Gesetzgeber gewolltes, die *„bestehenden Sozialleistungssysteme ergänzendes und verbindendes eigenständiges Versorgungselement“*¹⁵⁹ – dann so konstruiert sein, dass sein Finanzbedarf auch durch ein auskömmliches Finanzierungssystem gedeckt ist.

Ist die Beteiligung von Angehörigen der Heilberufe dagegen aus fachlicher Sicht *„nur wünschenswert“*, aber nicht zwingend geboten, ist auch ein Spielraum bei der Entscheidung über die Förderfähigkeit von Verdienstauffällen anzuerkennen. Die letztgenannte Lesart deckt sich zumindest mit den Auslegungshilfen zu den förderfähigen Leistungen im Rahmen der *Bundesstiftung Frühe Hilfen*, die im Rahmen der Netzwerkförderung zwar *„Reisekosten und Aufwandsentschädigungen zur Teilnahme im Rahmen der strukturellen Einbindung einer*

156 BVerfG, Beschl. v. 29.7.1968 – 1 BvL 20/63, 31/66 und 5/67, NJW 1968, 2233 (2235) = BVerfGE 24, 119 ff.; ebenso BVerfG, Ur. v. 14.7.1981 – 1 BvL 28/77, 1 BvL 48/79, 1 BvR 154/79, 1 BvR 170/80, NJW 1981, 1771 (1772) = BVerfGE 57, 361 ff.; zur weiteren Herleitung aus dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit des Kindes vgl. BVerfG, Ur. v. 19.2.2013 – 1 BvL 1/11, 1 BvR 3247/09, NJW 2013, 847 (848) = BVerfGE 133, 59 ff.

157 Bundesstiftung Frühe Hilfen, <https://t1p.de/fzwhg> (abgerufen am 4.8.2025), S. 2.

158 Dafür etwa bei Renner, Bundesgesundheitsblatt 2010, 1048 (1052).

159 1. Entwurfsfassung zum KJStG v. 7.6.2016, <https://t1p.de/tyqie> (abgerufen am 4.8.2025), S. 82.

Akteursgruppe wie z. B. [von] niedergelassenen Ärzten¹⁶⁰ vorsehen, gleichzeitig aber klarstellen, dass – „außer für Fachkräfte der Gesundheitsorientierten Familienbegleitung in den Frühen Hilfen [...] aus Mitteln der Bundesstiftung keine Entschädigungen für den Verdienstaussfall finanzierbar“¹⁶¹ sind.

Soll künftig die freiwillige Beteiligung von Angehörigen der Heilberufe – wie z. B. von niedergelassenen Ärzt(inn)en – in den Netzwerken Früher Hilfen gestärkt werden, könnte dieses *de lege ferenda* durch eine Klarstellung in Art. 3 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 VwV oder Ziff. I. der Leistungsleitlinie erfolgen.¹⁶² Denkbar wäre z. B. die Aufnahme eines Verweises auf die entsprechende Geltung der Anlage 1 zu § 9 Abs. 1 S. 1 JVEG für die Zeit der Teilnahme an den Netzwerktreffen. Alternativ kommt eine Förderung in Form der (zumindest anteiligen) Kompensation von Verdienstaussfällen über die zweite Säule der Finanzierung der Frühen Hilfen in Form der Landesförderprogramme in Betracht. Dies müsste in den jeweiligen Förderrichtlinien verankert werden. Eine dritte Möglichkeit bildet zudem die Schaffung eines mittelbaren Vergütungsanreizes für die Teilnahme an Netzwerktreffen. Möglich wäre dies z. B. durch eine Kopplung der Abrechenbarkeit vertragsärztlicher, außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung honorierter und im Zusammenhang mit Frühen Hilfen stehender vertragsärztlicher Leistungen an die „regelmäßige Teilnahme“¹⁶³ an Netzwerktreffen nach § 3 KKG auf der Grundlage von Vereinbarung nach § 140a SGB V.

2. Gefährdungseinschätzung nach § 8a Abs. 1 S. 1 SGB VIII – und nachgelagerte Interventionen und Hilfen als Form der Prävention

.....

Zumindest der Vollständigkeit halber sind die Gefährdungseinschätzung nach § 8a Abs. 1 S. 1 SGB VIII und die anschließenden Unterstützungs- und Interventionsmöglichkeiten im hier untersuchten Kontext zu erwähnen. Schließlich ist der Schutz vor einer Kindeswohlgefährdung letztlich auch primärpräventiv wirkender Gesundheitsschutz.¹⁶⁴ Die Gefährdungseinschätzung nach § 8a Abs. 1 SGB VIII dient dabei allerdings – zumindest final – nicht der

160 Bundesstiftung Frühe Hilfen, <https://t1p.de/fzwhg> (abgerufen am 4.8.2025), S. 2.

161 Bundesstiftung Frühe Hilfen, <https://t1p.de/fzwhg> (abgerufen am 4.8.2025), S. 2.

162 Zur Relevanz der Entschädigung von Verdienstaussfällen für die Beteiligungsbereitschaft vgl. Renner, Bundesgesundheitsblatt 2010, 1048 (1054).

163 Vgl. dazu Rahmen-Vereinbarung-BW, <https://t1p.de/atv1c> (abgerufen am 4.8.2025).

164 Kießling, Das Recht der öffentlichen Gesundheit, 2023, S. 71; vgl. dazu auch Luthe, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB IX, Stand v. 4.6.2025, § 3, Rn. 8 und Welti, VSSAR 2019, 313 (317).

Identifikation bisher unerkannter Erkrankungsrisiken, sondern der Entdeckung oder Bestätigung bzw. der Intensitätsbewertung von Gefährdungen des Kindeswohls. Werden dabei jedoch – sei es als Zufallsfund – auch Erkrankungszeichen festgestellt, die auf andere Weise nicht zutage getreten wären, kann der Gefährdungseinschätzung sogar ein sekundärpräventiver Charakter zugesprochen werden. Steht als Ergebnis der Einschätzung fest, dass zwar keine Kindeswohlgefährdung besteht, das Kindeswohl aber gleichwohl „nicht gewährleistet ist“, so kommt nach § 27 Abs. 1 SGB VIII die Gewährung von Hilfe zur Erziehung in Betracht. Ist diese wiederum darauf ausgerichtet oder zumindest dazu geeignet, die Gewährleistung des Kindeswohls auch hinsichtlich der Gesundheit zu unterstützen, kann den auf §§ 27 ff. SGB VIII beruhenden Leistungen eine primärpräventive Wirkung zukommen.¹⁶⁵

Steht hingegen als Ergebnis der Einschätzung nach § 8a Abs. 1 S. 1 SGB VIII fest, dass eine Kindeswohlgefährdung gegeben ist, kommen mehrere Reaktionsmöglichkeiten in Betracht. Zum einen kann das Jugendamt nach § 8a Abs. 1 S. 3 SGB VIII auch in dieser Situation der Ansicht sein, dass sich die Gewährung von Hilfen als geeignet und notwendig, aber auch als ausreichend erweist. In diesem Fall gelten die zuvor getroffenen Ausführungen entsprechend. Zum anderen kann das Jugendamt aber auch zu der Auffassung gelangen, dass die Gewährung von Hilfen i. S. v. § 8a Abs. 1 S. 3 SGB VIII zur Gefahrenabwehr unzureichend ist. Mögliche Maßnahmen sind dann unter anderem die Einschaltung des Familiengerichts nach § 8a Abs. 2 SGB VIII oder der Polizei nach § 8a Abs. 3 SGB VIII sowie die Inobhutnahme¹⁶⁶ nach § 42 f. SGB VIII. Dienen diese Maßnahmen (zumindest auch) dazu, im Fall einer bereits eingetretenen Gesundheitsschädigung (als Folge oder Ausdruck einer Kindeswohlgefährdung) deren Verschlimmerung zu verhüten, bewegen sie sich im Bereich der tertiären Prävention.¹⁶⁷

3. Einschaltung von Einrichtungen der Gesundheitshilfe nach § 8a Abs. 3 S. 2 SGB VIII

.....

Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt nach § 8a Abs. 3 S. 1 SGB VIII primär auf deren Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten

165 Jungmann, in: BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, 2024. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i068-3.0> (abgerufen am 4.8.2025).

166 Zur Einordnung der Inobhutnahme als zumindest auch gesundheitsbezogene Intervention vgl. Rasch, Zusammen Denken – Wissensgrundlagen der Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe, 2024, <https://t1p.de/8zmqc> (abgerufen am 4.8.2025), S. 9.

167 Vgl. dazu Welti, VSSAR 2019, 313 (317).

hinzuwirken. Lässt sich die Gefährdung auf diese Weise nicht abwenden, weil entweder ein sofortiges Tätigwerden erforderlich ist oder die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mitwirken, schaltet das Jugendamt nach § 8a Abs. 3 S. 2 SGB VIII die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein. Der Begriff der „*anderen Stellen*“ erfasst mit Blick auf § 8a Abs. 3 S. 1 SGB VIII auch andere Leistungsträger wie z. B. die GKV und zudem Einrichtungen der Gesundheitshilfe bzw. die Leistungserbringer selbst.¹⁶⁸ Bei Gefahr in Verzug¹⁶⁹ kommt dem Jugendamt also insoweit auch hinsichtlich des Gesundheitsschutzes eine koordinierende Rolle zu. Damit es diese effektiv wahrnehmen kann, bedarf es wiederum der von § 3 Abs. 1 KKG geforderten und im Regelfall durch das Jugendamt zu organisierenden Netzwerkstrukturen. Obwohl die eigentlichen Gesundheitsleistungen infolge des § 8a Abs. 3 S. 2 SGB VIII durch andere Akteure als die Träger der Jugendhilfe erbracht werden, bildet die durch das Jugendamt erfolgte „*Einschaltung anderer Stellen*“ dennoch zumindest die faktische Grundlage für die Aktivierung dieser externen Ressourcen außerhalb des SGB VIII.

4. Einflussnahme auf Leistungen des medizinischen Kinderschutzes durch Abschluss von Kooperationsvereinbarungen nach § 73c SGB V

.....

Nach § 73c SGB V sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene Kooperationsvereinbarungen mit den kommunalen Spitzenverbänden schließen. Deren Ziel ist die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Jugendämtern, insbesondere bei der Erkennung und Meldung von Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung. Von § 73c SGB V vorgesehene Grundlagen der möglichen Feststellungen sind die kindlichen Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V bzw. die ärztliche Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie von deren Familienangehörigen nach § 28 SGB V. Die Regelung klammert nach § 73c S. 2 SGB V zwar die vertragszahnärztliche Tätigkeit aus, gilt neben Vertragsärzten nach § 72 Abs. 1 S. 2 SGB V aber zumindest auch für Vertragspsychotherapeuten. Sie zielt darauf ab, „*das praktische Vorgehen in möglichen Kinderschutzfällen auch mit dem Ziel der Entlastung der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes*“¹⁷⁰ zu unterstützen. Außerdem geht der Gesetzgeber davon aus, dass „*im ambulanten Bereich [...] gerade bei Kindern und Jugendlichen*

168 Jox, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.11.2024, § 8a SGB VIII, Rn. 89.

169 Wiesner, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 8a SGB VIII, Rn. 61.

170 BT-Drs. 19/26107, S. 125.

mit schweren psychischen Störungen oft Hilfe zur Erziehung gemäß den §§ 27 ff. SGB VIII eine wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg und die gesunde Weiterentwicklung¹⁷¹ sei. Dem könne „durch eine möglichst enge Abstimmung der Jugendhilfeplanung und der therapeutischen Maßnahmen [...] Rechnung getragen werden“¹⁷². „Um die Versorgung bei der Gefährdung des Wohls von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, kann es wichtig sein, die Expertise der ärztlichen und psychotherapeutischen [...] Leistungserbringer und der Jugendämter in gemeinsamen Fallbesprechungen [,insbesondere als telemedizinische Leistungen] zusammenzubringen.“¹⁷³

Die gesetzlichen Regelungen zur Kooperation im Kinderschutz nach dem KKG bleiben von § 73c SGB V, der ebenfalls auf dem KJSG beruht,¹⁷⁴ unberührt. Das ist nicht unproblematisch, schließlich setzt § 4 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 S. 1 KKG für eine ärztliche oder psychotherapeutische Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt das Vorliegen „gewichtiger Anhaltspunkte“ für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen voraus. Demgegenüber wird dieses Tatbestandsmerkmal in § 1 Abs. 4 der Kinder-Richtlinie des G-BA abgeschwächt, nach dem die gemäß des KKG notwendigen Schritte bereits bei „erkennbaren Zeichen einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung“ einzuleiten seien. Hier kann aber zumindest aufgrund des Verweises auf das KKG unterstellt werden, dass der G-BA das Merkmal der „erkennbaren Zeichen“ an die Tatbestandsvoraussetzungen von § 4 Abs. 1 i. V. m. Abs. 3 S. 1 KKG anlehnen wollte.

Anders stellt sich die Situation dagegen bei § 73c S. 1 SGB V dar, der nur „Anhaltspunkte“ für eine Gefährdung des Wohls verlangt,¹⁷⁵ ohne dass diese – zumindest nach dem Wortlaut der Norm – auch gewichtig¹⁷⁶ sein müssen und ohne dass das Gesetz eine gewünschte Anlehnung an § 4 KKG erkennen lässt. Da aber Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten immer zugleich auch Ärzte und Psychotherapeuten sind, ist dieser Widerspruch aufzulösen. Dabei spricht zumindest der Umstand, dass es sich bei § 4 KKG hinsichtlich der „Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“ um die speziellere Vorschrift handelt, dafür, dessen Maßstab insgesamt anzulegen. Diese Lesart wird zudem auch durch die Erwähnung des KKG in den Gesetzesmaterialien¹⁷⁷ von § 73c SGB V gestützt. Soweit ersichtlich, orientieren sich auch die vorhandenen Kooperationsvereinbarungen an dieser Vorschrift und stellen auch im Rahmen von § 73c SGB V auf „gewichtige“ Anhaltspunkte ab.¹⁷⁸

171 BT-Drs. 19/26107, S. 125.

172 BT-Drs. 19/26107, S. 125.

173 BT-Drs. 19/26107, S. 125.

174 BGBl. I 2021, S. 1444 (1462).

175 Scholz, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 73c, Rn. 2.

176 Zum problematischen Merkmal der „Gewichtigkeit“ vgl. Hahn, JAmt 2024, 136 ff.

177 Vgl. BT-Drs. 19/26107, S. 125.

178 Vgl. exemplarisch § 2 lit. a Kooperationsvereinbarung-BW; § 4 Kooperationsvereinbarung-HE; § 6 Abs. 1 Kooperationsvereinbarung-MV.

Einige von diesen Vereinbarungen verweisen¹⁷⁹ zudem auf die derzeit in der Überarbeitung befindliche S3-Leitlinie *Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)*¹⁸⁰, die auf diese Weise – zumindest im Rahmen der Auslegung – in geringem Maße auch ein normatives Gewicht bekommt und die dezidiert die Kooperationsbeziehungen zwischen medizinischen Leistungserbringern und den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe beschreibt.

Der § 73c SGB V korrespondiert mit § 87 Abs. 2a S. 8 i. V. m. Abs. 2 S. 2 SGB V. Nach der letztgenannten Regelung ist der EBM *„in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen“*. Dies betrifft auch die Frage, *„in welchem Umfang die Durchführung von insbesondere telemedizinischen Fallbesprechungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz nach § 73c angemessen vergütet werden kann“*. Dieser Überprüfungsauftrag wurde zum 1.1.2024 in der GOP 01682 des EBM mit dem Titel *Fallbesprechung Kinder- und Jugendschutz* umgesetzt.¹⁸¹ Aus deren inhaltlicher Beschreibung ist insbesondere hervorzuheben, dass die Gebührenordnungsposition nur berechnet werden kann, wenn die Fallbesprechung vom Jugendamt initiiert worden ist.

5. Gesundheitsförderung nach den Landeskinderschutzgesetzen

.....

Die meisten Bundesländer haben eigene kinderschutzbezogene Gesetze erlassen. Bei diesen handelt es sich jedoch überwiegend um reine Artikelgesetze, die den Kinderschutz in bereits vorhandenen Landesgesetzen – wie z. B. den SGB-VIII-AGs, SchulGs, KitaGs oder ÖGDGs – verankern oder stärken. Mit Blick auf den hiesigen Untersuchungsgegenstand ist unter diesen das selbständige LKindSchuG-RP exemplarisch hervorzuheben. Dieses enthält in seinem § 1 Abs. 1 S. 1 den Grundsatz, dass *„jedes Kind [...] das Recht auf eine positive Entwicklung und Entfaltung sowie auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“* hat. Ergänzt wird diese Regelung durch § 1 Abs. 1 S. 3 LKindSchuG-RP zur diesbezüglichen Ausprägung des staatlichen Wächteramtes. Danach hat *„die staatliche Gemeinschaft [...] die Aufgabe [..., den] Risiken für das gesunde Aufwachsen von Kindern rechtzeitig zu begegnen“*. Der unmittelbar

179 So z. B. die Kooperationsvereinbarung-BW.

180 S3-Leitlinie *Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch unter Einbindung der Pädagogik und Jugendhilfe*, AWMF-RegNr. 027-069.

181 Bewertungsausschuss, DÄBl 2024, A 139.

nachfolgende § 1 Abs. 1 S. 4 LKindSchuG-RP führt dazu konkretisierend aus, dass „das Land [...] die örtlichen Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe bei der Sicherstellung eines wirk-samen Kinderschutzes“ zu unterstützen hat. Die Mitverantwortung der Jugendhilfe für ein gesundes Aufwachsen wird damit klargestellt.

6. Stärkung der Verantwortlichkeit der Kinder- und Jugendhilfe für den Bereich der Gesundheitsförderung und (gesundheitsbezogenen) Prävention durch Explizierung in § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII (*de lege ferenda*)

.....

Ein möglicher Ansatz zur Stärkung der Verantwortlichkeit der Kinder- und Jugendhilfe für den Bereich der Gesundheitsförderung und (gesundheitsbezogenen) Prävention könnte darin bestehen, dieses – z. B. durch die Aufnahme des Einschubs „*einschließlich gesundheitsförderliche*“ vor dem Begriff „*Lebensbedingungen*“ – in § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII klarzustellen. Soweit dabei dem oben erläuterten Verständnis gefolgt wird, nach dem der Aspekt der „*Gesundheitsförderlichkeit*“ ohnehin bereits im Kriterium der „*positiven Lebensbedingungen*“ enthalten ist, wäre eine solche Änderung nur deklaratorischer Natur. Sie würde daher primär die Berücksichtigung des Aspekts der „*Gesundheit*“ bei der Ausführung „*eigener*“ Leistungen nach dem SGB VIII durch die Kinder- und Jugendhilfe absichern sowie deren argumentative Position zur funktional „*berechtigten*“ Geltendmachung gesundheitsbezogener Belange der Abstimmung mit anderen Leistungsträgern und sonstigen Akteuren – etwa im Rahmen von § 81 SGB VIII – stärken. Soweit darin hingegen eine über den gegenwärtigen Bestand hinausgehende Ausweitung des Betätigungsfeldes der Kinder- und Jugendhilfe zu erblicken wäre, würde die Zuständigkeit dafür – wie oben ausgeführt – kompetenziell bei Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG angesiedelt sein. Dabei könnte sich vor dem Hintergrund der bereits bestehenden und insoweit ebenfalls ausbaufähigen Landesstrukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zwar vor allem das Kriterium der Erforderlichkeit einer bundesgesetzlichen Regelung nach Art. 72 Abs. 2 GG als problematisch erweisen.¹⁸² Allerdings wahrt Art. 125a Abs. 2 S. 1 GG nicht nur den Fortbestand einer früheren Bundeskompetenz für die in deren Rahmen erlassenen Vorschriften, sondern gestattet dem Bund auch deren schlichte „*Modifikation*“¹⁸³.

.....
 182 Janda, Prävention verankern. Verfassungsrechtliche Konsequenzen aus dem Verbot der Benachteiligung aufgrund sozialer Herkunft, 2021, S. 91.

183 Janda, Prävention verankern. Verfassungsrechtliche Konsequenzen aus dem Verbot der Benachteiligung aufgrund sozialer Herkunft, 2021, S. 22; BVerfG, Ur. v. 27.7.2004 – 2 BvF 2/02, NJW 2004, 2803 (2809) = BVerfGE 111, 226 f.; BVerfG, Ur. v. 9.6.2004 – 1 BvR 636/02, NJW 2004, 2363 (2364) = BVerfGE 111, 10 ff.

Danach „verbleibt die Zuständigkeit zur Änderung von Vorschriften, die auf Grund des Art. 72 II GG in der bis zum 15. 11. 1994 geltenden Fassung erlassen worden sind, ohne Rücksicht darauf, ob die Voraussetzungen des Art. 72 II GG [weiterhin] erfüllt sind, beim Bundesgesetzgeber, soweit die Änderung die wesentlichen Elemente der in dem fortbestehenden Bundesgesetz enthaltenen Regelung beibehält und keine grundlegende Neukonzeption enthält; die Änderungskompetenz ist [allerdings] eng auszulegen“¹⁸⁴. Bei einer Ergänzung von § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII um die Formulierung „einschließlich gesundheitsförderliche“ dürfte es sich aber nach den bisherigen Ausführungen allenfalls um eine solche Modifikation handeln. Einer solchen Anpassung würde auch nicht das Durchgriffsverbot des Art. 84 Abs. 1 S. 7 GG entgegenstehen, das eine durch Bundesgesetz erfolgende Aufgabenübertragung an Gemeinden und Gemeindeverbänden verbietet. Zum einen sind – aufgrund der Nennung von Art. 84 Abs. 1 S. 7 GG in Art. 125a Abs. 1 S. 1 GG – auch insoweit schlichte Modifikationen bestehender Vorschriften nicht ausgeschlossen.¹⁸⁵ Zum anderen weist das SGB VIII den Kommunen keine Aufgaben direkt zu, sondern überlässt dieses nach § 69 Abs. 1 SGB VIII dem Landesgesetzgeber.¹⁸⁶

Als zumindest in praktischer Hinsicht limitierender Faktor dürfte sich die mit einem stärkeren Engagement der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Gesundheitsförderung verbundene finanzielle Belastung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe erweisen. Nach dem in Art. 104a Abs. 1 GG verankerten „Konnexitätsprinzip“¹⁸⁷ tragen der Bund und die Länder grundsätzlich gesondert die Ausgaben, die sich aus der Wahrnehmung ihrer Aufgaben ergeben. Dabei gelten nach Art. 106 Abs. 9 GG auch die kommunalen Ausgaben als Ausgaben der Länder. Die Finanzverfassung des Grundgesetzes enthält in den Art. 104a ff. GG keine Bestimmungen, die eine spezifische Bundesfinanzierung gesundheitsförderlicher Dienstleistungen der Kinder- und Jugendhilfe ermöglichen würden. Zwar kann der Bund nach Art. 104b Abs. 1 S. 1 GG den Ländern im Rahmen seiner Gesetzgebungskompetenz (hier für die öffentliche Fürsorge nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG) Finanzhilfen für bestimmte besonders bedeutsame Investitionen der Länder und Kommunen gewähren. Dieses erfasst aber nur Sachinvestitionen und nicht die laufenden Betriebskosten.¹⁸⁸ Eine dauerhafte Übernahme

184 BVerfG, UrT. v. 26.1.2005 – 2 BvF 1/03, NJW 2005, 493 (495) = BVerfGE 112, 226 ff.; BVerfG, UrT. v. 9.6.2004 – 1 BvR 636/02, NJW 2004, 2363 (2364) = BVerfGE 111, 10 ff.

185 Janda, Prävention verankern. Verfassungsrechtliche Konsequenzen aus dem Verbot der Benachteiligung aufgrund sozialer Herkunft, 2021, S. 102 ff.

186 Janda, Prävention verankern. Verfassungsrechtliche Konsequenzen aus dem Verbot der Benachteiligung aufgrund sozialer Herkunft, 2021, S. 105; Wissenschaftliche Dienste des Bundestages, WD 3 – 3000 - 381/10, S. 9.

187 Schwarz, in: Dürig/Herzog/Scholz (Hrsg.), GG, 107. EL, Stand v. 3/2025, Art. 104a, Rn. 21; Schön, in: Struck/Schweigler (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, Vorbem. § 22 ff. SGB VIII, Rn. 38.

188 Schwarz, in: Dürig/Herzog/Scholz (Hrsg.), GG, 107. EL, Stand v. 3/2025, Art. 104b, Rn. 21.

von Personalkosten scheidet daher auf dieser Grundlage aus.¹⁸⁹ Gleiches gilt im Ergebnis auch für eine Beteiligung auf der Grundlage von Art. 104c GG. Dieser gestattet zwar neben Finanzhilfen für gesamtstaatlich bedeutsame Investitionen auch solche für besondere, mit diesen Investitionen unmittelbar verbundene, befristete Ausgaben. Zumindest eine dauerhafte Finanzierungsbeteiligung an nicht investiven Ausgaben lässt sich somit auch auf diesem Wege nicht erreichen.¹⁹⁰ Als zielführendere Ansätze könnten sich daher entweder eine Steigerung des Länderanteils an der Umsatzsteuer auf der Grundlage von Art. 106 Abs. 3 (und 5) GG, die allerdings nicht direkt mit der Aufgabe der Gesundheitsförderung verknüpft wäre,¹⁹¹ eine entsprechende und nur informell¹⁹² mit dem eigentlichen Ziel verbundene Entlastung der Länder und Kommunen durch den Bund in anderen Bereichen oder eine Ausweitung der Aufgaben der – finanzverfassungsrechtlich allerdings umstrittenen –¹⁹³ *Bundesstiftung Frühe Hilfen* auf einen längeren¹⁹⁴ kindlichen Entwicklungszeitraum oder eine entsprechende Neugründung erweisen.

189 Janda, Prävention verankern. Verfassungsrechtliche Konsequenzen aus dem Verbot der Benachteiligung aufgrund sozialer Herkunft, 2021, S. 143.

190 Kube, in: Epping/Hillgruber (Hrsg.), BeckOK-GG, 60. Ed. v. 28.12.2024, Art. 104c, Rn. 4; BT-Drs. 19/6144, S. 16.

191 Janda, Prävention verankern. Verfassungsrechtliche Konsequenzen aus dem Verbot der Benachteiligung aufgrund sozialer Herkunft, 2021, S. 147: „nicht so zielgenau“.

192 Vgl. dazu z. B. Wissenschaftliche Dienste des Bundestages, WD 8 - 3000 - 080/16, S. 4.

193 Vgl. Wiesner, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 3 KKG, Rn. 13; Meysen, in: Münder/Meysen/Trenczek (Hrsg.), SGB VIII, 9. Aufl. 2022, Anhang I – KKG, Rn. 27.

194 Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages, 2025, Rn. 3147 ff.

V. Gesundheitsförderung und Prävention im Leistungsrecht der als niedrigschwellige Infrastruktur vorzuhaltenden Angebote der Kinder- und Jugendhilfe

Die durch die Jugendhilfe vorgehaltenen vielfältigen Angebote bilden einen wesentlichen Baustein der Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Im Folgenden werden Ansatzpunkte zur fokussierten Gesundheitsförderung und Prävention in diesem Handlungsfeld beleuchtet.

1. Gesundheitsförderung als Teil allgemeiner Beratungsangebote

.....

a. Beratung über die Leistungen anderer Leistungsträger nach § 10a Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB VIII und Informationserteilung nach § 2 Abs. 1 KKG

.....

Das Thema Gesundheit lässt sich im SGB VIII – zumindest in Form von Beratungsleistungen – auch in dem durch das KJSG eingefügten¹⁹⁵ § 10a Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB VIII verorten.¹⁹⁶ Danach besteht für den Träger der öffentlichen Jugendhilfe eine Verpflichtung zur Beratung über die Leistungen anderer Leistungsträger. Diese geht hinsichtlich ihrer Tiefe über die allgemeine Auskunfts- und Beratungspflicht nach den §§ 14 und 15 SGB I hinaus¹⁹⁷ und erschöpft sich auch nicht – wie bei § 15 Abs. 2 SGB I – vorrangig in einem schlichten Verweis auf die dann ggf. nachfolgende Detailberatung durch den für die jeweilige Leistung originär zuständigen Träger nach den §§ 18 ff. SGB I. Auf der Grundlage von § 10a Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB VIII ist daher etwa auch zu Leistungen der medizinischen Prävention¹⁹⁸ und Gesundheitsförderung nach dem SGB V zu beraten. Nicht minder bedeutsam ist aber z. B. auch die Beratung über existenzsichernde Leistungen (insbesondere für Bildung und Teilhabe), die zum einen dem

.....
195 BGBl. I 2021, S. 1444 (1447).

196 Vgl. dazu Rasch, Zusammen Denken – Wissensgrundlagen der Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe, 2024, <https://t1p.de/8zmqc> (abgerufen am 4.8.2025), S. 10.

197 Luthe, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 10a, Rn. 66; Schweigler, in: Jox/Rolfes (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.8.2024, § 10a SGB VIII, Rn. 23.

198 Luthe, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 10a, Rn. 53.

Gesundheitsrisiko¹⁹⁹ „Armut“ entgegenwirken und zum anderen – z. B. durch die Übernahme der Kosten für die Mitgliedschaft in einem Sportverein nach § 28 Abs. 7 S. 1 Nr. 1 SGB II und § 34 Abs. 7 S. 1 Nr. 1 SGB XII – einen Anreiz für gesundheitsförderliches Verhalten setzen können.

Die Beratungspflicht nach § 10a Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB VIII richtet sich neben den jungen Menschen auch an deren Mütter, Väter, Personensorge- und Erziehungsberechtigte. Mit Blick auf das in § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII verankerte Ziel ist zu berücksichtigen, dass die Beratungspflicht z. B. auch Fürsorge-²⁰⁰ und Versicherungsleistungen erfasst, die – auch wenn sie sich primär an die genannten Personen richten – mittelbar auch für die mit diesen zusammenlebenden jungen Menschen umfeldstabilisierend und somit in gesundheitlicher Hinsicht durchaus verhältnispräventiv wirken können.

Über die letztendliche Gewährung der Leistungen entscheiden allein die jeweils zuständigen Leistungsträger, sodass die Jugendhilfe durch § 10a Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB VIII nicht selbst auf zusätzliche Ressourcen zum Zweck der Prävention und Gesundheitsförderung zurückgreifen kann. Wie im Fall der Einschaltung anderer Stellen nach § 8a Abs. 3 S. 1 SGB VIII kommt dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe hier aber erneut eine entscheidende Vermittlerrolle zu, da die Beratung das Risiko reduziert, dass die Betroffenen die ihnen zustehenden Sozialleistungen anderer Träger bereits aufgrund von Unkenntnis ihrer Rechtspositionen nicht abrufen. Die Jugendhilfe kann also durch § 10a Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB VIII dazu beitragen, dass die Betroffenen die präventiv und/oder gesundheitsförderlich ausgerichteten Leistungsbudgets anderer Leistungsträger zu ihren Gunsten aktivieren. In vergleichbarer Weise wirkt der in § 2 Abs. 1 KKG verankerte Grundsatz, dass *„Eltern sowie werdende Mütter und Väter [...] über Leistungsangebote im örtlichen Einzugsbereich zur Beratung und Hilfe in Fragen der Schwangerschaft, Geburt und der Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren informiert werden“* sollen. Die Verantwortung für das Angebot eines darauf gerichteten Informationsgesprächs weist § 2 Abs. 2 S. 3 KKG – vorbehaltlich abweichenden Landesrechts – ebenfalls dem örtlichen Träger der Jugendhilfe zu. Auch hier besteht somit eine (zumindest auch gesundheitsbezogene) Lotsen-Funktion der Jugendhilfe.

199 Vgl. dazu Deutsche Angestellten Krankenkasse, Kinder- und Jugendreport 2018, S. 103 ff.; Empfehlung der Kommission vom 20.2.2013, Investitionen in Kinder: Den Kreislauf der Benachteiligung durchbrechen (2013/112/EU), ABl. Nr. L 59, ErwG 2: *„Bei Kindern, die in Armut oder sozialer Ausgrenzung aufwachsen, ist gegenüber besser gestellten Gleichaltrigen die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie in der Schule Erfolg haben, sich guter Gesundheit erfreuen und in ihrem Leben ihr ganzes Potenzial ausschöpfen.“*

200 Luthé, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 10a, Rn. 53.

b. Beratung durch Verfahrenslotsen nach § 10b SGB VIII an der Schnittstelle zur „Eingliederungshilfe“

.....

Darüber hinaus bietet die an den Erhalt oder die Geltendmachung von Leistungen der Eingliederungshilfe geknüpfte – und nach § 10b Abs. 1 S. 3 SGB VIII vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe zu gewährleistende – Unterstützung durch einen Verfahrenslotsen die Möglichkeit, seitens der Jugendhilfe in eigener Verantwortung auf eine enge Zusammenarbeit aller beteiligten Rehabilitationsträger und dabei z. B. auch auf die Aktivierung bestehender Leistungsansprüche zur medizinischen Rehabilitation hinzuwirken.²⁰¹ Der Anspruch auf Unterstützung durch einen Verfahrenslotsen besteht für junge Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe wegen einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung geltend machen oder bei denen solche Leistungsansprüche in Betracht kommen, sowie für ihre Mütter, Väter, Personensorgeberechtigten und Erziehungsberechtigten im Rahmen der Antragstellung, Verfolgung und Wahrnehmung dieser Leistungen. Primäres Ziel dieser Unterstützung ist die Verbesserung der Zusammenarbeit mit den betroffenen Leistungsträgern und die damit verbundene Erleichterung der Inanspruchnahme von Leistungen für junge Menschen und ihre Familien.²⁰²

Obwohl eine Gesundheitsorientierung der Unterstützung durch den Verfahrenslotsen im Wortlaut des § 10b SGB VIII nicht ausdrücklich erwähnt wird, wirkt diese zumindest mittelbar. Die Leistungen der Eingliederungshilfe folgen schließlich ihrerseits in Teilen einem gesundheitsorientierten – und über § 3 SGB IX auch einem präventiven – Ansatz. Darüber hinaus können Einrichtungen der Eingliederungshilfe die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V erfüllen. Die Aufgaben des Verfahrenslotsen nach § 10b SGB VIII decken sich teilweise mit der Beratungspflicht nach § 10a SGB VIII, die u. a. auch Leistungen der Eingliederungshilfe umfasst. Letztere ist jedoch noch „*stärker primär-präventiv ausgerichtet*“²⁰³.

.....

201 Rasch, Zusammen Denken – Wissensgrundlagen der Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe, 2024, <https://t1p.de/8zmqc> (abgerufen am 4.8.2025), S. 18.

202 Kepert, in: Kunkel/Kepert/Pattar (Hrsg.), LPK-SGB VIII, 8. Aufl. 2022, § 10b, Rn. 1 ff.

203 Bohnert, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.5.2025, § 10b SGB VIII, Rn. 35.

2. Gesundheitsförderung als Teil der Jugendarbeit nach § 11 SGB VIII

.....

a. Gesundheitliche Bildung als Jugendbildung nach § 11 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII

.....

Nach § 11 Abs. 1 S. 1 SGB VIII sind jungen Menschen die zur Förderung ihrer Entwicklung erforderlichen Angebote der Jugendarbeit zur Verfügung zu stellen. Deren Ausgestaltung hat gemäß § 11 Abs. 1 S. 2 SGB VIII partizipativ zu erfolgen. Die Jugendarbeit wird nach § 11 Abs. 2 SGB VIII von Verbänden, Gruppen und Initiativen der Jugend, von anderen Trägern der Jugendarbeit und von den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe angeboten. Für den Träger der öffentlichen Jugendhilfe ist die Bereitstellung von Angeboten der Jugendarbeit verpflichtend.²⁰⁴ Zu den Schwerpunkten der Jugendarbeit gehört nach § 11 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII auch die außerschulische Jugendbildung in Form der „*gesundheitlichen Bildung*“²⁰⁵. Bei § 11 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII handelt es sich um eine der wenigen Vorschriften im SGB VIII, in denen der Jugendhilfe die Aufgabe der Gesundheitsförderung ausdrücklich zugewiesen wird. In einigen Landesausführungsgesetzen zum SGB VIII finden sich zusätzliche Konkretisierungen der Gesundheitsförderung in der Jugendarbeit. Zu diesen zählt der oben bereits zitierte § 18 AG-KJHG-SH.

Neben ihrer originären verhaltenspräventiven Wirkung durch eine informationsbedingte Verhaltensänderung kann gesundheitliche Bildung als Teil der Jugendbildung auch den Zugang zu Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention anderer Leistungsträger erleichtern. Dies lässt sich z. B. durch Kooperationsbeziehungen erreichen, wie sie zwischen der Bundesagentur für Arbeit und Jobcentern sowie den gesetzlichen Krankenkassen gepflegt werden.²⁰⁶ In deren Rahmen können die bei den Jobcentern bzw. Maßnahmenträgern nach § 16 Abs. 1 SGB II i. V. m. § 45 SGB III beschäftigten Fachkräfte durch Informationen und „*motivierende Gesundheitsgespräche*“ auf die Inanspruchnahme kassenfinanzierter Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 und 5 SGB V hinwirken.²⁰⁷ Auf diese Weise könnten die Träger der Jugendhilfe – ggf. in Kombination mit einer Beratung nach § 10a Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB VIII – ebenfalls dazu beitragen, Ressourcen der GKV für die jungen Menschen zu aktivieren. Diese Kooperationen können auch für die besonderen

204 Buchholz-Schuster, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.8.2024, § 11 SGB VIII, Rn. 7; BT-Drs. 11/5948, S. 54.

205 Vgl. dazu 11. Jugendbericht (BT-Drs. 14/8181, S. 227 f.).

206 11. Jugendbericht (BT-Drs. 14/8181, S. 227 f.).

207 Schreiner-Kürten/Melzer/Guggemos, in: GKV-Spitzenverband/Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.), Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting 2016, <https://t1p.de/3qghn> (abgerufen am 4.8.2025).

Bedarfe junger Menschen sensibilisieren und so z. B. zur Stärkung der unterstützten Ausbildung für junge Menschen mit gesundheitlichen Belastungen oder zum Auf- und Ausbau von Präventionsketten²⁰⁸ beitragen.

b. Gesundheitsförderung durch Jugendarbeit in Sport, Spiel und Geselligkeit nach § 11 Abs. 3 Nr. 2 SGB VIII

.....

Zwar nicht ausdrücklich angesprochen, jedoch – insbesondere hinsichtlich der gesundheitlichen Folgen von Bewegungsmangel²⁰⁹ von hoher Relevanz²¹⁰ für die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen ist die Jugendarbeit in Sport, Spiel und Geselligkeit nach § 11 Abs. 3 Nr. 2 SGB VIII. Dies verdeutlicht nicht zuletzt die – zumindest auch – gesundheitsorientierte Ausrichtung dieser Hilfeform in mehreren Landesausführungsgesetzen. Das gilt z. B. für § 10 Abs. 1 Nr. 4 AG-KJHG-NW, der den Bereich der „Gesundheit“ im Zusammenhang mit der „sportliche[n] und freizeitorientierte[n] Jugendarbeit“ erwähnt. Diese soll „durch ihre gesundheitlichen [...] Funktionen mit Sport, Spiel und Bewegung zur Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen beitragen.“ Eine vergleichbare Regelung findet sich z. B. in § 14 S. 1 AG-KJHG-SH.

c. Gesundheitsförderung durch Kinder- und Jugenderholung nach § 11 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII

.....

Nicht zuletzt aufgrund ihrer Nähe²¹¹ zur Jugendarbeit in Sport, Spiel und Geselligkeit weist auch die Kinder- und Jugenderholung nach § 11 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII starke Bezüge zur Gesundheitsförderung auf. Sie schafft zum einen den Rahmen für verschiedene strukturierte Angebote, die durch ihren bewegungsförderlichen Charakter (z. B. in Form von Sport-Camps) ebenfalls den Gesundheitsrisiken des Bewegungsmangels entgegenwirken und Impulse für die Überführung in eine bewegte Alltagsgestaltung bieten können. Zum anderen kann die Jugenderholung in einem anderen Umfeld auch losgelöst von der Frage der sportlichen Betätigung eine gesundheitsorientierte präventive Wirkung entfalten.²¹² Dies bekräf-

208 Vgl. Richter-Kornweitz/Holz/Kilian, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention, 2023, <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i093-2.0> (abgerufen am 4.8.2025)

209 Vgl. Schepker, FORUM Jugendhilfe 2/2022, 32 f.

210 Struck/Schön, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 11 SGB VIII, Rn. 24; Schruth, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 11, Rn. 62.

211 Buchholz-Schuster, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.8.2024, § 11 SGB VIII, Rn. 24.

212 Buchholz-Schuster, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.8.2024, § 11 SGB VIII, Rn. 24; Schruth, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 11, Rn. 71.

tigen auch verschiedene Förderrichtlinien für diesen Bereich. So sieht z. B. die sächsische *Förderrichtlinie überörtlicher Bedarf* vor, dass die geplante Maßnahme auf die „Förderung der seelischen, geistigen und körperlichen Entwicklung“ der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen abzielen kann.²¹³

Bei der „gesundheitsorientierten präventiven Wirkung“ darf es sich im Rahmen von § 11 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII allerdings nur um eine – wenn auch ausdrücklich erwünschte – Nebenfolge der Erholung handeln. Daher kommt es für die Abgrenzung von der Zuständigkeit anderer – nach § 10 Abs. 1 S. 1 SGB VIII vorrangig verpflichteter – Leistungsträger primär auf die Zielsetzung der Maßnahme an. Dient diese nicht allgemein der Erholung, sondern unmittelbar gesundheitlichen Zwecken bzw. der Vermeidung des Eintritts einer Behinderung, sind dafür nach § 23 Abs. 4 SGB V, § 25 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX und §§ 47 ff. SGB XII z. B. die Gesetzliche Krankenversicherung, der Träger der medizinischen Rehabilitation oder der Träger der Sozialhilfe zuständig.²¹⁴

3. Gesundheitsförderung als Teil der Jugendsozialarbeit nach § 13 SGB VIII

.....

Nach § 13 Abs. 1 SGB VIII sollen jungen Menschen, die zum Ausgleich sozialer Benachteiligungen oder zur Überwindung individueller Beeinträchtigungen in erhöhtem Maße auf Unterstützung angewiesen sind, im Rahmen der Jugendhilfe sozialpädagogische Hilfen angeboten werden, die ihre schulische und berufliche Ausbildung, Eingliederung in die Arbeitswelt und ihre soziale Integration fördern. Der Begriff der Gesundheit wird in der Vorschrift weithin nicht ausdrücklich adressiert. Allein § 13 Abs. 3 SGB VIII, der die Möglichkeit zur Gewährung von Unterkunft in sozialpädagogisch begleiteten Wohnformen im Kontext der Teilnahme an schulischen oder beruflichen Bildungsmaßnahmen oder bei der beruflichen Eingliederung ermöglicht, sieht „Krankenhilfe“ nach Maßgabe des § 40 SGB VIII als Annexleistung²¹⁵ vor.

.....
213 Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, Anlage zur Förderung, Regelungen zur Förderung der Kinder- und Jugendberufshilfe, 2017, <https://t1p.de/nvlcm> (abgerufen am 4.8.2025).

214 Buchholz-Schuster, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.8.2024, § 11 SGB VIII, Rn. 24; Struck/Schön, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 11 SGB VIII, Rn. 28; Schruth, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 11, Rn. 70; Winkler, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.12.2024, § 11 SGB VIII, Rn. 21e.

215 Buchholz-Schuster, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.5.2025, § 13 SGB VIII, Rn. 24; Wiesner, Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht, 2005, <https://t1p.de/i142v> (abgerufen am 4.8.2025), S. 30 f.

Weitere gesetzlich vorgesehene Leistungen sind sozialpädagogisch begleitete Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen (Abs. 2) sowie die – im Gesetz nicht näher beschriebenen –²¹⁶ sozialpädagogischen Hilfen (Abs. 1). Bei deren Konkretisierung ist zum einen die in § 13 Abs. 1 SGB VIII enthaltene Formulierung „*im Rahmen der Jugendhilfe*“ zu beachten. Diese dient nicht nur der Beschränkung²¹⁷ der Tätigkeit der Jugendhilfeträger auf das eigene Handlungsfeld und verdeutlicht damit, dass sich aus der Vorschrift keine Verpflichtung zur Deckung des individuellen Gesamtbedarfs junger Menschen ableiten lässt.²¹⁸ Sie knüpft vielmehr zugleich an die Ziele des § 1 SGB VIII an,²¹⁹ in denen sich – wie oben ausgeführt – auch das „*gesunde Aufwachsen*“ verorten lässt. Zum anderen knüpft der weite Begriff der „*sozialpädagogischen Hilfen*“ an die gesamte „*Breite [des] methodischen und konzeptionellen Handelns [...] der Sozialen Arbeit [an und erfasst daher] jede persönliche Dienstleistung – sei es in einzelfall-, gruppen- und/oder gemeinwesenbezogener Weise [...], wenn die gewählte Hilfe eine an den Zielen des § 13 SGB VIII orientierte Unterstützung im Einzelfall fachlich legitimiert*“²²⁰. Dies erfasst beispielsweise auch Beratungsangebote,²²¹ die sich gesundheitsbezogenen Themenfeldern widmen und insoweit verhaltenspräventiv wirken können. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass diese Leistungen nicht um ihrer selbst willen erbracht werden dürfen. Vielmehr müssen die angebotenen Hilfen gemäß § 13 Abs. 1 SGB VIII die schulische oder berufliche Ausbildung, die Eingliederung in die Arbeitswelt sowie die soziale Integration fördern. Die Gestaltung gesundheitsförderlicher oder präventiv wirkender Leistungen der Jugendsozialarbeit muss daher primär auf eines dieser Ziele ausgerichtet sein. Umgekehrt kann eine durch Leistungen nach § 13 SGB VIII unterstützte und erfolgreich verwirklichte soziale oder berufliche Integration selbst die Grundlagen für gesunde Lebensbedingungen schaffen und somit ihrerseits eine verhältnispräventive Wirkung entfalten.

Im Gegensatz zur „*Jugendarbeit*“ nach § 11 SGB VIII setzt die Gewährung von Leistungen der Jugendsozialarbeit nach § 13 SGB VIII eine soziale Benachteiligung oder individuelle Beeinträchtigungen voraus.²²² Für beide Varianten lassen sich Verbindungen zum Bereich der Gesundheit identifizieren. Als sozial benachteiligt gelten junge Menschen, „*die aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten gesellschaftlichen Gruppe in ihren persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten, in ihrem Zugang zu Bildung, Ausbildung und Beruf sowie allgemein in ihrer Teilhabe an der Gesellschaft systematisch eingeschränkt werden.*“²²³ Sie erfahren dabei eine

216 Winkler, in: Rolfs/Giesen/Meißling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 76. Ed. v. 1.6.2025, § 13 SGB VIII, Rn. 1.

217 Struck/Schön, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 13 SGB VIII, Rn. 6.

218 Winkler, in: Rolfs/Giesen/Meißling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 76. Ed. v. 1.6.2025, § 13 SGB VIII, Rn. 10.

219 Vgl. Schrueth, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 13, Rn. 12.

220 Schrueth, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 13, Rn. 43.

221 Schrueth, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 13, Rn. 43.

222 Winkler, in: Rolfs/Giesen/Meißling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 76. Ed. v. 1.6.2025, § 13 SGB VIII, Rn. 11.

223 Struck/Schön, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 13 SGB VIII, Rn. 3.

„relative Zurücksetzung [...] im Wettbewerb um den Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen [...] und Positionen (z. B. Beruf)“²²⁴ Obwohl der Begriff der Gesundheit in dieser Beschreibung nicht unmittelbar auftaucht, sind Benachteiligungen im Hinblick auf ökonomische Ressourcen häufig mit höheren Gesundheitsrisiken assoziiert.²²⁵ Noch deutlichere Verbindungen weist zudem das Tatbestandsmerkmal der individuellen Beeinträchtigung auf. Dieses erfasst „alle psychischen, physischen oder sonstigen persönlichen Beeinträchtigungen individueller Art (z. B. Abhängigkeit, Überschuldung, Delinquenz, Behinderung, aber auch wirtschaftliche Benachteiligung)“²²⁶.

In der älteren Literatur (vor dem PräVG) wurde kritisiert, dass „Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze [im Bereich der außerschulischen Jugendarbeit] in erster Linie nicht durch medizinische Risikokonzepte und -diskurse [...], sondern durch sozial[-]pädagogische Begriffsbildungen, Diskurse und Konzepte“²²⁷ geprägt seien. Diese Beschränkung folgt allerdings unmittelbar aus dem Tatbestand des § 13 Abs. 1 SGB VIII, nach dem die jungen Menschen in erhöhtem Maße auf Unterstützung angewiesen sein müssen. Gesundheitsförderliche und/oder präventiv wirkende sozialpädagogische Hilfen als Form der Jugendsozialarbeit können daher nur in einem solchen Kontext – etwa in Form mobiler Jugendarbeit oder von Jugendberufsagenturen – erbracht werden.

4. Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Schulsozialarbeit (§ 13a SGB VIII)

.....

a. Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgaben der Schulsozialarbeit

.....

Nach § 13a S. 1 SGB VIII umfasst die sogenannte Schulsozialarbeit sozialpädagogische Angebote nach dem ersten Abschnitt des zweiten Kapitels des SGB VIII, die jungen Menschen am Ort Schule zur Verfügung gestellt werden. Dem Selbstverständnis des Kooperationsverbands Schulsozialarbeit folgend bildet die „Gesundheitsförderung“ eine der Kernaufgaben in diesem Handlungsfeld.²²⁸ Konkret nennen die sogenannten Leitlinien für Schulsozialarbeit,

224 Kunkel, in: Kunkel/Kepert/Pattar (Hrsg.), LPK-SGB VIII, 8. Aufl. 2022, § 13, Rn. 8.

225 Mavroudis, in: Böhm/Bräunling/Geene/Köckler (Hrsg.), Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, 2020, S. 58.

226 Schrueth, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 13, Rn. 38.

227 Hanse/Sander, in: Sachverständigenkommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.), Materialien, 2010, 375 (390 f.).

228 Vgl. Kooperationsverbund Schulsozialarbeit, Leitlinien für Schulsozialarbeit, 2015, <https://t1p.de/dzxp> (abgerufen am 4.8.2025), S. 12.

die allerdings „nur“ einem Fachverband entstammen und damit rechtlich unverbindlich sind, den Bereich „Gesundheit fördern“ ausdrücklich bei deren Aufträgen. Danach gehören zur „Gesundheitsförderung [...] sowohl psychische als auch physische Komponenten. Die Förderung von Selbstvertrauen, von Problemlösungsfähigkeiten und das Erkennen von Grenzen gehören gleichrangig zur Gesundheitsförderung ebenso wie die Beschäftigung mit Themen wie Suchtrisiken und Suchtverhalten, Entwicklung der Sexualität, Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung.“²²⁹ In § 13a SGB VIII, der die Schulsozialarbeit seit dem KJSG im Recht der Kinder- und Jugendhilfe regelt,²³⁰ findet sich die Aufgabe der Gesundheitsförderung oder -prävention indes nicht explizit. Die Regelung sollte keine neue Hilfeform etablieren, sondern klarstellend einen rechtlichen Rahmen für die Gewährung von Leistungen der Schulsozialarbeit, die „mittlerweile in fast allen Ländern zu einem unverzichtbaren Bestandteil der Jugendhilfe geworden“²³¹ sei, im SGB VIII schaffen.²³² Da die Vorschrift somit – und insbesondere mit ihrem S. 4 –²³³ an bestehende Konzepte der Schulsozialarbeit anknüpft und zudem in S. 2 auf die gemeinsame Aufgabenerfüllung mit der Schule verweist, ist u. a. der 11. Kinder- und Jugendbericht in den Blick zu nehmen. Dieser verwies bereits im Jahr 2002 auf die gemeinsam²³⁴ durch Schule und Jugendhilfe zu bewältigenden Aufgaben im öffentlichen Raum,²³⁵ zu denen auch solche mit einer klaren Verbindung zum „gesunden Aufwachsen“ bzw. zu den Zielen des § 1 Abs. 3 Nr. 4 und 5 SGB VIII zählen. Die gemeinsam zu bewältigenden Herausforderungen betreffen z. B. die von der „Schule wahrgenommenen Sozialisationsdefizite der Familie“²³⁶, „erhöhte Leistungsanforderungen der Schule“²³⁷ bzw. ein erhöhter Wettbewerbsdruck und die damit ggf. verbundenen psychischen Belastungen,²³⁸ die „Faszination der neuen Medien und informationstechnologischen Möglichkeiten“²³⁹ und das damit verbundene „Suchtpotential“²⁴⁰, die Gefahr des Bewegungsmangels²⁴¹ sowie die „Belastung des Klimas an vielen Schulen durch Gewalt [...] und Drogenhandel/-konsum“²⁴². Hinzu kommen weitere der Schulsozialarbeit explizit zugewiesene Aufgaben wie z. B. der Ausgleich der negativen Folgen

229 Kooperationsverbund Schulsozialarbeit, Leitlinien für Schulsozialarbeit, 2015, <https://t1p.de/dzxlpl> (abgerufen am 4.8.2025), S. 12.

230 BGBl. I 2021, S. 1444 (1447).

231 BR-Drs. 5/21, S. 11.

232 BT-Drs. 19/28870, S. 90 f.

233 BT-Drs. 19/28870, S. 91.

234 Vgl. dazu auch VG Berlin v. 15.11.2022 – 3 K 309/21, BeckRS 2022, 35042.

235 BT-Drs. 14/8181, S. 162.

236 BT-Drs. 14/8181, S. 162.

237 BT-Drs. 14/8181, S. 162.

238 BT-Drs. 14/8181, S. 162.

239 Zu den gesundheitsgefährdenden Folgen der Nutzung von Medien vgl. auch Westphal, LKV 2024, 489 (492).

240 BT-Drs. 14/8181, S. 162.

241 BT-Drs. 14/8181, S. 162.

242 BT-Drs. 14/8181, S. 162.

der COVID-19-Pandemie. Hierzu hat der Bund 2021 mit den Ländern eine Vereinbarung zur Umsetzung des *Aktionsprogramms Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche* geschlossen, nach dem „mehr Angebote der Schulsozialarbeit bereitgestellt werden [sollten], um Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung von Belastungen durch die Corona-Pandemie und beim Wiedereinstieg in den schulischen Präsenzbetrieb zu unterstützen.“²⁴³ Zu den mit der Vereinbarung explizit adressierten Belastungen gehörten u. a. die pandemiebedingten Einschränkungen in den Bereichen „Kontakte mit Gleichaltrigen, Sport und Bewegung, Spielen und Austausch in der Gruppe, Kultur und Reisen oder das Zusammensein in der erweiterten Familie“²⁴⁴.

Bei dem von § 13a S. 1 SGB VIII genutzten Terminus der „sozialpädagogische[n] Angebote nach diesem Abschnitt“ handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Dieser umfasst „jede persönliche Dienstleistung – sei es in einzelfall-, gruppen- und/oder gemeinwesenbezogener Weise – [...], wenn die gewählte Hilfe [als] eine an den Zielen der Vorschrift [§ 1 SGB VIII] orientierte Unterstützung im Einzelfall fachlich legitimiert“²⁴⁵ ist. Die nähere Ausgestaltung der Schulsozialarbeit erfolgt jedoch nicht durch das SGB VIII, sondern – wie § 13a S. 3 SGB VIII deklaratorisch²⁴⁶ (vgl. Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 und Art. 72 Abs. 1 GG) klarstellt – durch Landesrecht. Im Schrifttum wird allerdings zutreffend darauf hingewiesen, dass viele Länder keine Detailregelungen zur Schulsozialarbeit²⁴⁷ bzw. zu den dabei einzuhaltenden „Qualitätsstandards“²⁴⁸ erlassen haben.

b. Landesrechtliche Ausgestaltung und allgemeine Kooperationspflicht der Schule mit der Jugendhilfe im Rahmen der gesundheitsorientierten Aufgabenerfüllung

.....

Die landesrechtliche Ausgestaltung der Schulsozialarbeit kann sowohl durch Gesetze im formellen Sinne als auch durch untergesetzliche Vorschriften erfolgen.²⁴⁹ Einschlägige Regelungen finden sich daher etwa in den Ausführungsgesetzen zum SGB VIII bzw. in den Landesschulgesetzen sowie in verschiedenen Ministerialerlässen. Eine explizite Beauftragung der Schulsozialarbeit mit der „Gesundheitsförderung“ ist in den Landesregelungen jedoch kaum nachzuweisen. Vereinzelt enthalten diese aber Bestimmungen, die die Schulsozialarbeit zumindest in die diesbezüglichen Aufgaben der Schule einbinden.

243 Vereinbarung zur Umsetzung des „Aktionsprogramms Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche“ für die Jahre 2021 und 2022 von Bund und Ländern, <https://t1p.de/b6cte> (abgerufen am 4.8.2025), Ziff. II.2.

244 Vereinbarung zur Umsetzung des *Aktionsprogramms Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche* für die Jahre 2021 und 2022 von Bund und Ländern, <https://t1p.de/b6cte> (abgerufen am 4.8.2025), Ziff. I.

245 Schrueth, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), *jurisPK-SGB VIII*, Stand v. 1.8.2022, § 13a, Rn. 14.

246 Schön, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), *Kinder- und Jugendhilfe*, 6. Aufl. 2022, § 13a SGB VIII, Rn. 7.

247 Buchholz-Schuster, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), *BeckOGK*, Stand v. 1.8.2024, § 13a SGB VIII, Rn. 15.

248 Schrueth, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), *jurisPK-SGB VIII*, Stand v. 1.8.2022, § 13a, Rn. 22.

249 Schön, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), *Kinder- und Jugendhilfe*, 6. Aufl. 2022, § 13a SGB VIII, Rn. 8.

aa. Bayern
.....

In Bayern hat die Schule nach Art. 2 Abs. 1 BayEUG u. a. die Aufgabe, *„Verständnis für die Zusammenhänge [...] gesunder Ernährung [...] zu wecken“*. Der Schulsozialarbeit wird insofern zwar keine konkrete Aufgabe zugewiesen, jedoch haben *„die Schulen [... nach § 31 Abs. 1 S. 1 BayEUG] in Erfüllung ihrer Aufgaben mit den Jugendämtern und den Trägern der freien Jugendhilfe sowie anderen Trägern und Einrichtungen der außerschulischen Erziehung und Bildung zusammen[zuarbeiten]“*.

bb. Baden-Württemberg
.....

Das SchulG-BW enthält keine spezifischen Verweise auf den Bereich der Gesundheitsförderung und/oder Prävention.

cc. Berlin
.....

Für Berlin beschreibt § 5b Abs. 2 SchulG-BE die Schulsozialarbeit als *„ein lebensweltorientiertes, niedrigschwelliges Angebot zur ganzheitlichen Förderung und Unterstützung junger Menschen in ihrer individuellen, sozialen und schulischen Entwicklung“*. Dies kann nach § 5b Abs. 4 SchulG-BE durch die zuständige Senatsverwaltung näher ausgestaltet werden. Die Schulsozialarbeit soll nach § 5b Abs. 2 S. 2 SchulG-BE *„in Zusammenarbeit mit den Lehrkräften insbesondere dazu beitragen, Benachteiligungen jedweder Art zu vermeiden beziehungsweise abzubauen, individuell [zu] unterstützen und [zu] beraten sowie bei Konflikten im Einzelfall [zu] helfen.“* Unter den Begriff der Benachteiligung lassen sich auch gesundheitsbezogene Benachteiligungen subsumieren. Darüber hinaus richtet sich die schulbezogene Jugendsozialarbeit nach § 5b Abs. 2 S. 3 SchulG-BE sowohl an Schülerinnen und Schüler als auch an Lehrkräfte der Schule und Erziehungsberechtigte. Sie kann daher gleichermaßen eine verhaltens- und verhältnispräventive Wirkung entfalten. Nach § 14 Abs. 1 AG-SGB VIII-BE, der die Schulsozialarbeit ebenfalls erwähnt, hat diese *„den Auftrag, in eigener Verantwortung die schulische Bildungsarbeit zu unterstützen und zu ergänzen, insbesondere durch Beratungsangebote für Schüler, Eltern und Lehrer bei Konflikten und Problemen. Sie soll die Zusammenarbeit zwischen Schule und Jugendamt sowie zwischen Schule und den Trägern der freien Jugendhilfe fördern.“* In Ziff. 4.4 der korrespondierenden Rahmenrichtlinie für das Landesprogramm *Jugendsozialarbeit an Berliner Schulen* der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie nennt dieses die

„Gesundheitsförderung“²⁵⁰ als einen der Programmschwerpunkte. Weitere dort genannte und ebenfalls gesundheitsbezogene Schwerpunkte sind „Kinderschutz“²⁵¹, „Gewaltprävention“²⁵² und „Suchtprävention“²⁵³.

Aus der Perspektive der Schule zählen die „Gesundheitsförderung und Suchtprävention [...] sowie [die] Erziehung zu Bewegung und Sport einschließlich der Vermittlung von Freude an der Bewegung und der Bedeutung für die Gesundheit“ nach § 12 Abs. 4 SchulG-BE zu deren übergreifenden Bildungs- und Erziehungsaufgaben. Nach § 5 Abs. 1 S. 2 SchulG-BE hat sie „im Rahmen des Bildungs- und Erziehungsauftrags mit den Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe [...] zusammen[zuarbeiten]“. Darüber hinaus weist § 107 Abs. 2 Nr. 4 SchulG-BE auch dem schulpсихologischen Dienst die Aufgabe der „Beratung und Unterstützung der Schulen bei der Entwicklung und Umsetzung schulischer Präventionsmaßnahmen wie der Gesundheitsförderung“ zu. Nach § 107 Abs. 1 S. 3 SchulG-BE ist auch dieser im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung zur Kooperation „mit der Kinder- und Jugendhilfe, mit den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie [mit] Leistungserbringern“ nach dem SGB V verpflichtet.

dd. Brandenburg

Nach § 4 Abs. 5 S. 1 Nr. 13 SchulG-BB „fördert die Schule insbesondere die Fähigkeit und Bereitschaft der Schülerinnen und Schüler [...] ihre Verantwortung für die eigene Gesundheit [...] zu begreifen und wahrzunehmen“. Die Schulsozialarbeit, die auch im SchulG-BB vorgesehen ist, wird in diesen Bereich nicht ausdrücklich einbezogen. Nach § 9 Abs. 1 SchulG-BB „sollen [die Schulen aber] mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, deren Tätigkeit sich auf die Lebenssituation junger Menschen und ihrer Familien auswirkt, im Rahmen ihrer Aufgaben und Befugnisse zusammenarbeiten“. Als mögliche Kooperationsformen nennt das Gesetz u. a. auch den Abschluss von „Vereinbarungen insbesondere mit einem Träger der Jugendhilfe über die Durchführung von [Schul]sozialarbeit“. Darüber hinaus sollen die Schulen nach § 18 Abs. 3 S. 4 SchulG-BB „bei außerunterrichtlichen Angeboten [...] mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, deren Tätigkeit sich auf die Lebenssituation junger Menschen und Familien auswirkt und insbesondere mit freien Trägern der Jugendhilfe zusammenarbeiten“.

250 Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie, Rahmenrichtlinie für das Landesprogramm *Jugendsozialarbeit an Berliner Schulen*, v. 15.8.2023, <https://t1p.de/zef0l> (abgerufen am 4.8.2025).

251 Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie, Rahmenrichtlinie für das Landesprogramm *Jugendsozialarbeit an Berliner Schulen*, v. 15.8.2023, <https://t1p.de/zef0l> (abgerufen am 4.8.2025).

252 Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie, Rahmenrichtlinie für das Landesprogramm *Jugendsozialarbeit an Berliner Schulen*, v. 15.8.2023, <https://t1p.de/zef0l> (abgerufen am 4.8.2025).

253 Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie, Rahmenrichtlinie für das Landesprogramm *Jugendsozialarbeit an Berliner Schulen*, v. 15.8.2023, <https://t1p.de/zef0l> (abgerufen am 4.8.2025).

ee. Bremen
.....

Nach § 59a SchulG-HB „unterstützen und ergänzen [sozialpädagogische Fachkräfte] die pädagogische Arbeit der Lehrerinnen und Lehrer, ohne selbst zu unterrichten. Sie sind verantwortlich für die Betreuung der Schülerinnen und Schüler außerhalb des Unterrichts und setzen den Erziehungsauftrag der Schule in den unterrichtsergänzenden und unterrichtsfreien Zeiten um“. Der § 2 Abs. 1 Nr. 7 SchulG-HB sieht zudem die Festlegung von Standards durch die Senatorin für Kinder und Bildung für das „übrige Schulleben“ vor. Im darauf beruhenden *Rahmenkonzept Schulsozialarbeit* haben die Bremer Senatorin für Kinder und Bildung und die Landesarbeitsgemeinschaft Schulsozialarbeit Bremen „übergreifende Zieldefinitionen“ für dieses Handlungsfeld festgelegt.²⁵⁴ Dieses nennt den Bereich „Gesundheit fördern“²⁵⁵ ausdrücklich bei den Zielen und Aufgaben der Schulsozialarbeit und beschreibt diesen übereinstimmend mit den in diesem Kapitel eingangs genannten *Leitlinien für Schulsozialarbeit* des Kooperationsverbunds. Darüber hinaus ist die Erziehung zu „eigenverantwortlichem Gesundheitshandeln“ in § 5 Abs. 2 Nr. 4 SchulG-HB als Erziehungsziel festgelegt und die Schulen sind nach § 12 Abs. 1 S. 1 SchulG-HB verpflichtet, „zur Erfüllung ihres Auftrages“ u. a. mit der Kinder- und Jugendhilfe und den Institutionen des Gesundheitswesens zusammenzuarbeiten.

ff. Hamburg
.....

In Hamburg zählt die „Gesundheitsförderung“ nach § 5 Abs. 3 S. 2 SchulG-HH zu den besonderen Bildungs- und Erziehungsaufgaben der Schule. Die Schulsozialarbeit wird in dem Gesetz nicht ausdrücklich angesprochen. Nach § 3 Abs. 7 S. 1 SchulG-HH müssen „die Schulen [aber] im Rahmen ihres Bildungs- und Erziehungsauftrages mit anderen behördlichen Einrichtungen zusammen[wirken]“. Darüber hinaus können Schulen nach § 3 Abs. 7 S. 3 SchulG-HH „im Rahmen ihres Erziehungsauftrags mit Trägern der öffentlichen und der freien Jugendhilfe [...] eine weitergehende partnerschaftliche Zusammenarbeit vereinbaren, um nicht unterrichtliche und unterrichtsunterstützende Angebote vorzuhalten“. Hierzu legt Ziff. 6.2 der *Rahmenkonzeption zur Schulsozialarbeit an berufsbildenden Schulen in Hamburg* fest, dass „ein wichtiges, übergreifendes Ziel der Schulsozialarbeit[...] in einer Förderung der Kooperation von Schule [...] und Jugendhilfe [...] und [...] des weiteren, außerschulischen Angebots-, Beratungs- und Unterstützungssystem[s] (z. B. [...] im Bereich der] Gesundheit [...]“²⁵⁶ besteht.

.....
254 Bremer Senatorin für Kinder und Bildung, Rahmenkonzept Schulsozialarbeit, 2021, <https://t1p.de/epy5> (abgerufen am 4.8.2025), S. 3.

255 Bremer Senatorin für Kinder und Bildung, Rahmenkonzept Schulsozialarbeit, 2021, <https://t1p.de/epy5> (abgerufen am 4.8.2025), S. 7.

256 Hamburger Institut für berufliche Bildung, Rahmenkonzeption zur Schulsozialarbeit an berufsbildenden Schulen, 2024, <https://t1p.de/j9hqz> (abgerufen am 4.8.2025).

gg. Hessen

.....

Das SchulG-HE erwähnt die Schulsozialarbeit nicht. Die „Gesundheitskompetenz“ gehört aber auch nach § 6 Abs. 4 S. 2 SchulG-HE zu den besonderen Bildungs- und Erziehungsaufgaben der Schulen. Diese sind nach § 3 Abs. 10 SchulG-HE zur Zusammenarbeit mit „Einrichtungen der Jugendhilfe und den Jugendämtern“ verpflichtet.

hh. Mecklenburg-Vorpommern

.....

In Mecklenburg-Vorpommern gehört die „Gesundheitserziehung“ nach § 5 Abs. 5 S. 1 SchulG-MV zu den Aufgaben der Schulen. Diese ist nach § 5 Abs. 5 S. 2 SchulG-MV Bestandteil „*mehrerer Unterrichtsfächer sowie Lernbereiche und soll[... zudem] auch in den außerunterrichtlichen Veranstaltungen angemessene Berücksichtigung finden*“. Eine konkrete Vorschrift zur Einbindung der Schulsozialarbeit in die Gesundheitsförderung existiert nicht. An Schulen können allerdings nach § 59a Abs. 1 S. 1 SchulG-MV „*im Einvernehmen mit den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe [...] kooperative Erziehungs- und Bildungsangebote eingerichtet werden, die zusätzlich Leistungen der Jugendhilfe umfassen*“. Darüber hinaus sind die Schulen nach § 59 S. 2 SchulG-MV im Rahmen der sozialpädagogischen Beratung und nach § 101 Abs. 4 S. 2 Nr. 7 SchulG-MV auch generell zur Zusammenarbeit mit den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe verpflichtet.

ii. Niedersachsen

.....

Im SchulG-NI ist die Schulsozialarbeit nicht ausdrücklich verankert. Zumindest die Landesarbeitsgemeinschaft Schulsozialarbeit in Niedersachsen, die jedoch insoweit nicht rechtssetzend handelt, nennt die „Gesundheitsvorsorge“ und die „Prävention“ ausdrücklich bei den von ihr formulierten Zielen der Schulsozialarbeit.²⁵⁷ Darüber hinaus sind zumindest die Schulen selbst nach § 2 Abs. 1 S. 3 SchulG-NI verpflichtet, die Schüler zu befähigen, „*gesundheitsbewusst zu leben*“. Wie in anderen Bundesländern besteht zudem auch in Niedersachsen eine Verpflichtung der Schulen zur Zusammenarbeit mit den Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe (§ 25 Abs. 3 SchulG-NI).

.....
 257 Landesarbeitsgemeinschaft Schulsozialarbeit in Niedersachsen, Schulsozialarbeit in Niedersachsen: Qualitätsstandards und Beispiele, 2005, <https://t1p.de/sxr1q> (abgerufen am 4.8.2025), S. 27.

jj. Nordrhein-Westfalen
.....

Nach § 58 SchulG-NW wirken „sozialpädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter [...] bei der Bildungs- und Erziehungsarbeit mit“. Innerhalb der Konkretisierung des Bildungs- und Erziehungsauftrags der Schule nennt § 2 Abs. 6 Nr. 8 SchulG-NW wiederum die „Freude an der Bewegung und am gemeinsamen Sport [...] und die Fähigkeit, sich gesund zu ernähren und gesund zu leben“. Darüber hinaus adressiert Ziff. 4 des zugehörigen Erlasses des nordrhein-westfälischen Ministeriums zur Beschäftigung von Fachkräften für Schulsozialarbeit ausdrücklich auch die gesundheitsrelevanten Fälle der Kindeswohlgefährdung.²⁵⁸ Gemäß § 5 Abs. 2 SchulG-NW sollen die Schulen zudem „in gemeinsamer Verantwortung mit den Trägern der öffentlichen und der freien Jugendhilfe [...] zusammenarbeiten“.

kk. Rheinland-Pfalz
.....

In Rheinland-Pfalz fehlt es an einer landesgesetzlichen Ausgestaltung der Schulsozialarbeit. Diese wird im SchulG-RP aber zumindest erwähnt. Nach dessen § 19 S. 1 Nr. 1 besteht eine Pflicht zur Zusammenarbeit der Schulen „mit den Trägern und Einrichtungen der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere im Rahmen der Schulsozialarbeit, mit den Kindertagesstätten und in den lokalen Netzwerken nach § 3 des Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit“. Das darin angesprochene JFöG-RP bezieht sich in seinem § 3 zur Jugendsozialarbeit allerdings wiederum „nur“ auf § 13 SGB VIII. In der näheren Ausgestaltung durch die auf das JFöG-RP bezogenen Grundsätze des rheinland-pfälzischen Ministeriums für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur zu den *Standards der Schulsozialarbeit an Hauptschulen in Rheinland-Pfalz* aus dem Jahr 2006 wird die „Gesundheitsförderung“ aber als ein auf die Zusammenarbeit mit den Eltern bezogenes und damit als verhältnispräventiv ausgerichtetes Ziel der Schulsozialarbeit genannt.²⁵⁹ Auch die vom selben Ministerium ebenfalls im Jahr 2006 herausgegebenen Leitlinien zur Schulsozialarbeit verweisen beispielhaft auf Projekte zur „Förderung der Gesundheit“ etwa in Form einer „Selbsthilfegruppe für übergewichtige Schüler:innen“ oder begleiteter „Kraftsportangebote“ zum Aggressionsabbau und zum Zweck der „Gesundheitserziehung (gesunde Ernährung)“.²⁶⁰

.....
258 RdErl. d. nordrhein-westfälischen Ministeriums für Schule und Weiterbildung v. 23.1.2008 (ABl. NW, S. 97, berichtigt 03/08 S. 142).

259 Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur Rheinland-Pfalz, *Standards der Schulsozialarbeit an Hauptschulen in Rheinland-Pfalz*, 2006, <https://t1p.de/mmqnn> (abgerufen am 4.8.2025), S. 3.

260 Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur Rheinland-Pfalz, *Leitlinien Schulsozialarbeit in Rheinland-Pfalz*, 2006, <https://t1p.de/hg078> (abgerufen am 4.8.2025), S. 23 f.

II. Saarland

.....

Im Saarland wird die Gesundheitsförderung oder Gesundheitserziehung bei den Bildungs- und Erziehungszielen der Schulen (vgl. § 1 SchulG-SL) nicht ausdrücklich genannt. Das ist mit Blick auf die hiesige Untersuchung misslich, da die Schulsozialarbeit nach § 5b Abs. 1 S. 1 SchulG-SL zur Erfüllung des Erziehungsauftrags der Schule beizutragen hat. Zumindest sind Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter sowie Lehrkräfte nach § 5b Abs. 1 S. 3 SchulG-SL verpflichtet, *„gleichberechtigt zusammen[zuarbeiten], um Schülerinnen und Schüler in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu unterstützen und zur gleichberechtigten, selbstbestimmten Teilhabe zu befähigen“*. Dabei ließen sich die Konzepte „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ ggf. unter das Ziel der Entwicklungsförderung subsumieren. Wie in anderen Bundesländern sind die Schulen und Träger der öffentlichen bzw. freien Jugendhilfe nach § 5b Abs. 2 S. 1 SchulG-SL auch im Saarland zur Zusammenarbeit *„bei der Erfüllung ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgaben“* verpflichtet. Hierzu ist es nach § 5b Abs. 2 S. 2 SchulG-SL *„zur Erprobung geeigneter Formen der Zusammenarbeit [... möglich, dass] Schulversuche zur Schulsozialarbeit eingerichtet werden“*. Dies kann auch einen Raum für unmittelbar auf § 13a SGB VIII gestützte Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung bieten.

mm. Sachsen

.....

Nach § 1 Abs. 4 S. 2 SchulG-SN (Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schule) ist die Schule zur *„Vermittlung von Alltags- und Lebenskompetenz und [... zur Vorbereitung der] Schüler auf ein selbstbestimmtes Leben“* verpflichtet. Dem schließt sich § 1 Abs. 4 S. 3 SchulG-SN an, nach dem *„für alle Schularten und Schulstufen [...] in angemessenem Umfang Ressourcen der Schulsozialarbeit im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe [...] zur Verfügung stehen“* sollen. Der nachfolgende § 1 Abs. 4 S. 4 SchulG-SN verlangt zudem, dass der *„Freistaat Sachsen und die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe [...] gemeinsam an der Finanzierung und Umsetzung dieser Aufgabe“* mitwirken und dabei mit den Schulträgern kooperieren sollen. Die Schulsozialarbeit ist damit nach der Konzeption von § 1 Abs. 4 SchulG-SN in die *„Vermittlung von Alltags- und Lebenskompetenz [... zur Vorbereitung der] Schüler auf ein selbstbestimmtes Leben“* eingebunden. Die damit verbundenen Ziele werden wiederum in § 1 Abs. 5 SchulG-SN konkretisiert. Danach sollen Schüler nach Nr. 5 u. a. lernen, *„Freude an der Bewegung und am gemeinsamen Sport und Spiel zu entwickeln, [...] sich gesund zu ernähren und gesund zu leben“*.

nn. Sachsen-Anhalt

.....

In Sachsen-Anhalt ist die Schulbehörde nach § 38 Abs. 1 SchulG-ST sogar ausdrücklich „verpflichtet, Maßnahmen der Gesundheitspflege und Prävention vorzuhalten und entsprechende Voraussetzungen zu gewährleisten. Sie ist im Rahmen des Bildungs- und Erziehungsauftrages [zudem auch] zuständig für die Suchtprävention.“ Im Rahmen ihrer Aufgaben haben die Schulen nach § 1 Abs. 4a S. 1 SchulG-ST „mit den Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe [...] zusammen[zuarbeiten]“. Nach § 1 Abs. 4b S. 1 SchulG-ST ergänzt die „Schulsozialarbeit [...] den schulischen Alltag [...] und] öffnet Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern neue Zugänge zu Unterstützungsangeboten und erweitert ihre präventiven, integrativen und kurativen Handlungsmöglichkeiten. Die Schulen arbeiten im Rahmen der Schulsozialarbeit mit anerkannten Einrichtungen der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe zum Schutz des Kindeswohls zusammen.“

oo. Schleswig-Holstein

.....

Auch das SchulG-SH enthält keine Verweise auf den Bereich der Gesundheitsförderung und/oder Prävention. Immerhin erwähnt § 4 Abs. 12 S. 1 SchulG-SH, dass Schulen „vorbildhaft dazu bei[zutragen haben], Schülerinnen und Schüler zu einer Lebensführung ohne Abhängigkeit von Suchtmitteln zu befähigen“. Nach § 3 Abs. 3 S. 1 SchulG-SH sollen sich Schulen „gegenüber ihrem Umfeld öffnen und insbesondere mit den Trägern der Kindertageseinrichtungen und der Jugendhilfe, den Jugendverbänden, den Migrationsfacheinrichtungen sowie mit anderen Institutionen im sozialen Umfeld von Kindern und Jugendlichen kooperieren“.

pp. Thüringen

.....

In Thüringen ist die Schulsozialarbeit sowohl im Landesschulgesetz als auch im Ausführungsgesetz zum SGB VIII verankert. Nach § 35a SchulG-TH können zur Unterstützung des Bildungs- und Erziehungsauftrags der Schule in allen Schularten und Schulformen Schulsozialarbeiter der Träger der öffentlichen Jugendhilfe oder der freien Jugendhilfe tätig werden. Für die Aufgabenbestimmung der Schulsozialarbeit verweist die Norm zum einen auf das SGB VIII zurück und nimmt damit letztlich wiederum die oben genannten Ziele von § 1 Abs. 3 SGB VIII, die nach hier vertretenem Verständnis auch das gesunde Aufwachsen umfassen, in den Blick. Zum anderen verweist die Vorschrift auf die Bestimmungen des AG-SGB VIII-TH, das die Schulsozialarbeit in § 19a regelt. Dieser nennt die Gesundheitsförderung und -prävention nicht ausdrücklich, sondern formuliert als Auftrag der Schulsozialarbeit die Verpflichtung, „mit eigenen sozialpädagogischen Angeboten Schulen in der Umsetzung ihres

Bildungs- und Erziehungsauftrages zu unterstützen, um junge Menschen, die zum Ausgleich ihrer sozialen Benachteiligung oder zur Überwindung individueller Beeinträchtigung in erhöhtem Maße auf Unterstützung angewiesen sind, in ihrer individuellen, sozialen, schulischen und beruflichen Entwicklung zu fördern, dazu beizutragen, Bildungsbenachteiligungen zu vermeiden und abzubauen sowie Erziehungsberechtigte und Lehrer in sozialpädagogischen Fragen zu beraten“.

Das Ziel der gesundheitsbezogenen Prävention kann hier zum einen bereits implizit in der Pflicht zur Beratung der Erziehungsberechtigten oder in der Verhinderung von Bildungsbenachteiligungen verortet werden. Zum anderen verlangt § 47 Abs. 1 SchulG-TH von den Schulen ausdrücklich, dass diese *„durch geeignete Maßnahmen die Gesundheitsförderung [...] unterstützen“*. Diese haben zudem *„ein umfassendes ganzheitliches Konzept zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise [zu entwickeln]. Die in den Lehrplänen festgeschriebenen Bildungsinhalte zur Gesundheitsförderung sind [dabei] fächerübergreifend und über den Unterricht hinaus zu vermitteln. Gesunde Lebensweise ist an jeder Schule aktiv zu gestalten. Der Suchtprävention ist dabei ein besonderer Stellenwert einzuräumen.“* Zusätzlich ist nach § 47 Abs. 3 SchulG-TH ein schulisches *„Konzept zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise [... erforderlich und] von den Schulen regelmäßig auf seine Wirksamkeit zu überprüfen und fortzuschreiben.“* Zudem müssen die Schulen nach § 55a Abs. 1 S. 1 SchulG-TH auch in Thüringen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben – und damit auch solchen im Bereich der Gesundheitsförderung – *„mit den Jugendämtern und den Trägern der freien Jugendhilfe zusammen[arbeiten]. ... Sie] stimmen sich insbesondere bei schulbezogenen Jugendhilfemaßnahmen mit diesen ab und entwickeln hierfür geeignete Kooperationsstrukturen“*.

Speziell für die Schulsozialarbeit wird die Zielstellung der Gesundheitsförderung zudem in den *Empfehlungen Schulsozialarbeit* des Thüringer Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport aus dem Jahr 2024 expliziert. Nach deren Ziff. 5.2 zählt die Durchführung *„von Präventionsangeboten für junge Menschen, z. B. in den Bereichen Gesundheit, [...] Medien, Sexualität, Sucht [... und] Gewalt“* zu den Aufgabenfeldern der Schulsozialarbeit.

c. Schulsozialarbeit im Präventionsleitfaden

Zu berücksichtigen ist auch, dass es sich beim Setting „Schule“ um eine der von § 20a SGB V adressierten Lebenswelten handelt.²⁶¹ Die Schulsozialarbeit sollte daher – insbesondere dort, wo ihr die Gesundheitsförderung nach landesrechtlichen Vorschriften als Aufgabe zugewiesen wird – in die Entwicklung von Konzepten zur Gesundheitsförderung in der Lebenswelt „Schule“ eingebunden sein. Dies entspricht auch dem Förderkriterium *„Partizipation“* nach dem GKV-Leitfaden *Prävention*, der eine aktive Einbindung *„weiterer Beteiligter“*

261 GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, 2024, <https://t1p.de/2zww9> (abgerufen am 4.8.2025), S. 24.

verlangt.²⁶² Sachgerecht wäre es in diesem Zusammenhang allerdings, in Kap. 4 des Präventionsleitfadens („*Gesundheitsfördernde Schule*“) die Rolle der Schulsozialarbeit ausdrücklich zu benennen. In der bisherigen Fassung wird „nur“ auf die Umsetzungsverantwortung von Schulleitungen und Lehrenden verwiesen.²⁶³

5. Gesundheitsförderung im Rahmen des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes nach § 14 SGB VIII

.....

Anknüpfungspunkte für eine Verankerung der Gesundheitsförderung als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe bietet auch der erzieherische Kinder- und Jugendschutz nach § 14 SGB VIII.²⁶⁴ Dessen Maßnahmen sollen gemäß § 14 Abs. 2 SGB VIII junge Menschen einerseits dazu befähigen, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen, und sie zu Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Eigenverantwortlichkeit sowie Verantwortung gegenüber ihren Mitmenschen führen. Andererseits sollen Eltern und andere Erziehungsberechtigte besser dazu befähigt werden, Kinder und Jugendliche vor gefährdenden Einflüssen zu schützen. Dem erzieherischen Kinder- und Jugendschutz kommt dabei „*Aufgabe zu, Gefährdungen von Kindern und Jugendlichen vorzubeugen bzw. entgegenzuwirken und durch Information, Beratung und erzieherische Impulse positive Akzente in der Sozialisation zu setzen*“²⁶⁵. Der § 14 SGB VIII hat insofern eine „*präventive Ergänzungsfunktion*“²⁶⁶ gegenüber dem JuSchG und dem JArbSchG. Sein Wortlaut verzichtet auf eine Konkretisierung der adressierten Gefahren und ermöglicht somit „*sehr flexible Handlungsmöglichkeiten, insbesondere auch mit Blick auf neu auftauchende Gefährdungstatbestände innerhalb dynamischer gesellschaftlicher und technischer Transformationen*“²⁶⁷. § 14 SGB VIII erfasst daher auch den Schutz vor Gesundheitsrisiken in Form von „*erzieherische[r] Aufklärung und soziale[r] Kompetenzbefähigung*“²⁶⁸. Da diese Maßnahmen nach § 14 Abs. 2 SGB VIII sowohl an die jungen Menschen als auch an deren Eltern und andere Erziehungsberechtigte gerichtet sind, ist die Vorschrift sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen konstruiert.

262 GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, 2024, <https://t1p.de/2zww9> (abgerufen am 4.8.2025), S. 27.

263 GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, 2024, <https://t1p.de/2zww9> (abgerufen am 4.8.2025), S. 46.

264 Vgl. Luthé, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB IX, Stand v. 4.6.2025, § 3, Rn. 8.

265 BT-Drs. 11/5948, S. 56.

266 Buchholz-Schuster, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.8.2024, § 14 SGB VIII, Rn. 1.

267 Buchholz-Schuster, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.8.2024, § 14 SGB VIII, Rn. 1.

268 Schrueth, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 13, Rn. 9.

Bereits in den Materialien zur Einführung von § 14 SGB VIII wird der Gesundheitsbezug der Vorschrift deutlich. Genannt wird dort ausdrücklich „die Gesundheitsgefährdung durch Suchtprobleme oder durch Infizierung mit dem HIV-Virus“²⁶⁹, der nicht nur repressiv begegnet werden könne. Nochmals bekräftigt und zugleich verallgemeinert wurde dieses Verständnis durch den 11. Kinder- und Jugendbericht aus dem Jahr 2002: „Die Konzeption eines ‚erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes‘ in § 14 KJHG lässt sich mühelos für den Bereich der Gesundheitsförderung ausbuchstabieren, denn sie betont neben der Gefahrenabwehr die Eigenverantwortlichkeit und die Mitverantwortlichkeit für andere. Jugendschutz als Gesundheitsschutz im Sinne der Kinder- und Jugendhilfe muss also so verstanden werden, dass die Kinder- und Jugendhilfe Angebote für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien vorsieht.“²⁷⁰ Nachfolgend hat auch die Jugendministerkonferenz in ihren Beschlüssen aus dem Jahr 2005 diese Position bekräftigt.²⁷¹ Das rechtswissenschaftliche Schrifttum²⁷² geht ebenso von einer Verankerung des Ziels der Gesundheitsförderung im Rahmen von § 14 SGB VIII aus und verweist dazu u. a. auf Risiken durch „Falsch- und Fehlernährung“²⁷³, „Ess-Störungen“²⁷⁴, „Übergewicht“²⁷⁵, „mangelnde Bewegung“²⁷⁶ sowie „exzessive sportliche Betätigung“²⁷⁷ und den „Umgang mit Alkohol“²⁷⁸.

Die Gesundheitsförderung als Ausprägung des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes findet sich auch in einer Reihe von Landesausführungsgesetzen zum SGB VIII wieder. So sollen z. B. nach § 20 Abs. 2 S. 1 AG-SGB VIII-TH (Kinder- und Jugendschutz) „schwangerere Frauen, werdende Mütter und Väter, Mütter und Väter sowie Personensorgeberechtigte [...] frühzeitig bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung für die Pflege, Bildung und Erziehung ihrer Kinder unterstützt [...] und Risiken für das gesunde Aufwachsen von Kindern [...] rechtzeitig begegnet“ werden. Dazu sollen nach § 20 Abs. 2 S. 2 AG-SGB VIII-TH insbesondere „die zur Vermeidung von Überforderung und Fehlverhalten sowie zur Bewältigung besonderer Belastungen oder individueller Beeinträchtigungen der Schwangeren und der Personensorgeberechtigten erforderlichen Beratungen und Hilfen [...] möglichst frühzeitig und niedrigschwellig angeboten

269 BT-Drs. 11/5948, S. 56.

270 BT-Drs. 14/8181, S. 227.

271 Jugendministerkonferenz, Beschl. v. 12./13.5.2005, Kinder und Gesundheit, Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe, FORUM Jugendhilfe 3/2005, S. 32 f.

272 Schürmann, in: Möller (Hrsg.), PK-SGB VIII, 3. Aufl. 2023, § 14, Rn. 4; Wiesner/Wapler/Struck, 6. Aufl. 2022, SGB VIII § 14 Rn. 7A; Weitzmann/Schäfer, in: Münder/Meysen/Trenczek (Hrsg.), SGB VIII, 9. Aufl. 2022, § 14, Rn. 4; Rothenburg, Zentralblatt für Jugendrecht 2001, 317 (324).

273 Rothenburg, Zentralblatt für Jugendrecht 2001, 317 (324).

274 Struck, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 14 SGB VIII, Rn. 7a.

275 Struck, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 14 SGB VIII, Rn. 7a.

276 Struck, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 14 SGB VIII, Rn. 7a.

277 Struck, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 14 SGB VIII, Rn. 7a.

278 Schürmann, in: Möller (Hrsg.), PK-SGB VIII, 3. Aufl. 2023, § 14, Rn. 4.

werden“. Noch deutlicher wird insoweit § 24 Abs. 2 KJFFöG-HB, der „körperliche, psychische und sexuelle Gewalt“, „Drogen- und Suchtprobleme“ sowie ausdrücklich auch den „Umgang mit Gesundheitsrisiken“ zu den Problemfeldern des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes zählt, zu denen zielgruppenspezifische Angebote und Maßnahmen vorzuhalten sind.

6. Gesundheitsförderung als Element der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie

.....

a. Gesundheitsförderung durch Familienbildung nach § 16 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB VIII

.....

Das Konzept der Gesundheitsförderung ist auch in der Familienbildung nach § 16 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB VIII verankert. Dazu zählen grundsätzliche gesundheitsbezogene Informationen ebenso wie solche, die zwar prima facie andere Fragestellungen betreffen, letztlich aber erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Familie entfalten können. Zur letztgenannten Gruppe gehören z. B. Informationen zu Ernährung und zur Körperpflege oder zum Umgang mit Suchtproblematiken.²⁷⁹ Zumindest mittelbar gilt dies aber auch für ökonomische Fragestellungen, die z. B. Armut, Arbeitslosigkeit und Verschuldung (sowie die Möglichkeit des Erhalts korrespondierender Leistungen) betreffen, die wiederum indirekte Gesundheitsrisiken für die Familie und damit auch für die in dieser lebenden Kinder und Jugendlichen begründen können.

Ausdrücklich angesprochen wird die Gesundheit in dem durch das Präventionsgesetz in § 16 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB VIII eingefügten²⁸⁰ Zusatz, nach dem „die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz [zu] stärken“ sind.²⁸¹ Dieser dient nach der Vorstellung des Gesetzgebers ausdrücklich einer verhältnispräventiven Intention: „Die Familie [... sei] prägend für das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen. Damit Eltern ihre Verantwortung für die Gesundheit ihrer Kinder wahrnehmen können, [... bedürfe] es einer stärkeren Förderung der gesundheitsbezogenen Elternkompetenz auch durch Bildung und Beratung.“²⁸² Dabei solle eine „Kooperation mit den Krankenkassen angestrebt werden, die das Ziel der Gesundheitsförderung insbesondere mit Leistungen zur Prävention in Lebenswelten nach § 20a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

279 Vgl. dazu Winkler, in: Rolf/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.12.2024, § 16 SGB VIII, Rn. 4 f.

280 BGBl. I 2015, S. 1368.

281 Vgl. dazu ausführlich bei Krüger/Schröder, JAmt 2020, 7 ff.

282 BT-Drs. 18/4282, S. 46.

unterstützen.²⁸³ In den Materialien zum PräVG wies der Gesetzgeber – unter Berufung auf die WHO – ausdrücklich auf die Relevanz eines möglichst frühzeitigen Ansatzes hin: *„Je früher im Lebensverlauf Gesundheitsförderung und Prävention begonnen werde[...], desto eher [... seien] Risikofaktoren wie mangelnde Bewegung, unausgewogene Ernährung, Übergewicht, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum und chronische Stressbelastungen [... zu beeinflussen] und desto eher [... könne] die Wahrscheinlichkeit des Auftretens insbesondere vieler chronischer und psychischer Krankheiten gesenkt werden.“*²⁸⁴ Daher sei es *„besonders wichtig, auch die Familien in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken, um ein gesundes Aufwachsen schon in der frühen Kindheit aktiv zu befördern und über die verschiedenen Lebensphasen hinweg zu unterstützen“*²⁸⁵.

Durch das KJSG erfuhr die bisherige Ausrichtung von § 16 SGB VIII auf den Bereich der Gesundheit eine nochmalige Stärkung,²⁸⁶ indem nun auch nach der Zielbestimmung des § 16 Abs. 1 S. 2 SGB VIII der Beitrag zum Kompetenzerwerb von Familien *„in Fragen von [...] Gesundheit“* hervorgehoben wurde. Zwar fehlt es der zugehörigen Gesetzesbegründung an einer expliziten Bezugnahme auf den neu aufgenommenen Gesundheitsbegriff, die Kompetenzbereiche sollen sich aber *„an den Anforderungen [orientieren], denen sich Eltern heute bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung [-] und auch Familien insgesamt [-] gegenübersehen. Mit [... der] Konkretisierung [... soll daher] die Verbindlichkeit der Verpflichtung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe zur Bereitstellung der allgemeinen Familienförderung erhöht“*²⁸⁷ werden. Die an dieser Stelle erfolgte Aufnahme des Begriffs der *„Gesundheit“*²⁸⁸ verdeutlicht also auch eine insgesamt gesteigerte Verantwortlichkeit der Jugendhilfe in diesem Bereich.

In Teilen des Schrifttums wird angemerkt, dass § 16 Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII zwar die *„Stärkung der Gesundheitskompetenz“* als Teil der Familienbildung, nicht jedoch die *„Gesundheitsbildung“* erfasse.²⁸⁹ Eine solche Unterscheidung erweist sich indes weder als praktikabel noch ist sie vollends mit dem Willen des Gesetzgebers zu vereinbaren. Zumindest die Materialien zur Änderung von § 16 Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII durch das PräVG sprechen schließlich ausdrücklich von einer *„Förderung der gesundheitsbezogenen Elternkompetenz auch durch Bildung und Beratung“*²⁹⁰. Der Einwand überzeugt daher nur insoweit, als die gesundheitliche Bildung nicht losgelöst vom Ziel der Förderung der Erziehung in der Familie sein darf. Entscheidend ist demnach, dass die gesundheitsorientierte Bildungsmaßnahme der *„Aktivierung von*

283 BT-Drs. 18/4282, S. 46.

284 BT-Drs. 18/4282, S. 21.

285 BT-Drs. 18/4282, S. 21.

286 BGBl. I 2021, S. 1444 (1447).

287 BT-Drs. 19/26107, S. 80.

288 BT-Drs. 19/26107, S. 17.

289 Tammen, in: Münder/Meysen/Trenczek (Hrsg.), SGB VIII, 9. Aufl. 2022, § 16, Rn. 7.

290 BT-Drs. 18/4282, S. 46.

familiären Ressourcen und [der] Stärkung vorhandener Kompetenzen (Eltern-Empowerment)²⁹¹ dient. Übertragen auf den Bereich der Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass „Gesundheitsressourcen ausgebaut sowie die Kompetenzen der Eltern in ihrem Gesundheitsverhalten und in der Erziehung verbessert werden“²⁹² müssen. Kommt es trotz dieser Abgrenzung zu Überschneidungen mit anderen Leistungsgesetzen, sind diese durch die Grundsätze des § 10 SGB VIII aufzulösen.

Eine zusätzliche landesrechtliche Konkretisierung der gesundheitsbezogenen Familienbildung findet sich z. B. in § 17 Abs. 2 AG-SGB VIII-RP. Danach soll die „Familienbildung [...] insbesondere dazu beitragen, [...] die gesunde Entwicklung der Kinder zu fördern und [...] positive Entwicklungsbedingungen für junge Menschen“ zu schaffen.

b. Gesundheitsförderung als Teil der Familienberatung nach § 16 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB VIII

Zu den im Gesetz ausdrücklich genannten Leistungen zur Förderung der Erziehung in der Familie zählt nach § 16 Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII auch die Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen. Diese Leistung ist von der Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII insoweit abzugrenzen, als die Familienberatung tatbestandlich keinen Erziehungsbedarf voraussetzt.²⁹³ Sie ist zudem – anders als die Beratung nach den §§ 17 und 18 SGB VIII, die ebenfalls Bezugspunkte zum Bereich „Gesundheit“ aufweisen – nicht auf bestimmte Themenfelder begrenzt.²⁹⁴

Im Kontext dieser Untersuchung ist besonders hervorzuheben, dass der Gesetzgeber mit der Einführung dieser Vorschrift verdeutlichen wollte, „daß die Erziehungsberatung wichtige Funktionen im präventiven Bereich hat“²⁹⁵. Sie dient der „Früherkennung schädigender Faktoren beim Einzelnen und im sozialen Umfeld [...] und zählt damit zu den zentralen] Aufgaben im Sinne präventiver KJHilfe“²⁹⁶. Als gesundheitsbezogene Bereiche der Familienberatung werden im rechtswissenschaftlichen Schrifttum beispielsweise Suchprävention, Mediennutzung, Resilienzförderung und Sexualität genannt.²⁹⁷

291 C. Schmidt, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 16 SGB VIII, Rn. 14.

292 Zilch, in: Möller (Hrsg.), PK-SGB VIII, 3. Aufl. 2023, § 16, Rn. 11.

293 Telscher, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 16, Rn. 81; Winkler, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 76. Ed. v. 1.6.2025, § 78c SGB VIII, Rn. 8a.

294 Winkler, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 76. Ed. v. 1.6.2025, § 78c SGB VIII, Rn. 8a.

295 BT-Drs. 11/6748, S. 81.

296 Struck, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 16 SGB VIII, Rn. 34.

297 C. Schmidt, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 16 SGB VIII, Rn. 35; Telscher, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 16, Rn. 82.

c. Gesundheitsförderung durch Angebote der Familienfreizeit und der Familienerholung nach § 16 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB VIII

.....

Ebenso wie die Kinder- und Jugenderholung nach § 11 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII sind auch Angebote der Familienfreizeit und der Familienerholung nach § 16 Abs. 2 Nr. 3 SGB VIII bedeutsam für die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen.²⁹⁸ Als Sonderfall der Leistung zur Förderung der Erziehung in der Familie müssen die Familienfreizeit oder Familienerholung allerdings ebenfalls dieser Zielrichtung folgen. Sie richten sich zudem insbesondere an Familien in belastenden Familiensituationen. Dienen die Maßnahmen dagegen primär einem medizinischen Zweck, gelten die zur Kinder- und Jugenderholung getroffenen Aussagen zur Zuständigkeit und zum Nachrangverhältnis entsprechend.²⁹⁹

d. Gesundheitsförderung im Rahmen vernetzter Förderung der Erziehung in der Familie nach § 16 Abs. 2 S. 2 SGB VIII

.....

Angelehnt an das in § 1 Abs. 4 KKG für Frühe Hilfen verankerte Konzept der koordinierten Angebote im Sozialraum betont § 16 Abs. 2 S. 2 SGB VIII i.d.F.d. KJSG³⁰⁰ dieses Prinzip nun auch im Leistungsbereich „Erziehung in der Familie“. Danach soll *„die Entwicklung vernetzter, kooperativer, niedrigschwelliger, partizipativer und sozialraumorientierter Angebotsstrukturen unterstützt werden“*. Das Gesetz betont somit die besondere Rolle der Familienförderung innerhalb von *„Präventionsketten für junge Menschen“*³⁰¹. Damit wird letztlich auch auf die §§ 20 und 20a SGB V verwiesen,³⁰² die ihrerseits – unter anderem durch den Verweis auf *„kind- und jugendspezifische Belange“* in § 20 Abs. 1 S. 2 SGB V – eine inhaltliche Offenheit gegenüber den Themen des SGB VIII einfordern.

.....
298 Struck, in: Wiesner/Wapler (Hrsg.), Kinder- und Jugendhilfe, 6. Aufl. 2022, § 16 SGB VIII, Rn. 37.

299 So auch C. Schmidt, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 16 SGB VIII, Rn. 38.

300 BGBl. I 2021, S. 1444 (1447).

301 Meysen, in: Meysen/Lohse/Schönecker/Smessaert (Hrsg.), Das neue Kinder- und Jugendstärkungsgesetz, 2022, S. 115; zustimmend C. Schmidt, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 16 SGB VIII, Rn. 17.

302 C. Schmidt, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 16 SGB VIII, Rn. 17.

7. Gesundheitsförderung in der Kindertagesbetreuung

.....

a. Förderauftrag nach § 22 Abs. 3 S. 1 SGB VIII:

„soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung des Kindes“

.....

Eine gesetzliche Anknüpfung für die Verankerung des Ziels der Sicherstellung der Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen im Recht der Kinder- und Jugendhilfe könnte zudem auch in § 22 Abs. 3 S. 1 SGB VIII zu finden sein. Danach umfasst der Förderauftrag von Tageseinrichtungen für Kinder und der Kindertagespflege die Erziehung, Bildung und Betreuung des Kindes. Dabei bezieht er sich – im Sinne einer ganzheitlichen Perspektive –³⁰³ auf dessen soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung. Insbesondere die beiden letztgenannten Merkmale weisen zumindest begrifflich eine große Nähe zur Gesundheitsförderung und Prävention auf.

Ausweislich der Gesetzesmaterialien war das Ziel der durch das Tagesbetreuungsausbaugesetz³⁰⁴ von 2004 eingeführten Vorschrift die Schärfung des Förderauftrags aus § 22 Abs. 2 SGB VIII. Dies wurde damit begründet, dass *„in der praktischen Umsetzung [...] dem Bildungsauftrag [...] nicht immer die notwendige Aufmerksamkeit gewidmet“*³⁰⁵ werde. Daher wurden *„die einzelnen Elemente im Hinblick auf das in § 1 Abs. 1 [SGB VIII] normierte Förderungsziel der Kinder- und Jugendhilfe [...] stärker gewichtet. Dazu zählt insbesondere die Orientierung der pädagogischen Arbeit an den Interessen und Bedürfnissen des Kindes sowie an der konkreten Lebenssituation“*³⁰⁶. Dies verdeutlicht allerdings, dass der Gesetzgeber mit der exemplarischen Nennung der *„körperliche[n] und geistige[n] Entwicklung des Kindes“* in erster Linie den Grundsatz der Bedürfnisorientierung der Förderung betonen wollte. Dass dem aufgezählten Themenfeld *„Gesundheit“* dadurch eine hervorgehobene Stellung eingeräumt werden sollte, lässt sich daraus jedoch noch nicht ableiten. Die Vorschrift bekräftigt allerdings zumindest, dass das Ziel der (bedürfnisorientierten) Förderung nach § 1 Abs. 1 SGB VIII auch im Bereich der Kindertagesbetreuung leitend sein muss. Dies setzt wiederum die Schaffung *„positiver“* und damit – wie oben ausgeführt – auch *„gesunder“* Lebensbedingungen i. S. d. § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII voraus.

.....
303 Luthe/Nellissen, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 22, Rn. 34.

304 BGBl. I 2004, S. 3852.

305 BT-Drs. 15/3676, S. 31 f.

306 BT-Drs. 15/3676, S. 32 f.

Eine auf die Relevanz der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen bezogene Aussage des Gesetzgebers findet sich zudem auch in den Materialien zum KJSG. Dort begründet der Gesetzgeber die Notwendigkeit einer Überarbeitung von § 22 SGB VIII damit, dass die *„frühkindliche[...] Bildung [erhebliche Bedeutung] für die kindliche Entwicklung [habe und mit dieser ...] grundlegende Dispositionen für das spätere Lernverhalten und Persönlichkeitsstrukturen gelegt werden“*³⁰⁷. Daher könne *„eine [...] Auseinanderentwicklung von Grundvoraussetzungen für eine gedeihliche Entwicklung des Kindes und damit grundlegende Elemente des Förderauftrags öffentlich verantworteter Kindertagesbetreuung [...] nicht hingenommen werden. Zu diesen Grundvoraussetzungen gehöre[...] auch] eine gesunde Lebensweise und Lebenshaltung [...]“. Da die Berücksichtigung dieser Grundlagen [...] in der Ausgestaltung des Förderauftrags mit den zentralen Elementen der Gesundheitsförderung [...] in den Ländern und Kommunen erhebliche Unterschiede [...] aufweise, sei die durch das KJSG vorgenommene] Konkretisierung [...] von § 22 SGB VIII] zwingend erforderlich“*³⁰⁸.

Nochmals deutlicher als im Normtext des bundesrechtlichen § 22 Abs. 3 S. 1 SGB VIII wird dies in den Vorschriften zur Konkretisierung des Förderauftrags in einigen Landes-KitaG betont. So verlangt z. B. § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 KitaG-SN im Rahmen des ganzheitlichen Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrags die *„Befähigung zu einer gesunden Lebensführung sowie die Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins, insbesondere in Bezug auf hygienisches Verhalten, Körperpflege und Mundgesundheit, gesunde Ernährung und Bewegung“*.

b. Sicherstellung bedarfsgerechter ausgewogener und nachhaltiger Verpflegung nach fachlich anerkannten Qualitätsstandards sowie ausreichender Bewegung in der Kindertagesbetreuung nach § 2 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 KiQuTG

Außerhalb des SGB VIII findet sich das von § 22 Abs. 3 S. 1 SGB VIII zumindest angedeutete – und in § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 Alt. 1 SGB VIII nochmals bekräftigte – Ziel der Gesundheitsförderung in der Kindertagesbetreuung auf bundesrechtlicher Ebene auch noch im KiTa-Qualitäts- und -Teilhabeverbesserungsgesetz (KiQuTG). Dieses zielt nach § 1 Abs. 1 KiQuTG darauf ab, *„durch zusätzliche Maßnahmen die Qualität frühkindlicher Bildung, Erziehung und Betreuung in der Kindertagesbetreuung bundesweit weiterzuentwickeln und die Teilhabe in der Kindertagesbetreuung zu verbessern [...] und dadurch einen] Beitrag zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse für das Aufwachsen von Kindern im Bundesgebiet und zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf“* zu leisten. Darüber hinaus verfolgt der Gesetzgeber mit dem KiQuTG die Absicht, *„nachhaltig und*

307 BT-Drs. 19/26107, S. 54.

308 BT-Drs. 19/26107, S. 54.

dauerhaft die Qualität der frühen Bildung, Erziehung und Betreuung in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege bundesweit weiterzuentwickeln und bestehende Unterschiede zwischen den Ländern anzugleichen³⁰⁹. Zu diesem Zweck sind Maßnahmen zu ergreifen, die sich im Rahmen spezifischer (durch die Länder wählbarer) Handlungsfelder bewegen. Diese werden in § 2 Abs. 1 KiQuTG abschließend aufgezählt. In seiner von 2019 bis 2022 geltenden Ursprungsfassung sah § 2 S. 1 Nr. 6 KiQuTG „Maßnahmen und ganzheitliche Bildung in den Bereichen kindliche Entwicklung, Gesundheit, Ernährung und Bewegung fördern“³¹⁰ als eigenständiges Handlungsfeld vor. Damit wurde ausdrücklich das „Prinzip der ganzheitlichen Förderung“³¹¹ in den Tageseinrichtungen adressiert, das in Anlehnung an den „Gemeinsamen Rahmen der Länder für die frühe Bildung in Kindertageseinrichtungen“ (Beschluss der Jugendministerkonferenz v. 13./14.5.2004 sowie Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 3./4.6.2004) u. a. auch darauf abzielt, „das Kind[er lernen ...], Verantwortung für [...ihr] körperliches Wohlbefinden und [... ihre] Gesundheit zu übernehmen“³¹². Es bedürfte daher „einer Definition der damit verbundenen Anforderungen an die Einrichtungen und die pädagogische Arbeit der Fachkräfte. Pädagogische Fachkräfte sollten im Rahmen ihrer Ausbildung zudem auf die Umsetzung der Gesundheitsförderung und der Vermittlung von Ernährungskompetenz adäquat vorbereitet werden.“³¹³ Bemerkenswert ist, dass die Gesetzesbegründung hinsichtlich der Gestaltung der Maßnahmen und Qualitätskriterien exemplarisch auf die „Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit“³¹⁴ sowie auf die bisherige Unterstützung der BzGA beim Auf- und Ausbau von Strategien zur Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Kita verweist. Als zentrale Ansätze nennt der Gesetzgeber die herausragende Bedeutung der kindlichen Bewegung und der Verpflegung in den Tageseinrichtungen.³¹⁵ Vom Handlungsfeld „Gesundheit, Ernährung und Bewegung“ nach § 2 S. 1 Nr. 6 KiQuTG a. F. sollten daher „Maßnahmen erfasst [werden], die Gesundheitsförderung als Querschnittsthema, unter Berücksichtigung der Regelungen des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) und den vereinbarten Bundesrahmenempfehlungen und den daran orientierten Landesrahmenvereinbarungen[316], im pädagogischen Alltag verankern, die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern im Bereich Bildung und Gesundheit weiterentwickeln [... und] eine qualitativ hochwertige, gesunde und ausgewogene Ernährung [... sowie] eine ausreichende Bewegungsförderung sicherstellen.“³¹⁷

309 BT-Drs. 19/4947, S. 1.

310 Vgl. BGBl. I 2018, S. 2696.

311 BT-Drs. 19/4947, S. 23.

312 BT-Drs. 19/4947, S. 23.

313 BT-Drs. 19/4947, S. 23.

314 BT-Drs. 19/4947, S. 23.

315 BT-Drs. 19/4947, S. 23.

316 Vgl. dazu Böhm/Klünner, Gesundheitswesen 2019, 1004 ff.

317 BT-Drs. 19/4947, S. 23.

Mit der Trias „Gesundheit, Ernährung und Bewegung“ hat der Gesetzgeber des KiQuTG dem Themenfeld „Gesundheit“ zunächst eine zentrale Rolle innerhalb der Förderung in der Kindertagesbetreuung eingeräumt. Allerdings wurde dieser Bereich durch das *Dritte Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung* zum 1.1.2025 auf die Sicherstellung einer *„bedarfsgerechte[n], ausgewogene[n] und nachhaltige[n] Verpflegung [-] entsprechend [den] fachlich anerkannten Qualitätsstandards [-] und ausreichende[n] Bewegung“*³¹⁸ reduziert. Obwohl der Gesetzgeber diese Modifizierung des Handlungsfelds als *„Fokussierung“*³¹⁹ bezeichnet, offenbart die Gesetzesbegründung, dass es sich dabei nicht nur um eine sprachliche Anpassung handelt. Vielmehr sei das *„Handlungsfeld [...] in seiner bisherigen Ausgestaltung sehr weit gefasst [gewesen] und [habe ...] vielfältige Maßnahmen der Länder [erlaubt], die auf die unterschiedlichste Art und Weise zur Gesundheitsförderung in der Kindertagesbetreuung beitragen können. Dieses breite Maßnahmenpektrum [... sei aber] nur bedingt geeignet [gewesen], zur Angleichung der Qualität zwischen den Ländern in diesem Bereich beizutragen“*³²⁰. Die *„übrigen Aspekte von Gesundheitsförderung“*³²¹ außerhalb von Bewegung und Ernährung wurden damit bewusst aus dem KiQuTG ausgeklammert, seien aber als *„ländereigene Maßnahmen jenseits der Verträge zum KiQuTG [...] weiterhin möglich“*³²².

Die Wirkung dieser Änderung dürfte primär deklaratorischer Natur sein, finanziell jedoch gering ausfallen. Schließlich wurde das Handlungsfeld „Gesundheit, Ernährung und Bewegung“ von den Ländern auch schon bisher nur sehr zurückhaltend gewählt.³²³ Sie birgt allerdings die Gefahr, dass die Streichung der generellen „Gesundheitsförderung“ aus den wählbaren Handlungsfeldern des KiQuTG den Eindruck vermittelt, der Gesetzgeber habe sich per se gegen eine zentrale Verantwortung der Kindertagesbetreuung in diesem Bereich ausgesprochen. Hier ist es wichtig zu betonen, dass die Anpassung der Vorschrift einer Parallelisierung der Förderung durch die Bundesländer und damit der bundesweiten Angleichung des Rechtszustands dienen sollte, ohne dass daraus eine grundsätzliche Beschränkung der Aufgabe „Gesundheitsförderung“ innerhalb der Kindertagesbetreuung abzuleiten ist.

318 BGBl. I 2024, Nr. 361, S. 2.

319 BT-Drs. 20/12771, S. 38.

320 BT-Drs. 20/12771, S. 38.

321 BT-Drs. 20/12771, S. 39.

322 BT-Drs. 20/12771, S. 39.

323 Vgl. Meiner-Teubner/Klinkhammer (Hrsg.), Länderberichte III des Monitorings zum KiQuTG, 2023, S. 9; Ein Beispiel ist die *Förderrichtlinie KiQuTG – Handlungsfeld 6 Gesundheitsförderung-BE v. 16.3.2022*, Brem.ABl. 2022, S. 228.

c. Gesundheitsförderung durch Kopplung des Zugangsanspruchs an präventives Verhalten (§ 20 Abs. 8 S. 1, Abs. 9 sowie § 34 Abs. 10a IfSG, § 24 SGB VIII)

.....

In § 24 SGB VIII ist der Zugang zu einem Betreuungsplatz in einer Kindertageseinrichtung oder in der Kindertagespflege als Rechtsanspruch ausgestaltet.³²⁴ Nach § 20 Abs. 8 S. 1 IfSG müssen allerdings alle Personen, die in einer solchen Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 Nr. 1 und 2 IfSG betreut werden, entweder über einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern verfügen, oder ab der Vollendung des ersten Lebensjahres eine Immunität gegen Masern aufweisen. Das Vorliegen dieser verfassungskonformen³²⁵ Voraussetzung ist der Leitung der jeweiligen Einrichtung vor Beginn der Betreuung gemäß § 20 Abs. 9 IfSG nachzuweisen. Auf diese Weise schafft das Normengefüge aus SGB VIII und IfSG einen Anreiz zu präventivem Verhalten in Form von Schutzimpfungen.³²⁶

Neben der Immunitätspflicht besteht nach § 34 Abs. 10a S. 1 IfSG die Verpflichtung, dass die Personensorgeberechtigten *„bei der Erstaufnahme [ihres Kindes] in eine Kindertageseinrichtung [...] gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen [haben], dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. [...] Wird] der Nachweis nicht erbracht [...], benachrichtigt die Leitung der Kindertageseinrichtung [nach § 34 Abs. 10a S. 2 IfSG] das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, und übermittelt dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben. [In diesem Fall kann] das Gesundheitsamt [...] die Personensorgeberechtigten [nach § 34 Abs. 10a S. 3 IfSG] zu einer Beratung laden.“* Gemäß § 34 Abs. 10a S. 4 IfSG bleiben weitergehende landesrechtliche Regelungen unberührt. Solche finden sich z. B. in § 7 Abs. 1 S. 5 KitaG-SN (Erstreckung auf Kindertagespflegestellen) und § 18 Abs. 1 S. 2 KigaG-TH. Darüber hinaus sehen einige landesrechtliche Vorschriften einen vergleichbaren Mechanismus (z. B. § 7 Abs. 1 S. 2 und 3 KitaG-SN und § 18 Abs. 1 KIFöG-ST) bzgl. der Nachweispflicht über die Durchführung der nach der Kinder-Richtlinie des G-BA vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen bei Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung oder in die Kindertagespflege vor.

.....
 324 Vgl. dazu BVerwG, Urt. v. 26.10.2017 – 5 C 19/16, NJW 2018, 1489 ff. = BVerwGE 160, 212 ff.

325 BVerfG, Beschl. v. 21.7.2022 – 1 BvR 469/20, 1 BvR 470/20, 1 BvR 471/20, 1 BvR 472/20, NJW 2022, 2904 (2910 ff.) = BVerfGE 162, 378 ff.; zur Vereinbarkeit mit der EMRK vgl. EGMR, Urt. v. 8.4.2021 – 47621/13, NJW 2021, 1657 ff.

326 Kießling, Das Recht der öffentlichen Gesundheit, 2023, S. 72.

d. Die Gesetzliche Unfallversicherung als Partner bei der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kindertagesbetreuung

Als wichtiger Partner der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Gesundheitsförderung in der Kindertagesbetreuung erweist sich die Gesetzliche Unfallversicherung. Deren Aufgabe ist es nach § 1 Nr. 1 und § 14 Abs. 1 S. 1 SGB VII, „mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten“. Zu diesem Zweck können die Unfallversicherungsträger nach § 15 Abs. 1 S. 1 SGB VII „als autonomes Recht Unfallverhütungsvorschriften über Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren oder für eine wirksame Erste Hilfe erlassen, soweit dies zur Prävention geeignet und erforderlich ist und staatliche Arbeitsschutzvorschriften hierüber keine Regelung treffen“. Diese Bestimmungen sind sowohl für die Betroffenen als auch für die Versicherten verbindlich.³²⁷ Dabei ist zu berücksichtigen, dass das SGB VII den Unfallversicherungsschutz nicht nur auf die in den Betreuungseinrichtungen beschäftigten Personen (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 SGB VII), sondern nach § 2 Abs. 1 Nr. 8a SGB VII auch auf „Kinder während des Besuchs von Tageseinrichtungen, deren Träger für den Betrieb der Einrichtungen der Erlaubnis nach § 45 des Achten Buches oder einer Erlaubnis aufgrund einer entsprechenden landesrechtlichen Regelung bedürfen [und] während der Betreuung durch geeignete Tagespflegepersonen im Sinne von § 23 des Achten Buches“, erstreckt. Unfälle von Kindern in diesen Einrichtungen gelten somit nach § 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII als Arbeitsunfälle, sodass die Pflicht zur Gefahrverhütung nach § 1 Nr. 1 und § 14 Abs. 1 S. 1 SGB VII und die Möglichkeit zum Erlass von Unfallverhütungsvorschriften nach § 15 Abs. 1 S. 1 SGB VII auch diese Personengruppe erfasst. Neben den Unfallverhütungsvorschriften können die Unfallversicherungsträger auch noch sogenannte DGUV-Regeln erlassen. Diese sind im Gegensatz zu den Unfallverhütungsvorschriften nach § 15 Abs. 1 S. 1 SGB VII nicht unmittelbar verbindlich,³²⁸ sondern dienen als praktische Hilfestellung zur Umsetzung der Anforderungen aus europäischen, staatlichen oder autonomen Arbeitsschutzvorschriften. Nochmals unterhalb der DGUV-Regeln angesiedelt sind die sogenannten DGUV-Informationen. Diese „enthalten Hinweise und Empfehlungen, die die praktische Anwendung von Regelungen zu einem bestimmten Sachgebiet oder Sachverhalt erleichtern sollen und die z. B. für bestimmte Branchen, Tätigkeiten, Zielgruppen konkrete praxisgeeignete Maßnahmen im Bereich Sicherheit und Gesundheit vorstellen“³²⁹. Relevant ist in diesem Zusammenhang außerdem noch § 21 Abs. 1 SGB VII, nach dem nicht die Gesetzliche

327 Rieke, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.5.2023, § 15 SGB VII, Rn. 3.

328 Schmitt, in: Schmitt (Hrsg.), SGB VII, 4. Aufl. 2009, § 15, Rn. 8.

329 DGUV, DGUV Informationen und DGUV Grundsätze, <https://t1p.de/fto96> (abgerufen am 4.8.2025); ebenso bei Schmitt, in: Schmitt (Hrsg.), SGB VII, 4. Aufl. 2009, § 15, Rn. 10.

Unfallversicherung, sondern „*der Unternehmer [...] für die Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, für die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe verantwortlich*“ ist³³⁰ und daher auch sämtliche damit verbundene Kosten zu tragen hat.³³¹

aa. DGUV-Vorschrift 1 Grundsätze der Prävention

.....

Verbindlich – aber nicht spezifisch auf den Bereich der Kinderbetreuung ausgerichtet – ist die DGUV-Vorschrift 1 *Grundsätze der Prävention*.³³² Diese verpflichtet alle Unternehmer (und damit auch die Träger von Kindertageseinrichtungen), die Gefährdungen für die Beschäftigten und die Kinder zu ermitteln und zu bewerten, darauf aufbauend geeignete Maßnahmen zur Vermeidung und Verringerung dieser Gefährdungen im Hinblick auf Sicherheit und Gesundheit abzuleiten und deren Wirksamkeit zu überprüfen.

bb. DGUV-Vorschrift 82 Unfallverhütungsvorschrift Kindertageseinrichtungen

.....

Als wesentlich spezifischer erweist sich dagegen die DGUV-Vorschrift 82 *Unfallverhütungsvorschrift Kindertageseinrichtungen*. Diese wirkt nicht nur allgemein dem gesundheitsrelevanten Risiko von Unfällen entgegen, sondern gewährleistet zugleich verhältnispräventiv, dass Kindertagesstätten gesundheitsförderliche Abläufe und Strukturen in sicherer Weise in das Betreuungsfeld integrieren. Exemplarisch zu nennen ist hier § 24 DGUV-Vorschrift 82, der sich mit der Gestaltung von Räumen zur Bewegungserziehung befasst. Er stellt z. B. sicher, „*dass Fußböden und Wände so zu gestalten*“ sind und „*Spiel- und Sportgeräte so aufbewahrt*“ werden, „*dass sie Kinder nicht gefährden*“. Darüber hinaus verlangt die Vorschrift, dass bei der Benutzung von Sport- und Klettergeräten stoßdämpfende Materialien zu verwenden sind. Als weiteres Beispiel ist zudem auf § 18 DGUV-Vorschrift 82 zu verweisen. Danach sind „*Küchen, in denen Kinder bei der Zu- und Aufbereitung von Essen mithelfen, so zu gestalten, dass Kinder nicht gefährdet werden*“.

.....
330 Schmitt, in: Schmitt (Hrsg.), SGB VII, 4. Aufl. 2009, § 21, Rn. 3.

331 Ricke, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.5.2023, § 21 SGB VII, Rn. 3.

332 DGUV-Vorschrift 1, <https://t1p.de/10oqf> (abgerufen am 4.8.2025).

cc. DGUV-Regel 102-602 (Branche Kindertageseinrichtung)

Für den Bereich der Kindertageseinrichtungen ist außerdem die DGUV-Regel 102-602 (Branche Kindertageseinrichtung) von Bedeutung.³³³ Diese richtet sich vor allem an die Träger von Kindertageseinrichtungen und dient als praxisorientierte Handlungshilfe für den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kitas. Ziel der Regel ist es, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten, der betreuten Kinder sowie der ehrenamtlich Tätigen zu gewährleisten und dabei die gesetzlichen Anforderungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz branchenspezifisch umzusetzen. Sie behandelt die Grundlagen für Sicherheit und Gesundheit, die in allgemeingültige Vorgaben und spezifische Anforderungen für die Branche unterteilt sind. Für Kindertageseinrichtungen besonders relevant sind die Aspekte „kindgerechte Unterweisungen“, „Hygienestandards“, „Inklusion“, „Aufsichtspflicht“, „Umgang mit Medikamenten“ sowie die „Vorbildfunktion der pädagogischen Fachkräfte“. In der DGUV-Regel 102-602 werden die typischen Arbeitsbereiche und Tätigkeiten in der Kita – vom Bringen und Abholen der Kinder über den Aufenthalt im Gebäude und im Außengelände bis hin zu Bildungs-, Bewegungs- und Pflegeangeboten – angesprochen. Für jede dieser Situationen werden mögliche Gefährdungen aufgezeigt und konkrete Maßnahmen zur Prävention empfohlen. Auch die Gestaltung von Arbeitszeit, Pausen, Dokumentation und die Leitung der Einrichtung sind Gegenstand der DGUV-Regel.

Bezüglich der Gesundheitsförderung und Prävention zugunsten von Kindern ist hervorzuheben, dass die Regel darauf verweist, dass sich die betreuten Kinder *„in einer sensiblen Phase ihrer Entwicklung – auch in Bezug auf ihr Sicherheits- und Gesundheitsverhalten [– befinden]. In der frühen Kindheit erwerben sie elementare Voraussetzungen, um kompetent mit Risiken und Gefahren umzugehen, ihre Gesundheit zu erhalten und zu stärken. Deshalb sind in Kindertageseinrichtungen besondere präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen erforderlich.“*³³⁴ Aus der Regel lassen sich hierzu sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Anforderungen ableiten. Dazu zählt auch die ausdrücklich angesprochene Vorbildfunktion des pädagogischen Personals, da dieses „das präventive Verhalten der Kinder und ihre Aneignung von gesundheitsförderlichen und präventionsrelevanten Kompetenzen“ in einem „hohen Maße“ beeinflusst.³³⁵ Gleiches gilt für die Entwicklung von Risikokompetenzen der Kinder.³³⁶

333 DGUV-Regel 102-602, <https://t1p.de/ptg7p> (abgerufen am 4.8.2025).

334 DGUV-Regel 102-602, <https://t1p.de/ptg7p> (abgerufen am 4.8.2025), S. 12.

335 DGUV-Regel 102-602, <https://t1p.de/ptg7p> (abgerufen am 4.8.2025), S. 15.

336 DGUV-Regel 102-602, <https://t1p.de/ptg7p> (abgerufen am 4.8.2025), S. 15.

Darüber hinaus enthält die DGUV-Regel 102-602 eine Reihe von Empfehlungen zu einer gesundheitsförderlichen Gestaltung des Betreuungsumfelds. Sie befasst sich dabei u. a. mit gezielten Bewegungsangeboten, die einer förderlichen und zugleich sicheren baulichen Gestaltung bedürfen, hinreichendem Sonnenschutz, gesunder Ernährung, geeigneter Kleidung, dem Händewaschen, der Raumbelichtung und -belüftung sowie gesundheitsförderlichen Schlafbedingungen.³³⁷ Dabei wird hervorgehoben, dass die Räumlichkeiten „so zu gestalten [sind], dass sie den Grundbedürfnissen der Kinder entsprechen – also Raum zum Spielen, Toben und Bewegen, Ruhen und Schlafen, Ausprobieren und Experimentieren geben“³³⁸. Die Regel enthält auch Hinweise zu den Außenanlagen, die z. B. so zu gestalten sind, dass sie „die Wahrnehmung und Koordination der Kinder herausforder[n ... und] zur körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung der Kinder bei[tragen]“³³⁹. Hervorzuheben ist zudem das Gebot der inklusiven baulichen Gestaltung,³⁴⁰ das einen Beitrag zur Schaffung gesundheitsförderlicher Betreuungsbedingungen für alle Kinder leistet.

dd. DGUV-Information 202-100 Fachkonzept *Frühe Bildung mit Sicherheit und Gesundheit fördern – Prävention und Gesundheitsförderung in der guten gesunden Kindertageseinrichtung*

Neben den genannten Unfallverhütungsvorschriften und der branchenspezifischen DGUV-Regel 102-602 existiert mit dem Fachkonzept *Frühe Bildung mit Sicherheit und Gesundheit fördern* auch noch eine einschlägige DGUV-Information. Bei dieser handelt es sich aber weder um eine verbindliche Vorschrift noch um eine regelungsinterpretierende Bestimmung, sodass nachfolgend auf eine Darstellung der inhaltlichen Details verzichtet wird. Aus deren Inhalt hervorzuheben ist allerdings der Umstand, dass sich die DGUV-Information 202-100, anders als die vorgenannten Werke, auch mit Fragen der Kooperation und Vernetzung beschäftigt. Dies betrifft z. B. die folgende Aussage: „Mit Blick auf ihren gesetzlichen Auftrag müssen für die Unfallversicherungsträger die Kooperation und Vernetzung zentrale Bestandteile ihrer präventiven Handlungsstrategie sein, wenn sie ihrer Präventionsarbeit in Kindertageseinrichtungen gerecht werden wollen.“³⁴¹ Zu diesem Zweck benennt die DGUV-Information – neben den Leistungsträgern nach den SGB V und VI – die „Zentralen Akteure und Akteurinnen der Elementarbildung“³⁴² als relevante Kooperations- und Netzwerkpartner. „Dazu gehören die

.....
 337 DGUV-Regel 102-602, <https://t1p.de/ptg7p> (abgerufen am 4.8.2025), S. 41 ff.

338 DGUV-Regel 102-602, <https://t1p.de/ptg7p> (abgerufen am 4.8.2025), S. 22.

339 DGUV-Regel 102-602, <https://t1p.de/ptg7p> (abgerufen am 4.8.2025), S. 31.

340 DGUV-Regel 102-602, <https://t1p.de/ptg7p> (abgerufen am 4.8.2025), S. 14.

341 DGUV-Information 202-100, <https://t1p.de/0wlda> (abgerufen am 4.8.2025), S. 41.

342 DGUV-Information 202-100, <https://t1p.de/0wlda> (abgerufen am 4.8.2025), S. 42.

*Träger von Kindertageseinrichtungen[,] die Fachdienste, die Landesjugendämter [und] die pädagogischen Fachkräfte [...]. Ohne ihre aktive Einbeziehung kann keine nachhaltige Wirkung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen erwartet werden.*³⁴³ Zu den möglichen Formen der Kooperation zählt die DGUV-Information u. a. die *„wechselseitige Abstimmung und Koordination auf Landes- und kommunaler Ebene [, die ...] gegenseitige Information und Abstimmung über geplante und durchzuführende Maßnahmen sowie die trägerübergreifende Maßnahmenplanung, -finanzierung, -durchführung und -bewertung [...] sowie] gemeinsame und verbindliche Absprachen, Regeln, Kontrakte und Projektdokumentationen.*³⁴⁴

Eine ausdrückliche Verpflichtung der Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Zusammenarbeit mit den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe lässt sich dem SGB VII – im Gegensatz zur Kooperationspflicht mit der GKV nach § 14 Abs. 2 SGB VII – nicht entnehmen. Insoweit ist daher auf die an späterer Stelle erläuterten allgemeinen Grundsätze zur Kooperation unter den Leistungsträgern nach § 12 SGB I zurückzugreifen. Relevant ist in diesem Zusammenhang außerdem das sogenannte Kompetenznetzwerk Prävention, das die DGUV zur Umsetzung ihres Präventionsauftrags nach § 14 SGB VII eingerichtet hat.³⁴⁵ Dieses besteht aus insgesamt 15 Fachbereichen mit etwa 100 Sachgebieten.³⁴⁶ Der Bereich der Kita fällt in das Sachgebiet „Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege“, das dem Fachbereich „Bildungseinrichtungen“ zugeordnet ist.³⁴⁷ Die *„Aufgabe der Fachbereiche ist die fachliche Beratung und Unterstützung der DGUV und ihrer Mitglieder, staatlicher Stellen, der Hersteller sowie anderer interessierter Kreise in Fragen der Prävention innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches.*³⁴⁸

e. Gesundheitsförderungs- und Präventionsformen zugunsten von Fachkräften als verhältnispräventive Maßnahme für junge Menschen

.....

Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, die sich nicht primär an Kinder und Jugendliche, sondern an die in den Betreuungseinrichtungen tätigen Fachkräfte richten,³⁴⁹ können – zumindest mittelbar – ebenfalls verhältnispräventive Effekte zugunsten der

343 DGUV-Information 202-100, <https://t1p.de/0wlda> (abgerufen am 4.8.2025), S. 42.

344 DGUV-Information 202-100, <https://t1p.de/0wlda> (abgerufen am 4.8.2025), S. 42.

345 Eichendorf, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VII, Stand v. 15.1.2022, § 14, Rn. 97.

346 Eichendorf, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VII, Stand v. 15.1.2022, § 14, Rn. 97.

347 Eichendorf, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VII, Stand v. 15.1.2022, § 14, Rn. 99; DGUV Grundsatz 300-001, <https://t1p.de/dz60n> (abgerufen am 4.8.2025), S. 31.

348 DGUV Grundsatz 300-001, <https://t1p.de/dz60n> (abgerufen am 4.8.2025), S. 6.

349 Vgl. dazu Rasch, Zusammen Denken – Wissensgrundlagen der Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe, 2024, <https://t1p.de/8zmqc> (abgerufen am 4.8.2025), S. 13.

betreuten Personen entfalten. Zu denken ist hier zum einen an den Umstand, dass eine Reduktion krankheitsbedingter Ausfalltage eine Verbesserung des tatsächlichen Betreuungsschlüssels und damit auch der Betreuungsbedingungen zur Folge haben kann. Zum anderen ist davon auszugehen, dass selbst gesunde Fachkräfte auch eine höhere Arbeits- und damit Betreuungsqualität bieten können. Darüber hinaus kann eine gesteigerte Sensibilität der Fachkräfte für Gesundheitsthemen auch dazu beitragen, dass gesundheitsbezogene Aspekte auch hinsichtlich der betreuten Kinder und Jugendlichen noch stärker in die Gestaltung des Betreuungsumfelds einfließen. Zentrale Akteure sind hier – nach den bisherigen Ausführungen – vor allem die GKV und die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung.

8. Gesundheitsförderung im Leistungsrecht der besonderen Individualleistungsansprüche der Hilfe zur Erziehung und der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

.....

a. Hilfe zur Erziehung nach §§ 27 ff. SGB VIII

.....

Auch den Leistungen, die im Rahmen der Hilfe zur Erziehung nach den §§ 27 ff. SGB VIII erbracht werden, kann ein gesundheitsförderliches Element innewohnen.³⁵⁰ Sie eignen sich zudem in besonderem Maße zum Aufbau von Präventionsketten.³⁵¹ Auch der Gesetzgeber geht explizit von einer solchen Aufgabe der Hilfe zur Erziehung aus, die z. B. zur Erfolgssicherung medizinisch-therapeutischer Interventionen beitragen kann. Dazu findet sich z. B. in der Gesetzesbegründung zum KJStG die Aussage, dass *„im ambulanten Bereich [...] gerade bei Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Störungen oft Hilfe zur Erziehung gemäß den §§ 27 ff. SGB VIII eine wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg und die gesunde Weiterentwicklung“*³⁵² sei. Darüber hinaus beinhaltet § 27 Abs. 3 S. 1 Alt. 2 SGB VIII sogar selbst die – allerdings gegenüber einer eventuellen Eintrittspflicht der GKV nachrangige –³⁵³ Möglichkeit der Gewährung therapeutischer Leistungen,³⁵⁴ sofern diese mit pädagogischen Leistungen verbunden sind. Die Hilfe zur Erziehung wird zudem auch als Form der *„sekundären*

.....
 350 Struzyna, in: E&C-Fachforum, Vernetzung – Macht – Gesundheit: Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten, 2003, S. 122 f.

351 Lohse/Meysen/Götte/Méndez de Vigo/Seltmann, Akteursübergreifende Prävention, 2017, S. 37, 61, 146.

352 BT-Drs. 19/26107, S. 125.

353 Bohnert, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 27 SGB VIII, Rn. 71.

354 Vgl. dazu auch Wiesner, Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht, 2005.

Prävention“ – im kinder- und jugendhilferechtlichen Sinne – bezeichnet, die auf eine „*Unterstützung von Eltern in belastenden Lebenssituationen [gerichtet ist], die spezifische Risiken für Kinder bergen*“³⁵⁵.

b. Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII

.....

Nach § 35a Abs. 1 S. 1 SGB VIII haben Kinder und Jugendliche Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn ihre seelische Gesundheit länger als sechs Monate erheblich von dem altersentsprechenden Zustand abweicht und dadurch ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung droht. Die (drohende) „*seelische Behinderung als solche stellt keine medizinische Diagnose dar; eine seelische Behinderung als chronifizierte Beeinträchtigung der seelischen Gesundheit setzt aber eine medizinisch diagnostizierbare psychische Störung voraus, die entweder akut die psychische Befindlichkeit erheblich beeinträchtigt oder deren Folgen weiterhin das seelische Gleichgewicht und die gesunde Persönlichkeitsentwicklung wesentlich verschlechtern*.“³⁵⁶ Damit knüpft die Vorschrift an eine mehrstufige Feststellungskette an. Zunächst ist eine medizinische Diagnose auf der Grundlage der ICD-10 (vgl. § 35a Abs. 1a S. 2 SGB VIII) erforderlich.³⁵⁷ Im Anschluss müssen die ggf. vorhandenen Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen erhoben und auf der Grundlage der ICF evaluiert werden.³⁵⁸

Dabei besteht eine geteilte Bewertungskompetenz. Nach § 35a Abs. 1a S. 1 SGB VIII hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe hinsichtlich „*der Abweichung der seelischen Gesundheit*“ die Stellungnahme eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, eines Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen. Auf diese Weise verdeutlicht das Gesetz, dass dieses Merkmal – ungeachtet der letztlich durch den Jugendhilfeträger im Außenverhältnis zu treffenden Entscheidung über die Hilfgewährung –³⁵⁹ nicht durch die sozialpädagogischen Fachkräfte des Jugendhilfeträgers selbst bewertet werden darf.³⁶⁰ Allerdings stehen weder diese Regelung noch das Gebot der Unabhängigkeit nach § 35a

355 Wiesner, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, Anhang: Weitere Erläuterungen, Hinweise und Materialien 1, Rn. 7a.

356 Bohnert, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 35a SGB VIII, Rn. 22.

357 Bohnert, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 35a SGB VIII, Rn. 22.

358 Bohnert, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 35a SGB VIII, Rn. 22.

359 Bohnert, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 35a SGB VIII, Rn. 58.

360 Wiesner, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, § 35a SGB VIII, Rn. 11a.

Abs. 1a S. 5 SGB VIII, der Einholung der Stellungnahme von einem beim Träger der öffentlichen Jugendhilfe beschäftigten Arzt oder Psychotherapeuten entgegen.³⁶¹ Die Pflicht zur Einholung medizinischer Expertise schließt somit zwar eine fachlich vollkommen autonome Hilfeentscheidung allein durch sozialpädagogische Fachkräfte aus, steht aber zugleich – bei entsprechender personeller Ausstattung – einer institutionell autarken Handlungsmöglichkeit des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe auch nicht entgegen. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers sollte schließlich dessen „*Entscheidungsprimat [...] und seine Steuerungsverantwortung mit dieser Regelung nicht relativiert*“³⁶² werden.

Die für die medizinische Bewertung nach § 35a Abs. 1a S. 1 SGB VIII ausdrücklich erforderliche Einbeziehung zusätzlicher fachlicher Expertise verdeutlicht zugleich im Umkehrschluss, dass die Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung nach § 35a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VIII durch die sozialpädagogischen Fachkräfte zu erfolgen hat.³⁶³ Zwar sind auch die zur Stellungnahme nach § 35a Abs. 1a S. 1 SGB VIII aufgeforderten Ärzte oder Psychotherapeuten nicht an einer Äußerung zur Teilhabebeeinträchtigung gehindert. Diese soll allerdings – anders als die Stellungnahme zur Abweichung der seelischen Gesundheit nach § 35a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VIII, der eine „*präjudizierende Wirkung*“³⁶⁴ zukommt – nach § 35a Abs. 1a S. 4 SGB VIII „*vom Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Rahmen seiner Entscheidung [nur] angemessen berücksichtigt werden*“. Ebenso liegt auch die Entscheidung über Art und Umfang der Leistungsgewährung beim Jugendhilfeträger.³⁶⁵

Die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII umfasst verschiedene Unterstützungsformen von ambulanten bis zu stationären Hilfen, zu denen auch therapeutische³⁶⁶ Leistungen zählen. Auch hier ist allerdings – insbesondere im Verhältnis zur GKV – ein möglicher Nachrang gemäß § 10 Abs. 1 SGB VIII zu beachten.³⁶⁷

Mit Blick auf den hiesigen Untersuchungsgegenstand ist hervorzuheben, dass die Eingliederungshilfe das Vorliegen einer medizinischen Diagnose voraussetzt. Gesundheitsorientierte Primärprävention – im Sinne einer Verhinderung des erstmaligen Auftretens einer Erkrankung – scheidet daher auf der Grundlage von § 35a SGB VIII aus.³⁶⁸ Zwar können

361 Bohnert, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 35a SGB VIII, Rn. 59; Wiesner, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, § 35a SGB VIII, Rn. Rn. 12; DJuF, JAmt 2006, 181.

362 BT-Drs. 26107, S. 84.

363 Wiesner, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, § 35a SGB VIII, Rn. 19; VGH Mannheim, Urt. v. 16.12.2019 – 12 S 2898/18.

364 Wiesner, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, § 35a SGB VIII, Rn. 11.

365 Wiesner, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, § 35a SGB VIII, Rn. 31.

366 Vgl. Bohnert, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 35a SGB VIII, Rn. 72.

367 Spezielle zu den Leistungen nach § 35a SGB VIII vgl. Wiesner, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, § 35a SGB VIII, Rn. 42 f.

368 Vgl. von Koppenfels-Spies, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 11.4.2025, § 35a, Rn. 45.

Leistungen der Eingliederungshilfe durchaus dazu beitragen, dass es nicht zu einer Verschlimmerung einer bereits eingetretenen seelischen Behinderung kommt, dies betrifft aber grundsätzlich nur den Teilhabebehinderungsanteil nach § 35a Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB VIII und nicht die zugrunde liegende Erkrankung. Soweit es in diesem Bereich zu Überschneidungen mit der GKV kommt, ist diese nach § 10 Abs. 1 SGB VIII vorrangig zuständiger Leistungsträger. Derselbe Befund gilt auch für die Variante einer drohenden seelischen Behinderung nach § 35a Abs. 1 S. 2 SGB VIII, die ebenfalls Leistungsansprüche begründet. Bei dieser bezieht sich der „*nur drohende*“ und damit noch nicht eingetretene Tatbestandsteil ausdrücklich nur auf die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartende Teilhabebeeinträchtigung und damit nicht auf die Abweichung der seelischen Gesundheit nach § 35a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VIII. Das Tatbestandsmerkmal bildet damit eine Alternative zu § 35a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VIII und ist konsequenterweise durch die sozialpädagogischen Fachkräfte einzuschätzen.³⁶⁹

Das Gebot der Prävention und deren Vorrang sind in diesem Zusammenhang durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe auch gemäß § 3 SGB IX als Rehabilitationsträger i. S. v. § 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX u. a. bei der „*Ausführung von Leistungen*“ zu berücksichtigen. Das betrifft auch die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.³⁷⁰ In der zugehörigen Gesetzesbegründung wird betont, dass die Prävention insoweit aber nicht Bestandteil der eigentlichen Rehabilitation, sondern dieser „*zeitlich und inhaltlich vorgelagert*“³⁷¹ ist.

c. Beteiligung relevanter Stellen bei der Aufstellung des Hilfeplans nach § 36 Abs. 3 f. SGB VIII

Wenn bei der Durchführung der Hilfe andere Personen, Dienste oder Einrichtungen tätig werden, sind diese Leistungserbringer³⁷² oder deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach § 36 Abs. 3 S. 1 SGB VIII an der Aufstellung des sogenannten Hilfeplans und dessen Überprüfung zu beteiligen. Das gilt nach § 36 Abs. 3 S. 2 SGB VIII – soweit dies zur Feststellung erforderlich ist – auch für die Beteiligung relevanter Leistungsträger in der Phase der Bedarfserhebung. Zumindest mit Blick auf das dadurch ermöglichte Zusammenführen von Perspektiven ist daher auch § 36 Abs. 3 SGB VIII ein gesundheitsförderliches Potenzial beizumessen.³⁷³ Eine Beteiligungspflicht seitens der einbezogenen Dritten resultiert aus § 36

369 Wiesner, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, § 35a SGB VIII, Rn. 27.

370 Zu diesen im Zuständigkeitsbereich des Jugendhilfeträgers vgl. Bohnert, in: Jox/Rolfes (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 35a SGB VIII, Rn. 4.

371 BT-Drs. 18/9522, S. 228.

372 von Koppenfels-Spies, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 11.4.2025, § 36, Rn. 47.

373 Rasch, Zusammen Denken – Wissensgrundlagen der Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe, 2024, <https://t1p.de/8zmqc> (abgerufen am 4.8.2025), S. 10.

Abs. 3 SGB VIII allerdings nicht.³⁷⁴ Zu deren Begründung kann aber – sofern für die jeweils betroffenen Akteure vorhanden – auf Kooperationspflichten nach anderen gesetzlichen Bestimmungen zurückgegriffen werden. Der Hilfeplan, dessen Aufstellung nach § 36 Abs. 2 S. 2 SGB VIII in der Verantwortung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe liegt, verfolgt das Ziel, alle involvierten Akteure zu koordinieren, um die Bedürfnisse der Familie umfassend zu berücksichtigen.³⁷⁵ Ausdrücklich verlangt § 36 Abs. 4 SGB VIII zudem die Beteiligung der nach § 35a Abs. 1a SGB VIII stellungnehmenden Ärzte oder Psychotherapeuten, wenn Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII erforderlich erscheinen. Auch insoweit statuiert § 36 Abs. 2 S. 2 SGB VIII keine korrespondierende Beteiligungspflicht der medizinischen Gutachter.³⁷⁶ Im Fall der Mitwirkungsverweigerung kommt aber ein Rückgriff auf § 22 Abs. 1 S. 1 SGB X in Betracht, nach dem die Behörde deren gerichtliche Vernehmung beantragen kann.³⁷⁷ Ziel der Beteiligung nach § 36 Abs. 4 SGB VIII ist die Berücksichtigung des medizinischen Befunds bei der Aufstellung³⁷⁸ des Hilfeplans und der Auswahl der geeigneten Hilfen.³⁷⁹ Darüber hinausgehende präventiv und/oder gesundheitsfördernde Handlungsoptionen der Jugendhilfe folgen aus § 36 SGB VIII aber nicht.

d. Vorbeugende Gesundheitshilfe in der Annexeistung „Krankenhilfe“ nach § 40 SGB VIII i. V. m. § 47 SGB XII

.....

Nach § 40 S. 1 SGB VIII ist der Träger der öffentlichen Jugendhilfe bei einer Gewährung von Leistungen nach den §§ 33 bis 35 oder § 35a Abs. 2 Nr. 3 oder 4 bzw. § 41 Abs. 2 SGB VIII verpflichtet, Krankenhilfe zu erbringen. Die Vorschrift begründet einen subjektiven Anspruch,³⁸⁰ dessen Umfang sich gemäß § 40 S. 2 SGB VIII nach dem „*im Einzelfall notwendigen Bedarf*“ richtet und der den Grundsätzen der §§ 47 bis 52 SGB XII folgt. Dabei gehen Leistungen nach § 40 SGB VIII zwar entsprechenden Leistungen der Sozialhilfe nach § 10 Abs. 4 S. 1 SGB VIII vor, sind aber ihrerseits wiederum gemäß § 10 Abs. 1 S. 1 SGB VIII nachrangig, wenn ein gleichartiger Anspruch gegen die GKV nach dem SGB V besteht.³⁸¹ Bezüglich präventiv wirkender Leistungen sind die §§ 47 und 48 SGB XII besonders relevant. Nach § 48 S. 1 SGB XII sind auch Leistungen zur Verhütung der Verschlimmerung von Krankheiten zu erbringen,

.....

374 von Koppenfels-Spies, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 11.4.2025, § 36, Rn. 48.

375 Kepert, in: Kunkel/Kepert/Pattar (Hrsg.), LPK-SGB VIII, 8. Aufl. 2022, § 36, Rn. 44.

376 Bohnert, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 36 SGB VIII, Rn. 48; von Koppenfels-Spies, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 11.4.2025, § 36, Rn. 56.

377 Bohnert, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.2.2025, § 36 SGB VIII, Rn. 48.

378 von Koppenfels-Spies, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 11.4.2025, § 36, Rn. 57.

379 Gallep, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, § 36 SGB VIII, Rn. 58.

380 Tammen, in: Münder/Meysen/Trenczek (Hrsg.), SGB VIII, 9. Aufl. 2022, § 40, Rn. 1.

381 Tammen, in: Münder/Meysen/Trenczek (Hrsg.), SGB VIII, 9. Aufl. 2022, § 40, Rn. 2.

die somit den Bereich der tertiären Prävention berühren und inhaltlich dem Anspruch nach § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V entsprechen³⁸² („entsprechend dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Titel des Fünften Buches“).

Über den Verweis von § 40 S. 1 SGB VIII auf § 47 SGB XII kann aber auch ein Anspruch auf sogenannte vorbeugende Gesundheitshilfe bestehen. Danach können auch im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe Leistungen „zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten [... und] die medizinischen Vorsorgeleistungen und Untersuchungen erbracht“ werden. Dies betrifft zumindest die dem Bereich der sekundären Prävention zuzuordnenden Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen entsprechend den §§ 22 Abs. 1 und 2³⁸³, 25 und 26 SGB V und damit auch die „Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche“.³⁸⁴ Gleiches gilt für medizinische Vorsorgeleistungen entsprechend den §§ 20i³⁸⁵, 22 Abs. 3, 23, 24 und § 24a SGB V.³⁸⁶

Zusätzlich erweitert § 47 S. 2 SGB XII den Anspruch auf vorbeugende Gesundheitshilfe im Einzelfall auch auf andere Leistungen außerhalb des GKV-Leistungskatalogs,³⁸⁷ wenn ohne diese nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden einzutreten droht. Hier kommen zumindest in Ausnahmefällen auch verhältnispräventiv wirkende Leistungen in Betracht. I. d. S. hatte etwa das OVG Berlin im Jahr 1970 entschieden, dass die „Krankenhilfe [- vorbehaltlich vorrangiger Unterkunfts-kostenansprüche -] auch die für eine angemessene Erwärmung der Wohnung erforderlichen Aufwendungen“³⁸⁸ umfassen kann. In eine ähnliche Richtung weisen mehrere Entscheidungen, nach denen im Fall des Risikos einer plötzlichen und sofort interventionsbedürftigen Krankheitsverschlimmerung auch die Kosten für einen Telefonanschluss als vorbeugende Krankenhilfe übernommen werden können.³⁸⁹

Umstritten ist allerdings, ob der Verweis in § 40 S. 1 SGB VIII auf § 47 SGB XII auch Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung entsprechend § 20 Abs. 1 S. 1 SGB V erfasst. Dafür spricht zum einen, dass § 40 S. 1 SGB VIII i. V. m. § 52 Abs. 1 SGB XII ohne zusätzliche Beschränkung darauf verweist, dass die zu gewährenden Hilfen – vorbehaltlich des

382 Apel, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.6.2021, § 48 SGB XII, Rn. 28.

383 Apel, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.6.2021, § 47 SGB XII, Rn. 3.

384 Apel, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.6.2021, § 47 SGB XII, Rn. 20 f.

385 Apel, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.6.2021, § 47 SGB XII, Rn. 14; VG Mainz, Urt. v. 22.2.2018 – 1 K 862/17. MZ, BeckRS 2018, 18583.

386 Apel, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.6.2021, § 47 SGB XII, Rn. 14.

387 Hamdorf, in: Grube/Wahrendorf/Flint (Hrsg.), 8. Aufl. 2024, § 47 SGB XII, Rn. 4; Siebel-Huffmann, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. 1.12.2021, § 47 SGB XII, Rn. 4.

388 OVG Berlin, Urt. v. 23.1.1970, VI B 53.67; zustimmend Hamdorf, in: Grube/Wahrendorf/Flint (Hrsg.), 8. Aufl. 2024, § 47 SGB XII, Rn. 6; Siebel-Huffmann, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. 1.12.2021, § 47 SGB XII, Rn. 5.

389 VGH Kassel, Urt. v. 7.12.1972 - VII OE 65/71.

angesprochenen Ausnahmefalls nach § 47 S. 2 SGB XII – den Leistungen der GKV entsprechen.³⁹⁰ Zu diesen zählen grundsätzlich auch Leistungen nach § 20 Abs. 1 SGB V. Zum anderen ermöglicht § 40 S. 1 SGB VIII i. V. m. § 52 Abs. 1 S. 2 SGB V explizit auch die Gewährung von Leistungen entsprechend der Satzungsleistungen der GKV (vgl. § 52 Abs. 1 S. 2 SGB V).³⁹¹ In Teilen der Literatur werden daher auch Leistungen der primären Prävention i. S. d. § 20 Abs. 1 S. 1 SGB V unter den Begriff der Vorsorgeleistungen i. S. v. § 47 S. 1 SGB XII gefasst.³⁹² Davon abweichend wird ein Ausschluss der den „§§ 20 bis 20c SGB V“³⁹³ entsprechenden Leistungen aus dem Leistungsspektrum des § 47 S. 1 SGB XII durch die Gegenauffassung damit begründet, dass es sich dabei „*nicht um Leistungen zur ‚Verhütung‘ und ‚Früherkennung‘*“³⁹⁴ handle. Das überzeugt zumindest für den Teilbereich der in § 20 Abs. 1 SGB V nicht geregelten „*Früherkennung*“ (sekundäre Prävention). Für einen Ausschluss aus dem „*Verhütungs-begriff*“ des § 47 S. 1 SGB XII würde dieses indes zusätzlich voraussetzen, dass dieser auf „*medizinische Vorsorgeleistungen*“ entsprechend des SGB V begrenzt ist. Rein begrifflich wirken schließlich auch Leistungen der Präventions- und Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 S. 1 SGB V „*krankheitsverhütend*“. Dabei ist allerdings der zweigliedrige Tatbestandsaufbau von § 47 S. 1 SGB XII zu beachten, der auf der Tatbestandsseite auf die „*Verhütung und Früherkennung von Krankheiten*“ und auf der Rechtsfolgenseite auf die Erbringung „*medizinischer Vorsorgeleistungen und Untersuchungen*“ verweist. Leistungen der primären Prävention oder Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 S. 1 SGB V sind aber weder Untersuchungen noch „*medizinische*“ Vorsorgeleistungen, sodass diese zumindest aus § 47 S. 1 SGB XII bereits begrifflich ausscheiden müssen.³⁹⁵ Daher kommt es auch auf das von der Gegenauffassung genutzte Argument, primärpräventive Leistungen seien im SGB V vorgesehen und könnten daher auf § 47 S. 1 SGB XII gestützt werden,³⁹⁶ nicht an.

Anderes gilt dagegen im Rahmen des ebenfalls bereits angesprochenen § 47 S. 2 SGB XII. Dieser sieht die Erbringung „*anderer Leistungen*“ vor und weicht damit von der Rechtsfolgenseite („*medizinische Vorsorgeleistungen und Untersuchungen*“) des § 47 S. 1 SGB XII ab, während er gleichzeitig an dessen Tatbestandsvoraussetzungen festhält. Damit ist grundsätzlich

390 Zu diesem Argument vgl. Waschull, in: Spickhoff (Hrsg.), *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2022, § 47 SGB XII, Rn. 10.

391 Hamdorf, in: Grube/Wahrendorf/Flint (Hrsg.), 8. Aufl. 2024, § 47 SGB XII, Rn. 6; BSG, Urt. v. 27.5.2014 – B 8 SO 26/12 R, BeckRS 2014, 72744.

392 So z. B. Waschull, in: Spickhoff (Hrsg.), *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2022, § 47 SGB XII, Rn. 6.

393 Apel, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), *BeckOGK*, Stand v. 1.6.2021, § 47 SGB XII, Rn. 18; Hamdorf, in: Grube/Wahrendorf/Flint (Hrsg.), 8. Aufl. 2024, § 47 SGB XII, Rn. 3.

394 Apel, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), *BeckOGK*, Stand v. 1.6.2021, § 47 SGB XII, Rn. 18. Dort allerdings mit der zu weit gehenden Annahme, dass „Maßnahmen zur Prävention und Selbsthilfe nach §§ 20 bis 20c SGB V [... damit generell] nicht zu dem Leistungsspektrum des § 47 [SGB XII] zählen“ würden.

395 A. A. Waschull, in: Spickhoff (Hrsg.), *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2022, § 47 SGB XII, Rn. 10.

396 So Waschull, in: Spickhoff (Hrsg.), *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2022, § 47 SGB XII, Rn. 10.

auch die Erbringung von Leistungen denkbar, die denen des § 20 Abs. 1 S. 1 SGB V entsprechen.³⁹⁷ Bezüglich der in Betracht kommenden konkreten Einzelleistungen ist allerdings zu beachten, dass § 47 SGB XII „auf die Gewährung individueller Hilfe in Form der Erbringung von Geldleistungen“³⁹⁸ an ein Individuum beschränkt ist. Daher müssen zumindest am Setting orientierte Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20 Abs. 4 Nr. 2 SGB V auch aus dem Anwendungsbereich von § 40 S. 1 SGB VIII i. V. m. § 47 S. 2 SGB XII ausscheiden.

9. Gesundheitsförderung im Recht der Planung und Qualitätssicherung

.....

a. Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfelds und Nichterschwerung der gesundheitlichen Vorsorge und medizinischen Betreuung als Voraussetzung der Erlaubniserteilung nach § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII

.....

aa. Gesundheitsbezogene Anforderungen des § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII

.....

Nach § 45 Abs. 1 S. 1 SGB VIII benötigt der Träger einer Einrichtung, in der „Kinder oder Jugendliche ganztägig oder einen Teil des Tages betreut werden“³⁹⁹ (§ 45a SGB VIII), eine Betriebs-erlaubnis. Die Zuständigkeit für deren Erteilung wird durch landesrechtliche Ausführungsbestimmungen, die in den Ausführungsgesetzen zum SGB VIII oder den Landes-Kita-Gesetzen zu finden sind, zumeist dem jeweiligen Landesjugendamt zugewiesen. Nach § 45 Abs. 2 S. 1 SGB VIII ist die Erlaubnis zu erteilen, wenn das Wohl der Kinder und Jugendlichen in der Einrichtung gewährleistet ist. Die konkretisierenden Regelkriterien für die Gewährleistung des Wohls finden sich wiederum in § 45 Abs. 2 S. 2 SGB VIII. Seit dem PrävG zählt dazu nach § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII auch die Unterstützung eines „gesundheitsförderlichen Lebensumfelds“ in der Einrichtung.⁴⁰⁰ Der Begriff der „Gesundheitsförderlichkeit“ aus § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII entspricht weithin der Legaldefinition der „Gesundheitsförderung“ in § 20 Abs. 1

397 So auch bei Söhngen in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB XII, Stand v. 1.5.2024, § 47, Rn. 12.; Schellhorn, in: Schellhorn/Hohm/Schneider/Legros (Hrsg.), SGB XII, 20. Aufl. 2020, § 47, Rn. 12.

398 Hamdorf, in: Grube/Wahrendorf/Flint (Hrsg.), 8. Aufl. 2024, § 47 SGB XII, Rn. 3.

399 BT-Drs. 18/4282, S. 46.

400 BT-Drs. 18/4282, S. 46.

S. 1 SGB V.⁴⁰¹ Das anvisierte Lebensumfeld in der Einrichtung muss somit auch zu einem „selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handeln“ beitragen.⁴⁰² Diese inhaltliche Anlehnung von § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 Alt. 1 SGB VIII an § 20 Abs. 1 S. 1 SGB V hat auch zur Folge, dass die von § 20 Abs. 2 S. 1 SGB V angesprochenen Parameter (wie z. B. Ernährung, Sport und Sucht) auch bei der Entscheidung über die Erteilung der Betriebserlaubnis zu berücksichtigen sind.⁴⁰³ Zugleich wird auf diese Weise die Anschlussfähigkeit von Maßnahmen der Einrichtungsträger nach dem SGB VIII an Fördermöglichkeiten der Krankenkassen nach dem SGB V gestärkt.⁴⁰⁴

§ 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII schreibt jedoch keine einheitlichen Mindeststandards für die Art der „Unterstützung“ des gesundheitsförderlichen Lebensumfelds vor. Die tatsächliche Umsetzung kann sich daher z. B. an der spezifischen Einrichtungskonzeption orientieren.⁴⁰⁵ Diese muss dann gesundheitsförderlich ausgestaltet sein.⁴⁰⁶ Die Vorschrift zielt damit nicht darauf ab, die Gesundheitsförderung zum allgemeinen Ziel von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zu erklären, sondern dient vielmehr der Konkretisierung des generellen Gebots der Kindeswohlgewährleistung nach § 45 Abs. 2 S. 1 SGB VIII.⁴⁰⁷ Die „Unterstützung gesundheitsförderlicher Strukturen [gehört demnach] zu den Mindestvoraussetzungen für die Erteilung einer Betriebserlaubnis für Einrichtungen“⁴⁰⁸. Erforderlich ist demnach auch „nur“ ein Mindestmaß⁴⁰⁹ an Unterstützung, das sich auch auf einzelne Bereiche wie z. B. „Ernährung und Bewegung“⁴¹⁰ konzentrieren kann. Aufgrund des Regelungszusammenhangs mit dem zugleich durch das PrävG geschaffenen § 20a SGB V gehört es auch zu diesen Mindestvoraussetzungen, dass die dort verankerten Leistungen zur Gesundheitsförderung in den Lebenswelten in der Einrichtung zumindest ermöglicht werden.⁴¹¹ Den Gesetzesmaterialien zu § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII ist zu entnehmen, dass „eine entsprechende Konzeption der Einrichtung [erforderlich sein soll], die eine gesundheitsförderliche Angebots- bzw. Arbeitsstruktur umfasst und zur Förderung des Bewusstseins für Gesundheit sowie zur Vermittlung entsprechender Kompetenzen der in der Einrichtung betreuten beziehungsweise untergebrachten Kinder und Jugendlichen beiträgt.“⁴¹²

401 Busse in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 13.3.2025, § 45, Rn. 56.

402 Busse in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 13.3.2025, § 45, Rn. 56.

403 Busse in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 13.3.2025, § 45, Rn. 56.

404 Fischer/Geene, in: Klammer/Jepkens (Hrsg.), FGW-Studie „Vorbeugende Sozialpolitik“ 19, 2019, S. 14.

405 Janda/Schwedler, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.11.2024, § 45 SGB VIII, Rn. 63.

406 Fischer/Geene, in: Klammer/Jepkens (Hrsg.), FGW-Studie „Vorbeugende Sozialpolitik“ 19, 2019, S. 4.

407 Busse in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 13.3.2025, § 45, Rn. 21; Janda/Schwedler, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.11.2024, § 45 SGB VIII, Rn. 62.

408 BT-Drs. 18/4282, S. 46.

409 Busse in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 13.3.2025, § 45, Rn. 21; Merchel, ZKJ 2015, 375 (377).

410 Janda/Schwedler, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.11.2024, § 45 SGB VIII, Rn. 63.

411 Busse in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 13.3.2025, § 45, Rn. 56.

412 BT-Drs. 18/4282, S. 46.

Im Referentenentwurf zum PrävG war ursprünglich vorgesehen, die Pflicht zur Schaffung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfelds in § 78c Abs. 1 S. 3 SGB VIII und damit bei den Gewährleistungspflichten⁴¹³ im Rahmen der Leistungsvereinbarung zu verankern.⁴¹⁴ Nach der geplanten Formulierung zielte die Regelung darauf ab, „ein gesundheitliches Lebensumfeld [auch] für den zu betreuenden Personenkreis [zu] schaffen“⁴¹⁵. Da diese Vorschrift im Regierungsentwurf – mit geringfügigen Anpassungen – in § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII verschoben wurde, lassen sich zumindest aus der Gesetzesbegründung zum ursprünglich geplanten § 78c Abs. 1 S. 3 SGB VIII-E relevante Aussagen auch für die später in das Gesetz übernommene Regelung entnehmen. Danach sollte die Vorschrift darauf abzielen, „dass über verhaltenspräventive Ansätze in Gestalt pädagogischer Leistungen (z. B. Gesundheitserziehung) hinaus gesundheitsförderliche Strukturen in Einrichtungen unterstützt werden, in denen Kinder und Jugendliche ganztägig oder einen Teil des Tages betreut werden oder Unterkunft erhalten und damit große Teile ihres Lebens verbringen“⁴¹⁶. „Wesentlicher Bestandteil [dieser] gesundheitsförderliche[n] Strukturen [... sollte dabei nicht nur] eine entsprechende Konzeption [..., sondern auch die] Ausgestaltung der Einrichtung, etwa in Gestalt gesunder Verpflegungsangebote und vorhandener Räumlichkeiten für sportliche Aktivitäten“⁴¹⁷ sein. Genannt wurden in der Gesetzesbegründung zudem auch „Einrichtungsregeln zum Umgang mit Suchtmitteln“⁴¹⁸, um den Erkenntnissen zur erhöhten Suchtgefährdung in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe Rechnung zu tragen.⁴¹⁹

Inhaltlich steht die Regelung in einem engen Zusammenhang mit der ebenfalls in § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII geregelten Alternative,⁴²⁰ nach der „die gesundheitliche Vorsorge und die medizinische Betreuung der Kinder und Jugendlichen nicht erschwert werden“ darf. Zumindest der erste Teil dieser Formulierung adressiert ebenfalls die – wenn auch nur verhaltensbezogene – gesundheitliche Prävention. Die ursprüngliche Entwurfsfassung dieser Regelung, die Teil des BKISchG⁴²¹ von 2011 war, sah sogar vor, dass die gesundheitliche Vorsorge und die medizinische Betreuung der Kinder und Jugendlichen „gesichert“⁴²² sein müssen. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren hatte der Bundesrat jedoch die Klarstellung gefordert, dass den „Trägern von Kindertageseinrichtungen [... die] gesundheitliche[...] Vorsorge [...] nicht [als]

413 Winkler, in: Rolfs/Giesen/Meißling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 76. Ed. v. 1.6.2025, § 78c SGB VIII, Rn. 11.

414 RefE-PrävG v. 20.10.2014, <https://t1p.de/qjida> (abgerufen am 4.8.2025), S. 16.

415 RefE-PrävG v. 20.10.2014, <https://t1p.de/qjida> (abgerufen am 4.8.2025), S. 16.

416 RefE-PrävG v. 20.10.2014, <https://t1p.de/qjida> (abgerufen am 4.8.2025), S. 48.

417 RefE-PrävG v. 20.10.2014, <https://t1p.de/qjida> (abgerufen am 4.8.2025), S. 48.

418 RefE-PrävG v. 20.10.2014, <https://t1p.de/qjida> (abgerufen am 4.8.2025), S. 48.

419 RefE-PrävG v. 20.10.2014, <https://t1p.de/qjida> (abgerufen am 4.8.2025), S. 48.

420 Wiesner, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, § 45 SGB VIII, Rn. 73.

421 BGBl. I 2011, S. 2975 (2978).

422 BT-Drs. 17/6256, S. 10.

eine originäre Handlungsverpflichtung auferlegt wird⁴²³, da diese nicht unter den bisherigen Aufgabenkanon von Kindertageseinrichtungen nach den §§ 22 und 22a SGB VIII falle.⁴²⁴ Es sei „darauf zu achten, dass durch die Voraussetzungen für die Erteilung einer Betriebserlaubnis für Kindertageseinrichtungen die gesetzlichen Aufgaben nicht erweitert und keine neuen Standards gesetzt werden, die Kindertageseinrichtungen im Rahmen ihres Auftrags nicht erfüllen können. Zudem [... seien] Dritte – [wie z. B.] Gesundheitsämter, Ärzte – für die gesundheitliche Vorsorge und die medizinische Betreuung primär verantwortlich. Das Personal der Kindertageseinrichtungen [...] sei dafür hingegen nicht ausreichend ausgebildet.“⁴²⁵ Infolgedessen verpflichtete sich die Bundesregierung zu der Prüfung, „wie klargestellt werden kann, dass mit der Anforderung der Sicherstellung der gesundheitlichen Vorsorge [...] keine wesentlich veränderte Aufgabenstellung für die Kindertageseinrichtungen verbunden ist“⁴²⁶. Diese Prüfung mündete in die spätere Fassung von § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII, die nun noch eine „Erschwerung“ der gesundheitlichen Vorsorge und medizinischen Betreuung ausschließt.

Die Entwicklung beider Teile von § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 Alt. 2 SGB VIII verdeutlicht somit, dass der Gesetzgeber die gesundheitliche Vorsorge zumindest in Form „medizinischer Leistungen“ oder „medizinischer Verantwortung“⁴²⁷ („Gesundheitsämter, Ärzte“⁴²⁸) gänzlich aus dem verpflichtenden Leistungsspektrum von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe heraushalten wollte. Andererseits zeigt die ursprüngliche Ablehnung des Gesetzgebers gegenüber der „gesundheitlichen“ Vorsorge im Entwurf zum BKiSchG im Vergleich zur deutlich offeneren Formulierung zum „gesundheitsförderlichen Lebensumfeld“ im späteren PräVG aber auch, dass die gesundheitliche Verhältnisprävention – wenn auch nur in Form eines Mindestmaßes an Unterstützung (s. o.) – zu den „pädagogischen Zielen“⁴²⁹ der Einrichtungen zählt.

Der unterschiedliche Wortlaut („unterstützen“ vs. „nicht erschweren“) beider Varianten des § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII verdeutlicht, dass hinsichtlich des „gesundheitsförderlichen Lebensumfelds“ ein eigener „Beitrag“⁴³⁰ bzw. „eigene Initiativen“⁴³¹ der Einrichtung zu verlangen sind. Mit Blick auf die aus § 45 SGB VIII folgende Möglichkeit der Versagung der Betriebserlaubnis ist allerdings ebenso festzuhalten, dass diese nur dann auf die fehlende

423 BT-Drs. 17/6256, S. 39.

424 BT-Drs. 17/6256, S. 39.

425 BT-Drs. 17/6256, S. 39.

426 BT-Drs. 17/6256, S. 49.

427 Busse in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 13.3.2025, § 45, Rn. 57.

428 BT-Drs. 17/6256, S. 49.

429 Busse in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 13.3.2025, § 45, Rn. 56.

430 Busse in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 13.3.2025, § 45, Rn. 57.

431 Busse in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 13.3.2025, § 45, Rn. 58.

Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Umfelds gestützt werden kann, wenn daraus „eine konkrete und aufgrund objektiv feststellbarer Tatsachen im Einzelfall nachgewiesene[...] Nichtgewährleistung des Kindeswohls“⁴³² i. S. v. § 45 Abs. 2 S. 1 SGB VIII abzuleiten ist.

Hervorzuheben ist, dass sich die Rolle des Jugendhilfeträgers im Kontext der Erteilung einer Betriebserlaubnis nach § 45 SGB VIII bzw. der korrespondierenden Aufsicht nicht in einer Kontrollfunktion erschöpft, sondern durch die Aufgabe der Beratung der Einrichtungsträger ergänzt wird. Dieses folgt sowohl aus dem Gebot der Verhältnismäßigkeit⁴³³ als auch aus dem „partnerschaftlichen Ansatz der Kinder- und Jugendhilfe“.⁴³⁴ Die Beratung ist zudem in § 45 Abs. 6 S. 1 und § 85 Abs. 2 Nr. 7 SGB VIII auch ausdrücklich verankert. Die gesetzliche Ausgestaltung der Beratungsaufgabe als „Soll-Vorschrift“ kennzeichnet den regelmäßigen Vorrang der Beratung vor subordinativen Maßnahmen.⁴³⁵ Darüber hinaus verdeutlichen der Wortlaut von § 85 Abs. 2 Nr. 7 SGB VIII, der von einer „Beratung [...] während der Planung und Betriebsführung“ spricht, sowie letztlich auch der allgemeine Grundsatz aus § 14 SGB I, dass sich die Aufgabe der Beratung nicht nur auf die Beseitigung bereits festgestellter Defizite bezieht, sondern bereits im Vorfeld und ereignisunabhängig besteht.

Darüber hinaus korrespondiert die Betonung des gesundheitsförderlichen Lebensumfelds als Element der Kindeswohlwahrung in § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII auch mit einer Formulierung im Leitfaden *Prävention* des GKV-Spitzenverbands, nach dem „das Ziel der pädagogischen Arbeit der Kita, die Entwicklung einer ‚eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit‘ [vgl. § 22 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB VIII ...] auch durch Gesundheitsinterventionen zur Unterstützung der physischen, psychischen und sozialen Entwicklung der Kinder wesentlich gefördert werden [kann]. [Daher sind] Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas [...] nicht als isolierte Zusatzaufgaben zu begreifen, sondern stellen einen integralen Bestandteil ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags dar.“⁴³⁶

bb. Umsetzung in den Landes-KitaG

Die in § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 Alt. 2 SGB VIII verankerte Verpflichtung, dass „gesundheitliche Vorsorge und die medizinische Betreuung der Kinder und Jugendlichen nicht erschwert werden“ darf, wurde zwar nicht in allen, jedoch zumindest in den meisten Landes-KitaG ausdrücklich verankert und dort teilweise auch näher ausgestaltet (vgl. § 9 KitaFÖG-BE, § 11 KitaG-BB und § 69 S. 1 Nr. 3 BbgJKJG-BB, § 12 KTG-HB, § 4 KibeG-HH, § 5 KiföG-MV, § 12 KiBiz-NW, § 1 Abs. 2

432 Smessaert/Struck, in: Münder/Meysen/Trenczek (Hrsg.), SGB VIII, 9. Aufl. 2022, § 45, Rn. 33.

433 Smessaert/Struck, in: Münder/Meysen/Trenczek (Hrsg.), SGB VIII, 9. Aufl. 2022, § 45, Rn. 48.

434 Janda/Schwedler, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.11.2024, § 45 SGB VIII, Rn. 83.

435 Janda/Schwedler, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.11.2024, § 45 SGB VIII, Rn. 84.

436 GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, 2024, <https://t1p.de/2zvw9> (abgerufen am 4.8.2025), S. 43.

S. 2 BEBG-SL, § 7 Abs. 2 KitaG-SN, § 18 Abs. 2 KiföG-ST, § 18 Abs. 3 KigaG-TH). Zusätzlich enthält die Mehrzahl der Landes-KitaG auch noch Vorschriften, die die Unterstützung eines „gesundheitsförderlichen Lebensumfelds“ i. S. d. § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 Alt. 1 SGB VIII adressieren. So soll z. B. die Erziehung und Bildung in Kindertageseinrichtungen nach § 2 Abs. 2 Nr. 5 KibeG-HH „dem Kind ein Grundwissen über seinen Körper [...] vermitteln und die Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins insbesondere in Bezug auf hygienisches Verhalten, tägliche Zahnpflege, gesunde Ernährung und Bewegung [...] unterstützen“. Darüber hinaus haben die „Jugendämter und die Träger der Kindertageseinrichtungen [...] die Erziehungsberechtigten der in Kindertageseinrichtungen aufgenommenen Kinder [nach § 4 Abs. 4 KibeG-HH] in Fragen der Gesundheitsvorsorge“ zu beraten und zu unterstützen.

In Mecklenburg-Vorpommern sollen die Kinder nach § 3 Abs. 1 Nr. 6 KiföG-MV „Kompetenzen“ in den Bereichen „Körper, Bewegung, Gesundheit und Prävention“ erwerben. Gemäß § 3 Abs. 2 KiföG-MV beinhaltet zudem die „frühkindliche Bildung und Erziehung [...] die Anleitung zur gesunden Lebensführung. Sie unterstützt die Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins, insbesondere in Bezug auf hygienisches Verhalten, tägliche Zahnpflege, gesunde Ernährung und Bewegung.“ Außerdem sollen nach § 5 Abs. 2 S. 1 KiföG-MV „die Kindertageseinrichtungen und die Kindertagespflegepersonen [...] den Öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Durchführung von Untersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention unterstützen.“ Die pädagogischen Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen sind zudem nach § 11 Abs. 4 Nr. 2 KiföG-MV verpflichtet, „die Förderung [...] durch Schaffung von geeigneten [...] gesundheitsfördernden Lebens-, Handlungs- und Erfahrungsräumen zu gestalten“.

In Niedersachsen beinhaltet der Bildungs- und Erziehungsauftrag nach § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 9 KitaG-NI „insbesondere [die Verpflichtung, ...] jedes Kind mit gesundheitsbewussten Verhaltensweisen vertraut zu machen“. In Nordrhein-Westfalen ist nach § 12 Abs. 2 S. 1 KiBiz-NW „in den Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege [...] die gesundheitliche Entwicklung der Kinder auch durch altersangemessene präventive Maßnahmen sowie durch eine ausgewogene und gesunde Gestaltung der angebotenen Verpflegung zu fördern“. Nach dem saarländischen § 1 Abs. 2 S. 2 und 3 BEBG-SL „schließt [der Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag] die [...] Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge ein. Dazu zählt bei längeren Betreuungszeiten auch eine altersgemäße gesunde Ernährung, die den Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kindertageseinrichtungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entspricht.“

In Sachsen bezieht § 2 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 KitaG-SN die „Befähigung zu einer gesunden Lebensführung sowie der Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins, insbesondere in Bezug auf hygienisches Verhalten, Körperpflege und Mundgesundheit, gesunde Ernährung und Bewegung“ in den ganzheitlichen Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag der Kindertagesbetreuung ein. Ebenso sind auch in Schleswig-Holstein „Körper, Gesundheit und Bewegung“ nach § 19

Abs. 1 S. 8 Nr. 1 KiTaG-SH als „Bildungsthemen“ in die umfassende Arbeit der Kindertageseinrichtung einzubeziehen. Darüber hinaus müssen die „pädagogischen Fachkräfte [... nach § 19 Abs. 3 S. 1 KiTaG-SH] die psychische Entwicklung der Kinder“ „fördern“. „Um ein gesundes Aufwachsen sicherzustellen, [... ist außerdem nach § 19 Abs. 3 S. 2 KiTaG-SH] auf eine gesunde Ernährung, Bewegung sowie die tägliche Zahnpflege der Kinder“ zu achten.

In Thüringen besteht nach § 7 Abs. 4 S. 2 KigaG-TH für Kindertageseinrichtungen die Verpflichtung zur Aufstellung eines Bildungsplans, der u. a. „Aussagen zur Gestaltung von Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsprozessen unter Beachtung einer die Gesundheit fördernden Lebensweise“ enthalten muss. In Hessen ist die Förderung der Gesundheit in § 32 Abs. 4 S. 1 Nr. 2 KJGB-HE zumindest „für Tageseinrichtungen, in denen der Anteil der Kinder, in deren Familie vorwiegend nicht deutsch gesprochen wird oder aus Familien, für die einkommensabhängige Leistungen Dritter an den Träger der Tageseinrichtung erbracht werden oder bis zu einer Freistellung vom Teilnahme- oder Kostenbeitrag erbracht wurden, mindestens 22 Prozent beträgt,“ ausdrücklich verankert. Außerdem verlangt zumindest die Hälfte der Landes-KitaG ausdrücklich die Gewährleistung einer gesundheitsförderlichen Ernährung in der Einrichtung (vgl. § 5 Abs. 4 KitaFÖG-BE, § 3 Abs. 2 Nr. 7 KitaG-BB, § 12 Abs. 2 KTG-HB, § 11 Abs. 2 KifÖG-HH, § 14 Abs. 1 S. 4 KiTaG-RP, § 3 Abs. 3 S. 2 BEBG-SL, § 5 Abs. 7 KifÖG-ST, § 19 Abs. 3 S. 2 KiTaG-SH, § 18 Abs. 4 S. 2 KigaG-TH).

Neben den Landes-KitaG sind etwaige untergesetzliche Bestimmungen des Landesrechts zu beachten, die die genannten Anforderungen weiter konkretisieren können.⁴³⁷ Beispielhaft ist die *Empfehlung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales zu den räumlichen Anforderungen an Kindertageseinrichtungen*⁴³⁸ zu nennen. Diese sieht z. B. besondere Anforderungen an die Hygiene (Sanitäreinrichtungen, Verbot von Privatkleidung in Küchen usw.), Vorgaben zum Schallschutz gegen Lärm, Sicherheitsanforderungen an die Gestaltung von Innen- und Außenbereichen und die Erforderlichkeit der Errichtung von Sport- und Spielplatzgeräten vor.

cc. Umsetzung bezogen auf Wohneinrichtungen oder sonstige Wohnformen

Bereits in der Gesetzesbegründung zu § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 Alt. 1 SGB VIII, die auf eine erhöhte Suchtgefährdung in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe hinweist,⁴³⁹ wird deutlich, dass die Bedeutung der Vorschrift wesentlich über den Bereich der Kindertagesbetreuung hinausgeht. Dabei ist zu bedenken, dass die Träger stationärer Einrichtungen der

⁴³⁷ Vgl. dazu Wissenschaftliche Dienste des Bundestages, WD 9 - 3000 - 045/09, S. 35 ff.

⁴³⁸ SächsABl. SDR. 2023, S. 287.

⁴³⁹ RefE-PrävG v. 20.10.2014, <https://t1p.de/qjida> (abgerufen am 4.8.2025), S. 48.

Kinder- und Jugendhilfe zusätzlich die Aufgabe der täglichen Gesundheitsfürsorge übernehmen, die bei der Kindertagesbetreuung durch die Eltern zu gewährleisten ist. Vor diesem Hintergrund ist es erstaunlich, dass die Landesausführungsgesetze zum SGB VIII hinsichtlich der konkreten Anforderungen kaum zwischen beiden Einrichtungsformen unterscheiden. Vielmehr gehen die maßgeblichen landesgesetzlichen Bestimmungen, sofern diese überhaupt existieren, zumeist nicht über eine Wiederholung der Anforderung von § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII hinaus.

Deutlich differenzierter fällt dagegen die Ausgestaltung in den untergesetzlichen Verwaltungsvorschriften zur Konkretisierung der Anforderungen an stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe aus. Zu diesen zählt z. B. die für Brandenburg geltende VwV-SchuKJE-BB v. 6.4.2017.⁴⁴⁰ Diese schreibt vor, dass es sich bei der Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensumfelds in der Einrichtung und bei der Nichterschwerung der gesundheitlichen Vorsorge und medizinischen Betreuung um „*Kriterien zur Bewertung von Konzeptionen*“ handelt. Außerdem werden etwaige Ziele im Bereich der „*Gesundheits- und Sexualerziehung*“ bei den „*Prüfpunkten*“ für Wohnheime und Internate genannt. Wasch- und Essplätze werden immerhin hinsichtlich ihrer Mindestzahl vorgeschrieben und es existiert zudem die Verpflichtung nach Ziff. 2.5.5, dass „*Medikamente [...] in verschließbaren Schränken aufbewahrt werden*“ müssen.

Deutlich umfangreicher in Fragen der Gesundheitsförderung sowie der medizinischen Vorsorge und Versorgung sind dagegen z. B. die Regelungen der hessischen *Richtlinie für (teil-)stationäre Einrichtungen, die gemäß § 45 einer Betriebserlaubnis bedürfen* v. 13.2.2023. Diese verlangen z. B. in Ziff. 6.3.1.3, dass „*die Einrichtung [...] über ausreichendes Freigelände für Spiel und Sport verfügen [muss] oder entsprechende Anlagen in der Nähe*“ nutzbar sein müssen. Außerdem enthalten sie in Ziff. 6.3.3. einen eigenständigen Abschnitt zum Bereich „*Hygiene, Gesundheit und Arzneimittel*“. Darin wird u. a. verlangt, dass „*die regelmäßige kinder-, zahn- und fachärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen einschließlich der erforderlichen Vorsorgeuntersuchungen [...] unter Beachtung des Rechts der freien Arztwahl sicherzustellen*“ und zu dokumentieren ist. Außerdem ist geregelt, dass „*die Ausgabe von verordnungspflichtigen Medikamenten [...] nur auf individuelle ärztliche Anordnung durch regelmäßig entsprechend geschulte Beschäftigte erfolgen [darf] und [...] ebenfalls] zu dokumentieren [ist]. Nicht verordnungspflichtige Medikamente dürfen nur auf individuelle ärztliche Anordnung oder mit Zustimmung der Personensorgeberechtigten ausgegeben werden. In jeder Gruppe bzw. Wohneinheit muss [nach Ziff. 6.6.3.2] ein Verbandskasten vorhanden sein. Der Bestand ist laufend zu prüfen. Medikamente sind personenbezogen und entsprechend der Herstellerangaben zu lagern und ständig unter Verschluss zu halten.*“ Verlangt wird in Ziff. 6.3.3.3 zudem, dass „*durch geeignete (Vorsorge-)*

440 Vgl. Abl. MBlS-BB/17, Nr. 12, S. 146.

Maßnahmen [sichergestellt] ist [...], dass Körper- und Sinnesbehinderungen und andere Beeinträchtigungen rechtzeitig erkannt werden“. Außerdem müssen „die betreuenden Mitarbeitenden [... nach Ziff. 6.3.3.4] die notwendigen Kenntnisse in Erster Hilfe nachweisen und diese regelmäßig auffrischen“. Ergänzt werden diese Anforderungen durch die Verpflichtung zur Beachtung der gesetzlichen Anforderungen an den Infektionsschutz und die Lebensmittelhygiene. „Werden Tiere in der Einrichtung gehalten, ist [zudem nach Ziff. 6.3.3.6] sicherzustellen, dass von den Tieren keine Gefahren für die Sicherheit und Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ausgehen“. Abgeschlossen wird der Abschnitt durch die Verpflichtung „Gefahrstoffe und Putzmittel [...] so aufzubewahren, dass davon für die jungen Menschen keine Gefahren“ ausgehen.

Neben Verwaltungsvorschriften oder Richtlinien, die allgemein den Betrieb stationärer Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe betreffen, existieren z. B. landesrechtliche untergesetzliche Normen, die auf einen engeren Anwendungsbereich beschränkt sind. Dies betrifft z. B. die bayerische *Richtlinie für Heilpädagogische Tagesstätten, Heime und sonstige Einrichtungen für Kinder und Jugendliche und junge Volljährige mit Behinderung*⁴⁴¹. Auch diese sieht in Ziff. 16.2 vor, dass „für Spiel und Sport [...] ausreichende Freiflächen im Außenbereich zu schaffen [sind] oder [...] zugänglich sein“ müssen. Zudem sind bei der baulichen Gestaltung „ausreichende Abstellflächen für Heil- und Hilfsmittel [...] zu berücksichtigen“. Zusätzlich verlangt die Richtlinie in Ziff. 17 S. 1 aber z. B. auch noch, dass die Ernährung „vollwertig und abwechslungsreich sein und dem jeweiligen Alter und dem Gesundheitszustand der Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen entsprechen“ muss. Nach Ziff. 16.3 sind in heilpädagogischen Heimen die Räume für eine Gruppe „so zu gestalten, dass sie den Wohn-, Freizeit-, Ernährungs-, Schlaf- und Hygienebedürfnissen der dort lebenden Personen entsprechen“. Darüber hinaus hat nach Ziff. 18 „jede Einrichtung [...] für ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld Sorge zu tragen. [Auch hier muss zudem] eine entsprechend in Erster Hilfe ausgebildete Kraft [...] in der Einrichtung jederzeit zur Verfügung stehen“. Wie nach der hessischen Richtlinie ist auch hier die erforderliche „medizinische und zahnmedizinische Versorgung [sowie ein ausreichender Schutz vor Infektionen] zu gewährleisten“ und „der allgemein anerkannte Stand des Wissens in der Hygiene“ einzuhalten. Außerdem sind „Gefahrstoffe und Arzneimittel [...] für die Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen unzugänglich aufzubewahren“. Ergänzt werden die konkreten Vorgaben durch einen generalklauselartigen Verweis auf „die gesetzlichen Bestimmungen des Gesundheitsschutzgesetzes“ wie z. B. das Rauchverbot in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche nach Art. 3 Abs. 1 S. 2 GSG-BY.

441 BayMBl. 2022, Nr. 655.

b. Jugendhilfeplanung zur Ausübung der Gesamtverantwortung

.....

Die Jugendhilfe kann einen Beitrag zum gesunden Aufwachsen auch durch das Instrument der Jugendhilfeplanung leisten. Diese ist in § 80 SGB VIII gesetzlich geregelt und verpflichtet die öffentlichen Träger dazu, systematisch und vorausschauend zu planen. In einem strukturierten Prozess sind dabei zunächst bestehende Angebote festzustellen, anschließend die Bedarfe junger Menschen sowie ihrer Familien zu ermitteln und schließlich die notwendigen Maßnahmen zur Deckung dieser Bedarfe umzusetzen. Dabei spielt auch die Einbindung relevanter Akteure, insbesondere freier Träger, eine bedeutende Rolle, ebenso wie die Abstimmung mit anderen kommunalen Planungen, etwa aus den Bereichen Schule, Gesundheit oder Stadtentwicklung. Um sicherzustellen, dass Unterstützungsangebote dort ankommen, wo sie benötigt werden, verfolgt die Jugendhilfeplanung einen sozialraumorientierten Ansatz.⁴⁴² Sie betrachtet dabei nicht nur die „SGB-VIII-eigene“ Angebotsstruktur, sondern analysiert auch, ob und welche externen Hilfesysteme – etwa aus dem Gesundheitsbereich – für die Betroffenen zugänglich sind.⁴⁴³ Soweit Schnittstellen zu anderen Planungsbereichen bestehen, verlangt die Jugendhilfeplanung, die ihrerseits Teil der Sozialplanung ist, eine horizontale Vernetzung mit anderen Planungsträgern.⁴⁴⁴ Auch insoweit gilt zudem § 81 SGB VIII.⁴⁴⁵ Zwar steht der Jugendhilfe dabei kein Vorrang gegenüber den anderen Planungsträgern zu,⁴⁴⁶ sie kann aber auf diese Weise – ganz im Sinne des § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII – dazu beitragen, dass die Belange junger Menschen bereichsübergreifend berücksichtigt werden. Dieses Prinzip wird auch in den Landesausführungsgesetzen zum SGB VIII aufgegriffen. Beispielhaft ist hier § 14 Abs. 2 AG-SGB VIII-RP zu nennen. Dieser verpflichtet die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe *„darauf hinzuwirken, dass die[...] Belange [von Kindern und ihren Familien] auch im Rahmen anderer örtlicher oder regionaler Fachplanungen insbesondere in den Bereichen Gesundheit, Bildung, Arbeit und Soziales berücksichtigt werden“*. Eine vergleichbare Vorschrift findet sich z. B. auch in § 45 AG-SGB VIII-BE. Danach sollen die *„Planungen anderer Verwaltungen, insbesondere die Schul-, Gesundheits-, Verkehrs-, Sozial-, Stadtentwicklungs- und Wohnungsbauplanung, [...] soweit sie sich auf die Lebenswelt und die Zukunftsperspektiven von jungen Menschen und Familien auswirken können, die Jugendhilfeplanung einbeziehen“*.

.....

442 Fazekas, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.5.2024, § 80 SGB VIII, Rn. 7.

443 Fazekas, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.5.2024, § 80 SGB VIII, Rn. 10.

444 Schön, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, § 80 SGB VIII, Rn. 38.

445 Rasch, Public Health Forum 2025, 178.

446 Schön, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, § 80 SGB VIII, Rn. 39.

10. Ausübung der Gesundheitsorge als Teil der Personensorge nach § 55 SGB VIII i. V. m. § 1795 Abs. 1 BGB

.....

Nach § 55 Abs. 1 SGB VIII nimmt das Jugendamt die Rolle der Amtsvormundschaft nach § 1786 BGB wahr. In diesem Fall ist es nach § 1789 Abs. 1 BGB zur Ausübung der Sorge verpflichtet und berechtigt, zu der auch die Personensorge nach § 1795 BGB gehört. Teil dieser Personensorge ist wiederum die sogenannte Gesundheitsorge.⁴⁴⁷ Diese umfasst neben der „*Entscheidung über medizinische Maßnahmen*“⁴⁴⁸ z. B. auch Entscheidungen über die Durchführung von Schutzimpfungen⁴⁴⁹ oder die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen.⁴⁵⁰ Der Träger der öffentlichen Jugendhilfe hat somit in diesem Kontext die Möglichkeit, durch seine Bediensteten (vgl. § 55 Abs. 2 S. 1 SGB VIII) in eigener Verantwortung für gesundheitsförderliche Lebensumstände des Mündels zu sorgen.

11. Verhältnisprävention durch Beteiligung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe im Rahmen der Bauleitplanung

.....

Eine weitere Möglichkeit zur Einflussnahme des öffentlichen Jugendhilfeträgers auf das Bestehen gesundheitsförderlicher Lebensumstände für Kinder und Jugendliche findet sich im Baurecht. Nach § 4 Abs. 1 S. 1 i. V. m. § 3 Abs. 1 S. 1 Hs. 1 BauGB sind Behörden und sonstige Träger öffentlicher Belange, deren Aufgabenbereich durch die Bauleitplanung berührt werden kann, möglichst frühzeitig über die allgemeinen Ziele und Zwecke der Planung, sich wesentlich unterscheidende Lösungen, die für die Neugestaltung oder Entwicklung eines Gebiets in Betracht kommen, und die voraussichtlichen Auswirkungen der Planung öffentlich zu unterrichten. Im Anschluss hat die Gemeinde nach § 4 Abs. 2 S. 1 BauGB von Behörden und sonstigen Trägern öffentlicher Belange, deren Aufgabenbereich durch die Planung berührt werden kann, auf ihren jeweiligen Aufgabenbereich beschränkte (§ 4 Abs. 2 S. 5 BauGB) Stellungnahmen zum Planentwurf und zur Begründung einzuholen. Diese haben

447 Dürbeck, in: Oberloskamp/Dürbeck (Hrsg.), Vormundschaft, Pflegerschaft und Beistandschaft für Minderjährige, 5. Aufl. 2023, § 9, Rn. 168 ff.

448 BVerfG, Beschl. v. 21.7.2022 – 1 BvR 469/20, 1 BvR 470/20, 1 BvR 471/20, 1 BvR 472/20, NVwZ 2022, 1529 (1530) = BVerfGE 162, 378 ff.

449 Vgl. BVerfG, Beschl. v. 21.7.2022 – 1 BvR 469/20, 1 BvR 470/20, 1 BvR 471/20, 1 BvR 472/20, NVwZ 2022, 1529 ff. = BVerfGE 162, 378 ff. zur elterlichen Gesundheitsorge.

450 Vgl. OLG Frankfurt a.M., Beschl. v. 9.9.2013 – 1 UF 105/13 zur elterlichen Gesundheitsorge.

zudem nach § 4 Abs. 2 S. 5 und 6 BauGB auch Aufschluss über die ihrerseits beabsichtigten oder bereits eingeleiteten Planungen und sonstigen Maßnahmen sowie deren zeitliche Abwicklung, die für die städtebauliche Entwicklung und Ordnung des Gebiets bedeutsam sein können, Auskunft zu geben und alle Informationen, die für die Ermittlung und Bewertung des Abwägungsmaterials zweckdienlich sind, zur Verfügung zu stellen.

Die für eine gebotene⁴⁵¹ Beteiligung der Jugendhilfeträger erforderliche Berührung ihres Aufgabenbereichs folgt wiederum aus der eingangs angesprochenen Verantwortung nach § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII für die Erhaltung oder Schaffung positiver Lebensbedingungen – einschließlich einer kinder- und familienfreundlichen Umwelt – für junge Menschen und ihre Familien.⁴⁵² Im Baurecht findet sich eine korrespondierende Regelung in § 1 Abs. 6 Nr. 3 BauGB sowie nochmals gespiegelt in einigen⁴⁵³ Landesbauordnungen. Danach sind bei der Aufstellung der Bauleitpläne insbesondere „die Bedürfnisse der Familien, der jungen [...] und behinderten Menschen [...] sowie die Belange [...] von Sport, Freizeit und Erholung“ zu berücksichtigen. In einigen Bundesländern wird die Verpflichtung zur Beteiligung der öffentlichen Jugendhilfeträger im Rahmen von § 4 Abs. 2 BauGB zudem durch untergesetzliche Vorschriften nochmals konkretisiert. Exemplarisch zu nennen ist hier z. B. der sachsen-anhaltinische *Erlass zur Regelung der Beteiligung der Öffentlichkeit sowie der Behörden und sonstigen Träger öffentlicher Belange bei der Aufstellung von Bauleitplänen*, der das Jugendamt ausdrücklich als Träger des öffentlichen Belangs „Kinder- und Jugendhilfe“ ausweist.⁴⁵⁴

Das Fehlen der nach § 4 Abs. 2 BauGB erforderlichen Beteiligung führt nach § 214 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 BauGB i. d. R. zur Rechtswidrigkeit der betroffenen Bauleitpläne. Darüber hinaus sollen Gemeinden nach § 180 Abs. 1 S. 1 BauGB Vorstellungen entwickeln und mit den Betroffenen erörtern, wie nachteilige Auswirkungen städtebaulicher Maßnahmen und Planungen auf die persönlichen Lebensumstände der in dem Gebiet wohnenden oder arbeitenden Menschen möglichst vermieden oder gemildert werden können. Dies erfolgt in der Regel zumindest in Abstimmung mit den für soziale Belange zuständigen Behörden wie z. B. den Jugendämtern.⁴⁵⁵ Innerhalb der kommunalen Strukturen kann das Jugendamt so beispielsweise darauf hinwirken, dass verkehrssichere und damit kinderfreundliche Wegenetze

451 Luthe, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 1, Rn. 94.

452 Winkler, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.12.2024, § 1 SGB VIII, Rn. 23.

453 Vgl. Deutsches Kinderhilfswerk, Verankerung der Berücksichtigung von Kinderinteressen in der Landesbauordnung, <https://t1p.de/yevap> (abgerufen am 4.8.2025).

454 Ministerium für Infrastruktur und Digitales Sachsen-Anhalt, Erlass zur Regelung der Beteiligung der Öffentlichkeit sowie der Behörden und sonstigen Träger öffentlicher Belange bei der Aufstellung von Bauleitplänen und Satzungen, <https://t1p.de/5lrep> (abgerufen am 4.8.2025).

455 Krautzberger, in: Ernst/Zinkahn/Bielenberg/Krautzberger (Hrsg.), BauGB 157. EL v. 11/2024, § 180, Rn. 77.

im Rahmen der kommunalen Planung vorgesehen werden, die ein Zufußgehen bzw. das Radfahren ermöglichen und somit die körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen fördern.⁴⁵⁶

Eine explizite, entgegengesetzte Verpflichtung der Jugendhilfeträger zur Abstimmung mit der örtlichen Bauleitplanung enthält das SGB VIII zwar nicht, diese kann aber aus der in § 81 SGB VIII enthaltenen Formulierung „*insbesondere*“ abgeleitet werden.⁴⁵⁷ Sie folgt zudem auch aus dem Auftrag des § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII.

12. Weitere gesetzliche Anknüpfungspunkte für Kooperationen anderer Sozialleistungsträger mit der Jugendhilfe mit Bezug zur Prävention und Gesundheitsförderung

.....

a. Kooperationspflicht der Jugendhilfe nach § 81 SGB VIII

.....

Das – wohl aufgrund seiner Ansiedlung im Gesetz gelegentlich übersehene –⁴⁵⁸ Kooperationsgebot nach § 81 SGB VIII verpflichtet die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zur Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, deren Tätigkeiten die Lebenssituation junger Menschen und ihrer Familien beeinflussen. Zu den für die Sicherstellung der Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen besonders relevanten Kooperationspartnern gehören unter anderem die in § 81 SGB VIII genannten Träger von Sozialleistungen (z. B. die Gesetzliche Kranken-, Renten- und Unfallversicherung), Rehabilitationsträger, die – wie oben ausgeführt – auch für gesundheitliche Aspekte in ihrem Setting verantwortlichen – Schulen und Stellen der Schulverwaltung, Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie sonstige Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens sowie die ebenfalls gesundheitsbezogenen Stellen der Sucht- oder Schwangerschaftskonfliktberatung und Einrichtungen und Dienste zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen. Dabei erfolgt die Zusammenarbeit jeweils im Rahmen der Aufgaben und Befugnisse der beteiligten Stellen.⁴⁵⁹

.....
456 Vgl. dazu Wuppertal Institut für Klima, Umwelt, Energie, Fußgängerwegenetze von Kindern und Jugendlichen, <https://t1p.de/8gjoy> & <https://t1p.de/022g3> (jeweils abgerufen am 4.8.2025); Erke/Kettler, Mobilitätsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen im Straßenverkehrs- und Baurecht. Schlussbericht, 2005, <https://orlis.difu.de/handle/difu/125685> (abgerufen am 4.8.2025).

457 Luthe, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB VIII, Stand v. 1.8.2022, § 1, Rn. 94.

458 So z. B. bei Hartmann, in: Liel/Rademacher (Hrsg.), Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe, 2020, S. 46 (53).

459 Wabnitz, in: Kunkel/Keper/Pattar (Hrsg.), LPK-SGB VIII, 8. Aufl. 2022, § 81, Rn. 1 ff.

Bei § 81 SGB VIII handelt es sich um eine besondere Ausprägung der allgemeinen Gewährleistungsverpflichtung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe nach § 79 SGB VIII.⁴⁶⁰ Es ist daher in systematischer Hinsicht konsequent, dass sich die Pflicht zur strukturellen Zusammenarbeit nur⁴⁶¹ an diesen und nicht⁴⁶² zugleich auch an die von § 81 SGB VIII aufgezählten Kooperationspartner richtet. Diese werden daher durch § 81 SGB VIII nicht unmittelbar verpflichtet.⁴⁶³ Zumindest soweit es sich jedoch bei den Kooperationspartnern um potenzielle Leistungserbringer im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe handelt, ist eine „verbindliche Einbeziehung“⁴⁶⁴ in eine – etwa auch gesundheitsorientierte – Planung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe zumindest auf der Grundlage von „Leistungs- und Entgeltvereinbarungen“⁴⁶⁵ bzw. „besonderen Förderbestimmungen“⁴⁶⁶ zu erreichen. Darüber hinaus lässt sich die Kooperationsbereitschaft der Partner auch durch eine verwaltungsorganisationsrechtliche Entscheidung sicherstellen, wenn Jugendhilfeträger und potenzielle Kooperationspartner unter demselben administrativen Überbau angesiedelt sind.⁴⁶⁷ In allen anderen Fällen setzt eine korrespondierende Kooperationspflicht der in § 81 SGB VIII genannten Partner eine entsprechende Regelung in den jeweils einschlägigen Leistungs- oder Bereichsgesetzen voraus.⁴⁶⁸ Exemplarisch ist hier die in § 4 Abs. 2 SchKG verankerte Pflicht der Beratungsstellen zur Zusammenarbeit in den Netzwerken nach § 3 KKG zu nennen.

b. Kooperationspflicht der Träger der Grundsicherung mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Bereich der Gesundheitsförderung

.....

Besondere Kooperationspflichten der von § 81 Nr. 1 SGB VIII genannten Partner finden sich im Grundsicherungsrecht. Gesetzlich verankert ist eine solche z. B. in § 28 Abs. 2 Hs. 2 SGB I. Danach müssen die für die Leistungen der Sozialhilfe zuständigen Kreise und kreisfreien Städte, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und für besondere Aufgaben die Gesundheitsämter mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege zusammenarbeiten. Diese Kooperationspflicht betrifft zwar nicht die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern i. S. d.

.....

460 Fazekas, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.5.2024, § 81 SGB VIII, Rn. 1.

461 Weizmann/Schäfer, in: Münder/Meysen/Trenczek (Hrsg.), SGB VIII, 9. Aufl. 2022, § 81, Rn. 1; Schön, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, § 81 SGB VIII, Rn. 4.

462 Weizmann/Schäfer, in: Münder/Meysen/Trenczek (Hrsg.), SGB VIII, 9. Aufl. 2022, § 81, Rn. 3; Schön, in: Wapler/Wiesner (Hrsg.), 6. Aufl. 2022, § 81 SGB VIII, Rn. 4.

463 Fazekas, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.5.2024, § 81 SGB VIII, Rn. 9.

464 Fazekas, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.5.2024, § 81 SGB VIII, Rn. 9.

465 Weizmann/Schäfer, in: Münder/Meysen/Trenczek (Hrsg.), SGB VIII, 9. Aufl. 2022, § 81, Rn. 6.

466 Fazekas, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.5.2024, § 81 SGB VIII, Rn. 9.

467 Weizmann/Schäfer, in: Münder/Meysen/Trenczek (Hrsg.), SGB VIII, 9. Aufl. 2022, § 81, Rn. 3.

468 Weizmann/Schäfer, in: Münder/Meysen/Trenczek (Hrsg.), SGB VIII, 9. Aufl. 2022, § 81, Rn. 3.

§ 12 SGB I⁴⁶⁹ und damit auch nicht die Träger der öffentlichen Jugendhilfe i. S. d. § 69 SGB VIII, die Träger der freien Wohlfahrtspflege engagieren sich aber häufig zugleich auch als Leistungserbringer im Bereich der freien Jugendhilfe. Darüber hinaus verpflichtet § 4 Abs. 1 S. 1 SGB XII die Träger der Sozialhilfe programmatisch⁴⁷⁰ zur Zusammenarbeit mit anderen Stellen, deren gesetzliche Aufgaben dem gleichen Ziel dienen oder die an Leistungen beteiligt sind oder beteiligt werden sollen. Die Träger von Leistungen nach dem SGB VIII werden dabei von der Vorschrift ausdrücklich angesprochen. Hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der Zusammenarbeit, die von § 4 Abs. 1 S. 1 SGB XII nicht näher beschrieben wird, verbleibt den Träger der Sozialhilfe aber ein weiter Entscheidungsspielraum.⁴⁷¹

Bezüglich der Träger der öffentlichen Jugendhilfe findet sich ein entsprechendes auf Kooperation ausgerichtete „*Hinwirkungsgebot*“⁴⁷² für den Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende in § 4 Abs. 2 S. 2 und 3 SGB II. Danach haben die nach § 6 SGB II zuständigen Träger auch darauf hinzuwirken, „*dass Kinder und Jugendliche Zugang zu geeigneten vorhandenen Angeboten der gesellschaftlichen Teilhabe erhalten*“. Zu diesem Zweck haben sie u. a. mit den Trägern der Jugendhilfe zusammenzuarbeiten. Die Vorschrift konkretisiert das in § 4 Abs. 2 S. 1 SGB II geregelte allgemeine Gebot, dass die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende darauf hinzuwirken haben, „*dass erwerbsfähige Leistungsberechtigte und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen die erforderliche Beratung und Hilfe anderer Träger, insbesondere der Kranken- und Rentenversicherung, erhalten*“. Sie steht damit im engen Zusammenhang mit dem Nachranggrundsatz des § 5 Abs. 1 SGB II,⁴⁷³ dessen Verwirklichung eine korrespondierende Beratung durch den Grundsicherungsträger voraussetzt. Das bedeutet, dass der SGB-II-Leistungsträger seine Beratungsstruktur so gestalten muss, dass eine aktive Beratung und Unterstützung zu den vorrangigen Leistungen auch tatsächlich erfolgen kann. Der „*§ 4 Abs. 2 SGB II verpflichtet die Kommunen [... demnach dazu], mit der lokalen Anbieter-Landschaft aktive Kooperationsbeziehungen einzugehen, um möglichst alle vorhandenen Angebote für Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Haushalten zugänglich zu machen – gerade auch, wenn deren Eltern im Einzelfall dazu nicht allein in der Lage sind.*“⁴⁷⁴

469 Schifferdecker, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.11.2024, § 28 SGB I, Rn. 33.

470 Janda, in: Janda (Hrsg.), Rechtskreisübergreifende Kooperationsgebote im Sozialrecht, 2023, S. 32.

471 Deckers, in: Grube/Wahrendorf/Flint (Hrsg.), 8. Aufl. 2024, § 4 SGB XII, Rn. 5; von Koppenfels-Spies, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.12.2024, § 4 SGB XII, Rn. 11.

472 Janda, Zugänglichkeit des Sozialstaats, 2024, S. 16; Kaps/Marquardsen, ZSR 2017, 217 (220 f.).

473 Brems, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB II, Stand v. 10.1.2024, § 4, Rn. 7.

474 Kaps/Marquardsen, ZSR 2017, 217 (221).

Hinsichtlich des Verhältnisses der Grundsicherung für Arbeitsuchende zum Recht der Kinder- und Jugendhilfe ist § 10 Abs. 3 SGB VIII zu beachten, der das allgemeine Vorrang-Nachrang-Verhältnis nach § 10 Abs. 1 S. 1 SGB VIII weithin umkehrt. Bezüglich gesundheitsorientierter Leistungen muss dabei jedoch § 10 Abs. 3 S. 2 SGB VIII berücksichtigt werden, nach dem zumindest Leistungen nach § 16a SGB II den Leistungen nach dem SGB VIII vorgehen. Zu diesen zählen auch die eingliederungsorientierten Leistungen der Betreuung minderjähriger Kinder oder von Kindern mit Behinderungen sowie die psychosoziale Betreuung⁴⁷⁵ und die Suchtberatung. Insbesondere die letztgenannten Leistungen können einen verhältnispräventiven gesundheitlichen Effekt zugunsten der mit der erwerbsfähigen Person in einem Haushalt lebenden Kinder und Jugendlichen entfalten. Das gilt umso mehr, als alle Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach § 1 Abs. 2 S. 4 Nr. 4 SGB II die familienspezifischen Lebensverhältnisse von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, die Kinder erziehen oder pflegebedürftige Angehörige betreuen, berücksichtigen müssen. Darüber hinaus eröffnet § 16 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB II die Möglichkeit der Erbringung von Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung[,] insbesondere nach § 45 SGB III, die wiederum auch „*gesundheitsorientierte Bausteine*“⁴⁷⁶ enthalten können. Nochmals erweitert werden können die danach für gesundheitliche Elemente der Arbeitsförderung zur Verfügung stehenden Mittel durch eine Kofinanzierung im Rahmen der §§ 20 f. SGB V, die sich in diesem Fall z. B. auf die Gruppe der Erwerbslosen in der Lebenswelt „*Kommune*“ beziehen kann.⁴⁷⁷

Eine nochmals gesteigerte Abstimmungsverpflichtung mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe besteht für den SGB-II-Träger nach § 16h Abs. 3 SGB II. Nach § 16h Abs. 1 S. 2 SGB II kann der Grundsicherungsträger schwer zu erreichende junge Menschen durch Betreuungs- und Unterstützungsleistungen zusätzlich fördern, die dem Ziel dienen, dass Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende in Anspruch genommen werden, erforderliche therapeutische Behandlungen eingeleitet werden und an Regelangebote des SGB II zur Aktivierung und Stabilisierung und eine frühzeitige intensive berufsorientierte Förderung herangeführt wird. Diese Leistungen sind nach § 10 Abs. 3 SGB VIII jedoch nachrangig gegenüber Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe.

Neben der allgemeinen Abmilderung des Gesundheitsrisikos „Armut“ durch ökonomische Existenzsicherung, die dem Bereich der zumindest mittelbar wirkenden Verhältnisprävention zuzuordnen ist, finden sich sowohl im SGB II als auch im SGB XII weitere konkrete Leistungen, die eine gesundheitsfördernde Wirkung auf die Adressaten und damit auch auf leistungsberechtigte Kinder und Jugendliche entfalten können. Dies gilt im Bereich der

475 Zur Bedeutung im Bereich der Prävention vgl. auch Welti, VSSAR 2019, 313 (317).

476 GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, 2024, <https://t1p.de/2zw9> (abgerufen am 4.8.2025), S. 165.

477 Vgl. GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, 2024, <https://t1p.de/2zw9> (abgerufen am 4.8.2025), S. 38.

Sozialhilfe z. B. für § 15 Abs. 1 SGB XII, der eine präventionsorientierte Leistungserbringung einfordert und der dabei ausdrücklich die sogenannte vorbeugende Gesundheitshilfe gemäß § 47 SGB XII erwähnt. Nach § 47 S. 1 SGB XII werden medizinische Vorsorgeleistungen und Untersuchungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten erbracht. Für andere Leistungen gilt das gemäß § 47 S. 2 SGB XII nur, wenn ohne diese nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden einzutreten droht. Da es sich bei § 15 SGB XII um eine Regelung aus dem Bereich der Grundsätze der Leistungen der Sozialhilfe handelt, ist das Präventionsgebot auf alle konkreten Einzelleistungen nach den §§ 27 ff. SGB XII anzuwenden.⁴⁷⁸ Aufgrund ihres gesundheitsförderlichen oder sogar präventiven Potenzials besonders hervorzuheben sind unter diesen z. B. die Übernahme des Mehrbedarfs für eine aus medizinischen Gründen (z. B. zur Abwehr eines anderenfalls drohenden Gesundheitsschadens)⁴⁷⁹ gebotene kostenaufwändige Ernährung nach § 30 Abs. 5 SGB XII, die Übernahme der Kosten für die Erstausrüstung einer Wohnung einschließlich der erforderlichen Haushaltsgeräte nach § 31 Abs. 1 Nr. 1 SGB XII, die wiederum die Grundlage für eine gesundheitsförderliche Ernährung aller Haushaltsangehörigen bilden kann, die Deckung der Bedarfe für die Erstausrüstungen bei Schwangerschaft und Geburt nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB XII, die Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen nach § 32 SGB XII, die Leistungen zur Verhinderung von Obdachlosigkeit nach § 36 Abs. 1 S. 2 SGB XII und die Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach den §§ 67 f. SGB XII.⁴⁸⁰ Besonders für die hier im Fokus stehende Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen ist zudem die Sicherung der Bedarfe für Bildung und Teilhabe zu berücksichtigen. Unter diesen können z. B. die Deckung der Aufwendungen für eine Teilnahme an einer gemeinschaftlichen Mittagsverpflegung in Schule und Kita nach § 34 Abs. 6 SGB XII, oder die Übernahme der Aufwendungen für die Teilnahme an Aktivitäten in den Bereichen Sport, Spiel und Geselligkeit nach § 34 Abs. 7 S. 1 Nr. 1 SGB XII, die sich wiederum an den § 11 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII genannten Schwerpunkten der Jugendarbeit orientieren,⁴⁸¹ sowie für den Besuch einer weiter entfernten Schule mit einem besonderen (z. B. bewegungsorientierten) Profil nach § 34 Abs. 4 S. 2 SGB XII zu einem gesunden Aufwachsen beitragen. Für den Bereich der Grundversicherung für Arbeitsuchende finden sich vergleichbare Leistungen in den §§ 21 Abs. 5, 22 Abs. 8 S. 2, 24 Abs. 3 und 26 sowie 28 Abs. 4, Abs. 6 und Abs. 7 S. 1 Nr. 1 SGB II (vgl. dazu auch § 10 Abs. 3 S. 2 a.E.).

478 Lohse/Meysen/Götte/Méndez de Vigo/Seltmann, Akteursübergreifende Prävention, 2017, S. 44.

479 BSG, Urt. v. 10.5.2011 – B 4 AS 100/10 R, BeckRS 2011, 74904.

480 Lohse/Meysen/Götte/Méndez de Vigo/Seltmann, Akteursübergreifende Prävention, 2017, S. 45.

481 BT-Drs. 17/3404, S. 125.

Im Unterschied zu § 15 Abs. 1 SGB XII enthält das SGB II kein vergleichbares Präventionsgebot. Dieser Umstand ist darauf zurückzuführen, dass *„Leistungsberechtigte nach dem SGB XII [...] – anders als Erwerbsfähige nach dem SGB II –] eines besonderen Schutzes [bedürfen]. Denn dieser Personenkreis ist entweder alt oder erwerbsunfähig und bedarf angesichts einer hiermit oft verbundenen Hilflosigkeit schon vor Eintritt der Hilfebedürftigkeit typisierend präventiven Beistands, weil von ihm nicht erwartet werden kann, dass er allein auf Grund eigener Anstrengungen die Notlage wird vermeiden oder überwinden können. Deshalb sieht § 15 Abs. 1 SGB XII vor, dass Sozialhilfe auch bei (noch) fehlender Bedürftigkeit vorbeugend geleistet werden soll, wenn dadurch eine drohende Notlage ganz oder teilweise abgewendet werden kann.“*⁴⁸² Im Bereich des SGB II muss die Hilfebedürftigkeit dagegen bereits eingetreten sein, sodass eine präventive Leistungsgewährung grundsätzlich ausscheidet.⁴⁸³ Dieser Grundsatz bezieht sich allerdings nur auf das vom SGB II adressierte Risiko der ökonomischen Hilfebedürftigkeit und schließt damit nicht aus, dass die Gewährung monetärer Mittel dazu beiträgt, auf die Verwirklichung anderer Risiken – hier insbesondere für die Gesundheit – präventiv einzuwirken.

c. Weitergehende Kooperationspflicht der GKV mit den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe im Bereich der Gesundheitsförderung nach dem SGB V

.....

Im Recht der GKV finden sich – wie oben bereits dargestellt – nur wenige ausdrückliche Bezugnahmen auf das SGB VIII. Zwar enthält auch das SGB V einige spezielle Kooperationsgebote wie z. B. die in § 26 Abs. 3 S. 1 SGB V geregelte Verpflichtung zum Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder und die Verpflichtung der Krankenkassen zur Förderung des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Diese adressieren jedoch – mit Ausnahme von § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V (Pflicht zur Ausgestaltung der Zusammenarbeit in den Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie) – die Träger der öffentlichen Jugendhilfe nicht ausdrücklich.

Für mögliche Kooperationen von GKV und Jugendhilfe kann sich aber § 4 Abs. 3 SGB V als bedeutsam erweisen. Dieser verpflichtet die GKV im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit, *„sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen[zuarbeiten]“*.

.....
482 BSG, Urt. v. 13.7.2010 – B 8 SO 14/09 R.

483 Stöltzing, in: Luik/Harich (Hrsg.), SGB II, 6. Aufl. 2024, § 16a, Rn. 4; BSG, Urt. v. 13.7.2010 – B 8 SO 14/09 R.

Relevant ist dabei der letzte Satzteil, der das Gebot der „engen Zusammenarbeit“ auf „alle anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens“ erstreckt. Es stellt sich die Frage, ob es sich auch bei dem Jugendhilfeträger um eine solche „andere Einrichtung des Gesundheitswesens“ i. S. d. § 4 Abs. 3 SGB V handeln kann. *Prima facie* scheint das nicht der Fall zu sein, ist doch der Träger der öffentlichen Jugendhilfe selbst zumindest keine Einrichtung i. S. d. § 45a SGB VIII, sondern fördert vielmehr deren Träger durch Mittelzuweisung oder genehmigt deren Betrieb: Nach § 45a S. 1 SGB VIII ist „eine Einrichtung [...] eine auf gewisse Dauer und unter der Verantwortung eines Trägers angelegte förmliche Verbindung ortsgebundener räumlicher, personeller und sachlicher Mittel mit dem Zweck der ganztägigen oder über einen Teil des Tages erfolgenden Betreuung oder Unterkunftsgewährung sowie Beaufsichtigung, Erziehung, Bildung, Ausbildung von Kindern und Jugendlichen außerhalb ihrer Familie“. Dagegen ist im SGB V der Begriff der Einrichtung nicht gesetzlich definiert. Das BSG versteht darunter jedoch zumindest im Kontext des krankenversicherungsrechtlichen Leistungserbringungsrechts „eine räumlich und sachlich abgrenzbare Einheit“⁴⁸⁴. Danach würden Leistungsträger i. S. d. § 12 SGB I per se ausscheiden. Fraglich ist allerdings, ob sich dieses Verständnis auch auf § 4 Abs. 3 SGB V übertragen lässt. Hiergegen spricht zumindest der Umstand, dass sich die Formulierung „andere“ Einrichtungen des Gesundheitswesens auf die im Gesetzestext zuvor genannten „Krankenkassen und ihre Verbände“ bezieht. Danach legt der Gesetzeswortlaut nahe, dass auch Krankenkassen – und damit Leistungsträger i. S. d. §§ 12 und 21 Abs. 2 SGB I – zumindest im Kontext von § 4 Abs. 3 SGB V als „Einrichtung des Gesundheitswesens“ gelten. Auch die Gesetzesbegründung zu § 4 Abs. 3 SGB V verdeutlicht, dass sich das vom BSG vertretene Einrichtungsverständnis des SGB-V-Leistungserbringungsrechts nicht auf alle „Einrichtungsbegriffe“ des SGB V übertragen lässt. Vielmehr ging der Gesetzgeber in den Materialien zu § 4 Abs. 3 SGB V davon aus, dass sich „die Pflicht zur Zusammenarbeit [...] auch auf die übrigen Einrichtungen des Gesundheitswesens [...] und damit“ z. B. auf andere Sozialleistungsträger und den öffentlichen Gesundheitsdienst⁴⁸⁵ erstrecken sollte. Der Begriff der Einrichtungen geht hier somit deutlich über die Leistungserbringer des SGB V hinaus,⁴⁸⁶ und erfasst auch Leistungsträger i. S. v. § 12 SGB I,⁴⁸⁷ zu denen nach § 27 SGB I auch der Träger der öffentlichen Jugendhilfe zählt.

484 BSG, Urt. v. 13.5.2015 – B 6 KA 25/14 R, MedR 2017, 264 ff. = BSGE 119, 79 ff.

485 BT-Drs. 11/2237, S. 158.

486 Mühlhausen, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 4, Rn. 10.

487 Beller, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, Stand v. 1.4.2025, § 4, Rn. 31; Herbst, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.2.2025, § 4 SGB V, Rn. 12; Krauskopf, in: Wagner/Knittel (Hrsg.), Krauskopf, 124. EL v. 01/2025, § 4 SGB V, Rn. 15; Mühlhausen, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 4, Rn. 10; Nebendahl, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 4 SGB V, Rn. 10.

Für eine Geltung des Kooperationsgebots des § 4 Abs. 3 SGB V gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe müsste es sich bei diesem aber nicht nur um eine Einrichtung, sondern zugleich auch um eine solche des „*Gesundheitswesens*“ handeln. Dabei verdeutlicht der in der Gesetzesbegründung vorhandene Verweis auf andere Sozialleistungsträger zumindest, die zugleich „*Einrichtungen des Gesundheitswesens*“ sein können, dass dieses Merkmal nicht auf die GKV beschränkt ist. Vielmehr erfasst die Regelung „*alle sonstigen im Gesundheitswesen tätigen Sozialleistungsträger*“⁴⁸⁸. Zudem wird in den Gesetzesmaterialien ebenfalls deutlich, dass das Gebot der „*intensiven Zusammenarbeit*“⁴⁸⁹ „*die Funktionsfähigkeit des gegliederten Systems*“⁴⁹⁰ sicherstellen soll. Der Begriff ist demnach funktional zu bestimmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es auf bundesrechtlicher Ebene an einer Legaldefinition des Gesundheitswesens fehlt. Wenn es dem Gesetzgeber bei § 4 Abs. 3 SGB V aber darum ging, den Nachteil eines gegliederten Systems mit Blick auf die Leistungen der GKV abzumildern, so muss der Begriff des Gesundheitswesens zumindest im Kontext des § 4 Abs. 3 SGB V als das gesetzlich vorgegebene Betätigungsfeld eben dieser Kassen verstanden werden. Für die Subsumtion der Träger der öffentlichen Jugendhilfe kommt es demnach darauf an, ob und inwieweit sich diese mit ihren Leistungen im selben Handlungsfeld bewegen wie die GKV. Dabei erscheint es als möglich, bereits die Nennung der Jugendhilfe in § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V als Beleg für eine solche Überschneidung der Handlungsfelder heranzuziehen. Der Gesetzgeber bekräftigt mit dieser Regelung schließlich, dass die Prävention einerseits zum Leistungsspektrum der GKV – und damit nach der oben vertretenen Ansicht – zum Gesundheitswesen gehört und zum anderen, dass die Betätigung der Krankenkassen in diesem Handlungsfeld in „*Zusammenarbeit*“ mit den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe zu erfolgen hat. Gleichermaßen ließe sich § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V aber auch als Beleg für eine Ausnahmesituation und damit für eine ablehnende Gegenposition heranziehen, nach der die Jugendhilfe zwar (ausnahmsweise) im Bereich der Prävention, aber im Übrigen gerade nicht grundsätzlich im „*Gesundheitswesen*“ aktiv ist. In diesem Fall wäre § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V als besondere Kooperationsvorschrift zu verstehen, die nur deshalb erforderlich wäre, weil der allgemeine Grundsatz des § 4 Abs. 3 SGB V keine Anwendung fände. Einer solchen Gegenposition wäre allerdings entgegenzuhalten, dass § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V auch die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst im Bereich der Prävention regelt, obwohl dieser – nach der Gesetzesbegründung zu § 4 Abs. 3 SGB V – ausdrücklich⁴⁹¹ vom Begriff der „*anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens*“ und damit

488 Nebendahl, in: Spickhoff (Hrsg.), *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2022, § 4 SGB V, Rn. 10.

489 BT-Drs. 11/2237, S. 158.

490 BT-Drs. 11/2237, S. 158.

491 BT-Drs. 11/2237, S. 158.

bereits von der allgemeinen Kooperationsregelung erfasst werden sollte. Der § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V liefert somit keine Grundlage für eine Verengung der Kooperationspflicht mit den dort genannten Akteuren auf den Bereich der Prävention. Darüber hinaus spricht auch die aus § 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX folgende Zuständigkeit der Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 5 Nr. 1 SGB IX und die Regelung der Krankenhilfe in § 40 SGB VIII für die Annahme, dass sich die Jugendhilfe in einem für die Anwendbarkeit von § 4 Abs. 3 SGB V hinreichendem Maße im selben Tätigkeitsfeld wie die GKV und damit im „Gesundheitswesen“ betätigt. Die im Modellprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit angelegten kommunalen lebensweltbezogenen Interventionen zur Erreichung sozial benachteiligter Menschen und deren Fokus auf Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien könnten insoweit die Voraussetzungen bieten, um die Tragfähigkeit solcher Kooperationen modellhaft zu explorieren.⁴⁹²

d. Allgemeine Kooperationspflichten des Sozialrechts als Auffangregelungen

.....

Unabhängig von konkreten Kooperationsgeboten in den einzelnen Leistungsgesetzen ist die Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Leistungsträger auch in den allgemeinen Bestimmungen des Sozialrechts verankert. Das ist auch erforderlich, da eine Vielzahl von Leistungsgesetzen keine oder – wie oben ausgeführt – zumindest nur sehr rudimentär angelegte Kooperationsgebote enthalten, obwohl eine effektive soziale Sicherung ohne ein Mindestmaß an Kooperationsbereitschaft der Träger angesichts des fragmentierten Sozialleistungssystems kaum gelingen kann.

aa. Kooperationspflicht der „Auskunftsstellen“ nach § 15 Abs. 3 SGB I

.....

Eine allgemeine gesetzliche Grundlage für ein Mindestmaß an Kooperation enthält z. B. der § 15 Abs. 3 SGB I. Dieser verpflichtet die sogenannten Auskunftsstellen, *„untereinander und mit den anderen Leistungsträgern mit dem Ziel zusammenzuarbeiten, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen“*. Auskunftsstellen i. S. d. Vorschrift sind nach § 15 Abs. 1 SGB I *„die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung“*. Der § 15 Abs. 3 SGB I begründet auf diese Weise eine vom konkreten Leistungsrecht des Sozialleistungsträgers unabhängige gesetzliche Verpflichtung,⁴⁹³ die z. B. auch die GKV neben etwaigen Kooperationsgeboten des

492 Vgl. GKV-Bündnis für Gesundheit, Kommunales Förderprogramm *Gesundheitsförderung und Prävention für vulnerable Zielgruppen*, <https://t1p.de/ug4lx> (abgerufen am 4.8.2025).

493 Hase, in: Rolf/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.6.2023, § 15 SGB I, Rn. 2.

SGB V erfasst. Dabei ist für die hiesige Fragestellung von besonderem Interesse, dass sich die aus § 15 Abs. 3 SGB I resultierende Kooperationspflicht auf der Adressatenseite auf alle „*anderen Leistungsträger*“ erstreckt und damit auch für den Träger der öffentlichen Jugendhilfe gilt. Gleichzeitig sollte der Begriff der Auskunftsstellen gemäß § 15 Abs. 1 SGB I – in Form der „*nach Landesrecht zuständigen Stellen*“ – nach der Vorstellung des Gesetzgebers ausdrücklich auch „*Kreise und kreisfreie[...] Städte [...] als Träger der [...] Jugendhilfe*“⁴⁹⁴ erfassen.⁴⁹⁵ Danach sind diese auch gemäß § 15 Abs. 3 SGB I zur Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern und somit z. B. auch mit der GKV verpflichtet.

Das Kooperationsgebot des § 15 Abs. 3 SGB I gilt allerdings nicht unbeschränkt, sondern dient ausdrücklich „*nur*“ der Auskunftserteilung nach § 15 Abs. 1 SGB I. Es setzt daher zwar bereits besonders früh im Leistungsprozess an,⁴⁹⁶ erschöpft sich aber zugleich in dem Moment, in dem – durch Informationsaustausch – eine sachgerechte Auskunft ermöglicht wurde. Der Umfang der Auskunftspflicht erstreckt sich nach § 15 Abs. 1 SGB I wiederum auf „*alle sozialen Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch*“. Sie soll verhindern, dass eine Person, die „*Sozialleistungen in Anspruch nehmen will oder muß, von einer Stelle an die andere verwiesen wird und durch die institutionelle Gliederung des Sozialleistungssystems Nachteile erleidet*“⁴⁹⁷. Der Gesetzeswortlaut enthält allerdings keine Vorgaben, wie die von § 15 Abs. 3 SGB I geforderte Kooperation ausgestaltet sein muss. Dies soll der Eigeninitiative der Leistungsträger Rechnung tragen und Lösungen ermöglichen, die die in § 15 SGB I genannten Ziele einzelfallbezogen verwirklichen.⁴⁹⁸ Methoden und Verfahren müssen sich daher an dem Ziel der sachgerechten Auskunftserteilung ausrichten. Die Gesetzesmaterialien nennen dazu exemplarisch „*gegenseitige[...] Mitteilungen und Konsultierungen, [...] die Abhaltung gemeinsamer Sprechtag und [...] Einrichtung gemeinsamer Auskunftsstellen*“⁴⁹⁹.

Für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bietet § 15 Abs. 3 SGB I somit eine geeignete Grundlage, damit sich die GKV und der Träger der öffentlichen Jugendhilfe wechselseitig über das jeweilige Leistungsspektrum in Kenntnis setzen. Zwar dient diese Informationsverschaffung nach der gesetzlichen Konzeption der individuellen Auskunftserteilung gegenüber einem konkreten Leistungsberechtigten und nicht der nachfolgenden Leistungskoordination zwischen den Trägern, die Zielstellung von § 15 Abs. 3 SGB I steht einem solchen Vorgehen aber auch nicht entgegen. Sie kann zudem vor dem Hintergrund

494 BT-Drs. 7/868, S. 25.

495 Ebenso Knecht, in: Hauck/ Noftz (Hrsg.), SGB I, 44. EL v. 2020, § 15, Rn. 15.

496 Janda, in: Janda (Hrsg.), Rechtskreisübergreifende Kooperationsgebote im Sozialrecht, 2023, S. 29.

497 BT-Drs. 7/868, S. 25; ebenso Spellbrink, in: Jox/Roßfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.7.2020, § 15 SGB I, Rn. 23; Öndül, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB I, Stand v. 15.6.2024, § 15, Rn. 68.

498 Knecht, in: Hauck/ Noftz (Hrsg.), SGB I, 44. EL v. 2020, § 15, Rn. 8.

499 BT-Drs. 7/868, S. 25.

des Gebots sparsamer Mittelbewirtschaftung (vgl. § 2 Abs. 1 S. 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 SGB V sowie §§ 45 Abs. 2 S. 1 Nr. 2, 74 Abs. 1 S. 1 Nr. 2, 78b Abs. 2 S. 1 und 78c Abs. 1 S. 3 SGB VIII) sogar geboten sein.

bb. Kooperationspflicht der Leistungsträger nach § 86 SGB X

Neben § 15 Abs. 3 SGB I enthält auch das Sozialverwaltungsverfahrenrecht ein allgemeines Kooperationsgebot. Nach § 86 SGB X sind „die Leistungsträger, ihre Verbände und die in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen [...] verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetzbuch eng zusammenzuarbeiten“. Es handelt sich dabei nicht nur um einen „Programmsatz mit relativ unverbindlichem Charakter, sondern [um] einen allgemeinen Grundsatz mit uneingeschränkter Rechtsverbindlichkeit, dessen konkrete Ausformung sich nach den möglichen Handlungsfeldern der Zusammenarbeit bestimmt“⁵⁰⁰. Die Regelung soll sicherstellen, dass die Sozialleistungsträger „mit ihren vielseitigen, gegenseitigen Abhängigkeiten als verantwortliche Einheit [...] auftreten und] durch die Zusammenarbeit untereinander ihre Ressourcen wirtschaftlich und effektiv ein[...]setzen“⁵⁰¹.

Die Vorschrift richtet sich an alle Leistungsträger i. S. d. § 12 SGB I.⁵⁰² Sie gilt damit für die Träger der öffentlichen Jugendhilfe ebenso wie für die GKV. Hinsichtlich der Art und Weise der Erfüllung der Verpflichtung aus § 86 SGB X steht den Adressaten ebenso wie bei § 15 Abs. 3 SGB I ein Spielraum zu.⁵⁰³ Es besteht aber „zumindest die Verpflichtung, bei widerstrebenden gegenseitigen Interessen auch die Belange des anderen [...] Leistungs]trägers angemessen zu berücksichtigen“⁵⁰⁴. Neben diesem generellen Gebot zur gegenseitigen Rücksichtnahme⁵⁰⁵ sind z. B. „gegenseitige Informationen, [die] Verständigung über die Auslegung von Normen, [die] Herausgabe gemeinsamer Empfehlungen, [oder die] Einrichtung gemeinsamer Dienste“⁵⁰⁶ mögliche Formen der Zusammenarbeit. Darüber hinaus folgt aus § 86 SGB X auch die Verpflichtung, dass die Leistungsträger „bei koordinationsfähigen und -bedürftigen Aktivitäten [...] die

500 LSG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 26.9.2007 – L 5 B 522/07 KR ER, BeckRS 2009, 64562.

501 Feddern, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB X, Stand v. 12.3.2024, § 86, Rn. 21.

502 Feddern, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB X, Stand v. 12.3.2024, § 86, Rn. 23; Herbst, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.2.2025, § 86 SGB X, Rn. 84; Blüggel, in: Schütze (Hrsg.), SGB X, 9. Aufl. 2020, § 86, Rn. 3; Weiß, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 76. Ed. v. 1.3.2025, § 86 SGB X, Rn. 7.

503 Feddern, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB X, Stand v. 12.3.2024, § 86, Rn. 28; Herbst, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.2.2025, § 86 SGB X, Rn. 97.

504 BSG, Urt. v. 22.8.2000 – B 2 U 24/99 R, BeckRS 2000, 41311; BSG, Urt. v. 13.9.1984 – 4 RJ 63/83, BeckRS 1984, 30711898.

505 Weiß, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 76. Ed. v. 1.3.2025, § 86 SGB X, Rn. 15.

506 Feddern, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB X, Stand v. 12.3.2024, § 86, Rn. 33; Herbst, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.2.2025, § 86 SGB X, Rn. 97.

*inhaltliche Entscheidung und die zeitliche Abfolge möglichst miteinander [...] verknüpfen*⁵⁰⁷. Da § 86 SGB X eine Annexverpflichtung⁵⁰⁸ zur Ergänzung der durch die jeweiligen Leistungsgesetze zugewiesenen Kernaufgaben begründet, wird auch die Kooperationspflicht durch die spezialgesetzlichen Zuständigkeitsregelungen begrenzt.⁵⁰⁹ Für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung hat dies zur Folge, dass zunächst die jeweils gesetzlich vorgesehenen Aufgaben der beteiligten Leistungsträger im Einzelfall und der etwaige Abstimmungsbedarf zu ermitteln sind. Erst im Anschluss ist dem auf diese Weise festgestellten Bedarf dann durch Zusammenarbeit nach § 86 SGB X Rechnung zu tragen.

13. Die Rolle der Öffentlichen Gesundheitsdienste im Kontext „gesundes Aufwachsen“/Prävention durch die Öffentlichen Gesundheitsdienste der Länder und Verpflichtung zur Kooperation mit den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe

.....

Zentrale Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung werden auch durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) wahrgenommen. Die hierfür maßgeblichen Vorschriften sind mangels abweichender Kompetenzzuweisung nach Art. 70 Abs. 1 GG auf der Landesebene angesiedelt. Alle 16 Bundesländer verfügen daher über eigene Vorschriften zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDGs/GDGs bzw. eine GesDV TH 1998-TH). Diese enthalten neben organisationsrechtlichen Regelungen und Aufgabenbestimmungen auch Vorschriften über die Zusammenarbeit des ÖGD mit anderen Behörden wie z. B. auch den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe, die über die bereits erläuterte Mitwirkung der Jugendhilfe im Rahmen von Untersuchungen nach § 26 SGB V hinausgehen. Darüber hinaus können fachlich qualifizierte Mitarbeitende des ÖGD im Rahmen des SGB VIII auch mit der Erstellung von Gutachten nach § 35a Abs. 1a SGB VIII betraut sein.⁵¹⁰

507 Herbst, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.2.2025, § 86 SGB X, Rn. 98.

508 Herbst, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.2.2025, § 86 SGB X, Rn. 94.

509 Herbst, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.2.2025, § 86 SGB X, Rn. 99.

510 Bohnert, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 1.5.2025, § 35a SGB VIII, Rn. 59.

a. Aufgabenzuweisung an den ÖGD – Gesundheitsförderung und/oder Prävention

.....

In Baden-Württemberg (§ 1 Abs. 2 Nr. 2 ÖGDG-BW), Bayern (Art. 7 Abs. 1 GDG-BY), Berlin (§ 1 Abs. 3 Nr. 2 und 3 GDG-BE), Brandenburg (§ 1 Abs. 1 S. 1 GDG-BB), Hamburg (§ 1 GDG-HH), Hessen (§ 1 Abs. 2 Nr. 3 ÖGD-HE), Mecklenburg-Vorpommern (§ 1 Abs. 1 ÖGDG-MV), Niedersachsen (§ 4 Abs. 1 S. 1 ÖGDG-NI), Nordrhein-Westfalen (§ 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 ÖGDG-NW), Rheinland-Pfalz (§ 5 Abs. 2 ÖGDG-RP), Saarland (§ 7 ÖGDG-SL), Sachsen (§ 17 GDG-SN), Sachsen-Anhalt (§ 1 Abs. 1 S. 1 und 2 Nr. 1 GDG-ST), Schleswig-Holstein (§ 1 GDG-SH) und Thüringen (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 GesDV TH 1998-TH) werden die Gesundheitsförderung und die Prävention ausdrücklich bei den Zielen und Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes genannt. In einigen ÖGDGs finden sich zudem ausführliche Kataloge zu den Aufgaben in den Bereichen „Gesundheitsförderung und Prävention“ (z. B. § 1 Abs. 3 Nr. 2 und 3 GDG-BE, § 17 Abs. 3 GDG-SN). Teilweise enthalten die ÖGDGs auch die Verpflichtung, auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse und gleiche Gesundheitschancen für alle hinzuwirken (§ 1 Abs. 1 S. 1 GDG-BB, § 2 Abs. 2 S. 3 GDG-HH, § 1 GDG-SH). Zudem unterscheiden sie vereinzelt sogar ausdrücklich zwischen verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen (§ 7 Abs. 2 GDG-BE, § 7 Abs. 2 ÖGDG-SL, § 17 Abs. 2 Nr. 3 GDG-SN).

Mehrere Bundesländer heben in ihren ÖGDGs die Koordinierungsverantwortung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für den Bereich der „Gesundheitsförderung und Prävention“ explizit hervor (z. B. § 7 Abs. 1 S. 7 ÖGDG-BW, Art. 7 Abs. 4 S. 1 GDG-BY, § 5 GDG-BB, § 1 Abs. 2 Nr. 3 ÖGD-HE, § 4 Abs. 1 S. 1 ÖGDG-NI, § 7 Abs. 2 ÖGDG-NW, § 7 Abs. 2 ÖGDG-SL). In Bayern existiert zudem neben dem GDG-BY noch ein weiteres Gesetz über den gesundheitlichen Verbraucherschutz und das Veterinärwesen. Auch nach dessen Art. 9 GVVG haben *„sämtliche Behörden für gesundheitlichen Verbraucherschutz [...] zusammen mit anderen auf demselben Gebiet tätigen öffentlichen und privaten Stellen die Bevölkerung bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie die Schaffung und Erhaltung gesunder Lebensbedingungen“* zu unterstützen.

b. Trägerschaft des ÖGD und Pflicht zur Kooperation mit der öffentlichen Jugendhilfe

.....

In den meisten Bundesländern wird die Verantwortlichkeit für den ÖGD ausdrücklich den Gesundheitsämtern auf kommunaler Ebene zugewiesen (vgl. z. B. § 3 Abs. 1 ÖGDG-BW, Art. 4 Abs. 2 GDG-BY). In Berlin werden die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach § 2 Abs. 1 ÖGDG-BE von der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung und

der für den gesundheitlichen Verbraucherschutz zuständigen Senatsverwaltung sowie den ihnen jeweils nachgeordneten Behörden und nicht rechtsfähigen Anstalten, den zuständigen Ämtern der Bezirke und den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter wahrgenommen. Gleichzeitig sieht aber auch § 3 Abs. 1 ÖGDG-BE die Einrichtung einheitlich strukturierter Gesundheitsämter bei den Bezirksämtern vor. Nach § 2 Abs. 1 GDG-BB sind in Brandenburg zwar sowohl das Land als auch die Landkreise bzw. kreisfreien Städte die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung werden aber nach § 5 Abs. 1 GDG-BB nur durch die beiden Letztgenannten wahrgenommen. Diese haben ihre Aufgaben nach § 2 Abs. 4 S. 1 GDG-BB wiederum „in einem Gesundheitsamt“ auszuführen.

In Bremen sind nach § 4 Abs. 1 S. 1 ÖGDG-HB das Land und die Stadtgemeinden Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auf der kommunalen Ebene sind nach § 6 Abs. 1 S. 1 ÖGDG-HB Gesundheitsämter einzurichten. Diese sind gemäß § 14 ÖGDG-HB für den Bereich der Kinder- und Jugendgesundheitspflege – einschließlich der Gesundheitsförderung – verantwortlich. Nach § 6 Abs. 1 S. 3 ÖGDG-HB ist aber eine Übertragung von Aufgaben der Gesundheitsämter auf andere Behörden grundsätzlich zulässig. In Hamburg werden die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nach § 3 Abs. 1 GDG-HH „durch die für das Gesundheitswesen, den gesundheitlichen Verbraucherschutz und das Veterinärwesen zuständigen Behörden“ wahrgenommen. In Hessen sind zwar nach § 2 Abs. 1 ÖGDG-HE das Land, die Landkreise und die kreisfreien Städte Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung ist aber gemäß § 7 Abs. 1 und § 10 Abs. 1 S. 1 ÖGDG-HE ebenfalls den Gesundheitsämtern – als bei den Landkreisen und kreisfreien Städten angesiedelte untere Gesundheitsbehörden (§ 2 Abs. 2 Nr. 1 ÖGDG-HE) – zugewiesen.

Nach § 3 Abs. 3 S. 4 ÖGDG-MV gehört die „Gesundheitsförderung“ in Mecklenburg-Vorpommern zu den Aufgaben im eigenen Wirkungskreis der Landkreise und kreisfreien Städte, die gemäß § 3 Abs. 1 ÖGDG-MV Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind. Gleiches gilt nach den §§ 4 und 5 i. V. m. § 2 ÖGDG-NI auch für Niedersachsen. In Nordrhein-Westfalen sind die „Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem Gesundheitsschutz“ nach § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 i. V. m. § 5 Abs. 2 Nr. 1 ÖGDG-NW ebenfalls Aufgaben der Kreise und kreisfreien Städte als untere Gesundheitsbehörden. Nach § 4 Abs. 1 ÖGDG-RP unterhalten die Landkreise und kreisfreien Städte auch in Rheinland-Pfalz Gesundheitsämter, die die Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden wahrnehmen. Zu diesen zählen nach § 5 Abs. 1 und 2 ÖGDG-RP auch die Beratung der für die Gesundheitsversorgung zuständigen Stellen über den Bedarf an Angeboten zur Gesundheitsförderung sowie Angebote der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Ebenso haben auch im Saarland die Gemeindeverbände nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. § 3 Abs. 1 ÖGDG-SL ein Gesundheitsamt zu unterhalten. Diese

sind nach § 7 Abs. 2 ÖGDG-SL auch für die Gesundheitsförderung zuständig. Zusätzlich kann das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales nach § 7 Abs. 3 ÖGDG-SL auch geeignete freie Träger beauftragen, im Auftrag des Landes Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchzuführen.

Auch in Sachsen ist die Prävention und Gesundheitsförderung Aufgabe der nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 GDG-SN bei den Landkreisen und kreisfreien Städten angesiedelten Gesundheitsämter (§ 17 Abs. 1 und 2 GDG-SN). In Sachsen-Anhalt unterscheidet § 19 Abs. 1 GDG-ST zwischen kommunalen und staatlichen Trägern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die *„kommunale[n] Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind die Landkreise und kreisfreien Städte. Sie erfüllen die Aufgaben nach § [...] 7 [GDG-ST (Gesundheitsförderung) ...] als Angelegenheiten des eigenen Wirkungskreises nach ihrem finanziellen Leistungsvermögen“*.

c. Konkrete Ausgestaltung der Aufgaben im Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ und der Kooperationspflichten mit der öffentlichen Jugendhilfe

.....

aa. Baden-Württemberg

.....

Nach § 7 Abs. 1 S. 1-2 ÖGDG-BW sollen *„durch Gesundheitsförderung und Prävention die Gesundheit, die Lebensqualität, die Selbstbestimmung und die Beschäftigungsfähigkeit erhalten und gestärkt werden. Gesundheitsförderung und Prävention sollen dazu beitragen, sozial bedingte und geschlechterbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen abzubauen“*. Die Gesundheitsämter sind nach § 7 Abs. 1 S. 5-6 ÖGDG-BW verpflichtet, *„die Bevölkerung über eine gesundheitsfördernde Lebensweise, Gesundheitsgefährdungen und die Verhütung von Krankheiten auf[zuklären]. Durch Information und Gesundheitsbildung tragen [...] sie zur Vermeidung von gesundheitsschädigenden Lebensweisen bei, insbesondere von Zivilisationskrankheiten und psychischen Störungen sowie Suchterkrankungen“*. Nach § 7 Abs. 1 S. 8-9 ÖGDG-BW können die Gesundheitsämter *„im Bedarfsfall zielgruppenspezifische Beratungs- und Betreuungsleistungen entwickeln und anbieten, soweit solche Leistungen nicht von anderen Aufgabenträgern angeboten werden. [Dabei stehen] zur Sicherung einer nachhaltigen Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten [...] strukturelle Maßnahmen im Vordergrund“*.

Nach § 7 Abs. 1 S. 4 ÖGDG-BW haben die baden-württembergischen Gesundheitsämter *„[...] in enger Zusammenarbeit mit anderen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention Tätigen und im Rahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz nach § 5 des Landesgesundheitsgesetzes an der Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten mit[zuwirken]“*. Dabei ist jedoch hervorzuheben, dass der Träger der öffentlichen Jugendhilfe auch nicht zu den in

§ 5 Abs. 4 LGG-BW ausdrücklich genannten Mitgliedern der Kommunalen Gesundheitskonferenz gehört. Erwähnt werden dort nur die *„delegierten Vertretungen der örtlichen Institutionen und Einrichtungen aus Gesundheitsförderung und Prävention, der medizinischen Versorgung, der Pflege, der Selbsthilfe, des Patientenschutzes, der oder des kommunalen Behindertenbeauftragten, der oder des kommunalen Suchtbeauftragten und weiterer Institutionen des Sozialbereichs, die Berührungspunkte mit dem zu beratenden Thema haben“*. Die Jugendhilfe lässt sich hier zumindest – gemeinsam mit anderen – unter die letztgenannte Alternative subsumieren. Ausdrücklich genannt wird die Jugendhilfe zudem in § 1 Abs. 4 KiSchutzG-BW, nach dem *„die Gesundheitsämter [...] im Rahmen ihrer Aufgaben [- zu denen nach § 1 Abs. 2 KiSchutzG-BW auch die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zählt -] mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, insbesondere mit Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe, zusammen[arbeiten]“* müssen.

bb. Bayern

.....

Nach Art. 7 Abs. 1 GDG-BY klären die *„Gesundheitsbehörden sowie das Landesamt [...] im Interesse der öffentlichen Gesundheit über die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, Prävention und die Schaffung und Erhaltung gesunder Lebensbedingungen auf. Sie regen geeignete gesundheitsfördernde, präventive, umwelt- und sozialmedizinische Maßnahmen an“*. Dabei klären sie die Bevölkerung gemäß Art. 7 Abs. 2 S. 1 GDG-BY insbesondere *„in Fragen der Gesundheit in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht auf und beraten über Gesunderhaltung und Krankheitsverhütung“*. Sie haben zudem nach Art. 7 Abs. 2 S. 3 GDG-BY im Bereich der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitshilfe insbesondere *„folgende Dienste an[zubieten]: Familienberatung und Beratung bei der Familienplanung einschließlich der Beratung Schwangerer über Dienste und Einrichtungen zur Vermeidung, Erkennung und Beseitigung von Gesundheitsgefahren während der Schwangerschaft, gesundheitliche Beratung für Menschen, die an einer Sucht, an einer psychischen Krankheit, einer chronischen Krankheit oder an einer Behinderung leiden, von ihr bedroht oder dadurch gefährdet sind, über Personen, Einrichtungen und Stellen, die vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfen gewähren können“*.

Hinsichtlich der Pflicht zur Zusammenarbeit ist vor allem Art. 7 Abs. 4 S. 1 GDG-BY bedeutsam. Danach wirken *„die Gesundheitsbehörden an Maßnahmen und Einrichtungen zur Zusammenarbeit mit anderen an der Gewährleistung von Prävention oder gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung beteiligten Stellen koordinierend mit“*. Dabei hat *„jedes Gesundheitsamt [... nach Art. 7 Abs. 4 S. 2 GDG-BY] für seinen Zuständigkeitsbereich bis zum 1. Januar 2027 ein sektorenübergreifendes Netzwerk der an Prävention oder Versorgung beteiligten Stellen“* zu schaffen. Speziell mit Blick auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen verpflichtet Art.

11 Abs. 1 S. 2 GDG-BY die Gesundheitsämter dazu, „mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, insbesondere mit Schulen und Stellen der Schulverwaltung sowie mit Einrichtungen und Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe zusammen[zuarbeiten]“. Nach § 11 Abs. 2 S. 2 GDG-BY informieren die Gesundheitsämter auch „über Personen, Einrichtungen und Stellen, die vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfen anbieten und gewähren können“. Weitere Kooperationen zwischen Gesundheitsbehörden und Jugendhilfe sind nach Art. 11 Abs. 1 S. 3 und Art. 12 Abs. 3 S. 3 GDG-BY bezüglich des Informationsaustauschs bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen oder im Fall einer verweigerten Schuleingangsuntersuchung vorgesehen.

cc. Berlin

.....

Für Berlin existiert im GDG-BE ebenfalls eine eigenständige Vorschrift zum Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Nach § 7 Abs. 1 GDG-BE wirkt der öffentliche Gesundheitsdienst „im Sinne eines umfassenden Verständnisses von Gesundheit [...] an der Förderung und Erhaltung gesunder Lebensbedingungen mit. Er fördert [dabei] die persönliche Kompetenz der Menschen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit sowie die Übernahme sozialer Verantwortung für sich selbst und andere. Er wirkt darauf hin, dass sich auch andere Institutionen an gesundheitsförderlichen Werten und Prinzipien orientieren. Durch Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung trägt er zur Vermeidung von Gesundheitsgefahren bei, insbesondere von Zivilisationskrankheiten, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen sowie Süchten. Weiterhin trägt er mit geeigneten Maßnahmen zur Verzögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit bei.“ Außerdem zählt nach § 7 Abs. 2 GDG-BE „insbesondere die Sicherstellung des Zusammenwirkens der im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Institutionen, Träger und Körperschaften, die Initiierung, Unterstützung, Förderung, Auswertung und Bewertung kommunaler und regionaler gesundheitsfördernder Aktivitäten sowie von Selbsthilfegruppen und die Durchführung von Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention“ zu den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Bezüglich der Kooperationspflicht verlangt § 7 Abs. 1 S. 1 GDG-BE, dass die Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung „in enger Zusammenarbeit mit anderen auf diesem Gebiet Tätigen“ durchgeführt werden. Hiernach dürfte bei einer Berührung der Belange junger Menschen (§ 7 Abs. 1 Nr. 4 SGB VIII) die Abstimmung mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe obligatorisch sein. Ausdrücklich genannt wird das Jugendamt aber nur in § 8 Abs. 2 Nr. 1 GDG-BE (Gesundheitshilfe). Danach hat der öffentliche Gesundheitsdienst im Rahmen seiner Aufgaben der Beratung, der psychosozialen Unterstützung und der Hilfevermittlung („für Säuglinge und Kleinkinder, wenn die Schwangerschaft oder die Geburt

regelwidrig verlaufen ist, sich Besonderheiten in der frühkindlichen Entwicklung zeigen oder es zum Schutz vor anderweitigen Risiken notwendig ist“) u. a. mit den Jugendämtern zu „kooperieren“. In § 3 Abs. 5 GDG-BE ist außerdem vorgesehen, dass „das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Bezirksamtes [...] zur Erarbeitung von bezirklichen Gesundheitszielen und zur Förderung der Zusammenarbeit Gesundheitskonferenzen ein[zurichten hat]. Zur Mitarbeit in Gesundheitskonferenzen sind neben der für das Gesundheitswesen zuständigen Abteilung des Bezirksamtes die anderen betroffenen Abteilungen des Bezirksamtes heranzuziehen sowie Vertreter oder Vertreterinnen aller relevanten Organisationen, Einrichtungen und Projekte aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz und Gesundheitsversorgung des jeweiligen Bezirkes zu gewinnen.“ Ergänzt wird die durch das GDG-BE geprägte Rechtslage durch das KiSchuG-BE, zu dessen Zielen nach § 1 Abs. 2 Nr. 4 KiSchuG-BE ebenfalls die gesundheitliche „Förderung von Kindern oder Jugendlichen“ zählt. Nach § 8 Abs. 1 KiSchuG-BE gewährleisten „das Jugendamt, das Gesundheitsamt und das Sozialamt [...], dass Schwangere, Mütter und Väter in belasteten Lebenslagen, mit sozialer Benachteiligung oder individueller Beeinträchtigung frühzeitig durch Beratung auf Unterstützungsmöglichkeiten, Hilfen und Leistungen hingewiesen werden“. Dabei können die genannten Institutionen nach § 8 Abs. 2 S. 1 KiSchuG-BE „mit dem Einverständnis der betroffenen Personen [...] Anbieter möglicher Hilfen und die für die in Frage kommenden Leistungen zuständigen Leistungsträger und Leistungserbringer über [einen] möglichen Hilfe-, Leistungs- oder Unterstützungsbedarf informieren“.

dd. Brandenburg

.....

Nach § 5 Abs. 1 GDG-BB „koordinieren, initiieren und unterstützen [die Landkreise und kreisfreien Städte] Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie gesunder Lebensbedingungen [... und] können diese auch subsidiär [selbst] durchführen. Sie wirken insbesondere auf ein ausreichendes Angebot an Information, Beratung und Aufklärung über Gesundheitsrisiken, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und über Möglichkeiten der Prävention, Vorsorge, Versorgung sowie der Rehabilitation hin.“ Darüber hinaus beraten „die Landkreise und kreisfreien Städte [...nach § 6 Abs. 1 S. 4 GDG-BB] Kinder und Jugendliche, die Sorgeberechtigten, Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher sowie die Träger von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen in Fragen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung“ und führen nach § 6 Abs. 2 und 3 GDG-BB „zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder Behinderungen“ Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen durch.

Ausdrückliche Kooperationspflichten sind zwar in der Vorschrift zur Gesundheitsförderung (§ 5 GDG-BB) nicht vorgesehen, der Öffentliche Gesundheitsdienst soll allerdings in diesem Bereich primär koordinierend wirken und eigene Leistungen nur nachrangig anbieten.

Dies verdeutlicht, dass auch nach der Konzeption des GDG-BB noch weitere Akteure in die Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden sind. In diesem Sinne ist nach § 6 Abs. 1 S. 2 GDG-BB speziell hinsichtlich des Schutzes der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen „*gemeinsam insbesondere mit den Sorgeberechtigten und Einrichtungen der gesundheitlichen, sozialen und pädagogischen Betreuung auf eine gesunde Entwicklung*“ hinzuwirken. Darüber hinaus besteht nach § 1 Abs. 3 GDG-BB das allgemeine Gebot, „*mit Trägern und Einrichtungen in gesundheitsrelevanten Bereichen zusammen[zuarbeiten] und [... einen] engen räumlichen und funktionalen Verbund gesundheitlicher Leistungen*“ zu fördern.

ee. Bremen

.....

In Bremen sind die Gesundheitsförderung (§ 13 ÖGDG-HB) und Prävention (§ 15 ÖGDG-HB) in zwei eigenständigen Vorschriften konkretisiert. Nach § 13 Abs. 1 ÖGDG-HB trägt „*der Öffentliche Gesundheitsdienst [...] zur Förderung gesunder Lebens- und Umweltbedingungen einschließlich der Gesundheitsbildung bei, soweit andere gesetzliche Regelungen dies nicht ausschließen*“. Bei § 15 ÖGDG-HB mit dem zumindest vielversprechenden Namen „*Maßnahmen der Prävention*“ handelt es sich um eine reine Datenverarbeitungsregelung. Nach § 20 Abs. 1 S. 1 ÖGDG-HB hat sich der Öffentliche Gesundheitsdienst auch allgemein „*für die gesundheitsgerechte Gestaltung der Umwelt- und Lebensbedingungen ein[zusetzen]*“. Das erfolgt nach § 20 Abs. 2 S. 1 ÖGDG-HB beispielsweise durch die Beteiligung an „*Planungen für Vorhaben oder Maßnahmen, die gesundheitliche Auswirkungen haben können*“.

Nach § 13 Abs. 1 ÖGDG-HB besteht für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bremen die Verpflichtung zu „*enger Zusammenarbeit mit den anderen im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Organisationen und Gruppen*“. Dazu ist er nach § 13 Abs. 2 Nr. 1 ÖGDG-HB verpflichtet, die „*im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Institutionen, Träger und Körperschaften*“ zu koordinieren. Nochmals betont wird das Kooperationsgebot in § 14 Abs. 1 S. 1 ÖGDG-HB für die Aufgabe der „*Gesundheitsförderung und [...] des Gesundheitsschutz[es] von Schwangeren, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen*“, die „*in Zusammenarbeit mit öffentlichen und nichtöffentlichen Institutionen*“ zu erfolgen hat.

ff. Hamburg

.....

Mit § 6 enthält auch das GDG-HH eine separate Vorschrift zur „*Gesundheitsförderung und Prävention*“. Nach dessen Abs. 1 unterstützt „*der Öffentliche Gesundheitsdienst [...] die Bürgerinnen und Bürger bei der Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit und setzt sich für die Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen ein. Er klärt die[se ...] über Möglichkeiten der*

Gesundheitsförderung und Prävention auf und ermutigt sie zur Mitwirkung bei der Vorbeugung von Krankheiten.“ Nach § 6 Abs. 3 GDG-HH hat der Öffentliche Gesundheitsdienst außerdem die Aufgabe, „gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen an[zuregen] und [... diese] in Kooperation mit anderen oder allein durch[zuführen]. Hierzu richtet der Öffentliche Gesundheitsdienst Gesundheitskonferenzen in den Bezirken ein. Dabei werden die Vertreterinnen und Vertreter der an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung Beteiligten, der Selbsthilfegruppen und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge sowie Patientenschutz einbezogen.“

Der Kreis der von § 6 Abs. 3 GDG-HH adressierten „Kooperationspartner“ wird im GDG-HH nicht näher konkretisiert. Nach § 3 Abs. 3 GDG-HH arbeitet der Öffentliche Gesundheitsdienst *„bei der Erfüllung seiner Aufgaben mit den anderen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten, mit den im Gesundheits- und Umweltbereich tätigen öffentlichen Einrichtungen, Verbänden und Selbsthilfegruppen sowie mit Trägern der Gesundheitsförderung zusammen. Er nimmt dabei eine initiiierende und koordinierende Funktion wahr.“* Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe werden auch hier nicht ausdrücklich angesprochen. Darüber hinaus erklärt § 7 Abs. 2 S. 2 GDG-HH auch die Beratung der Träger von *„Gemeinschaftseinrichtungen – insbesondere [von] Kindertagesstätten und Schulen – [...] in Fragen der Gesundheitsförderung“* zur Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

gg. Hessen

.....

Im ÖGD-HE findet sich ebenfalls eine eigenständige Vorschrift zu *„Prävention und Gesundheitsförderung“*. Nach § 7 Abs. 1 ÖGDG-HE *„informieren und beraten [die Gesundheitsämter] die Bevölkerung über gesunde Lebensweise, Gesundheitsgefährdungen und die Verhütung von Krankheiten.“* Sie müssen nach § 7 Abs. 2 S. 1 ÖGDG-HE *„auf die Schaffung von Versorgungsstrukturen hin[wirken], die insbesondere für sozial benachteiligte oder besonders schutzbedürftige oder gefährdete Personen einen geeigneten Zugang bieten.“* Außerdem unterstützen sie nach § 7 Abs. 3 ÖGDG-HE *„Menschen mit psychischen Krankheiten, Abhängigkeitserkrankungen und seelischen und geistigen Behinderungen sowie hiervon bedrohte Menschen und deren Angehörige mit der Bereitstellung eines Beratungs- und Betreuungsangebotes durch einen sozialpsychiatrischen Dienst sowie durch die Vermittlung weitergehender spezifischer Hilfen“.*

Nach § 7 Abs. 4 ÖGDG-HE beraten und unterstützen die Gesundheitsämter *„andere Stellen, insbesondere freie Träger, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen, die mit Prävention und Gesundheitsförderung [...] befasst sind“*. Sie *„koordinieren [zudem] die Angebote und Maßnahmen und wirken darauf hin, dass andere Stellen erforderliche Angebote bereitstellen und übernehmen“* und tragen nach § 7 Abs. 6 ÖGDG-HE *„in Zusammenarbeit mit anderen Stellen zur Weiterentwicklung von Gewaltprävention und Schutz vor Gewalt, insbesondere für [...] Kinder, bei“.*

„Als Instrument zur Umsetzung der Gesundheitsstrategien und zur Koordinierung der lokalen Versorgung im Gesundheitsbereich können [darüber hinaus nach § 7 Abs. 8 S. 1 ÖGDG-HE] Kommunale Gesundheitskonferenzen eingerichtet werden“. Hierbei handelt es sich um ein Instrument, das auch noch in weiteren Bundesländern vorgesehen⁵¹¹ ist und durch kommunale Entscheidung eingerichtet und besetzt wird. Es bietet damit eine besonders gute Voraussetzung, um die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe in die lokale Präventionsplanung einzubinden. Gleichzeitig erschwert die kommunale Struktur eine Einbindung von Trägern der Sozialversicherungszweige. Darüber hinaus können die Gesundheitsämter nach § 10 Abs. 6 ÖGDG-HE, der die Koordinierungsfunktion des ÖGD konkretisiert,⁵¹² „in Zusammenarbeit mit den [- wieder nicht näher beschriebenen -] zuständigen Stellen Kinder[n] und Jugendliche[n], deren körperliche, seelische oder geistige Gesundheit beeinträchtigt ist, Untersuchungen anbieten sowie deren Sorgeberechtigte beraten und Hilfen vermitteln“. Die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe wird nur in § 10 Abs. 7 ÖGDG-HE im Kontext des Kinderschutzes explizit angesprochen. Das daneben existierende KiGesSchG-HE, das die Vorschriften des ÖGDG-HE für den Bereich des Kindergesundheitsschutzes ergänzt, regelt ausschließlich den Umgang mit Früherkennungsuntersuchungen und die Teilnahme an empfohlenen Schutzimpfungen.

hh. Mecklenburg-Vorpommern

Der § 13 ÖGDG-MV verpflichtet den „Öffentliche[n] Gesundheitsdienst[, ...] die Bevölkerung über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung aufzuklären und sie zur Mitwirkung anzuregen. Ziel ist es, persönliche und gesellschaftliche Verantwortung für die Gesundheit zu entwickeln“. Die Vorschrift enthält zwar keine Kooperationsbestimmungen, dafür sind aber in § 5 ÖGDG-MV zumindest die Grundsätze der Zusammenarbeit allgemein geregelt. Gemäß § 5 Abs. 1 ÖGDG-MV haben „die Behörden und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [...] untereinander und mit anderen Behörden [...] zusammen[zuarbeiten], damit die gesundheitlichen Belange berücksichtigt und Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden“. Eine weitere Verpflichtung zur Zusammenarbeit besteht für den Öffentlichen Gesundheitsdienst auch gegenüber „anderen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten, mit den im Gesundheitsbereich tätigen Verbänden und Selbsthilfegruppen sowie mit Trägern der Gesundheitsförderung [...], um aufeinander abgestimmte regionale Systeme der Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Behandlung, Beratung und Betreuung und der Nachsorge zu schaffen, zu erhalten und zu verbessern“. Darüber hinaus soll der Öffentliche Gesundheitsdienst nach § 5 Abs. 4 ÖGDG-MV „die Bildung von regionalen Arbeitsgemeinschaften zur

511 Geuter/Beiwinkel/Oesterle/Reyer/Bödeker/Haack/Scriba/Preuss, Gesundheitswesen 2024, 67 ff.

512 LT-Drs.-HE 167236, S. 20.

Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung anregen und sich an ihnen beteiligen“. Der Träger der öffentlichen Jugendhilfe wird hier nicht ausdrücklich genannt und er wird auch im übrigen ÖGDG-MV nur im Zusammenhang mit Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung (§ 15b Abs. 7 S. 4 ÖGDG-MV) angesprochen. Bei § 15a ÖGDG-MV, der sich zumindest nach seinem Titel den „*Maßnahmen der Prävention*“ widmet, handelt es sich ebenfalls nur um eine Datenverarbeitungsregelung.

ii. Niedersachsen

.....

Nach § 4 ÖGDG-NI „*veranlassen, unterstützen und koordinieren [die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes] präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen; sie können diese auch selbst durchführen. Die Maßnahmen bestehen insbesondere in Information, Beratung und Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und Verhältnisse in Bezug auf Vorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Maßnahmen zur Versorgung und Rehabilitation.*“

Die niedersächsischen Vorschriften zur Prävention und Gesundheitsförderung (§§ 4 und 5 ÖGDG-NI) enthalten keine speziellen Kooperationsgebote. In § 4 Abs. 1 ÖGDG-NI ist aber der Grundsatz niedergelegt, dass die Landkreise und kreisfreien Städte präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen einerseits zwar koordinieren sollen, andererseits aber auch selbst durchführen können. Hier wird deutlich, dass eine Betätigung weiterer Akteure im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung gesetzlich zumindest vorgesehen ist und daher vom Öffentlichen Gesundheitsdienst ein Mindestmaß an – wenn auch ausschließlich lenkender – Zusammenarbeitsbereitschaft („*koordiniert*“) verlangt wird. Dies wird auch durch den in § 1 S. 3 ÖGDG-NI verankerten allgemeinen Grundsatz bestätigt, nach dem die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes „*mit anderen Trägern, Einrichtungen und Vereinigungen zusammen[zuarbeiten haben], die in für die Gesundheit bedeutsamen Bereichen tätig sind*“.

jj. Nordrhein-Westfalen

.....

Das ÖGDG-NW weist einen eigenständigen Abschnitt zu den Themen „*Gesundheitsförderung und Prävention*“ auf, der neben grundsätzlichen Bestimmungen spezielle Vorschriften zur „*Mitwirkung an Planungen*“, zu „*Gesundheitsschutz, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Impfungen*“, zur „*Umweltmedizin*“, zur „*Schwangeren- und Mütterberatung*“ sowie zur „*Kinder- und Jugend(zahn)gesundheit*“ enthält. Darüber hinaus hat der Öffentliche Gesundheitsdienst nach § 7 Abs. 1 ÖGDG-NW „*an der Gestaltung gesundheitsförderlicher*

Umwelt-, Arbeits- und Lebensverhältnisse und an der Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen durch Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung, an der Verhütung von Gesundheitsgefahren und Krankheiten und an einer möglichst frühzeitigen Erkennung von Gesundheitsschäden mit[zuwirken]“. Dabei hat er „unter Beachtung der Vielfalt der Methoden und Träger auf der Grundlage der Gesundheitsberichte [...] vorrangig die Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention zu koordinieren und gegebenenfalls auf zusätzliche Aktivitäten der in der Gesundheitsförderung und Prävention tätigen Institutionen, Organisationen und Gruppen hinzuwirken“. Er soll zudem „die Arbeit der im Gesundheitsbereich tätigen, in ihrer Zielsetzung und Aufgabendurchführung freien Selbsthilfegruppen fördern[...]mit ihren Vereinigungen und Zusammenschlüssen zusammenarbeiten [...] und] unter Berücksichtigung des Angebotes freier Träger Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen einrichten“.

Neben der bereits erwähnten Koordinationsverantwortung verlangt § 3 ÖGDG-NW, dass *„der Öffentliche Gesundheitsdienst [...] mit den anderen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten, insbesondere mit den Trägern medizinisch-sozialer Einrichtungen, den Kostenträgern, den Trägern von Hilfeinrichtungen einschließlich der Einrichtungen für Gewaltopfer, den Selbsthilfegruppen sowie den Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes zusammen[arbeitet]. Er wirkt [dabei] auf eine bedarfsgerechte gegenseitige Information und Koordination ihrer gesundheitlichen Maßnahmen und Leistungen hin [...] und] regt Maßnahmen der vorrangig zur Leistung Verpflichteten an“.* Speziell für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung verlangt zudem § 7 Abs. 2 ÖGDG-NW von der unteren Gesundheitsbehörde, dass diese *„gegebenenfalls auf zusätzliche Aktivitäten der in der Gesundheitsförderung und Prävention tätigen Institutionen, Organisationen und Gruppen“* hinwirkt. Sie ist nach § 7 Abs. 4 ÖGDG-NW außerdem verpflichtet, *„im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsschutz mit den anderen zuständigen Behörden [...] zusammen[zuarbeiten]“.* Dies wird für den Bereich der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche (§ 12 Abs. 1 S. 2 ÖGDG-NW) nochmals konkretisiert. Nach § 12 Abs. 1 ÖGDG-NW hat die untere Gesundheitsbehörde *„die Aufgabe, Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern. Insbesondere der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst arbeitet hierzu mit anderen Behörden, Trägern, Einrichtungen und Personen, die Verantwortung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen tragen, zusammen.“* Bei einer im Rahmen von Untersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes festgestellten *„Gefährdung oder Störung der körperlichen, seelischen oder geistigen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen [...], vermittelt die untere Gesundheitsbehörde [nach § 12 Abs. 3 S. 3 ÖGDG-NW] in Zusammenarbeit mit den für Jugendhilfe und Sozialhilfe zuständigen Stellen die notwendigen Behandlungs- und Betreuungsangebote“.*

kk. Rheinland-Pfalz

.....

Nach § 5 Abs. 2 ÖGDG-RP hat der Öffentliche Gesundheitsdienst *„die für die Gesundheitsversorgung zuständigen Stellen über den Bedarf an Angeboten zur Gesundheitsförderung“* zu beraten. Dazu enthält § 5 Abs. 2 ÖGDG-RP sogar eigenständige Legaldefinitionen für die Begriffe *„Primärprävention“* (aufklärende Gesundheitsberatung der Bevölkerung in Fragen der körperlichen und seelischen Gesundheit), *„Sekundärprävention“* (Beratung über Vorsorge und Krankheitsfrüherkennung) und *„Tertiärprävention“* (Beratung über Maßnahmen zur Versorgung und Rehabilitation chronisch Kranker).

In Rheinland-Pfalz besteht nach § 12 ÖGDG-RP ein allgemeines Gebot zur Zusammenarbeit im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Konkret schreibt § 12 Abs. 1 S. 1 ÖGDG-RP vor, dass *„die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes [...] sich gegenseitig sowie andere Behörden und die Gerichte [beteiligen und unterstützen], soweit dies durch Rechts- oder Verwaltungsvorschrift angeordnet oder zur rechtmäßigen Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist“*. Darüber hinaus haben die Gesundheitsämter nach § 12 Abs. 2 ÖGDG-RP *„zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung im Rahmen der lokalen Netzwerke nach § 3 LKindSchuG eng mit den Jugendämtern und den übrigen Beteiligten der lokalen Netzwerke zusammen[zuarbeiten]“*. In entgegengesetzter Richtung sind die anderen *„Behörden [...] ihrerseits [verpflichtet] die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes, soweit dies durch Rechts- oder Verwaltungsvorschrift angeordnet oder zur rechtmäßigen Erfüllung der Aufgaben der Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes erforderlich ist[, zu beteiligen und zu unterstützen]“*. Speziell für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sieht § 5 Abs. 1 und 2 ÖGDG-RP eine Beratung der *„für die Gesundheitsversorgung zuständigen Stellen“* – im Bedarfsfall auch im Rahmen regionaler Gesundheitskonferenzen – vor.

ll. Saarland

.....

Das ÖGD für das Saarland enthält mit § 7 ÖGDG-SL ebenfalls eine eigenständige Vorschrift für die Gesundheitsförderung. Danach trägt der öffentliche Gesundheitsdienst *„zur Förderung gesunder Lebens- und Umweltbedingungen einschließlich des gesundheitlichen Kompetenzerwerbs zur Gesundheitsbildung bei“*. Zu seinen Aufgaben zählen nach § 7 Abs. 2 ÖGDG-SL *„die Koordinierung der im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Institutionen, Träger und Körperschaften, die Initiierung, Unterstützung, Förderung und Evaluierung kommunaler und regionaler gesundheitsfördernder Aktivitäten und von Selbsthilfegruppen sowie die Durchführung von eigenen Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention.“*

Nach § 7 Abs. 1 ÖGDG-SL ist der Öffentliche Gesundheitsdienst im Bereich der Gesundheitsförderung – neben seiner dortigen Koordinierungsfunktion nach § 7 Abs. 2 ÖGDG-SL – zu „enger Zusammenarbeit mit den im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Organisationen und Gruppen“ verpflichtet. Dabei hat „er nach den Grundsätzen des Subsidiaritätsprinzips mit geeigneten Trägern zusammen[zuarbeiten]“. Gleiches gilt auch für die Kinder- und Jugendgesundheitspflege. Hier hat sich der „öffentliche Gesundheitsdienst [... nach § 8 Abs. 1 S. 1 ÖGDG-SL] in Zusammenarbeit mit öffentlichen und nicht öffentlichen Institutionen“ am Gesundheitsschutz von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen zu beteiligen.

mm. Sachsen

.....

Neben der Koordinierung zählt nach § 17 Abs. 2 GDG-SN „im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention [...] insbesondere [...] die Initiierung, Unterstützung und Förderung kommunaler und regionaler gesundheitsfördernder sowie präventiver Aktivitäten [sowie] die Durchführung eigener, an den jeweiligen Lebenswelten orientierte[r ...] Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie der Verhaltens- und Verhältnisprävention, die insbesondere auf die Prävention lebensstilbezogener Erkrankungen abzielen und auch Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen im Rahmen der Gruppenprophylaxe umfassen, soweit diese nicht von anderen Stellen durchgeführt werden“, zu den Aufgaben der Gesundheitsämter. Dabei „beteiligen und unterstützen [... die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach § 8 Abs. 1 S. 1 GDG-SN] andere Behörden, soweit dies durch Rechtsvorschriften festgelegt oder zur rechtmäßigen Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der zu unterstützenden Behörde erforderlich ist“. Umgekehrt haben nach § 8 Abs. 2 GDG-SN „die übrigen Behörden [...] ihrerseits die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes in allen Angelegenheiten, die für die rechtmäßige Erfüllung von deren gesetzlich zugewiesenen Aufgaben bedeutsam sind“, zu beteiligen und zu unterstützen. Dies betrifft insbesondere „örtliche Planungsvorhaben, die für die Gesundheit von Bedeutung sind. Sie unterrichten ferner die zu beteiligenden Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes über den Inhalt der getroffenen Entscheidungen, soweit dies zu deren Aufgabenerfüllung erforderlich ist.“

Bezüglich der Jugendhilfe enthält § 17 Abs. 1 GDG-SN die ausdrückliche Verpflichtung, dass „die Gesundheitsämter [...] mit anderen Behörden und Einrichtungen zusammen[arbeiten müssen], um die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen sowie ihr gesundes Aufwachsen zu fördern und dadurch dem Kindeswohl zu dienen.“ Dies gilt gemäß § 36 Abs. 1 LJHG auch in entgegengesetzter Richtung. Danach haben „die örtlichen Träger der Jugendhilfe [...] mit anderen Behörden, Einrichtungen und Stellen zusammen[zuarbeiten], um Beeinträchtigungen und Gefahren für das Wohl und die Entwicklung junger Menschen möglichst rechtzeitig zu erkennen und ihnen entgegen zu wirken“.

nn. Sachsen-Anhalt

.....

Auch in Sachsen-Anhalt hat der Öffentliche Gesundheitsdienst nach § 7 Abs. 1 GDG-ST die Aufgabe, die „Bevölkerung über Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung auf[zuklären] und [...] sie zur Mitwirkung an[zuregen]. Besondere Bedeutung kommt dabei der Vorbeugung gegen Mißbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen und bei anderen Suchtgefahren zu.“ Der Öffentliche Gesundheitsdienst „fördert [nach § 10 Abs. 3 GDG-ST] die Zusammenarbeit aller auf dem Gebiet der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe tätigen Personen und Institutionen“. Er hat zudem nach § 7 Abs. 3 S. 1 GDG-ST sicherzustellen, dass alle Personen „unabhängig von ihrem Krankenversicherungsstatus“ „in bevölkerungsbezogene Programme und Maßnahmen der Gesundheitsförderung oder Krankheitsverhütung“ einbezogen werden. Nach § 9 Abs. 1 GDG-ST ist er außerdem verpflichtet, „nach Maßgabe der bundesrechtlichen Vorschriften [...] auf ein ausreichendes Angebot zur gesundheitlichen Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche hin[zuwirken] und [...] notwendige Hilfen zur Verhütung von Gesundheitsschäden und zur medizinischen Rehabilitation“ zu vermitteln.

„Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben wirken [einerseits] die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [... nach § 22 Abs. 1 GDG-ST] mit den zuständigen anderen Behörden in Sachsen-Anhalt zusammen.“ Andererseits haben „die übrigen Landes- und Kommunalbehörden [... nach § 22 Abs. 2 GDG-ST] ihrerseits die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in allen Angelegenheiten [zu beteiligen und zu unterstützen], soweit diese für die Erfüllung der gesetzlich zugewiesenen Aufgaben bedeutsam sind. Sie unterrichten ferner die zu beteiligenden Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes über den Inhalt der getroffenen Entscheidungen, soweit dies für deren Aufgabenerfüllung erforderlich ist.“ Hinsichtlich der Mitwirkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes „an gesundheitlichen Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls [...] stimmt sich [dieser] dabei [nach § 9 Abs. 2 S. 1 und 2 GDG-ST] mit den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe ab“.

oo. Schleswig-Holstein

.....

Nach § 5 S. 1 ÖGDG-SH hat der Öffentliche Gesundheitsdienst sicherzustellen, dass seine „Planungen und Maßnahmen auch auf anderen in Betracht kommenden Handlungsfeldern, insbesondere in den Bereichen Siedlungsentwicklung, Wohnen, Schule, Jugend, Menschen im Alter, Verkehr, Umwelt, Arbeitswelt und Soziales, die Ziele des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschließlich der [von ihm zuvor nach § 4 Abs. 1 ÖGDG-SH bestimmten] Gesundheitsziele [...] angemessen berücksichtigen (Gesundheitsförderung).“ Dazu kann er nach § 5 S. 2 ÖGDG-SH

„insbesondere gesundheitsfördernde Aktivitäten initiieren, unterstützen und koordinieren und die Bevölkerung oder benachteiligte Gruppen durch Information, Beratung und Aufklärung über Gesundheitsrisiken, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und Verhältnisse unterrichten und sie zu gesundheitsbewusstem Verhalten aktivieren.“ Dabei müssen „die Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [...] eine enge Zusammenarbeit mit allen von gesundheitlichen Fragen betroffenen Behörden und den Stellen an[streben], die Leistungen zur gesundheitlichen Versorgung erbringen oder gesundheitsbezogene Interessen vertreten. Sie sollen [dabei] auf eine Koordination der Angebote hinwirken und Maßnahmen der anderen zur Leistung Verpflichteten anregen.“ Ausdrücklich genannt werden die Träger der öffentlichen Jugendhilfe in diesem Zusammenhang nicht.

pp. Thüringen

.....

In Thüringen werden die Aufgaben der Gesundheitsämter im Bereich der Gesundheitsförderung derzeit noch nicht in einem parlamentarischen Gesetz, sondern in der GesDV-TH-1998-TH konkretisiert. Nach deren § 8 Abs. 2 sind die Gesundheitsämter verpflichtet, „Bestrebungen zur Förderung der Gesundheitspflege und Gesundheitsvorsorge“ zu unterstützen. Sie „wirken [zudem] insbesondere bei der Förderung der Individualhygiene mit“. Dabei besteht nach § 5 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 GesDV-TH-1998-TH auch in Thüringen die Verpflichtung der Gesundheitsämter sowie der weiteren Behörden zur gegenseitigen Beteiligung und Unterstützung, soweit dies zur rechtmäßigen Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist. Derzeit befinden sich zwei Entwürfe für ein erstes ÖGDG-TH in der Beratung.⁵¹³ Beide sehen eigenständige Vorschriften zur Prävention und Gesundheitsförderung vor.⁵¹⁴

d. Konkretisierung der Aufgaben im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ für Kinder und Jugendliche (in einer eigenständigen Vorschrift)

.....

Teilweise wird der „Schutz der Gesundheit für Kinder und Jugendliche“ bereits in den Einführungsbestimmungen der ÖGDGs besonders hervorgehoben (z. B. in § 1 Abs. 3 Nr. 2 GDG-BE). Darüber hinaus finden sich in den meisten ÖGDGs/GDGs separate Vorschriften zur Gesundheitsförderung – und zumindest vereinzelt auch zur Prävention – für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen (§ 8 ÖGDG-BW, Art. 11 GDG-BY, § 1 Abs. 3 Nr. 2 und 3 GDG-BE, § 6 Abs. 1 S. 1 und 2 GDG-BB, § 14 Abs. 1 ÖGDG-HB, §§ 6 und 7 sowie § 10 ÖGD-HE, §§ 15 und

513 Vgl. LT-Drs.-TH 7/8556 und 7/8922.

514 LT-Drs.-TH 7/8556, S. 9 und 7/8922, S. 13 f.

15b ÖGDG-MV, § 5 ÖGDG-NI, § 12 ÖGDG-NW, § 5 Abs. 3 ÖGDG-RP, §§ 8-8a ÖGDG-SL, § 17 Abs. 1 GDG-SN, § 9 GDG-ST, § 7 GDG-SH und § 8 Abs. 1 Nr. 2 und 3 GesDV TH 1998-TH). In Baden-Württemberg wird diese Verpflichtung zudem in § 1 Abs. 2 KiSchutzG-BW nochmals wiederholt. Danach *„schützen und fördern“* *„sämtliche Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes [...] die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“*.

e. Explizite Erstreckung der Pflicht zur Gesundheitsplanung und -berichterstattung auf Gesundheitsförderung und Prävention

.....

Die enge Verbindung der Gesundheitsförderung und Prävention mit der Gesundheitsplanung betonen nahezu alle ÖGDGs/GDGs. Diese bildet z. B. nach § 7 Abs. 1 S. 3 ÖGDG-BW die *„Grundlage für die Planung und Bewertung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Gesundheitsämter“*. Nach § 5 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 GDG-BE erstreckt sich die integrierte Gesundheitsberichterstattung ausdrücklich auch auf die Bereiche *„Gesundheitsförderung und Prävention“*. In Brandenburg bildet *„die Gesundheitsberichterstattung [... nach § 9 Abs. 1 GDG-BB] auf kommunaler und auf Landesebene [die] fachliche Grundlage für eine zielorientierte Gesundheitsplanung und die Durchführung von Maßnahmen zur Überwindung von Defiziten in der Gesundheitsförderung, Prävention sowie Versorgung“*. Nach § 9 Abs. 1 S. 1 ÖGDG-HB dient die *„Gesundheitsberichterstattung [...] als fachliche Grundlage für die Planung und Durchführung von Maßnahmen, die die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten“*. Eine nahezu wortgleiche Formulierung findet sich auch in § 4 Abs. 1 S. 1 GDG-HH.

In Hessen verpflichtet § 13 S. 1 ÖGDG-HE die Gesundheitsämter zur Beobachtung, Bewertung und Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, *„um Maßnahmen, die die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten, wirksam planen und durchführen zu können.“* Nach § 24 Abs. 1 S. 1 ÖGDG-MV, § 8 Abs. 1 S. 1 ÖGDG-NI und § 6 Abs. 1 ÖGDG-SL dient *„die Gesundheitsberichterstattung [...] der Planung und Durchführung von Maßnahmen, die die Gesundheit fördern und Krankheiten verhüten.“* Eine vergleichbare Formulierung enthalten § 16 Abs. 4 S. 1 GDG-SN und § 11 Abs. 1 GDG-ST. In Nordrhein-Westfalen hat die untere Gesundheitsbehörde nach § 7 Abs. 2 ÖGDG-NW *„unter Beachtung der Vielfalt der Methoden und Träger auf der Grundlage der Gesundheitsberichte [...] vorrangig die Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention zu koordinieren und gegebenenfalls auf zusätzliche Aktivitäten der in der Gesundheitsförderung und Prävention tätigen Institutionen, Organisationen und Gruppen hinzuwirken“*.

VI. Verankerung von Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention zugunsten eines „gesunden Aufwachsens“ im SGB V als Anknüpfungspunkte für eine Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe

1. Die Rolle der Krankenkassen beim Aufbau und Erhalt von infrastrukturellen Angeboten zur Gesundheitsförderung bzw. die Möglichkeit des Abrufs von Finanzmitteln durch Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Rahmen der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V

.....

a. Grundlagen

.....

Zentralnorm der verhältnispräventiv ausgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention im Recht der GKV ist § 20a SGB V. Dieser beruht seinerseits auf § 20 Abs. 1 und 4 Nr. 2 SGB V und wurde im Jahr 2015 durch das sogenannte Präventionsgesetz eingeführt.⁵¹⁵ Durch die Vorschrift stellt der Gesetzgeber klar, *„dass sich primärpräventive Leistungen [i. S. v. § 20 Abs. 1 S. 1 SGB V: ‚Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken‘] auf die Veränderung des individuellen Verhaltens und auf die Veränderung der Verhältnisse in den Lebenswelten der Versicherten (so genannte Settingleistungen), in denen sie sich überwiegend aufhalten, beziehen können“*⁵¹⁶. Daher *„richten sich [die Leistungen nach § 20a SGB V] statt auf Individuen auf die Lebensräume der Menschen, in denen insbesondere Einfluss auf die Bedingungen von Gesundheit genommen werden kann“*⁵¹⁷. Ziel ist mithin die Schaffung oder der Ausbau gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen.⁵¹⁸ Darüber hinaus sind *„Leistungen nach dem lebensweltbezogenen Ansatz [...] besonders geeignet, um das nach § 20 Absatz 1 Satz 1 [SGB V] zu verfolgende Ziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erreichen“*⁵¹⁹. Lebenswelten (oder „Settings“) sind nach § 20a Abs. 1 S. 1 SGB V *„für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens,*

.....

515 BGBl. I 2015, S. 1368 (1369).

516 BT-Drs. 18/4282, S. 34.

517 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

518 Buchholtz, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.6.2024, § 20a SGB V, Rn. 7.

519 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“. Die in der Vorschrift enthaltene Aufzählung ist dabei ausweislich des Wortes „insbesondere“ nicht abschließend angelegt.⁵²⁰ Die Gesetzesmaterialien nennen exemplarisch die Lebenswelten „Einrichtungen der Behindertenhilfe und Werkstätten für behinderte Menschen“,⁵²¹ „Kita“, „Schule“, „Kommune“ oder („insbesondere durch soziale Missstände benachteiligte“⁵²²) „Stadtteile“ und die „Arbeit“.⁵²³ Die Ursprungsfassung von § 20a Abs. 3 S. 1 SGB V nannte die für die hiesige Untersuchung besonders relevanten Settings „Kindertageseinrichtungen“, „Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe“ und „Schulen“ sogar noch ausdrücklich.⁵²⁴ Erfasst werden sollten darüber hinaus z. B. auch Freizeiteinrichtungen und Sportvereine⁵²⁵ sowie Einrichtungen der Gesundheitsversorgung⁵²⁶ wie z. B. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Den – inzwischen nicht mehr explizit im Gesetzestext aufgeführten – „Kindertagesstätten [sollte dabei nach den Gesetzesmaterialien, eine besondere Bedeutung zukommen], da hier Kinder im Alter vom ersten Lebensjahr bis zum Schulalter erreicht [...] und gerade in dieser Lebensphase gesundheitsförderliche Erlebens- und Verhaltensweisen geprägt werden können“⁵²⁷.

Strukturell setzt ein „Setting“ i. S. d. § 20a Abs. 1 SGB V voraus, dass sich dort „Menschen in einem sozialen Umfeld aufhalten, das im Sinne von § 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V für die Gesundheit bedeutsam [...] durch einen organisatorischen Rahmen abgegrenzt oder abgrenzbar [...] und [...] von einer] gewisse[n] Dauerhaftigkeit“⁵²⁸ geprägt ist. Zwar ging das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Jahr 2000/2001 noch davon aus, dass auch das „Elternhaus“ die Voraussetzungen eines Settings i. d. S. erfülle.⁵²⁹ In den Materialien zu § 20a SGB V stellte der Gesetzgeber allerdings klar, dass die Familie über die Lebenswelten Kita, Schule und Kommune erreicht werde.⁵³⁰ Die Familie selbst ordnet der GKV-Leitfaden *Prävention* dagegen nicht als ein von § 20a SGB V unmittelbar adressiertes Setting, sondern als „soziale Primärgruppe“⁵³¹ ein.⁵³²

520 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

521 BT-Drs. 18/5261, S. 54.

522 BT-Drs. 18/5261, S. 54.

523 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

524 Vgl. BGBl. I 2015, S. 1368 (1370).

525 BT-Drs. 14/5660, S. 75.

526 BT-Drs. 15/5670, S. 24.

527 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

528 Schütze, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, Stand v. 20.12.2023, § 20a, Rn. 15.

529 BT-Drs. 14/5660, S. 75.

530 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

531 GKV-Spitzenverband, Leitfaden Prävention, 2024, <https://t1p.de/2zw9> (abgerufen am 4.8.2025), S. 155.

532 Vgl. dazu Fischer/Geene, in: Klammer/Jepkens (Hrsg.), FGW-Studie *Vorbeugende Sozialpolitik* 19, 2019, S. 13 f.

Bei der Konkretisierung von Leistungen nach § 20a SGB V ist darauf zu achten, dass der Setting-Ansatz nicht dazu „missbraucht“ wird, lediglich verhaltenspräventive Maßnahmen leichter zu adressieren.⁵³³ Daher ist es erforderlich, dass sich die Leistung „auf die Beeinflussung gesundheitsschädigender Einflüsse in der Umwelt“⁵³⁴ bzw. „prozessorientiert auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation in der jeweiligen Lebenswelt“⁵³⁵ richtet (Gesundheitsförderung im Setting ≠ gesundheitsförderliches Setting).

Der § 20a SGB V begründet keine individuellen Leistungsansprüche, sondern vermittelt nur ein Teilhaberecht des Einzelnen.⁵³⁶ Obwohl sich der Setting-Ansatz mit Blick auf die Vermeidung von Gesundheitsbeeinträchtigungen am Ort ihrer Entstehung als förderlich erweist und damit – aus Sicht der GKV – letztlich dem Eintritt von Versicherungsfällen (§ 27 SGB V: „Krankheit“) entgegenwirkt, birgt er doch das Risiko des Übergriffs in „fremde“ Verantwortungsbereiche. Das erweist sich nicht nur vor dem Hintergrund der Verwendung von Versichertenbeiträgen⁵³⁷ für gesamtgesellschaftliche Aufgaben als begrenzungsbedürftig, sondern ist auch mit der Gefahr verbunden, dass die GKV durch die Mittelvergabe steuernd in die Gestaltung des Settings durch den originär Verantwortlichen eingreift.⁵³⁸ Aus diesem Grund betonen die Gesetzesmaterialien, „dass die Leistungen der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nur unterstützende Funktion haben“⁵³⁹ können. Im Gesetzestext kommt dieser Grundsatz sowohl in § 20a Abs. 1 S. 2 SGB V – durch die Formulierung „unbeschadet der Aufgaben anderer“ – als auch in § 20a Abs. 2 SGB V zum Ausdruck. Danach setzt die Leistungserbringung durch die GKV voraus, dass „die Bereitschaft der für die Lebenswelt Verantwortlichen zur Umsetzung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten besteht und sie [vor allem] mit einer angemessenen Eigenleistung zur Umsetzung der Rahmenvereinbarungen nach § 20f [SGB V] beitragen“.

An dieser Stelle ist erneut auf die „Allzuständigkeit“ und die „Ausfallbürgenstellung“ der Träger der öffentlichen Jugendhilfe zu verweisen. Ihre unmittelbar aus dem SGB VIII ableitbaren Aufgaben mit Bezügen zur Prävention und Gesundheitsförderung werden durch die

533 Buchholtz, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.6.2024, § 20a SGB V, Rn. 6; Schütze in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 20a SGB V (Stand: 20.12.2023), Rn. 16; BT-Drs. 16/13770, S. 15.

534 Buchholtz, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 75. Ed. v. 1.6.2024, § 20a SGB V, Rn. 6.

535 Schütze, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, Stand v. 20.12.2023, § 20a, Rn. 16.

536 Luik, in: Wagner/Knittel (Hrsg.), Krauskopf, 124. EL v. 01/2025, § 20a SGB V, Rn. 9; Schifferdecker, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.8.2023, § 20a SGB V, Rn. 6.

537 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

538 Schütze, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, Stand v. 20.12.2023, § 20a, Rn. 6.

539 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

Präventionsvorschriften des SGB V nicht vollständig suspendiert, sondern nur ergänzt. Nur soweit die GKV im Rahmen des § 20a SGB V unterstützende⁵⁴⁰ Leistungen erbringt, kommt das Nachrangverhältnis gem. § 10 Abs. 1 S. 1 SGB VIII zum Tragen.

Seit dem 1.3.2020 verlangt § 20a Abs. 1 S. 2 SGB V das Zusammenwirken der Krankenkassen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst.⁵⁴¹ Diese Änderung erfolgte im Zuge des sogenannten Masernschutzgesetzes⁵⁴² und war von dem Gedanken geleitet, dass der öffentliche Gesundheitsdienst auf diese Weise die ihm durch die Landesgesetze übertragene Aufgabe der Mitwirkung in der Gesundheitsförderung und Prävention besser erfüllen könne.⁵⁴³ Zwar ist gegen diese Anpassung dem Grunde nach nichts einzuwenden, der Gesetzgeber ist mit ihr allerdings nur den halben erforderlichen Weg gegangen. Zum einen ist die Aufgabe der Gesundheitsförderung – wie oben aufgezeigt – dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe in einigen Bundesländern zumindest implizit bzw. vereinzelt sogar explizit (vgl. § 20a Nr. 7 AG-Berlin-KJHG) zugewiesen. Zum anderen verdeutlichen auch mehrere Vorschriften des SGB VIII, von denen § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII aufgrund seiner verhältnispräventiven Wirkung hervorzuheben ist, die gewichtige Rolle der Jugendhilfe bei der Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten. Zwar ist der öffentliche Gesundheitsdienst nach den ÖGDGs der Länder wiederum verpflichtet, bei seiner Aufgabenerfüllung mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe zusammenzuarbeiten. Um hier ein mit dem Risiko von Informationsverlusten verbundenes „Spiel über Bande“ zu vermeiden und gleichzeitig die Möglichkeiten der Landesgesetzgeber bei der Beauftragung der Kinder- und Jugendhilfe mit „Prävention und Gesundheitsförderung“ zu stärken, sollte § 20a Abs. 1 S. 2 SGB V um eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe ergänzt werden. Ohne deren explizite Benennung wäre dieses z. B. möglich, indem die in § 20a Abs. 1 S. 2 SGB V enthaltene Formulierung „im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst“ *de lege ferenda* durch die Formulierung „im Zusammenwirken mit den für Gesundheitsförderung und Prävention zuständigen Landesbehörden“ ersetzt wird.

Da es sich bei § 20a SGB V um eine Ausformung des allgemeineren § 20 SGB V handelt (vgl. § 20 Abs. 4 Nr. 2 i. V. m. § 20a SGB V) gelten auch für die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten dessen allgemeine Grundsätze. Danach sollen die Leistungen der primären Prävention und Gesundheitsförderung „insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen“.

540 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

541 BGBl. I 2010, S. 148 (154).

542 BGBl. I 2020, S. 148 (154).

543 BR-Drs. 358/19, S. 33.

Ein besonderer Fokus des Gesetzgebers lag ausweislich der Gesetzesbegründung auf der Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen,⁵⁴⁴ die zudem auch nach den allgemeinen Grundsätzen gemäß § 2a SGB V sowie § 17 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 2 SGB I geboten ist. Daneben betonen die Gesetzesmaterialien die Verbindung von individueller Herkunft und Gesundheitschancen.⁵⁴⁵ Daher seien auch Migrantinnen und Migranten eine von § 20 f. SGB V besonders adressierte Zielgruppe, die mit Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden könne.⁵⁴⁶ Ungeachtet dieser berechtigten gleichheitsorientierten Förderziele darf dabei jedoch nicht aus dem Blick geraten, dass § 20 Abs. 1 S. 2 SGB V durch das KJSG im Jahr 2021 durch den Zusatz „*und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen*“⁵⁴⁷ ergänzt wurde. Auf diese Weise sollte die zeitgleich⁵⁴⁸ in § 2b SGB V eingeführte Verpflichtung zur Berücksichtigung der altersspezifischen Besonderheiten für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung konkretisiert werden.⁵⁴⁹ Dieser Passus, der in § 20 Abs. 1 S. 2 SGB V gleichberechtigt neben den geschlechtsbedingten und sozialen Risiken angesiedelt ist, verdeutlicht, dass der Gesetzgeber „*junges Lebensalter*“ als eigenständigen („*insbesondere*“) förderungsbedürftigen Umstand identifiziert hat. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche wird daher von § 20 Abs. 1 SGB V und erst recht durch den darauf aufbauenden § 20a SGB V (da „*gerade in dieser Lebensphase gesundheitsförderliche Erlebens- und Verhaltensweisen geprägt werden können*“⁵⁵⁰) per se als förderwürdig erachtet, ohne dass zwingend weitere Risikofaktoren wie Migration oder Behinderung hinzutreten müssen. Es kann daher nicht überzeugen, wenn bei der tatsächlichen Ausführung der Leistungen nach § 20a SGB V – wie z. B. durch das GKV-Bündnis für Gesundheit in Sachsen in seiner *Information zur Förderung und Antragstellung* – zwar ausdrücklich vulnerable Gruppen adressiert, „*Kinder und Jugendliche*“ aber – im Gegensatz etwa zu den dort ebenfalls aufgezählten „*älteren Menschen*“ – nur in Kombination mit einer Herkunft „*aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien*“⁵⁵¹ als besonders förderfähige Gruppe genannt werden.

544 BT-Drs. 18/4282, S. 32.

545 BT-Drs. 18/4282, S. 32.

546 BT-Drs. 18/4282, S. 32.

547 BGBl. I 2021, S. 1444 (1462).

548 BGBl. I 2021, S. 1444 (1462).

549 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

550 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

551 GKV-Bündnis für Gesundheit Sachsen, *Förderungen durch das GKV-Bündnis für Gesundheit in Sachsen*, 2004, <https://t1p.de/wh1om> (abgerufen am 4.8.2025).

b. Ausführung der Leistungen nach § 20a SGB V in Abstimmung mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe

.....

Gegenstand von § 20a Abs. 1 S. 2 SGB V sind „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere [... zum] Aufbau und [... zur] Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben [... die Krankenkassen nach § 20a Abs. 1 S. 3 SGB V] unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung“. Die geeigneten Maßnahmen werden demnach nicht durch bilaterale Abstimmung zwischen den betroffenen Versicherten und der Krankenkasse bestimmt, sondern finden vielmehr nur „unter Beteiligung“ der Lebensweltverantwortlichen (als weiterem Akteur) statt.⁵⁵²

Die Ausführung der Leistungen erfolgt durch die Krankenkassen, die dabei nach § 20a Abs. 1 S. 4 SGB V untereinander zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen erbringen sollen. Die Träger der Jugendhilfe werden an dieser Stelle zwar nicht ausdrücklich erwähnt, lassen sich aber – soweit im konkreten Fall inhaltlich einschlägig – unter den Begriff des „für die Lebenswelt Verantwortlichen“ i. S. v. § 20a Abs. 1 S. 3 SGB V subsumieren. Der Gesetzgeber erwähnt in den Materialien zum Präventionsgesetz zwar nur sehr allgemein „Akteure, wie Länder oder Kommunen“⁵⁵³ als Lebensweltverantwortliche. Deren Verantwortungsbereiche leitet er in der Gesetzesbegründung aber explizit aus dem Umfang der durch die jeweiligen Leistungsgesetze umrissenen Handlungsaufträge ab.⁵⁵⁴ Das bedeutet für die Jugendhilfe, dass sie dort, wo sie – in Gestalt ihrer Träger und Einrichtungen – nach dem SGB VIII Leistungsverantwortung trägt, auch als Verantwortlicher i. S. d. § 20a Abs. 1 S. 3 SGB V gelten muss.⁵⁵⁵ Einer auf diese Weise herzuleitenden Verantwortlichkeit der Träger der Jugendhilfe steht auch nicht eine etwaige gleichzeitige Verantwortlichkeit eines anderen Akteurs – wie z. B. der GKV – entgegen. Vielmehr ermöglicht § 20a Abs. 1 S. 3 SGB V auch eine parallel bestehende Lebensweltverantwortlichkeit mehrerer Akteure. Dies verdeutlicht z. B. die gemeinsame Nennung von „Arbeitgebern[, ...] Träger[n] der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) und [... der] Bundesagentur für Arbeit im Bereich der Arbeitsförderung (SGB III)“ in den Gesetzesmaterialien, die danach allesamt als Verantwortliche für die außerbetriebliche Lebenswelt „Arbeit“ gelten.⁵⁵⁶

.....

552 Schütze, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, Stand v. 20.12.2023, § 20a, Rn. 11.

553 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

554 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

555 I. E. ebenso Welti, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 20a, Rn. 9.

556 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

Obwohl weder der Gesetzestext noch die zugehörigen Materialien⁵⁵⁷ konkretisieren, in welcher Form die Beteiligung des Lebensweltverantwortlichen bei der Erhebung der gesundheitlichen Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale nach § 20a Abs. 1 S. 3 SGB V zu erfolgen hat, dürfte angesichts der mit der Norm verfolgten Zielstellung davon auszugehen sein, dass dem Lebensweltverantwortlichen zumindest ein von § 24 SGB X unabhängiges Anhörungsrecht zusteht. Darüber hinaus scheint sich die Beteiligungspflicht nach § 20a Abs. 1 S. 3 SGB V – zumindest *prima facie* – nur auf die Informationserhebung („erheben [...] unter Beteiligung [...] der für die Lebenswelt Verantwortlichen [...] und entwickeln Vorschläge“) und nicht auf die nachgelagerte Entwicklung von „Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ zu beziehen. Nochmals verstärkt wird diese Lesart in einigen Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V, die die Informationserhebung und die Entwicklung von Vorschlägen nicht wie in § 20a Abs. 1 S. 3 SGB V durch ein „und“, sondern durch ein Komma abtrennen und daher den Begriff der „Beteiligung“ noch deutlicher nur auf den ersten Teil beziehen.⁵⁵⁸

Ein solches restriktives Beteiligungsverständnis scheint auch § 20a Abs. 2 SGB V zu bestätigen, der von den Lebensweltverantwortlichen eine bloße „Umsetzung“ dieser Vorschläge verlangt. Dabei ist allerdings im Blick zu behalten, dass die Leistung der Krankenkassen die Leistungen der Lebensweltverantwortlichen – wie oben ausgeführt – nur unterstützen⁵⁵⁹ sollen. Für die Entscheidung über die Erbringung der letztgenannten Leistungen sind aber wiederum nur die Lebensweltverantwortlichen selbst zuständig. Eine krankenkassenseitige Entwicklung individueller Vorschläge ohne Berücksichtigung der geplanten eigenen Aktivitäten der Lebensweltverantwortlichen – die zudem auch von § 20 Abs. 2 SGB V ausdrücklich als Leistungsvoraussetzung genannt wird – ist daher kaum denkbar. Sollen sich die Lebensweltverantwortlichen danach „an den Aktivitäten angemessen beteiligen“⁵⁶⁰, ist es erforderlich, dass das Handeln beider ineinandergreift. Sachgerecht wäre insoweit allerdings zumindest eine gesetzliche Klarstellung, dass die Beteiligung nach § 20a Abs. 1 S. 3 SGB V nicht nur die Seite der Informationserhebung, sondern auch die der Maßnahmenplanung betrifft. Dies würde auch der Kongruenz zwischen Gesetzeslage und tatsächlich gelebter Förderrealität dienen, da auch die in der Praxis genutzten Anträge zur Projektförderung in nicht-betrieblichen Settings von einer Maßnahmenplanung und der späteren Koordinierung durch den

557 Vgl. BT-Drs. 18/4282, S. 35.

558 Vgl. z. B. die Landesrahmenvereinbarung gemäß § 20f SGB V für den Freistaat Sachsen, <https://t1p.de/ekns3> (abgerufen am 4.8.2025).

559 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

560 BT-Drs. 18/4282, S. 35.

Lebensweltverantwortlichen ausgehen.⁵⁶¹ Gleiches gilt für die vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit herausgegebenen *Good Practice-Kriterien der sozial-lagenbezogenen Gesundheitsförderung*, die beispielhaft die Programmentwicklung durch einen Jugendhilfeträger erwähnen. Zwar sind diese Good Practice-Kriterien ihrerseits nicht unmittelbar verbindlich, sie werden allerdings – etwa im Wege von Ausführungsbestimmungen zum KiQuTG – im Rahmen von Förderentscheidungen auf Landesebene berücksichtigt.⁵⁶²

Bei der Analyse der rechtlichen Konzeption von § 20a SGB V treten ungeachtet der spezifischen Ausgestaltung zudem auch grundsätzliche Bedenken bezüglich der Hierarchisierung der Verantwortlichkeiten zwischen der GKV und den Lebensweltverantwortlichen hervor. Zwar erscheint die der GKV zugewiesene Lenkungsverantwortung prima facie folgerichtig, da sich diese von anderen Akteuren vor allem durch ihre exklusive gesundheitsorientierte Ausrichtung unterscheidet. Die zentrale Organisation der Krankenkassen und auch der gesundheitsorientierte Fokus haben allerdings zur Folge, dass diese zumeist von den Betroffenen räumlich und von der Lebenswelt auch sachlich weiter entfernt sind als die Lebensweltverantwortlichen.⁵⁶³ Letztgenannte sind zudem im betroffenen Setting zumeist in geringerer Anzahl vertreten als die – auch um Versicherte konkurrierenden – Krankenkassen.⁵⁶⁴

c. Arbeitsgemeinschaften – GKV-Bündnis für Gesundheit (§ 20a Abs. 3 SGB V)

.....

Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 20a Abs. 1 und 2 SGB V bilden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in jedem Land gemeinsame Arbeitsgemeinschaften. Diese firmieren jeweils unter der landesspezifisch ergänzten Bezeichnung *ARGE GKV-Bündnis für Gesundheit*.⁵⁶⁵ Zusätzlich unterstützt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 20a Abs. 4 SGB V die Aktivitäten der Landesarbeitsgemeinschaften. Diese unterhalten eine Vielzahl von Förderprogrammen, die z. B. auch das Themenfeld des „gesunden Aufwachsens“ in den Settings „Kita“, „Schule“ und „Kommune“ adressieren. Zu verweisen ist hier exemplarisch auf die Förderung

.....
561 Vgl. exemplarisch für eine stadtteilbezogene Förderung: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., *Gesund in Berlin. Stadtteile im Blick*, <https://t1p.de/yzy47> (abgerufen am 4.8.2025); GKV-Bündnis für Gesundheit Hessen, *Antrag zur gemeinsamen Förderung von Projekten in Lebenswelten*, <https://t1p.de/onsxv> (abgerufen am 4.8.2025); GKV-Bündnis für Gesundheit Nordrhein-Westfalen, *Antrag zur Förderung von Projekten in Lebenswelten nach § 20a SGB V*, <https://t1p.de/ygke9> (abgerufen am 4.8.2025) und grundsätzlich: GKV-Bündnis für Gesundheit, *Kommunales Förderprogramm Gesundheitsförderung und Prävention für vulnerable Zielgruppen*, <https://t1p.de/ug4lx> (abgerufen am 4.8.2025).

562 Vgl. dazu Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, *Nutzung der Good Practice-Kriterien als Förderkriterien*, <https://t1p.de/w67e5> (abgerufen am 4.8.2025).

563 Welti, VSSAR 2019, 313 (325).

564 Welti, VSSAR 2019, 313 (325).

565 Vgl. GKV-Bündnis für Gesundheit, *Bündnisaktivitäten im Überblick*, <https://t1p.de/8drqp> (abgerufen am 4.8.2025).

von – allerdings bei den kommunalen Gesundheitsämtern angesiedelten – Regionalstellen für die *Gesundheitsförderung in der Kita zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit* in mehreren sächsischen Landkreisen⁵⁶⁶ oder das Konzept *Präventionsketten Niedersachsen – Gesund aufwachsen für alle Kinder*, bei dem insbesondere die kommunalen Fachbereiche „Gesundheit, Jugend und Soziales“⁵⁶⁷ antragsberechtigt sind, sowie auf das Modellprogramm⁵⁶⁸ zur Stärkung der Gesundheit von Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten und/oder psychisch belasteten Familien, wie auch Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige.

d. Einbindung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe in die Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie sowie das nationale Präventionsforum, die nationale Präventionskonferenz und die Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d–20f SGB V

.....

aa. Grundlagen

.....

Nach § 20d Abs. 1 SGB V entwickeln die Krankenkassen im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie und gewährleisten deren Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz. Die Nationale Präventionsstrategie umfasst nach § 20d Abs. 2 Nr. 1 SGB V insbesondere die Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20d Abs. 3 SGB V, die der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Zusammenarbeit der für die Erbringung von Leistungen zur Prävention in Lebenswelten und in Betrieben zuständigen Träger und Stellen dienen. Die Rahmenempfehlungen beinhalten nach § 20d Abs. 3 S. 1 SGB V insbesondere Festlegungen gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, zu beteiligende Organisationen und Einrichtungen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten.

.....

566 Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V., Lebenswelt Kita, <https://t1p.de/6oaww> (abgerufen am 4.8.2025).

567 GKV-Bündnis für Gesundheit Niedersachsen, Förderbekanntmachung *Präventionsketten Niedersachsen. Gesund aufwachsen für alle Kinder* (2025–2029), <https://t1p.de/sxwb7> (abgerufen am 4.8.2025).

568 GKV-Bündnis für Gesundheit, Kommunales Förderprogramm *Gesundheitsförderung und Prävention für vulnerable Zielgruppen*, <https://t1p.de/ug4lx> (abgerufen am 4.8.2025).

Hinsichtlich der Jugendhilfe ist bedeutsam, dass deren öffentliche Träger nach § 20d Abs. 3 S. 6 SGB V über die obersten Landesjugendbehörden an der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen zu beteiligen sind. Dies soll der „*besseren Verzahnung der gesundheitlichen Prävention mit der Jugendhilfe*“⁵⁶⁹ dienen. Die konkrete Art der Beteiligung ist auch hier nicht gesetzlich vorgegeben, die Gesamtschau der Regelung – und dabei insbesondere der Vergleich mit anderen in der Vorschrift genannten Akteuren – verdeutlicht allerdings, dass der öffentlichen Jugendhilfe in diesem Kontext nur eine untergeordnete Stellung bei der Entwicklung der Nationalen Präventionsstrategie eingeräumt wird. Die stärkste Rolle kommt insoweit den Spitzenverbänden der Sozialversicherungsträger zu, die nach § 20e Abs. 1 S. 1 SGB V im Rahmen der für die Entwicklung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie zuständigen Präventionskonferenz stimmberechtigt sind. Auf der nächsten Hierarchieebene sind der Bund und die Länder angesiedelt, schließlich ist die Präventionsstrategie nach § 20d Abs. 3 S. 4 und 5 SGB V im Benehmen mit ihnen zu entwickeln. Darüber hinaus nehmen sie – anders als die Landesjugendbehörden – nach § 20e Abs. 1 S. 6 SGB V zumindest mit beratender Stimme an der Präventionskonferenz teil. Ebenso wie die Landesjugendbehörden ist nach § 20d Abs. 3 S. 6 SGB V u. a. auch die Bundesagentur für Arbeit an der Vorbereitung der Rahmenempfehlungen zu beteiligen. Dieser steht jedoch nach § 20e Abs. 1 S. 7 SGB V zusätzlich das Recht zur Teilnahme an der Nationalen Präventionskonferenz mit beratender Stimme zu. Ausdrücklich wird eine Beteiligung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe an der Entwicklung und Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie auch noch durch § 3 Abs. 2 i. V. m. § 6 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX – dort allerdings als Rehabilitationsträger – gefordert. Die letztgenannte Vorschrift hat insoweit allerdings eine rein deklaratorische⁵⁷⁰ Bedeutung, da sie hinsichtlich des Umfangs der Beteiligung auf die §§ 20d bis 20g SGB V verweist. Ihre Ansiedlung im Rehabilitationsrecht dient daher der „*wirksame[n] Umsetzung des Prinzips ‚Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation vor Rente und Pflege*“⁵⁷¹ nach § 3 Abs. 1 SGB IX.

Neben der Einflussnahme über die Länder kommt eine verstärkte Berücksichtigung von Perspektiven der Jugendhilfe im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz vor allem auch noch über das jährlich stattfindende Präventionsforum nach § 20e Abs. 2 SGB V in Betracht. Dieses berät die Nationale Präventionskonferenz und setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbänden sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz zusammen.

.....
569 BT-Drs. 18/4282, S. 37.

570 BT-Drs. 18/9522, S. 228.

571 BT-Drs. 18/9522, S. 228.

bb. Jugendhilfespezifischer Inhalt der Bundesrahmenempfehlung

Die derzeitige Fassung der Bundesrahmenempfehlung nach § 20d Abs. 3 SGB V stammt aus dem Jahr 2018.⁵⁷² Die Rolle der Jugendhilfe findet darin kaum Erwähnung, sie wird aber zumindest beim Ziel „*gesundes Aufwachsen*“ genannt.⁵⁷³ Danach besteht die Verpflichtung, Alleinerziehende und ihre Kinder „*bei Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in Zusammenarbeit insbesondere mit den Trägern der Jugendhilfe [...] besonders*“⁵⁷⁴ zu berücksichtigen. An einer weiteren Stelle formuliert die Bundesrahmenempfehlung „*einen besonderen Bedarf bei der Unterstützung werdender und junger Familien durch die Träger der Jugendhilfe*“⁵⁷⁵. Letztgenannte seien im Handlungsfeld „*familienbezogene Prävention und Gesundheitsförderung*“ zu beteiligen.⁵⁷⁶ Auch insoweit bleibt der Begriff der Beteiligung aber unscharf und der daraus folgende Bedarf der Einbindung der Jugendhilfeträger konturlos. Die eigentliche „*Operationalisierung der [bundeseinheitlichen] Rahmenempfehlung*“⁵⁷⁷ nach § 20d Abs. 3 SGB V erfolgt aber gemäß § 20f Abs. 1 SGB V ohnehin erst durch die dort vorgesehenen „*Rahmenvereinbarungen auf Landesebene*“ (LRV). Diese haben eine „*normative Wirkung*“⁵⁷⁸. Die Träger der Jugendhilfe sind zwar auch dort nicht als stimmberechtigte Akteure vorgesehen, § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V schreibt aber zumindest vor, dass in den Landesrahmenempfehlungen „*Festlegungen [...] über [...] die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe*“ zu treffen sind. Dies soll der „*Sicherung einer nach gemeinsamen Zielen orientierten Zusammenarbeit aller Beteiligten*“⁵⁷⁹ dienen. Die Perspektive der Jugendhilfe kann jedoch beim eigentlichen Abschluss der Landesrahmenempfehlungen nur über die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene eingebracht werden, die nach § 20f Abs. 2 S. 2 SGB V an der Vorbereitung der Rahmenvereinbarungen beteiligt werden und die dieser nach § 20f Abs. 2 S. 3 SGB V beitreten können.

572 Nationale Präventionskonferenz, Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, 2018, <https://t1p.de/0xc1p> (abgerufen am 4.8.2025).

573 Nationale Präventionskonferenz, Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, 2018, <https://t1p.de/0xc1p> (abgerufen am 4.8.2025), S. 17.

574 Nationale Präventionskonferenz, Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, 2018, <https://t1p.de/0xc1p> (abgerufen am 4.8.2025), S. 17.

575 Nationale Präventionskonferenz, Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, 2018, <https://t1p.de/0xc1p> (abgerufen am 4.8.2025), S. 18.

576 Nationale Präventionskonferenz, Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V, 2018, <https://t1p.de/0xc1p> (abgerufen am 4.8.2025), S. 43.

577 BT-Drs. 18/4282, S. 38.

578 Axer, KrV 2015, 221 (223).

579 BT-Drs. 18/4282, S. 38.

cc. Jugendhilfespezifischer Inhalt der Landesrahmenempfehlungen

Auch die einzelnen Landesrahmenempfehlungen erwähnen die Jugendhilfe zumeist nicht ausdrücklich.⁵⁸⁰ Allein zum Zweck der Abgrenzung wird sie in § 1 Abs. 2 S. 2 der LRV-BW genannt, der klarstellt, dass *„Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention auf der Grundlage anderer Rechtsvorschriften – z. B. nach dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) – [...] von dieser Vereinbarung nicht berührt [werden]. Sie gehören[...] nicht zu den Aufgaben und Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherungsträger und werden von dieser Vereinbarung nicht umfasst.“*⁵⁸¹

In allen Landesrahmenempfehlungen findet sich eine Regelung zur Koordinierung zwischen den Beteiligten. Zu diesen gehört die Jugendhilfe zwar nicht, sie wird aber zumindest über die dort ebenfalls vorgesehenen Kooperationsvereinbarungen zur Leistungskoordination mittelbar angesprochen. So soll z. B. nach § 4 Abs. 3 LRV-BW den *„in § 20f Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 und/oder in § 20f Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 SGB V Genannten [...] die Möglichkeit gegeben werden, sich an der Kooperationsvereinbarung zu beteiligen“*. Zumindest der Verweis auf § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V erfasst damit auch die dort genannten *„Träger der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe“*. Bedenken weckt insoweit allerdings der Umstand, dass es aufgrund der Alternativität der Tatbestandsmerkmale prima facie zu genügen scheint, dass über den Verweis auf § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 5 („und/oder“) 6 SGB V auch nur den *„weiteren für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanten Einrichtungen und Organisationen“* eine Möglichkeit zur Beteiligung gegeben wird. Zumindest in § 20f Abs. 2 S. 1 SGB V sind die beiden Nr. 5 und 6 durch ein *„und“* (kumulativ) verbunden. Auch wenn nach den bisherigen Ausführungen in dieser Untersuchung deutlich wurde, dass auch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe zu den für die *„Gesundheitsförderung und Prävention relevanten Einrichtungen und Organisationen“* zählen und zudem auch das Wort *„weitere“* in § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 6 SGB V klarstellt, dass diese Eigenschaft auch den unmittelbar zuvor in § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V genannten Akteuren zukommen muss, sollte dieser Umstand in den LRVs deutlich hervortreten. Andernfalls ließe sich zumindest einwenden, dass das Wort *„weitere“* in den LRVs so zu interpretieren sei, dass damit nur den *„weiteren“* i. S. v. *„anderen“* für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanten Einrichtungen und Organisationen eine Beteiligungsmöglichkeit einzuräumen ist. Eine mit § 4 Abs. 3 LRV-BW vergleichbare Formulierung findet sich in den Rahmenempfehlungen von Bayern (§ 4 Abs. 6), Berlin (§ 5 Abs. 3 S. 3), Brandenburg (§ 5 Abs. 4), Bremen (§ 5 Abs. 3), Hamburg (§ 3 Abs. 3), Hessen (§ 4 Abs. 3), Mecklenburg-Vorpommern

⁵⁸⁰ Vgl. Böhm/Klinnert, Gesundheitswesen 2019, 1004 (1008); Nationale Präventionskonferenz, Übersicht Landesrahmenvereinbarungen, <https://t1p.de/l8dow> (abgerufen am 4.8.2025).

⁵⁸¹ LRV-BW, <https://t1p.de/5et1k> (abgerufen am 4.8.2025), S. 5.

(§ 4 Abs. 4), Niedersachsen (§ 4 Abs. 3), Nordrhein-Westfalen (§ 3 Abs. 3), Rheinland-Pfalz (§ 4 Abs. 3), Saarland (§ 4 Abs. 3), Sachsen (§ 4 Abs. 3 S. 1), Sachsen-Anhalt (§ 5 Abs. 3), Schleswig-Holstein (§ 5 Abs. 3) und Thüringen (§ 4 Abs. 3).

In dieser Hinsicht weitreichender formuliert ist § 4 Abs. 6 S. 3 der LRV-MV. Danach *„sind die Träger der öffentlichen Jugendhilfe frühzeitig in Maßnahmen und Projekte einzubeziehen, die ihre Zuständigkeit berühren“*. Diese Vorschrift räumt der Jugendhilfe sogar eine noch stärkere Stellung als dem öffentlichen Gesundheitsdienst ein. Letzterer *„sollte“* nach § 4 Abs. 6 S. 3 der LRV-MV nur in die *„Planung und Umsetzung von Maßnahmen, Projekten und Interventionen auf regionaler und kommunaler Ebene einbezogen werden“*. Nach § 2 Abs. 4 UAbs. 2 S. 2 LRV-NW *„wird“* in den nichtbetrieblichen Lebenswelten *„das bedarfs- und zielorientierte Zusammenwirken mit [...] den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe sowie weiteren für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanten Einrichtungen und Organisationen“* *„angestrebt“*. In ähnlicher Weise ist in § 3 Abs. 3 S. 3 der LRV-TH vorgesehen, dass die Beteiligten der LRV *„in allen Zielbereichen [...] das bedarfsgerechte und zielorientierte Zusammenwirken mit [...] der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe sowie die Mitwirkung weiterer für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen“* anstreben müssen.

Da sich die LRVs überwiegend darauf beschränken, die Möglichkeit der Beteiligung der *„Träger der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe“* festzuhalten, gehen diese hinsichtlich der von § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V geforderten *„Festlegungen über die Zusammenarbeit“* nicht über die schlichte Wiederholung des Gesetzes hinaus. Unzureichend umgesetzt wurde dabei insbesondere die durch das *„Masernschutzgesetz“* in § 20f Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V eingeführte Verpflichtung⁵⁸², in der LRV auch Festlegungen zur Information der Träger der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe über Leistungen der Krankenkassen nach § 20a Abs. 1 S. 2 SGB V zu treffen. Diese sollen dazu dienen, dass *„die Träger der öffentlichen Jugendhilfe einen Überblick über geplante und laufende Förderaktivitäten der Krankenkassen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung erhalten und so eine Möglichkeit der Verknüpfung mit weiteren [eigenen] Maßnahmen eröffnet wird“*⁵⁸³. Angesichts dieses Umsetzungsdefizits verweist daher auch die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme aus dem Jahr 2021 zum ersten Präventionsbericht zu Recht auf die Notwendigkeit, *„konkrete Festlegungen in den Landesrahmenvereinbarungen [...] auch über die Zusammenarbeit mit [...] der öffentlichen Jugendhilfe“*⁵⁸⁴ zu treffen.

582 BGBl. I 2020, S. 148 (154).

583 BT-Drs. 19/13452, S. 33.

584 BT-Drs. 19/26140, S. VI.

e. Modellvorhaben nach § 20g SGB V

.....

Eine weitere Möglichkeit zur Einbindung der Jugendhilfe in überwiegend GKV-finanzierte Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung bietet § 20g Abs. 1 S. 1 SGB V. Danach können Leistungsträger nach § 20d Abs. 1 und ihre Verbände zur Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 2 Nr. 1 festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in Kooperation mit Dritten, insbesondere den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Abs. 1, Modellvorhaben durchführen. Diese sind nach § 20g Abs. 2 SGB V im Regelfall auf fünf Jahre zu befristen und nach allgemein anerkannten Standards wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten. Aufgrund der Formulierung „*insbesondere*“ in § 20g Abs. 1 S. 1 SGB V kommt auch ein Jugendhilfeträger als möglicher Kooperationspartner in Betracht. Auch nach der Vorstellung des Gesetzgebers bieten sich „*Kooperationsmodelle [vor allem] mit zuständigen Stellen in den Regionen [...] an, da die Vorhaben regelmäßig auf der Versorgungsebene zu erproben und in die örtlichen Strukturen einzubinden sind. [Daneben sollen] Kooperationen für Modellprojekte [...] aber auch mit sonstigen Einrichtungen [möglich sein], die auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention tätig sind, wie Fachverbände oder Selbsthilfeorganisationen*“⁵⁸⁵.

Die Besonderheit der Modellvorhaben besteht darin, dass der Gesetzgeber bei Maßnahmen nach § 20 ff. SGB V auf die sonst erforderlichen Nachweise der „*Wirksamkeit des der Leistung zugrunde liegenden Präventionsverfahrens [...] nach den gängigen Kriterien der evidenzbasierten Medizin*“⁵⁸⁶ verzichtet.⁵⁸⁷ Gleichzeitig erweist sich jedoch zumindest die in § 20g Abs. 1 S. 4 SGB V angeordnete Mittelanrechnung als limitierender ökonomischer Faktor. Schließlich reduzieren die auf die Modellvorhaben entfallenden Ausgaben nach § 20g Abs. 1 S. 4 SGB V die übrigen für Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung des SGB V zur Verfügung stehenden Gesamtmittel nach § 20 Abs. 6 SGB V. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Finanzierung von „Modellvorhaben“ bereits *per definitionem* und zudem aufgrund der von § 20g Abs. 2 SGB V geforderten Befristung keine Grundlage für eine langfristige Etablierung präventiver oder gesundheitsfördernder Strukturen bieten kann.

.....

585 BT-Drs. 18/4282, S. 39.

586 BT-Drs. 14/1245, S. 62.

587 Schifferdecker, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.8.2023, § 20g SGB V, Rn. 3; Schütze, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, Stand v. 15.6.2020, § 20g, Rn. 3.

2. Mögliche Impulssetzungen durch öffentliche Träger der Jugendhilfe bezüglich der Versorgung mit Kassenleistungen

.....

a. Förderung neuer Versorgungsformen nach § 92a SGB V

.....

Eine mit § 20g SGB V zumindest partiell vergleichbare Finanzierungsmöglichkeit bietet die Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung aus Mitteln des Innovationsfonds gemäß § 92a Abs. 1 S. 2 SGB V. Danach können *„insbesondere [solche] Vorhaben [gefördert werden], die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden“*. Förderfähig sind nach § 92a Abs. 1 S. 6 SGB V *„nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind“*. Die Auswahl der geförderten Vorhaben erfolgt dabei nach § 92a Abs. 1 S. 7–10 SGB V durch den Innovationsausschuss gemäß § 92b SGB V. Zwar ist bei der Antragstellung nach § 92a Abs. 1 S. 5 SGB V zwingend eine Krankenkasse zu beteiligen, um die Ausrichtung des Vorhabens auf den Verantwortungsbereich der GKV zu gewährleisten,⁵⁸⁸ jedoch zählen die *„Optimierung der Zusammenarbeit [...] zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen“* sowie *„interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle“* nach § 92a Abs. 1 S. 4 Nr. 3 und 4 SGB V zu den Regelbeispielen der Förderkriterien.

Nach § 92b Abs. 2 S. 1 SGB V legt *„der Innovationsausschuss nach einem Konsultationsverfahren unter Einbeziehung externer Expertise in themenspezifischen und themenoffenen Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und 2 Satz 1 bis 4 erste Alternative [SGB V] fest“*. Dabei wurde im Rahmen der themenspezifischen Förderung in der Vergangenheit wiederholt auch das Zusammenwirken mit der Jugendhilfe adressiert. Exemplarisch ist dazu auf die Antragsrunde 2017 mit ihrem Themenfeld 1: Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle zu verweisen.⁵⁸⁹ Mit diesem sollten *„Projekte gefördert werden, die neben der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen der [...] GKV auch Versorgungsbereiche berücksichtigen, die im Zuständigkeitsbereich anderer Sozialleistungsträger liegen (z. B. [...] der] Kinder- und Jugendhilfe). Dabei soll[t]en die Schnittstellen zwischen der Gesundheitsversorgung nach SGB V und anderen Versorgungsbereichen einbezogen werden. Der Schwerpunkt soll[t]e auf einer übergreifenden Koordinierung und Zusammenarbeit der verschiedenen Träger liegen.“*⁵⁹⁰

588 Orlowski, in: Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching (Hrsg.), BeckOK-SozR, 77. Ed. v. 1.6.2025, § 92a SGB V, Rn. 30.

589 Vgl. G-BA, Leitfaden für die Erstellung von Anträgen zu der Förderbekanntmachung zur themenspezifischen Förderung von neuen Versorgungsformen gemäß § 92a Abs. 1 SGB V, <https://t1p.de/upijw> (abgerufen am 4.8.2025), S. 1.

590 Vgl. G-BA, Leitfaden für die Erstellung von Anträgen zu der Förderbekanntmachung zur themenspezifischen Förderung von neuen Versorgungsformen gemäß § 92a Abs. 1 SGB V, <https://t1p.de/upijw> (abgerufen am 4.8.2025), S. 1.

Auch die aktuelle Förderbekanntmachung für neue Versorgungsformen zum sogenannten themenspezifischen Bereich (zweistufig lang) enthält wieder ein Themenfeld zur „*Stärkung der Kinder- und Jugendgesundheit*“, in dem *„auch sozialesleistungsträgerübergreifende Modelle erprobt werden [können], die eine übergreifende Koordinierung und Zusammenarbeit der verschiedenen Träger verfolgen. Da der Innovationsfonds [jedoch] ausschließlich aus Mitteln der GKV finanziert wird, können sozialesleistungsträgerübergreifende Projekte nur dann gefördert werden, wenn sich die jeweiligen Träger außerhalb der GKV entsprechend ihrer Zuständigkeiten an der Finanzierung der Projekte beteiligen. Dies gilt insbesondere für originäre Leistungen der jeweiligen Sozialversicherungszweige oder Unterstützungssysteme.“*⁵⁹¹ Ungeachtet der somit in den §§ 92a und 92b SGB V grundsätzlich angelegten Möglichkeit, Schnittstellen zur Kinder- und Jugendhilfe zu fördern, ist jedoch ausweislich des Abschlussberichts der Bundesregierung zur wissenschaftlichen Evaluation der Förderung durch den Innovationsfonds aus dem Jahr 2019 festzustellen, dass diese *„Schnittstellen [...] laut den Projektbeschreibungen nur selten im Fokus dieser Projekte“*⁵⁹² stehen.

Als thematisch einschlägiges Beispiel ist das durch den Innovationsfonds im „Themenfeld: Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen“ von 2020–2023 geförderte Projekt *CHIMPS-NET – Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern* zu nennen.⁵⁹³ Dieses identifizierte Kinder psychisch kranker Eltern als häufig vergessene Risikogruppe, die selbst ein mehrfach erhöhtes Erkrankungsrisiko für eine eigene psychische Erkrankung aufweist.⁵⁹⁴ Nach der Projektbeschreibung sollten *„die Kinder und Jugendliche[n] frühestmöglich bereits während der Behandlung ihrer Eltern in der Erwachsenenpsychiatrie auf psychische Auffälligkeiten hin untersucht und ihnen und ihrer Familie nach einem stepped care model ein für sie passendes Behandlungsangebot gemacht werden. Kinder, die nicht psychisch auffällig sind, soll[t]en eine Präventionsmaßnahme (CHIMPS-P)[595] unter Beteiligung eines Sozialarbeiters erhalten.“*⁵⁹⁶ Die Jugendhilfe war dabei an allen Standorten als Projektpartner vorgesehen.⁵⁹⁷

591 G-BA, Leitfaden für die Erstellung von Ideenskizzen zu den Förderbekanntmachungen zur themenspezifischen und themenoffenen Förderung von neuen Versorgungsformen im zweistufigen Verfahren mit langer Laufzeit gemäß § 92a Abs. 1 S. 8 Alt. 3 SGB V, <https://t1p.de/exrlb> (abgerufen am 4.8.2025), S. 7 f.

592 BT-Drs. 19/8500, S. 113.

593 G-BA, 01NVF18003, CHIMPS-NET – Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern – children of mentally ill parents – network, <https://t1p.de/l8fkb> (abgerufen am 4.8.2025).

594 G-BA, 01NVF18003, CHIMPS-NET – Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern – children of mentally ill parents – network, <https://t1p.de/l8fkb> (abgerufen am 4.8.2025).

595 Vgl. dazu Wiegand-Greife, Psychotherapeut 2022, 34 (39).

596 G-BA, 01NVF18003, CHIMPS-NET – Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern – children of mentally ill parents – network, <https://t1p.de/l8fkb> (abgerufen am 4.8.2025).

597 Wiegand-Greife, Psychotherapeut 2022, 34 (36 f.).

b. Kinder- und Jugendhilfe als Partner von Leistungen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V

Nach § 140a Abs. 1 S. 1 SGB V können Krankenkassen Verträge mit den in § 140a Abs. 3 S. 1 SGB V näher bestimmten Akteuren über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Dies ermöglicht nach § 140a Abs. 1 S. 2 SGB V eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie – unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften – besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge. Durch das *Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz*⁵⁹⁸ von 2020 wurde die Gruppe potenzieller Vertragspartner nach § 140a Abs. 3 S. 1 SGB V durch die sogenannten „*anderen Leistungsträger [...] nach § 12 des Ersten Buches und den Leistungserbringern, die nach den für diese Leistungsträger geltenden Bestimmungen zur Versorgung berechtigt sind*“ (Nr. 3a), ergänzt. Auf diese Weise werden auch Träger der Jugendhilfe über den Verweis von § 12 auf § 27 SGB I erfasst. Die Erweiterung der Vorschrift diente dazu, dass „*integrierte Versorgungsformen zur Lösung von Problemen beim Übergang von der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in andere gesundheitsbezogene Leistungsbereiche [...] vereinbart werden [können] (zum Beispiel gemeinsame Projekte mit den Sozialhilfeträgern der Länder)*“⁵⁹⁹. Darüber hinaus zielte die „*Neuregelung[...] darauf ab, die gesundheitliche Versorgung der Versicherten auch entsprechend der regionalen Bedarfe übergreifend zu organisieren und unterschiedliche Kostenträger und Versorgungseinrichtungen in Netzwerken zusammenzubinden*“⁶⁰⁰. Dies sollte nach dem Willen des Gesetzgebers ausdrücklich die „*Beteiligung anderer Leistungsträger (wie beispielsweise kommunaler Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe) mit ihren jeweiligen gesundheitsbezogenen gesetzlichen Aufgaben*“⁶⁰¹ ermöglichen.

Nach dem zeitgleich eingefügten § 140a Abs. 3a SGB V können zudem auch die „*Förderung einer besonderen Versorgung, die von den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern selbstständig durchgeführt wird*“ (Nr. 1) und „*die Beteiligung an Versorgungsaufträgen anderer Leistungsträger nach § 12 SGB I*“ (Nr. 2) Gegenstand dieser Verträge sein, soweit diese dem Zweck der GKV dienen. Hintergrund der Regelung in § 140a Abs. 3a S. 1 Nr. 1 SGB V ist der Umstand, dass „*Versorgungsinnovationen [...] häufig nicht von den Krankenkassen, sondern von einzelnen Leistungserbringern aus[gehen], die beispielsweise regionale Kooperationen schließen oder Versorgungsnetzwerke bilden und dadurch Verbesserungen im Vergleich zur Regelversorgung*

598 BGBl. I 2020, S. 3299 (3301 f.).

599 BT-Drs. 19/23483, S. 33.

600 BT-Drs. 19/23483, S. 22.

601 BT-Drs. 19/23483, S. 22.

erzielen. In diesen Fällen kann sich die Beteiligung der Krankenkassen, sofern die Anforderungen des § 140a [SGB V] im Übrigen eingehalten werden, auf finanzielle Zuschüsse zu den Kosten der Projektstrukturen oder auf besondere Vergütungsvereinbarungen beschränken.⁶⁰²

Von besonderer Bedeutung für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe ist zudem § 140a Abs. 3a S. 1 Nr. 2 SGB V, der es „ermöglicht, dass sich die Krankenkassen an Versorgungsaufträgen anderer Leistungsträger beteiligen können, bei denen die gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen nur einen Teilbereich des Projekts ausmachen und damit teilweise ‚versicherungs-fremd‘ sind.“⁶⁰³ Auch hier geht es um solche Projekte, die nicht von der GKV, sondern von anderen Leistungsträgern angestoßen wurden.⁶⁰⁴ Dabei wird durch die in § 140a Abs. 3a S. 2 SGB V enthaltene Formulierung „soweit diese dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dienen“ klargestellt, „dass es sich zwar um Projekte mit einem unmittelbaren Bezug zur Gesundheitsversorgung handeln muss, die im Projekt gemeinsam erfüllten Aufgaben aber keine völlige Entsprechung im Leistungsrecht der GKV haben müssen“⁶⁰⁵. Der § 140a Abs. 3a S. 1 Nr. 2 SGB V schafft allerdings nur die gesetzliche Grundlage für eine freiwillige Beteiligung der GKV, ohne dass damit ein Anspruch der anderen Kostenträger verbunden ist.⁶⁰⁶ Darüber hinaus ist die Beteiligung der GKV auf den „versicherungsbezogenen Anteil“ des Projekts beschränkt.⁶⁰⁷

c. Einbindung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe in Leistungen des SGB V am Beispiel der KJ-KSVPsych-RL nach § 92 Abs. 6b SGB V

Kooperationen des Jugendhilfeträgers mit der GKV im Bereich der Gesundheitsleistungen sind zudem auch auf der Grundlage von Richtlinien des G-BA über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten möglich. Diese konkretisieren das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V und beschreiben damit Voraussetzungen und Grenzen von GKV-Leistungen. Verlangen diese eine Kooperation der GKV oder zumindest eines „klassischen“ SGB V-Leistungserbringers mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe, wird diese Zusammenarbeit zur obligatorischen Leistungs(erbringungs)voraussetzung.

Exemplarisch ist hier die – inhaltlich allerdings nicht präventiv oder gesundheitsförderlich angelegte – *Richtlinie über die Berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen*

602 BT-Drs. 19/23483, S. 33.

603 BT-Drs. 19/23483, S. 34.

604 Huster, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 9. Aufl. 2024, § 140a, Rn. 21.

605 BT-Drs. 19/23483, S. 34.

606 BT-Drs. 19/23483, S. 34.

607 BT-Drs. 19/23483, S. 34.

oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL) zu nennen. Diese beruht auf § 92 Abs. 6b SGB V, mit dem der Gesetzgeber das Ziel der Klarstellung verfolgt, dass sich der an den G-BA gerichtete Regelungsauftrag „nicht allein auf die psychotherapeutische Versorgung [...], sondern [... auch auf] die Koordinierung der Versorgung insbesondere auch die psychiatrische Versorgung und weitere gegebenenfalls erforderliche Versorgungsbereiche“⁶⁰⁸ bezieht. Daher legt die Richtlinie keine neuen Therapieformen fest, sondern beschreibt „vornehmlich Behandlungspfade und Kooperationserfordernisse“⁶⁰⁹. Sie verlangt nach § 4 Abs. 6 S. 1 KJ-KSVPsych-RL, dass „mit weiteren, nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Akteuren [...] eine Zusammenarbeit angestrebt“ wird. Konkret sind zudem „Jugendämter“ bzw. „Einrichtungen der Jugendhilfe“ nach § 4 Abs. 6 S. 2 KJ-KSVPsych-RL als Teil des sogenannten „erweiterte[n] patientenindividuelle[n] Teams“ (§ 4 Abs. 4 KJ-KSVPsych-RL) vorgesehen. Die Richtlinie strebt darüber hinaus nach § 1 Abs. 1 S. 3 KJ-KSVPsych-RL „eine Sozialgesetzbuch übergreifende Zusammenarbeit (weitere Hilfesysteme anderer SGB) unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld an“. Dabei wird die Jugendhilfe in den tragenden Gründen zu dieser Regelung auch ausdrücklich genannt.⁶¹⁰ Eine konkrete Form der Zusammenarbeit ist z. B. im Rahmen interdisziplinärer Fallbesprechungen nach § 7 Abs. 2 S. 1 Nr. 5 KJ-KSVPsych-RL vorgesehen.⁶¹¹

d. Beteiligung an gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V

Gemäß § 90a Abs. 1 S. 1 SGB V können gemeinsame Landesgremien gebildet werden, die Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft „sowie weiterer Beteiligter“ umfassen. Diese Gremien können nach § 90a Abs. 1 S. 2 SGB V Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Zudem können den Gremien nach § 90a Abs. 2 SGB V weitere Aufgaben zugewiesen werden. Der Begriff der „weiteren Beteiligten“ ist zwar in § 90a Abs. 1 SGB V nicht näher konkretisiert, die Vorschrift verweist aber auf eine nähere Ausgestaltung durch landesrechtliche Bestimmungen. Eine ausdrückliche Einbindung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe erfolgt jedoch in kaum einem der korrespondierenden Ausführungsgesetze. Stattdessen wird dort zumeist auf Vertreter der kommunalen Spitzenverbände verwiesen (vgl. § 8 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 AVSG-BY, § 3 Abs. 2 Nr. 5 Grem§90aSGB5BiV-HE, § 3 Nr. 8 Grem§90aSGB5BiG-RP, § 2 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 und 5 Grem§90aSGB5BiV-SL, § 3 Abs. 1 Nr. 1a Grem§90aSGB5BiG-BE, § 1

608 BT-Drs. 19/13585, S. 85.

609 Roters, in: Jox/Rolfs (Hrsg.), BeckOGK, Stand v. 15.2.2024, § 92 SGB V, Rn. 70.

610 Gründe zur KJ-KSVPsych-RL i.d.F.v. 21.3.2024, <https://t1p.de/3ky22> (abgerufen am 4.8.2025), S. 9.

611 Gründe zur KJ-KSVPsych-RL i.d.F.v. 21.3.2024, <https://t1p.de/3ky22> (abgerufen am 4.8.2025), S. 39.

Abs. 2 S. 1 Nr. 6 SGB V gLG-BB, Ziff. 2e VwV-MV zur Bildung eines gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V, § 3 Abs. 1 Nr. 7 SGB5AG-ST, § 3 Abs. 1 g AG-GKV-VStG-SH, § 3 Nr. 6 und § 5 Abs. 1 Nr. 3 VersStruktEntwG-TH), sodass nur eine mittelbare Beteiligung der Jugendhilfe über diese möglich ist. Anderes gilt jedoch in Baden-Württemberg: Dort ist der „*Kommunalverband für Jugend und Soziales*“, bei dem es sich nach § 3 Abs. 2 S. 1 JSVG-BW um den überörtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe handelt, gemäß § 6 Abs. 3 S. 1 Nr. 12 LGG-BW Mitglied des Sektorenübergreifenden Landesausschusses für Gesundheit und Pflege, der nach § 6 Abs. 1 LGG-BW wiederum als gemeinsames Gremium nach § 90a SGB V tagt.

Darüber hinaus ist nach § 6 Abs. 3 S. 2 LGG-BW die Einbindung weiterer Beteiligter oder Sachverständiger ohne Stimmrecht möglich (ebenso z. B. nach § 3 Abs. 2 Grem§90aSGB5BiG-Berlin, § 3 Abs. 4 Grem§90aSGB5BiV-HE). Die Gesetzesbegründung nennt dabei ausdrücklich die Hinzuziehung von (weiteren) Jugendhilfeträgern.⁶¹² Ähnliches gilt z. B. für Bremen. Dort ist die Senatorin für Soziales, Jugend, Integration und Sport nach § 2 Abs. 1 Nr. 1b LandesgremiumG-HB gesetzlich vorgesehenes Mitglied im Landesgremium nach § 90a SGB V und zugleich nach § 1 Abs. 2 S. 2 KJHG-AG-HB Träger des bei ihr angesiedelten Landesjugendamtes. Zumindest mit Blick auf die in der Mehrzahl der Landesgesetze ausdrücklich vorgesehene Beteiligung von Patientenvertretern sowie von Vertretern von Menschen mit Behinderungen ließe sich die Perspektive von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V de lege ferenda durch eine ausdrückliche Nennung der Jugendhilfe noch wesentlich stärken. Das könnte entweder durch die gesetzliche Aufnahme als vollwertiges Mitglied der Landesgremien oder zumindest durch eine ausdrücklich vorgesehene obligatorische Beteiligung der Träger der öffentlichen Jugendhilfe beim Betroffensein der Belange von Kindern und Jugendlichen erfolgen.

612 Gesetzesbegründung zum LGG-BW, <https://t1p.de/od1po> (abgerufen am 4.8.2025), S. 35.

3. Einbindung der Jugendämter in das Konzept der ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen

.....

a. Bundesrechtliche Grundlage in § 26 Abs. 1 S. 1 SGB V und der „Kinder-Richtlinie“

.....

Nach § 26 Abs. 1 S. 1 SGB V haben Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Diese Untersuchungen beinhalten nach § 26 Abs. 1 S. 2 SGB V auch die Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus sowie eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung einschließlich Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Eltern und Kinder. Nach § 26 Abs. 1 S. 3 SGB V umfassen sie zudem, *„sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5, die sich altersentsprechend an das Kind, den Jugendlichen oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann“*. Weder § 26 SGB V noch die zugehörigen Richtlinien des G-BA (Kinder-Richtlinie, Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie, Zahnärztliche Früherkennungsrichtlinie) sehen hierzu jedoch ausdrücklich eine Kooperation der GKV oder der kinder- und jugendmedizinischen Leistungserbringer mit den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe vor. Allein die „Kinder-Richtlinie“ erwähnt zumindest die Möglichkeit, die Teilnehmerkarte im Untersuchungsheft nach Anlage 1 der Richtlinie zum Nachweis auch gegenüber *„Jugendämtern“*⁶¹³ zu verwenden. Darüber hinaus verlangen § 4 Abs. 2 Nr. 3, § 5 Abs. 2 Nr. 4, § 6 Abs. 2 Nr. 4, § 7 Abs. 2 Nr. 4 und § 8 Abs. 2 Nr. 4 der „Kinder-Richtlinie“, dass die *„entwicklungsorientierte ärztliche Aufklärung und Beratung“* im Rahmen der U2 bis U6 auch *„Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten (z. B. [zu] Eltern-Kind Hilfen, Frühe Hilfen)“*⁶¹⁴ umfasst.

613 G-BA, Kinder-Richtlinie i.d.F.v. 21.3.2024, <https://t1p.de/qp4t6> (abgerufen am 4.8.2025), Anlage 1.

614 G-BA, Kinder-Richtlinie i.d.F.v. 21.3.2024, <https://t1p.de/qp4t6> (abgerufen am 4.8.2025).

b. Landesrechtliche Umsetzung

.....

Eine unmittelbare Einbindung der Jugendhilfeträger in das Einladungs-, Erinnerungs- und Meldewesen im Zusammenhang mit kinder- und jugendmedizinischen Früherkennungsuntersuchungen erfolgt ausschließlich auf landesrechtlicher Grundlage.⁶¹⁵ Auch im KKG ist diese nicht vorgesehen.⁶¹⁶ Exemplarisch ist auf Rheinland-Pfalz zu verweisen, nach dessen § 5 Abs. 1 LKindSchuG-RP beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung eine zentrale Stelle einzurichten ist, die die gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter rechtzeitig über einzelne anstehende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder informiert und zur Teilnahme auffordert. Nach § 8 Abs. 1 LKindSchuG-RP ermittelt diese Stelle diejenigen Kinder, zu denen keine Untersuchungsbestätigungen eingegangen sind, und teilt diese Information anschließend dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt mit. Das Gesundheitsamt nimmt dann wiederum nach § 8 Abs. 2 LKindSchuG-RP Kontakt mit den gesetzlichen Vertretern auf und „wirkt in geeigneter Weise auf die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung hin“. Ergeben sich dabei für das Gesundheitsamt Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung, unterrichtet dieses nach § 9 Abs. 1 S. 1 LKindSchuG-RP unverzüglich das örtlich zuständige Jugendamt über die Feststellungen. Die Regelung steht in einem engen Zusammenhang mit den §§ 4 KKG und 8a SGB V. Darüber hinaus kann das Gesundheitsamt nach § 9 Abs. 1 S. 2 LKindSchuG-RP das Jugendamt auch unabhängig von solchen Anhaltspunkten über nicht durchgeführte oder zumindest nicht feststellbare Früherkennungsuntersuchungen informieren. Sie eröffnen den Jugendämtern damit die Möglichkeit der eigenständigen Prüfung eines etwaigen Hilfebedarfs im Rahmen des SGB VIII. Darüber hinaus können solche Informationen auch in eine etwaige Gefährdungsbeurteilung nach § 8a Abs. 1 S. 1 SGB VIII einfließen. Ähnliches gilt z. B. nach § 14a Abs. 5 ÖGDG-HB, § 27 Abs. 3 ÖGDG-NW, § 4 Abs. 2 FrüherkUG-NI, § 15b Abs. 7 S. 3 ÖGDG-MV und § 8a Abs. 5 ÖGDG-SL. Allein das Auslassen der Früherkennungsuntersuchung begründet aber für sich genommen noch keine „gewichtigen Anhaltspunkte“ für eine Kindeswohlgefährdung.⁶¹⁷

Eine vergleichbare Regelung existiert z. B. auch in Schleswig-Holstein. Nach § 7a GDG-SH ist die Information über eine trotz Erinnerung nicht durchgeführte Früherkennungsuntersuchung zunächst an die Landkreise und kreisfreien Städte zu melden, die dann durch eine ärztliche Person eine Beratung über den Zweck der Untersuchung anzubieten haben. Im Fall einer dennoch weiterhin fehlenden Durchführungsbereitschaft der Eltern ist

.....
615 Vgl. dazu Nothhafft, Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge, 2008, S. 8 ff.

616 Zur Gesetzgebungskompetenz vgl. Wissenschaftliche Dienste des Bundestages, WD 3 -207/06, S. 6 f.

617 DJuF-Rechtsgutachten JAmt 2008, 137; DJuF-Rechtsgutachten, JAmt 2007, 470; vgl. dazu auch OLG Frankfurt a. M., Beschl. v. 3.5.2023 – 4 UF 19/23, NZFam 2023, 704.

ebenfalls eine Beteiligung des Jugendamtes zur Gefährdungsbeurteilung und/oder Hilfeförderung vorgesehen. Ebenso sind z. B. auch in Brandenburg die Landkreise und kreisfreien Städte nach § 7 Abs. 4 ÖGDG-BB die letzten Adressaten in der Meldekette bei versäumten Früherkennungsuntersuchungen.

In Berlin ist nach § 6 Abs. 6 KiSchuG-BE das Gesundheitsamt dafür zuständig, nach Erhalt von Informationen über das Fehlen von Untersuchungsbescheinigungen nach schriftlicher Ankündigung einen Hausbesuch durchzuführen. Erst wenn dabei *„Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen wahrgenommen [werden] und [...] ein Tätigwerden erforderlich [ist], um eine Gefährdungseinschätzung vorzunehmen oder eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen abzuwenden, und [...] die Personensorgeberechtigten nicht bereit oder in der Lage [sind], hieran mitzuwirken, so ist das Gesundheitsamt befugt und verpflichtet, dies unverzüglich dem zuständigen Jugendamt (Koordinationsstelle Kinderschutz) mitzuteilen“*.

Ein anderer regulatorischer Ansatz findet sich in Nordrhein-Westfalen. Dort beruhen die landesrechtlichen Bestimmungen zu Früherkennungsuntersuchungen auf § 32a des HeilBerG-NW. In der auf der Grundlage dieser Bestimmung erlassenen Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (UTeilnahmeDatVO) ist festgelegt, dass eine zentrale Stelle die Kinder ermittelt, für die keine Teilnahmemeldung vorliegt. Im Anschluss erinnert diese die Eltern nach § 4 Abs. 3 UTeilnahmeDatVO an die Durchführung der Untersuchung. Kommen die Eltern dieser Erinnerung nicht innerhalb von sechs Wochen nach, informiert die zentrale Stelle nach § 4 Abs. 1 S. 1 UTeilnahmeDatVO den für den Wohnsitz des Kindes zuständigen Träger der öffentlichen Jugendhilfe. In Hessen informiert das Universitätsklinikum Frankfurt als hessisches Kindervorsorgezentrum nach erfolgloser (ggf. mehrfacher) Aufforderung nach § 3 Abs. 2 S. 3 KiGesSchG-HE unverzüglich das zuständige Jugendamt über die unterbliebene Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung.

In mehreren Bundesländern ist die Teilnahme an den in der Kinder-Richtlinie vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen verpflichtend ausgestaltet. Dies gilt etwa für Hessen (§ 1 Abs. 1 KiGesSchG-HE), Baden-Württemberg (§ 1 Abs. 1 und § 2 Abs. 1 KiSchutzG-BW) und Bayern (Art. 11 Abs. 2 S. 3 GDG-BY). In Bayern (Art. 1 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 BayLErzGG) ist die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zudem auch Voraussetzung für den Bezug des Landeserziehungsgeldes. Einige Länder sehen zudem eine Verpflichtung vor, den Nachweis über die Durchführung der nach § 26 SGB V (i. V. m. der Kinder-Richtlinie) vorgesehenen Früherkennungsuntersuchung vor der Aufnahme eines Kindes in eine Tageseinrichtung vorzulegen (vgl. z. B. § 7 Abs. 1 S. 2 und 3 KitaG-SN und § 18 Abs. 1 KiFöG-ST).

In einigen Bundesländern – wie z. B. in Sachsen (§ 2 KiSchG-SN a. F.⁶¹⁸) und Thüringen – sind die vormals existierenden gesetzlichen Vorschriften zur Einbindung der öffentlichen Jugendhilfeträger in die Umsetzung des Konzepts der ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen wieder ausgelaufen. Insoweit bleibt aber zumindest der Rückgriff auf Informationsbestimmungen des § 4 KKG möglich.

Allen genannten Landesregelungen ist gemein, dass sich deren Inhalt bezüglich des Jugendamts in einer Informationspflicht erschöpft. Der anschließende Umgang mit diesen folgt dann wieder den Bestimmungen des SGB VIII bzw. den zugehörigen Landesausführungsgesetzen. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass dem Jugendamt im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen beim Einladungs-, Überwachungs- und Informationsmanagement keine koordinierende Funktion zukommt. Ein Rückgriff auf zusätzliche Ressourcen im Bereich Gesundheitsförderung und/oder Prävention wird somit durch die Landesgesetze nicht ermöglicht.

4. Integration der Träger der öffentlichen Jugendhilfe in das Konzept der „Gesundheitskioske“, „Stadtteilgesundheitszentren“ und „Gesundheitsregionen“ *de lege ferenda*

.....

Eine noch stärkere institutionelle Einbindung der Jugendhilfe in die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen ließe sich auch über die Etablierung sogenannter sozialraumorientierter Gesundheitskioske oder Stadtteilgesundheitszentren erreichen. Der Referentenentwurf für das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz⁶¹⁹ sah die flächendeckende⁶²⁰ Etablierung von Gesundheitskiosken als besondere – aufgrund der kompetenziellen Anknüpfung bei der „Sozialversicherung“ nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG⁶²¹ im SGB V verankerte – Kooperationsform vor, um „in besonders benachteiligten Regionen und Stadtteilen niedrigschwellige Beratungsangebote für Behandlung und Prävention“⁶²² zu etablieren. Die Kioske sollten „im Zusammenwirken von Kommunen und gesetzlicher Krankenversicherung unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung errichtet“⁶²³ werden. Zu diesem Zweck sah der neu zu schaffende § 65g Abs. 1 S. 1 SGB V-E vor, dass „die Landesverbände der Krankenkassen und

.....
618 SächsGVBl. 2010, S. 182, geändert durch SächsGVBl. 2014, S. 376.

619 BGBl. I 2025, Nr. 64.

620 Vereinzelt existieren solche Einrichtungen bereits unabhängig von einer Verankerung im SGB V: vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheitskioske, <https://t1p.de/7k040> (abgerufen am 4.8.2025); Gorges, Rechtsdepesche v. 4.2.2025, <https://t1p.de/6v7lh> (abgerufen am 4.8.2025).

621 Foltmann/Kießling, MedR 2023, 520 (525).

622 GVSG-RefE v. 15.6.2023, <https://t1p.de/eo07s> (abgerufen am 4.8.2025), S. 2.

623 GVSG-RefE v. 15.6.2023, <https://t1p.de/eo07s> (abgerufen am 4.8.2025), S. 2.

die Ersatzkassen [...] gemeinsam und einheitlich mit dem Kreis oder der kreisfreien Stadt auf deren Verlangen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. einen Vertrag über die Errichtung einer oder mehrerer Einrichtungen in sozial benachteiligten Regionen [schließen sollten], die insbesondere über medizinische Behandlungsmöglichkeiten, Prävention (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) und Gesundheitsförderung sowie soziale Versorgungsangebote beraten⁶²⁴. In den auf diese Weise einzurichtenden Gesundheitskiosken, deren Konzept zudem in der Vergangenheit bereits Gegenstand einer Förderung durch den Innovationsfonds war,⁶²⁵ sollte nichtärztlich⁶²⁶ und zugleich „ganzheitlich beraten, unterstützt und geschult werden“⁶²⁷. Der Entwurf sah zudem vor, dass das Leistungsangebot der Gesundheitskioske „allen Personen unabhängig von ihrem Versichertenstatus zur Verfügung“⁶²⁸ stehen sollte.

In § 65g Abs. 1 S. 3 SGB V-E war vorgesehen, dass sich „weitere Leistungsträger nach § 12 [SGB I an den Gesundheitskiosken...] beteiligen“ können. Dieser Verweis erfasste nach § 12 S. 1 i. V. m. § 27 SGB I auch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Neben Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz dauerhaft zu verbessern, zählten auch die Bildung sektorenübergreifender Netzwerke, die Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben im Rahmen ärztlicher Delegation, die Unterstützung bei der Klärung gesundheitlicher und sozialer Angelegenheiten sowie die Beratung und Vermittlung bzw. Koordinierung von Gesundheitsleistungen zum geplanten Leistungsspektrum. Den Gesundheitskiosken sollte demnach eine Lotsenfunktion zukommen. Im Gegensatz zu Hausärzten wären sie dafür zuständig gewesen, die Leistungsberechtigten nicht innerhalb, sondern in das Gesundheitssystem hinein zu verweisen.⁶²⁹ Die damit verbundene Kooperationspflicht und die gegebenenfalls räumliche Zusammenfassung der unterschiedlichen Träger hätten nicht zu einem Verstoß gegen das Verbot der Mischverwaltung geführt.⁶³⁰ Im weiteren Gesetzgebungsprozess zum GVSG wurden die Gesundheitskioske jedoch wieder aus dem Entwurf gestrichen.⁶³¹ Die daraufhin ausgesprochene Forderung⁶³² des Bundesrates zur Wiederaufnahme blieb ohne Erfolg.⁶³³

624 GVSG-RefE v. 15.6.2023, <https://t1p.de/eo07s> (abgerufen am 4.8.2025), S. 9.

625 G-BA, <https://t1p.de/s926s> (abgerufen am 4.8.2025).

626 Foltmann/Kießling, MedR 2023, 520; GVSG-RefE v. 15.6.2023, <https://t1p.de/eo07s> (abgerufen am 4.8.2025), S. 10.

627 G-BA, INVEST Billstedt/Horn – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen, <https://t1p.de/s926s> (abgerufen am 4.8.2025).

628 BT-Drs. 20/12664, S. 3.

629 Foltmann/Kießling, MedR 2023, 520 (522).

630 Vgl. Janda, Prävention verankern. Verfassungsrechtliche Konsequenzen aus dem Verbot der Benachteiligung aufgrund sozialer Herkunft, 2021, S. 112; BVerfG, Urt. v. 20.12.2007 – 2 BvR 2433/04, NVwZ 2008, 183 (187) = BVerfGE 119, 331 ff.

631 Vgl. BT-Drs. 20/11853.

632 BT-Drs. 20/12664, S. 3.

633 Vgl. BT-Drs. 20/12664, S. 34; BGBl. I 2025, Nr. 64.

Ähnlich erging es dem ebenfalls im GVSG-RefE vorgesehenen Konzept der „Gesundheitsregionen“⁶³⁴ nach § 140b SGB V-E. Diese sollten auf Initiative der Kommunen auf der Grundlage von Verträgen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen errichtet werden.⁶³⁵ Ihr Ziel bestand in der „Stärkung einer regional vernetzten, kooperativen Gesundheitsversorgung [...] z. B. durch Behebung] regionale[r] Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung [...] und der Überwindung von] Schnittstellen“.⁶³⁶ Dabei sah die Gesetzesbegründung ausdrücklich vor, auch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe im Rahmen der Bildung von Netzwerken einzubeziehen.⁶³⁷

Eine weitere Forderung des Bundesrates bestand darin, auch den Entwurf zur Änderung von § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV mit Blick auf eine Kooperationsmöglichkeit mit der Jugendhilfe abzuändern. Hintergrund der ursprünglich geplanten Anpassung der Vorschrift war der Umstand, dass „Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer geistigen Behinderung intellektuell beeinträchtigt sind, [...] im Bereich der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung besondere Versorgungsbedürfnisse sowie einen erschwerten Zugang zu Versorgungsangeboten [haben]. Zur Schließung dieser Versorgungslücke [...] sollte] daher in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ein neuer Ermächtigungstatbestand geschaffen“⁶³⁸ werden. Voraussetzung der geplanten Ermächtigung der ärztlichen Person sollte das Bestehen „einer Kooperationsvereinbarung mit einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c [SGB V ...], einer Einrichtung der Suchthilfe, der Krisenhilfe oder der sozialpsychiatrischen Dienste oder einer vergleichbaren Einrichtung“⁶³⁹ sein. Der Bundesrat hatte gefordert, diesen Katalog möglicher Kooperationspartner um „Sozialpädiatrische Zentren“ und die „Jugendhilfe“ zu erweitern, „um bei psychischen Erkrankungen mit ergänzendem Jugendhilfebedarf eine ausreichende Stabilisierung zu ermöglichen und Drehtüreffekte zu verhindern“⁶⁴⁰. Auch dieser Vorstoß blieb erfolglos, da die Bundesregierung auf die bereits bestehende Formulierung „oder einer vergleichbaren Einrichtung“ in § 31 Abs. 1 S. 4 Ärzte-ZV verwies, die „bewusst offen formuliert“⁶⁴¹ sei. Zusätzlich in die Vorschrift aufgenommen wurden letztlich nur die Sozialpädiatrischen Zentren. Der Verordnungsgeber stellte aber zumindest innerhalb der Verordnungsbegründung ausdrücklich klar, dass „vergleichbare Einrichtungen [...] beispielsweise Einrichtungen [...] der Kinder- und Jugendhilfe [...] oder psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen sein“⁶⁴² können.

634 GVSG-RefE v. 15.6.2023, <https://t1p.de/eo07s> (abgerufen am 4.8.2025), S. 15.

635 GVSG-RefE v. 15.6.2023, <https://t1p.de/eo07s> (abgerufen am 4.8.2025), S. 48.

636 GVSG-RefE v. 15.6.2023, <https://t1p.de/eo07s> (abgerufen am 4.8.2025), S. 48.

637 GVSG-RefE v. 15.6.2023, <https://t1p.de/eo07s> (abgerufen am 4.8.2025), S. 48.

638 BT-Drs. 20/11853, S. 56.

639 BT-Drs. 20/11853, S. 28f.

640 Vgl. BT-Drs. 20/12664, S. 32.

641 Vgl. BT-Drs. 20/12664, S. 39.

642 BR-Drs. 647/24, S. 5.

VII. Präventionsbeitrag der Rentenversicherung

Nicht nur hinsichtlich der Fachkräfte sind bei der Betrachtung der Zuständigkeiten für die Prävention von Gesundheitsrisiken auch die Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung als relevante Akteure zu berücksichtigen. Diese erbringen nach § 14 Abs. 1 SGB VI ebenfalls Leistungen zur Prävention, die allerdings primär der Sicherung der Erwerbsfähigkeit dienen. Ein spezifischer Fokus auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern manifestiert sich jedoch in den Leistungen zur Kinderrehabilitation nach § 15a SGB VI, die u. a. auch darauf ausgerichtet sein können, *„eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit [zu] beseitig[en...]“*. Der Hintergrund der Regelung ist aber auch hier das Ziel der langfristigen Sicherung der Erwerbsfähigkeit.⁶⁴³ *„Anspruchsberechtigt sind daher [...] Kinder, bei denen durch die Leistungen zur Kinderrehabilitation nicht nur ihre Gesundheit, sondern darüber hinaus auch ihre spätere Erwerbsfähigkeit positiv beeinflusst werden kann. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Aussicht besteht, durch diese Leistungen gesundheitliche Einschränkungen, die eine Teilhabe an Schule und Ausbildung erschweren, zu beseitigen oder weitgehend kompensieren zu können. Damit soll den Kindern eine spätere Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglicht werden. Das gilt auch für [von Behinderung betroffene ...] Kinder, deren zukünftige Erwerbsfähigkeit nicht ausgeschlossen ist.“*⁶⁴⁴

Die Rentenversicherung beteiligt sich zudem gemäß § 14 Abs. 3 S. 1 SGB VI außerdem – ebenso wie die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung nach § 14 Abs. 3 SGB VII – an der Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20g SGB V. Schließlich obliegt ihr nach § 14 Abs. 3 S. 2 SGB VI auch noch die Verpflichtung, auf die Erprobung trägerübergreifender Modellprojekte zur freiwilligen, individuellen und berufsbezogenen Gesundheitsvorsorge – allerdings nur für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres – hinzuwirken.

643 Welti, VSSAR 2019, 313 (322).

644 BT-Drs. 18/9787, S. 34.

C. Ergebnisse

- 1| Die Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention liegt nicht bei einer einzigen Stelle, sondern ist auf viele Akteure verteilt. Zu diesen zählt – neben den allgemeinen kommunalen Ordnungs- und Planungsbehörden, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, verschiedenen Trägern der Sozialversicherung, bundes- oder landesweit im Gesundheitswesen tätigen Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts, den verschiedenen Lebensweltverantwortlichen, den Leistungserbringern und den Betroffenen selbst – auch die Kinder- und Jugendhilfe. Aufgrund ihrer durch das SGB VIII gesetzlich vorgegebenen Ausrichtung auf die gesamte Lebenswelt junger Menschen und ihrer Familien kommt der Letztgenannten dabei jedoch eine zentrale Rolle zu, wenn Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention auf ein gesundes Aufwachsen gerade dieser Personengruppe ausgerichtet sind.
- 2| Nach § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII hat die Jugendhilfe – als primär für ein gedeihliches Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen verantwortliches Sozialleistungssystem – dazu beizutragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen. Dies umfasst – implizit – auch die Lebensbedingungen für ein „gesundes Aufwachsen“ von Kindern und Jugendlichen. Im Sinne der Klarstellung dieser Verantwortlichkeit ist es – auch vor dem Hintergrund von Art. 24 KRK – sachdienlich, das Adjektiv „gesundheitsförderliche“ in § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII aufzunehmen.
- 3| Die Ziele von § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII betreffen grundsätzlich alle Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen. Insoweit besteht eine Allzuständigkeit der Jugendhilfe, die auch das Themenfeld der Gesundheit erfasst, allerdings durch abweichende gesetzliche Zuständigkeitszuweisungen – wie etwa durch die Bestimmungen des SGB V oder der ÖGDGs der Länder – begrenzt sein kann.
- 4| Das Handeln der Kinder- und Jugendhilfe setzt – auch mit Blick auf den Bereich der Gesundheitsförderung – neben einer von § 1 SGB VIII erfassten Zielstellung das Vorliegen einer Aufgabe i. S. d. § 2 SGB VIII voraus. Im Aufgabenkatalog des SGB VIII wird die Gesundheitsförderung nur in wenigen Vorschriften ausdrücklich genannt. Zu diesen

zählen insbesondere die §§ 8a Abs. 3, § 11 Abs. 3 Nr. 1, § 16 Abs. 1 S. 2, § 16 Abs. 2 S. 1 Nr. 1, § 22 Abs. 3 S. 1, § 35a, § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 Alt. 1 und § 81 Nr. 5 SGB VIII. Daneben ist aber auch innerhalb aller weiteren Aufgaben nach § 2 SGB VIII das Ziel der Erhaltung oder Schaffung positiver – und damit gesundheitsförderlicher – Lebensbedingungen zumindest im Rahmen der individuellen Ausgestaltung zu berücksichtigen. Zudem ist die Gesundheitsförderung in einigen Landesausführungsgesetzen zum SGB VIII auch ausdrücklich in der allgemeinen Aufgabenbeschreibung der Kinder- und Jugendhilfe aufgeführt.

- 5| Eine aufgrund von § 1 S. 1 Alt. 1 sowie § 20 Abs. 1 S. 1 und § 20a SGB V trotz „Allzuständigkeit“ bestehende Konkurrenz mit der GKV im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ist nach § 10 Abs. 1 S. 1 SGB VIII zulasten der Kinder- und Jugendhilfe aufzulösen. Dies setzt aber voraus, dass die erforderlichen Leistungen durch die GKV auch tatsächlich erbracht werden. Die Jugendhilfe nimmt insoweit also die Rolle eines „Ausfallbürgen“ ein. Darüber hinaus besteht nur dort ein Konkurrenzverhältnis, wo Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung überhaupt vom Leistungskatalog der GKV erfasst sind. Dabei ist zu beachten, dass § 20a SGB V keine individuellen Leistungsansprüche vermittelt. Daneben kommt zudem eine vorläufige Leistungserbringung unter den Voraussetzungen von § 43 SGB I in Betracht.

- 6| Der Kompetenztitel „Fürsorge“ nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG erfasst auch solche Vorschriften, die i. S. d. traditionellen Jugendpflegebegriffs des JWVG „*der Förderung der gesunden Jugend*“ dienen. Soweit die in § 2 SGB VIII genannten Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe zumindest auch gesundheitsförderlich wirken sollen, sind die zugrunde liegenden Vorschriften von der Gesetzgebungskompetenz des Bundes gedeckt. Die Landesgesetzgeber sind aber aufgrund von Art. 72 Abs. 1 GG nicht gehindert, die Leistungen des SGB VIII in ihren Ausführungsgesetzen noch stärker gesundheitsfördernd und/oder präventiv auszugestalten, solange und soweit der Bund nicht von seiner Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch gemacht hat.

- 7| Ist eine Beteiligung von freiberuflich tätigen Angehörigen der Heilberufe in den Netzwerken Früher Hilfen gewünscht, sollte dies dadurch gestärkt werden, dass ein (zumindest partieller) Ausgleich der mit der Partizipation zusammenhängenden Verdienstoffälle sichergestellt ist. Dies kann sowohl durch eine Anpassung der Förderbedingungen der *Bundesstiftung Frühe Hilfen* bzw. der korrespondierenden Länderprogramme oder durch Leistungsanreize in der vertragsärztlichen Vergütung umgesetzt werden.

- 8| Das Recht der Kinder- und Jugendhilfe verfolgt nach § 1 Abs. 3 Nr. 1 SGB VIII einen (zumindest auch) präventiv ausgerichteten Ansatz. Soweit der Jugendhilfeträger als Rehabilitationsträger tätig wird, hat dieses Prinzip nach § 3 Abs. 1 SGB IX sogar ausdrücklich Vorrang. Angesichts der primären Zuständigkeit der GKV im Bereich der von ihrem Leistungskatalog umfassten und primär kurativ ausgerichteten (§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V) Gesundheitsleistungen könnte die Aufnahme eines generellen Präventionsvorrangs in das SGB VIII einen geeigneten Ansatz bieten, um die Verantwortung der Kinder- und Jugendhilfe für ein gesundes Aufwachsen stärker in den Fokus zu rücken.

- 9| Die Schulsozialarbeit nach § 13a SGB VIII kann zur Schaffung und Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Umfelds im Bereich der Schule beitragen und insoweit die Aufgaben der Lehrkräfte ergänzen. Eine zumindest rudimentäre Ausgestaltung ihrer Aufgaben findet sich in der Mehrzahl der Landesschulgesetze. Insoweit könnte die Rolle im Kontext der schulischen Gesundheitsförderung präzisiert werden. Mit Blick auf die Möglichkeit der Erbringung verhältnispräventiver Leistungen im Setting „Schule“ ist es zudem empfehlenswert, die Rolle der Schulsozialarbeit auch im Präventionsleitfaden ausdrücklich zu benennen.

- 10| Die Gesundheitsförderung ist – anders als die gesundheitliche Vorsorge in Form medizinischer Leistungen – Teil des Förderauftrags in der Kindertagesbetreuung nach § 22 Abs. 3 S. 1 SGB VIII. Der unterschiedliche Wortlaut („*gesundheitsförderliches Lebensumfeld unterstützen*“ vs. „*gesundheitliche Vorsorge nicht erschweren*“) beider Varianten des § 45 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB VIII verdeutlicht, dass der Gesetzgeber hinsichtlich des „gesundheitsförderlichen Lebensumfelds“ einen eigenen Beitrag der Einrichtung verlangt. Eine Versagung der Betriebserlaubnis ist allerdings nur dort möglich, wo aus der fehlenden Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Umfelds eine konkrete Nichtgewährleistung des Kindeswohls i. S. v. § 45 Abs. 2 S. 1 SGB VIII abzuleiten ist.

- 11| Die Jugendhilfeplanung nach § 80 SGB VIII als Teil der Sozialplanung ist ein Instrument, um systematisch und vorausschauend die Bedarfe junger Menschen und ihrer Familien festzustellen und die zur Bedarfsdeckung erforderlichen Strukturen zu gewährleisten. Durch die gesetzlich geforderte horizontale Vernetzung mit anderen Planungen – wie etwa hinsichtlich der Gesundheitsversorgung – kann die Jugendhilfeplanung auch dazu beitragen, dass die Belange junger Menschen bereichsübergreifend berücksichtigt werden.

- 12| Bei der Konkretisierung von Leistungen nach § 20a SGB V ist darauf zu achten, dass diese die gesundheitliche Situation in der jeweiligen Lebenswelt verbessern. Eine rein verhaltensbezogene Gesundheitsförderung von Individuen im Setting ist noch keine gesundheitsförderliche Ausgestaltung des Settings selbst.
- 13| Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe werden – anders als der Öffentliche Gesundheitsdienst – in § 20a Abs. 1 S. 2 SGB V nicht als Partner genannt, mit denen die GKV bei der Erbringung von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – insbesondere zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen – zusammenwirken muss, obwohl diese nach dem SGB VIII – im Rahmen ihres Wirkungskreises – ebenfalls für die Gesundheitsförderung zuständig sind. Es ist daher sachgerecht, § 20a Abs. 1 S. 2 SGB V – z. B. durch die Formulierung „im Zusammenwirken mit den für Gesundheitsförderung und Prävention zuständigen Landesbehörden“ – um eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe zu ergänzen.
- 14| Damit die öffentliche Jugendhilfe als Lebensweltverantwortlicher eigene Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention effektiv mit geplanten und laufenden Förderaktivitäten der Krankenkassen in diesem Bereich abstimmen kann, muss die Information der Jugendhilfeträger und die Zusammenarbeit mit diesen in allen Landesrahmenempfehlungen nach § 20f Abs. 1 SGB V transparent ausgestaltet sein.
- 15| Die gesundheitsfördernde und präventive Wirkung der Kinder- und Jugendhilfe erschöpft sich nicht in der Erbringung eigener Leistungen. Vielmehr ermöglichen es allgemeine und spezielle gesetzliche Kooperationspflichten, Leistungen anderer Träger zu aktivieren und darauf hinzuwirken, dass die speziellen Belange von Kindern und Jugendlichen in deren Leistungsbereichen Berücksichtigung finden. Zum anderen schaffen sie die Grundlage dafür, dass die Leistungen und Interventionen der Kinder- und Jugendhilfe sowie die Angebote anderer Akteure, die im Bereich der Gesundheitsförderung tätig sind, wirksam aufeinander abgestimmt werden.

- 16| Nur ein Teil der landesrechtlichen ÖGDGs sieht ausdrücklich eine generelle Kooperationspflicht mit der Kinder- und Jugendhilfe vor. Diese beschränkt sich – sofern die Kinder- und Jugendhilfe überhaupt explizit erwähnt wird – zumeist auf eine Zusammenarbeit im Kontext der Gefahrenabwehr bei potenzieller Kindeswohlgefährdung sowie bei der Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen. Die ebenfalls in den ÖGDGs vorgesehenen allgemeinen Kooperationspflichten beziehen sich dagegen nicht immer auf die Kinder- und Jugendhilfe. Teilweise wird lediglich eine Zusammenarbeit mit allen „im Gesundheitswesen“ oder im Bereich der „Gesundheitsförderung“ tätigen Akteuren genannt. Zur rechtlichen Klarstellung sollten die Vorschriften dahingehend ergänzt werden, dass eine generelle Verpflichtung zur Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe auch im Hinblick auf die Gesundheitsförderung ausdrücklich festgeschrieben wird.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (Hrsg.): **Kinder- und Jugendhilferecht von A-Z**, 2008, München: C. H. Beck.

Axer, Peter: **Finanzlast für Primärprävention: Beitragsfinanzierung und ihre Grenzen**, Kranken- und Pflegeversicherung 2015, S. 221–227.

Becker, Ulrich/Kingreen, Thorsten (Hrsg.): **SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung**, 9. Auflage 2024, München: C. H. Beck.

Böhm, Katharina/Bräunling, Stefan/Geene, Raimund/Köckler, Heike (Hrsg.): **Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe**, 2020, Wiesbaden: Springer VS.

Böhm, Katharina/Klinnert, Dorothea: **Die Umsetzung des Präventionsgesetzes auf Länderebene – Eine Analyse der Landesrahmenvereinbarungen**, Gesundheitswesen 2019, S. 1004–1010.

Cremer, Hendrik: **Menschenrechtsverträge als Quelle von individuellen Rechten, Innerstaatliche Geltung und Anwendbarkeit von Menschenrechtsverträgen am Beispiel der UN-Kinderrechtskonvention (KRK)**, Anwaltsblatt 2011, S. 159–165.

Dürig, Günter/Herzog, Roman/Scholz, Rupert (Hrsg.): **Grundgesetz, 105.** Ergänzungslieferung, Stand v. 03/2025 und 8/2024, München: C. H. Beck.

Eichenhofer, Eberhard: **Revidierte Europäische Sozialcharta, Beitritt Deutschlands nach fast 25 Jahren – unter bedenklichen Vorbehalten!**, Netzwerk Sozialrecht, 2020, <https://t1p.de/97shv> [abgerufen am 4.8.2025].

Epping, Volker / Hillgruber, Christian (Hrsg.): **BeckOK Grundgesetz**, 60. Edition, Stand: 28.12.2024, München: C. H. Beck.

Erke, Heiner/Kettler, Dietmar: **Mobilitätsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen im Straßenverkehrs- und Baurecht**. Schlussbericht zum FE-Vorhaben 77.465/2002, Braunschweig: Plan & Rat, <https://orlis.difu.de/handle/difu/125685> [abgerufen am 4.8.2025].

Ernst, Werner/Zinkahn, Wienfried/Bielenberg, Walter/Krautzberger, Michael (Hrsg.): **Baugesetzbuch: BauGB**, 157. Ergänzungslieferung, Stand: 11/2024, München: C. H. Beck.

Fischer, Jörg/Geene, Raimund: **Gelingensbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen: Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten**, in: Klammer/Jepkens (Hrsg.), *FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik* 19, 2019, <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-66316-2> [abgerufen am 4.8.2025].

Foltmann, Amelie/Kießling, Andrea: **Gesundheitskioske als Gegenstand des Gesundheitsrechts – zwischen Sozialraum und GKV**, *Medizinrecht* 2023, S. 520–529.

Gebert, Christian: **Verhaltens- und verhältnisbezogene Primärprävention und Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung**, 2020, Baden-Baden: Nomos.

Geuter, Gunnar/Beiwinkel, Till/Oesterle, Lea/Reyer, Maren/Bödeker, Malte/Haack, Marius/Scriba, Steffen/Preuss, Maren: **Der Beitrag von Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen zu regionaler Planung und Steuerung im Gesundheitswesen – ein Überblick auf Ebene der Bundesländer**, *Gesundheitswesen* 2024, S. 67–86.

Gorges, Desiree: **Gesundheitskiosk: Medizinische Versorgung leicht gemacht, Rechtsdepesche**, *Portal für Politik und Recht im Gesundheitswesen*, 4.2.2025, <https://t1p.de/6v7lh> [abgerufen am 4.8.2025].

Grube, Christian/Wahrendorf, Volker/Flint, Thomas (Hrsg.): **SGB XII – Sozialhilfe mit Eingliederungshilfe (SGB IX Teil 2) und Asylbewerberleistungsgesetz**, 8. Auflage 2024, München: C. H. Beck.

Hahn, Erik: **Das gewichtslose Merkmal der ‚Gewichtigkeit‘ in § 8a Abs. 1 Satz 1 SGB VIII**, *Das Jugendamt* 2024, S. 136–143.

Hanses, Andreas/Sander, Kirsten: **Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit**, in: Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.), Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht – Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen, 2009, S. 373–415.

Hauck, Karl/Noftz, Wolfgang (Hrsg.): **Sozialgesetzbuch I – Allgemeiner Teil (Loseblattkommentar)**, 44. Ergänzungslieferung, Stand: 2020, Berlin: Erich Schmidt Verlag

Janda, Constanze: **Zugänglichkeit des Sozialstaats. Wege aus der Nichtinanspruchnahme von Sozialleistungen**, DIFIS-Studie 2024/9, Duisburg/Bremen: Deutsches Institut für Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung.

Janda, Constanze (Hrsg.): **Wege zur nachhaltigen Verankerung von Präventionsketten in Kommunen**, Speyerer Arbeitsheft Nr. 259, 2023, Speyer: Deutsche Universität für Verwaltungswissenschaften.

Janda, Constanze: **Prävention verankern. Verfassungsrechtliche Konsequenzen aus dem Verbot der Benachteiligung aufgrund sozialer Herkunft**, Schriftenreihe Materialien zur Prävention, Bd. 21, 2021, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Jox, Ralph Jürgen/Rolfs, Christian (Hrsg.): **BeckOGK Sozialrecht**, (divergierender Überarbeitungsstand), München: C. H. Beck.

Jungmann, Tanja: **Kinderschutz und Prävention – Gesundheitsförderung**, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 2024, doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i068-3.0 [abgerufen am 4.8.2025].

Kaps, Petra/Marquardsen, Kai: **Handlungsspielräume und Handlungsorientierungen der kommunalen Verwaltung bei der Umsetzung der Leistungen zur Bildung und Teilhabe**, Zeitschrift für Sozialreform 2017, S. 217–246.

Kießling: **Das Recht der öffentlichen Gesundheit. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben des Staates**, 2023, Tübingen: Mohr Siebeck.

Krüger, Detlef/Schröder, Angela: **Familie – Kindheit – Lebensverlauf, Primäre Prävention als kommunale Aufgabe (§ 16 SGB VIII)**, Das Jugendumt 2020, S. 7–12.

Kunkel, Peter-Christian/Kepert, Jan/Pattar, Andreas Kurt (Hrsg.): **LPK-SGB VIII – Lehr- und Praxiskommentar zum Kinder- und Jugendhilferecht**, 8. Auflage 2022, Baden-Baden: Nomos.

Liel, Katrin/Rademacher, Anna Lena (Hrsg.): **Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe? Eine Bilanz 10 Jahre nach dem 13. Kinder- und Jugendbericht**, 2020, Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Lohse, Katharina/Meysen, Thomas/Götte, Stephanie/Méndez de Vigo, Nerea González/Seltmann, David: **Akteursübergreifende Prävention – verknüpfte Planung, Umsetzung und Finanzierung von Präventionsketten, Materialien zur Prävention**, 2017, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Luik, Steffen/Harich, Björn (Hrsg.): **SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende**, 6. Auflage 2024, München: C. H. Beck.

Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): **Kommunale Gesundheitslandschaften**, 2013, Wiesbaden: Springer VS.

Meiner-Teubner, Christiane/Klinkhammer, Nicole (Hrsg.): **ERIK – Länderberichte III des Monitorings zum KiQuTG**, 2023, München: Deutsches Jugendinstitut e. V.

Merchel, Joachim: **Zum Umgang mit Qualität und Qualitätsentwicklung im SGB VIII**, Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 2015, S. 375–381.

Meysen, Thomas: **Kinder- und Jugendhilfe und Schnittstellen: wenn das Recht Kinder, Jugendliche und ihre Familien (auf)teilt**, Recht der Jugend und des Bildungswesens 2010, S. 306–323.

Möller, Winfried (Hrsg.): **Praxiskommentar SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe**, 3. Auflage 2022, Köln: Reguvis Fachmedien GmbH.

Mrozynski, Peter (Hrsg.): **Sozialgesetzbuch I – Allgemeiner Teil**, 7. Auflage 2024, München: C. H. Beck.

Münder, Johannes/Meysen, Thomas/Trenczek, Thomas (Hrsg.): **Frankfurter Kommentar SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe**, 9. Aufl. 2022, Baden-Baden: Nomos.

Neumann, Dirk/Pahlen, Roland/Greiner, Stefan/Winkler, Jürgen/Westphal, Dirk/Krohne, Christine (Hrsg.): **Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen**, 15. Auflage 2024, München: C. H. Beck.

Nothhafft, Susanne: **Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge**, 2. Auflage 2009, München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

Oberloskamp, Helga/Dürbeck, Werner (Hrsg.): **Vormundschaft, Pflegschaft und Beistandschaft für Minderjährige**, 5. Auflage 2023, München: C. H. Beck.

Paulus, Peter: **Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern**, in: Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.), Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht – Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen, 2009, S. 537–621.

Rasch, Laurette: **Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem**, Public Health Forum, 2025, S. 178–180.

Rasch, Laurette: **Zusammen Denken – Wissensgrundlagen der Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe – Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe**, 2024, <https://t1p.de/8zmqc> [abgerufen am 4.8.2025].

Renner, Ilona: **Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems**, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2010, S. 1048–1055.

Richter Kornweitz, Antje/Holz, Gerda: **Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe**, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 2024, doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i137-1.0 [abgerufen am 4.8.2025].

Richter-Kornweitz, Antje/Holz, Gerda/Kilian, Holger: **Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention**, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 2023, <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesamtstrategie-zur-gesundheitsfoerderung-und-praevention/> [abgerufen am 4.8.2025].

Rolfs, Christian/Giesen, Richard/Meßling, Miriam/Udsching, Peter (Hrsg.): **BeckOK Sozialrecht**, divergierender Überarbeitungsstand, München: C. H. Beck.

Rothenburg, Eva-Maria: **Gesundheitshilfe und Gesundheitsförderung – Reformbedarf für das SGB VIII?**, Zentralblatt für Jugendrecht 2001, S. 317–327.

Säcker, Franz Jürgen/Rixecker, Roland/Oetker, Hartmut/Limperg, Bettina/Schubert, Claudia (Hrsg.): **Münchener Kommentar zum BGB**, 9. Auflage 2024, München: C. H. Beck.

Schellhorn, Helmut/Hohm, Karl-Heinz/Schneider, Peter/Legros, Christoph (Hrsg.): **SGB XII – Sozialgesetzbuch (SGB), Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe – (SGB XII), Kommentar**, 2020, München: Luchterhand Verlag.

Schepker, Renate: **Herausforderungen der Pandemie für Kinder und Jugendliche und ihre Familien**, FORUM Jugendhilfe 2022, Heft 2, S. 31–36.

Schlegel, Rainer/Voelzke, Thomas (Hrsg.): **juris PraxisKommentar SGB XII – Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), Sozialhilfe/Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**, divergierender Überarbeitungsstand, Saarbrücken: juris.

Schlegel, Rainer/Voelzke, Thomas (Hrsg.): **juris PraxisKommentar SGB II – Grundsicherung für Arbeitsuchende**, divergierender Überarbeitungsstand, Saarbrücken: juris.

Schlegel, Rainer/Voelzke, Thomas (Hrsg.): **juris-PraxisKommentar SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung**, divergierender Überarbeitungsstand, Saarbrücken: juris.

Schlegel, Rainer/Voelzke, Thomas (Hrsg.): **juris-PraxisKommentar SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe**, divergierender Überarbeitungsstand, Saarbrücken: juris.

Schmidt, Christopher: **100 Jahre Reichsgesetz für die Jugendwohlfahrt**, Neue Zeitschrift für Familienrecht 2022, S. 636–641.

Schneider, Egbert: **Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention**, Die Sozialgerichtsbarkeit 2015, S. 599–603.

Schreiner-Kürten, Karin/Melzer, Kathrin/Guggemos, Peter: in: GKV-Spitzenverband/ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): **Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting**, 2016, <https://t1p.de/3qghn> [abgerufen am 4.8.2025].

Schütze, Bernd (Hrsg.): **SGB X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz**, 9. Auflage 2020, München: C. H. Beck.

Spickhoff, Andreas (Hrsg.): **Medizinrecht**, 4. Auflage 2022, München: C. H. Beck.

Wabnitz, Reinhard Joachim: **Stichwort: „Sozialgesetzbuch VIII“**, socialnet Lexikon, Stand 7.11.2023, Bonn, <https://t1p.de/cysx9> [abgerufen am 4.8.2025].

Wagner, Regine/Knittel, Stefan (Hrsg.): **Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/ Pflegeversicherung**, 124. Ergänzungslieferung, Stand: 9/2024, München: C. H. Beck.

Wapler, Friederike: **Umsetzung und Anwendung der Kinderrechtskonvention in Deutschland**, Recht der Jugend und des Bildungswesens 2019, S. 252–273.

Welti, Felix: **Gesundheitsförderung und Prävention im System der Sozialversicherung seit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes**, Vierteljahresschrift für Arbeits- und Sozialrecht 2019, S. 313–327.

Westphal, Volker-Gerd: **Das neue Brandenburgische Kinder- und Jugendgesetz – BbgKJG: die wichtigsten neuen Regelungen**, Landes- und Kommunalverwaltung 2024, S. 489–495.

Wiegand-Greife, Silke: **Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern im ‚Children of mentally ill parents-network‘**, Psychotherapeut 2022, S. 34–41.

Wiesner, Reinhard/Wapler, Friederike (Hrsg.): **SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe**. Kommentar, 6. Auflage 2022, München: C. H. Beck.

Wiesner, Reinhard: **Psychotherapie im Kinder- und Jugendhilferecht**. Gutachten im Auftrag der Psychotherapeutenkammer Berlin, 2005, <https://t1p.de/i142v> [abgerufen am 4.8.2025].

Quellenverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.: **S3-Leitlinie Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)**, AWMF-Registernummer 027-069, Stand 5.2.2019, <https://t1p.de/jstkx> [abgerufen am 4.8.2025].

Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Elfter Kinder- und Jugendbericht, Bundestagsdrucksache 14/8181, S. 27 ff.

Bundesstiftung Frühe Hilfen: **Auslegungshilfe zu den förderfähigen Leistungen im Rahmen der Bundesstiftung Frühe Hilfen**, Stand: 4.4.2024, <https://t1p.de/fzwhg> [abgerufen am 4.8.2025].

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V.: **Gutachten, Aufgaben des Jugendamtes nach Übermittlung der Meldedaten von Kindern und Personensorgeberechtigten durch das Kindervorsorgezentrum, wenn dort die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung nicht festgestellt werden konnte** (§ 3 Abs. 1 S. 3 HessKindGSG), Das Jugendamt 2008, 137.

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V.: **Gutachten, Saarland: Aufgaben des Jugendamtes nach Übermittlung von Meldedaten nach § 8 a Abs. 7 SaarlGDG bzw. § 15 SaarlMeldDÜV**, Das Jugendamt 2007, 470.

Deutsches Kinderhilfswerk: **Verankerung der Berücksichtigung von Kinderinteressen in der Landesbauordnung. Datengrundlage für den Strukturindikator zum Recht auf Ruhe und Freizeit, Spiel und Erholung**, 2019, <https://t1p.de/yevap> [abgerufen am 4.8.2025].

Europäische Kommission: **Empfehlung vom 20.2.2013, Investitionen in Kinder: Den Kreislauf der Benachteiligung durchbrechen (2013/112/EU)**, ABl. L 59.

Gemeinsamer Bundesausschuss: **C INVEST Billstedt/Horn – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen**, <https://t1p.de/s926s> [abgerufen am 4.8.2025].

Gemeinsamer Bundesausschuss: **CHIMPS-NET – Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern – children of mentally ill parents – network**, <https://t1p.de/l8fkb> [abgerufen am 4.8.2025].

Gemeinsamer Bundesausschuss: **Leitfaden für die Erstellung von Anträgen zu der Förderbekanntmachung zur themenspezifischen Förderung von neuen Versorgungsformen gemäß § 92a Abs. 1 SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung**, <https://t1p.de/upijw> [abgerufen am 4.8.2025].

Gemeinsamer Bundesausschuss: **Leitfaden für die Erstellung von Ideenskizzen zu den Förderbekanntmachungen zur themenspezifischen und themenoffenen Förderung von neuen Versorgungsformen im zweistufigen Verfahren mit langer Laufzeit gemäß § 92a Absatz 1 Satz 8 dritte Alternative SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (zweistufig lang – Ideenskizzen)**, <https://t1p.de/exrlb> [abgerufen am 4.8.2025].

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.: **Gesund in Berlin. Stadtteile im Blick**, <https://t1p.de/zy47> [abgerufen am 4.8.2025].

GKV-Bündnis für Gesundheit in Hessen: **Antrag zur gemeinsamen Förderung von Projekten in Lebenswelten**, <https://t1p.de/onsxv> [abgerufen am 4.8.2025].

GKV-Bündnis für Gesundheit in Sachsen: **Förderungen durch das GKV-Bündnis für Gesundheit in Sachsen. Information zur Förderung und Antragstellung**, Stand 6/2024, <https://t1p.de/wh1om> [abgerufen am 4.8.2025].

GKV-Bündnis für Gesundheit Nordrhein-Westfalen: **Antrag zur Förderung von Projekten in Lebenswelten nach § 20a SGB V**, <https://t1p.de/ygke9> [abgerufen am 4.8.2025].

GKV-Bündnis für Gesundheit: **Bündnisaktivitäten im Überblick**, <https://t1p.de/8drqp> [abgerufen am 4.8.2025].

GKV-Spitzenverband (Hrsg.): **Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V**, Stand: 19.12.2024, <https://t1p.de/2zvw9> [abgerufen am 4.8.2025].

GKV-Spitzenverband (Hrsg.): **Leitfaden zur Selbsthilfeförderung – Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V**, Stand: 19.12.2024, <https://t1p.de/x1iil> [abgerufen am 4.8.2025].

Jugendministerkonferenz der Länder: **Kinder und Gesundheit. Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe**, Beschluss vom 12./13.5.2005, FORUM Jugendhilfe, Heft 3/2005, S. 32–33.

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages, 2025, <https://t1p.de/y07vp> [abgerufen am 4.8.2025].

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: **Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen**, <https://www.gesundheitbb.de/publikationen/1-gesundes-aufwachsen-fuer-alle> [abgerufen am 4.8.2025].

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: **Gesundheitskioske**, <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/aktuelles/gesundheitskioske/> [abgerufen am 4.8.2025].

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: **Nutzung der Good Practice-Kriterien als Förderkriterien**, Positionspapier der Arbeitsgruppe Qualitätsentwicklung und Good Practice des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, Stand 10/2020, <https://t1p.de/w67e5> [abgerufen am 4.8.2025].

Kooperationsverbund Schulsozialarbeit (Hrsg.): **Leitlinien für Schulsozialarbeit**, 2015, <https://t1p.de/dzxlj> [abgerufen am 4.8.2025].

Landesarbeitsgemeinschaft Schulsozialarbeit in Niedersachsen: **Schulsozialarbeit in Niedersachsen: Qualitätsstandards und Beispiele**, 2005, <https://t1p.de/sxr1q> [abgerufen am 4.8.2025].

Nationale Präventionskonferenz: **Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V**, 2018, <https://t1p.de/0xc1p> [abgerufen am 4.8.2025].

Nationale Präventionskonferenz: **Übersicht Landesrahmenvereinbarungen**, <https://t1p.de/l8dow> [abgerufen am 4.8.2025].

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2025, <https://www.fruehehilfen.de/> [abgerufen am 4.8.2025].

Nationales Zentrum Frühe Hilfen: **Finanzierung der Frühen Hilfen**, Stand: 18.1.2024, <https://t1p.de/89g3n> [abgerufen am 4.8.2025].

Nationales Zentrum Frühe Hilfen: **Frühe Hilfen und präventiver Kinderschutz – Frühzeitige Unterstützung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern**, 2018, <https://t1p.de/n75x4> [abgerufen am 4.8.2025].

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.: **P. Sachsen, Lebenswelt Kita**, <https://t1p.de/6oaww> [abgerufen am 4.8.2025].

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: **Aufgabenübertragung vom Bund auf die Kommunen**, WD 3 – 3000 - 381/10, Stand: 20.9.2010, <https://t1p.de/nu0hr> [abgerufen am 8.4.2025].

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: **Bundes- und landesrechtliche Voraussetzungen zur Erteilung einer Betriebserlaubnis für privat-gewerbliche Träger von Kindertageseinrichtungen**, WD 9-3000-045/09, Stand: 20.5.2009, <https://t1p.de/usa66> [abgerufen am 8.4.2025].

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: **Förderung von Präventionsangeboten durch die Krankenkassen**, WD 9-3000-076/23, Stand: 30.11.2023, <https://t1p.de/2e8j3> [abgerufen am 8.4.2025].

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: **Gesetzgebungskompetenz für die Kinder- und Jugendhilfe**, WD 3-3000-182/19, Stand: 24.6.2019, <https://t1p.de/hlnku> [abgerufen am 8.4.2025].

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: **Schulsozialarbeit. Ausgaben und Stellenaufbau der Bundesländer für Schulsozialarbeit im Kontext des Bildungs- und Teilhabepaketes sowie aktuelle Entwicklung – Erster Teil: Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Sachsen**, WD 8 - 3000 - 080/16, <https://t1p.de/8rqxs> [abgerufen am 8.4.2025].

World Health Organization: **Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, verabschiedet auf der ersten internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung**, Stand: 21.11.1986, <https://iris.who.int/handle/10665/349654> [abgerufen am 4.8.2025].

Wuppertal Institut für Klima, Umwelt, Energie: **Berücksichtigung der Mobilitätsbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in Gesetzen**, Stand: 28.6.2006, <https://t1p.de/022g3> [abgerufen am 4.8.2025].

Wuppertal Institut für Klima, Umwelt, Energie: **Fußgängerwegenetze von Kindern und Jugendlichen**, Stand: 28.6.2006, <https://t1p.de/8gioy> [abgerufen am 4.8.2025].

Abkürzungsverzeichnis

ABl.	Amtsblatt der Europäischen Union
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
AG	Ausführungsgesetz
AGJ	Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe
AnwBl.	Anwaltsblatt
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
AVSG	Verordnung zur Ausführung der Sozialgesetze
AWMF-RegNr.	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften – Registernummer
BauGB	Baugesetzbuch
BayMBI.	Bayerisches Ministerialblatt
BB	Brandenburg
BE	Berlin
BEBG	Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsgesetz
BeckOGK	beck-online.GROSSKOMMENTAR
BeckOK	Beck'sche Online-Kommentare
BeckRS	Beck-Rechtsprechung
Beschl.	Beschluss
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMFSFJ	Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BR-Drs.	Bundesratsdrucksache
Brem.ABl.	Amtsblatt Bremen
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Bundessozialgericht
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht

BVerfGE	Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BVerwGE	Entscheidungen des Bundesverwaltungsgerichts
BW	Baden-Württemberg
BY	Freistaat Bayern
BzGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CSU	Christlich-Soziale Union
DÄBl	Deutsches Ärzteblatt
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DIFIS	Deutsches Institut für Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung
DJJuF	Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V.
E	Entwurf
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
ErwG	Erwägungsgrund
ESC	Europäische Sozialcharta
EU	Europäische Union
EUV	Vertrag über die Europäische Union
FGW	Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung
G-BA	Gemeinsamen Bundesausschusses
GDG	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (auch ÖGDG)
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
GRCh	Charta der Grundrechte der Europäischen Union
Grem§90aSGB5Biv	Verordnung zur Ausgestaltung des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
GVSG	Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz
GVVG	Gesetz über den gesundheitlichen Verbraucherschutz und das Veterinärwesen
HB	Freie Hansestadt Bremen
HE	Hessen

HH	Freie und Hansestadt Hamburg
Hrsg.	Herausgeber
i. E.	im Ergebnis
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IKJHG	Gesetz zur Ausgestaltung der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe
JAmt	DAS JUGENDAMT (Zeitschrift)
JFöG	Gesetz zur Förderung der Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit
JSVG	Gesetz über den Kommunalverband für Jugend und Soziales
jurisPK	Juris Praxiskommentar
JVEG	Gesetz über die Vergütung von Sachverständigen, Dolmetscherinnen, Dolmetschern, Übersetzerinnen und Übersetzern sowie die Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen, ehrenamtlichen Richtern, Zeuginnen, Zeugen und Dritten
JWG	Gesetz für Jugendwohlfahrt
KibeG	Kinderbetreuungsgesetz
KiBiz	Gesetz zur frühen Bildung und Förderung von Kindern
KiFöG	Kinderförderungsgesetz
KigaG	Gesetz über die Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Kindergärten, anderen Kindertageseinrichtungen und in Kindertagespflege
KiGesSchG	Kindergesundheitsschutz-Gesetz
KiQuTG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Verbesserung der Teilhabe in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege
KiSchG	Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz
KiSchuG	Gesetz zur Förderung der Gesundheit von Kindern und des Kinderschutzes
KiSchutzG	Gesetz zum präventiven Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
KitaFöG	Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Kindertagespflege
KiTaG	Gesetz über die Erziehung, Bildung und Betreuung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege
KJFFöG	Gesetz zur Förderung der Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes – Kinder- und Jugendförderungsgesetz

KJGB	Kinder- und Jugendhilfegesetzbuch
KJHG	Gesetz zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts
KJ-KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
KJSG	Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KRK	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes
KrV	Kranken- und Pflegeversicherung (Zeitschrift)
KTG	Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege
LGG	Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens
LJHG	Landesjugendhilfegesetz
LKV	Landes- und Kommunalverwaltung (Zeitschrift)
LPK	Lehr- und Praxiskommentar
LRV	Landesrahmenvereinbarung
LSG	Landessozialgericht
LT-Drs.	Landtagsdrucksache
MedR	Medizinrecht (Zeitschrift)
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NVwZ	Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht
NW	Nordrhein-Westfalen
NZFam	Neue Zeitschrift für Familienrecht
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
ÖGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (auch GDG)
OLG	Oberlandesgericht
OVG	Oberverwaltungsgericht
PK	Praxiskommentar
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
RdErl.	Runderlass
RdJB	Recht der Jugend und des Bildungswesens (Zeitschrift)

RefE	Referentenentwurf
RP	Rheinland-Pfalz
SächsGVBl.	Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt
SchulG	Schulgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SGBb	Die Sozialgerichtsbarkeit (Zeitschrift)
SGB I	Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung
SGB IV	Sozialgesetzbuch Viertes Buch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Sozialgesetzbuch Siebentes Buch – Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe
SGB X	Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe
SH	Schleswig-Holstein
SL	Saarland
SN	Freistaat Sachsen
SozR	Sozialrecht
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
ST	Sachsen-Anhalt
TH	Freistaat Thüringen
TOP	Tagesordnungspunkt
UAbs	Unterabsatz
Urt.	Urteil
v.	vom
VGH	Verwaltungsgerichtshof
VSSAR	Vierteljahresschrift für Sozial- und Arbeitsrecht
VwV	Verwaltungsvorschrift

VwV- SchuKJE	Verwaltungsvorschrift zum Schutz von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen gemäß §§ 45 ff. SGB VIII für teilstationäre und stationäre Angebote der Hilfen zur Erziehung und der Eingliederungshilfen sowie für Wohnheime bzw. Internate
WD	Wissenschaftliche Dienste
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZKJ	Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe
ZSR	Zeitschrift für Sozialreform

Positionspapier

ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR KINDER UND
JUGENDHILFE - AGJ — 5./6.12.2024

Gemeinsames Handeln befördern –
Kooperationen für Gesundes
Aufwachsen des Gesundheitssystems
und der inklusiven Kinder- und
Jugendhilfe

Das Projekt *Themenbotschafter*in Gesundes Aufwachsen – Kooperation zwischen Gesundheitshilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe befördern* zielt darauf ab, bestehende Formate der Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe sichtbar zu machen und den fachpolitischen Austausch auf Bundesebene zu fördern. Im Jahr 2024 fand ein intensiver rechtskreisübergreifender Arbeitsgruppenprozess¹ statt, in dem zu den Grundlagen und Strukturen diskutiert wurden, die für rechtskreisübergreifende Kooperationen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern entscheidend sind.² Aus diesen Diskussionen leiten sich aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ folgende Feststellungen und Empfehlungen ab, auf welchen vertiefende Arbeitsprozesse in den Folgejahren aufbauen können.

1 Die Beteiligten an dem diesem Papier vorweg gehenden rechtskreisübergreifenden Arbeitsgruppenprozess sind hier aufgeführt: <https://www.agj.de/projekte/themenbotschafterin-gesundes-aufwachsen/beteiligte-der-regelkreisuebergreifenden-arbeitsgruppe-2024>, zuletzt aufgerufen am 13.12.2024.

2 Vgl. auch AGJ-Diskussionspapier (05./06.12.2024). Zusammen Denken – Wissensgrundlagen der Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe. (URL: https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2024/AGJ-Diskussionspapier_Zusammen_Denken.pdf, zuletzt aufgerufen am 13.12.2024).

INHALT POSITIONSPAPIER

Bewusstsein und Aufmerksamkeit für Gesundheit und die Bedarfe in den Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien	189
.....	
Gesundheit als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden	189
.....	
Gemeinsames Verständnis für Gesundheitsförderung in den Lebenswelten und gemeinsame Verantwortungsübernahme	190
.....	
Grundlegende Rahmensetzungen durch Bundes- und Landesgesetzgeber sind notwendig	191
.....	
Kinder- und Jugendhilfe ist Gestalterin von gesundheitsförderlichen Lebenswelten	193
.....	
Soziale Chancengerechtigkeit stärken und die Wechselwirkungen mit Gesundheitsfolgen abmildern	195
.....	
Kooperationen der bestehenden Systeme als wirkungsvolle Handlungsoption nutzen	195
.....	
Die Basis für wissenschaftsbasiertes Handeln legen, um bedarfs- und zielorientierte Planung zu ermöglichen	196
.....	
Fachkräftestrategien ganzheitlich gestalten und gesundheitsförderliche und klimagerechte Rahmenbedingungen aufbauen	197
.....	

Bewusstsein und Aufmerksamkeit für Gesundheit und die Bedarfe in den Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien

Gesundheit ist ein Thema, das in allen Politikfeldern zu verankern ist. Bezogen auf junge Menschen ist es kein Nebenthema, sondern wird vom Recht eines jeden jungen Menschen auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit (§ 1 Abs. 1 SGB VIII) umfasst. Hierfür ist nicht nur die Gesundheitsvorsorge im engeren Sinn als Teilbestandteil des elterlichen Personensorgerechts von Bedeutung, sondern ist auch die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten in den Blick zu nehmen. Als Lebenswelten in diesem Sinne werden gemäß § 20 im SGB V die Organisationen und Institutionen des täglichen Lebens und das Dachsetting Kommune verstanden. Der Ansatz des Handelns der Kinder- und Jugendhilfe ist ebenfalls lebensweltorientiert.³ Sie versteht darunter, sich strukturell, fachlich und methodisch nach den sehr unterschiedlichen Lebenslagen der Menschen auszurichten und die angebotene Unterstützung im Respekt vor dem Recht auf Selbstbestimmung jedes Menschen zu gestalten.⁴ Die Förderung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und die Bereitstellung und Erhaltung positiver Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie einer kinder- und familienfreundlichen Umwelt als Aufgabe der Kinder und Jugendhilfe (§1 Abs. 5 SGB VIII) ist nur in sozialrechtskreisübergreifender Zusammenarbeit zu erfüllen.

Gesundheit als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden

Ausgehend von der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1948 umfasst Gesundheit über die bloße Abwesenheit von Krankheit hinaus das vollständige körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden (WHO 1948). Hierauf baut der Ansatz der Gesundheitsförderung auf: „*Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und*

3 Grundlegend: Thiersch, H. (2020). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – revisited*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

4 Zu den dadurch entstehenden Spannungsverhältnissen: AGJ-Positionspapier (21./22.02.2018). *Recht wird Wirklichkeit – von den Wechselwirkungen zwischen Sozialer Arbeit und Recht*. (URL: https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2018/Recht_wird_Wirklichkeit.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (Ottawa-Charta 1986). Durch Maßnahmen in den Lebenswelten gilt es, entlang der Lebensphasen das allgemeine Wohlbefinden, die Gesundheit und die soziale Teilhabe besonders in biografischen Transitionsphasen zu erhalten, zu unterstützen und zu fördern. Das SGB V als Gesetz der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst kurative, präventive und auch gesundheitsfördernde Aspekte (vgl. insb. Primäre Prävention und Gesundheitsförderung gem. § 20 SGB V). Im SGB VIII sind infrastrukturelle und individuelle Angebote definiert, die lebensweltorientiert ein gutes Aufwachsen junger Menschen unterstützen, indem sie auf Erziehungssituationen eingehen, Teilhabe ermöglichen, Vielfalt fördern und zum Abbau sozialer Ungleichheit beitragen. Die Kinder- und Jugendhilfe trägt dabei auch zu Gesundheit bei. Das von der WHO geprägte Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung kann als Brücke zwischen den verschiedenen sozialpolitischen Handlungsfeldern dienen. Gesundheit von Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihren Familien ist weitergehend in allen Politikfeldern (Health in All Policies) mitzudenken.

Gemeinsames Verständnis für Gesundheitsförderung in den Lebenswelten und gemeinsame Verantwortungsübernahme

Im Interesse der gemeinsamen Adressat*innen/Nutzer*innen und zur Umsetzung von deren Rechten ist eine Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungshilfe sowie Gesundheitssystem zwingend erforderlich. Alle Systeme, wozu dann auch die Schule gehört, müssen ihre Verantwortung für das Thema „Gesundes Aufwachsen“ wahrnehmen, keines der Systeme kann dieses Thema allein erfolgreich bearbeiten.

Um einen „Health in All Policies“-Ansatz verbindlich zu etablieren, ist dabei ein gemeinsames Verständnis für die Bedeutung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten und eine Verantwortungsübernahme für die im jeweiligen Politikfeld möglichen Maßnahmen notwendig. Dafür sind Austausch und Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, den Sozialversicherungsträgern inklusive der privaten Krankenversicherung, der Eingliederungshilfe und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) notwendig.

Grundlegende Rahmensetzungen durch Bundes- und Landesgesetzgeber sind notwendig

Während der Befassung mit Kooperationen für Gesundes Aufwachsen hat sich für die AG gemeinsam mit Vertretungen des Gesundheitssystems erneut bewiesen, dass die Forderungen nach richtungsweisenden politischen Entscheidungen aufrecht erhalten bleiben müssen. Dazu gehören:

Verankerung von Kinderrechten ins Grundgesetz

.....

Eine explizite Aufnahme der Kinderrechte auf Förderung, Beteiligung und Schutz in die Verfassung macht nicht nur deutlich, dass sich Politik an höchster Stelle für junge Menschen einsetzt, sondern setzt auch den deutlichen Impuls, die Belange von Kindern und Jugendlichen bei allen politischen Entscheidungen zu berücksichtigen. Das wirkt sich auch auf Schnittstellenbereiche von Gesundheitssystem, Eingliederungshilfe und Kinder- und Jugendhilfe aus.

Kinder- und Jugendarmut durch eine Kindergrundsicherung begegnen

.....

Zur Bekämpfung von Kinderarmut und zur Herstellung von mehr Chancengerechtigkeit ist ein Zusammenspiel von individuellen Geldleistungen und sozialer Infrastruktur notwendig. Eine Kindergrundsicherung kann dazu beitragen, das unübersichtliche Nebeneinander familienpolitischer Leistungen – die sich in ihrer Wirkung teilweise aufheben – in eine neue transparente Struktur zu überführen und Bürokratie abzubauen. Wenn dabei deutlich mehr Anspruchsberechtigte als bisher die ihnen zustehende finanzielle Unterstützung erhalten, ist dies sozialpolitisch wünschenswert und nicht als Anknüpfungspunkt für populistische Zuschreibungen zu missbrauchen, die sich gegen Menschen in Armutslagen richten.

Inklusive Kinder- und Jugendhilfe

.....

Der im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz angelegte dreistufige Prozess zur Herstellung einer inklusiven Kinder- und Jugendhilfe muss im Rahmen eines Gesetzgebungsprozesses abgeschlossen werden, durch den auch die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe von jungen Menschen mit (drohender) körperlicher oder geistiger Behinderung ins SGB VIII überführt wird. Anknüpfend an die durch Kompromissbereitschaft geprägten, tragfähigen Ergebnisse des Beteiligungsprozesses *Gemeinsam zum Ziel* ist diese Reform schnellstmöglich konstruktiv abzuschließen.

Stärkung von Gesundheitsförderung, Prävention und Öffentlichem Gesundheitsdienst

.....

Einen „Health in All Policies“-Ansatz zu fördern und zu stärken, die Gesundheit aller Menschen zu erhalten und zugleich gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu stärken, erfordert Strukturen, deren Zuständigkeitsbereiche und Aufgaben gut aufeinander abgestimmt und koordiniert sind. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) und die unternommenen Anstrengungen für den Aufbau eines *Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit* und innerhalb dessen die besondere Aufmerksamkeit für die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien dürfen nicht aus dem Blick geraten.

Verlässliche Politik bedeutet stabile Infrastruktur für Kinder, Jugendliche und ihre Familien

.....

Gerade in der dynamischen aktuellen Zeit sucht nicht nur die junge Generation nach Orientierung und Sicherheit. Die AGJ fordert die demokratischen Parteien auf Bundesebene auf, das Vertrauen in die gesellschaftlichen Institutionen zu stärken, indem sie ihre Verantwortung für die junge Generation wahrnehmen und Politik für junge Menschen als

zukunftsweisend in den Fokus rücken.⁵ Es braucht eine parteien- und ressortübergreifende Anerkennung, dass die gesellschaftlichen Folgekosten fehlender Investitionen in eine funktionsfähige soziale Infrastruktur für junge Menschen deutlich höher sind als die kurzfristig erzielbaren Spareffekte.

Klimaanpassung kinder-, jugend- und familiengerecht umsetzen

.....

Bedarfe von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sind bei der öffentlichen Kommunikation von klimabedingten Risiken, Maßnahmen zur Klimaanpassung (z. B. Hitzeaktionspläne), beim Thema Ernährungsarmut und in Vorbereitung auf klimabedingte Infektionsrisiken mitzudenken.⁶

Kinder- und Jugendhilfe ist Gestalterin von gesundheitsförderlichen Lebenswelten

Die AGJ sieht große Potenziale, wenn sich die Kinder- und Jugendhilfe als Ansprechpartnerin für andere Systeme darstellt und für ein gemeinsames Wirken anbietet.

Beispielhaft ist der Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen ab 2007, der die Aufmerksamkeit für die frühe Lebensphase („erste 1.000 Tage“) von Kindern und ihren Familien stärkt. Der 2013 eingeführte Rechtsanspruch auf Kinderbetreuung und der Ausbau von Familienbildung angegliedert an KiTas und zunehmend Grundschulen als Orte der Frühen Bildung hat Räume geöffnet, um vom Kind und seiner Entwicklung her denkend niedrigschwellige Angebote für Familien in der Lebenswelt zu etablieren. In beiden Handlungsfeldern werden konkrete Unterstützung bei der Bewältigung des Familienalltags, zur Stärkung von familiärer Erziehungs- einschließlich Gesundheitskompetenzen sowie die strukturelle Förderung von Vernetzungsaktivitäten auf Ebene der Familien, der Träger und Einrichtungen sowie der Sozialversicherungsträger angeboten und ausgebaut. Auch Regelungen in Form von Landesausführungsgesetzen zum § 16 SGB VIII, Familienförderstrategien auf Landesebene oder

.....
 5 Vgl. Gemeinsamer Appell des Ratschlag Kinderarmut (2024). Vom Kooperationsverbot zum Kooperationsgebot! (URL: https://www.nationale-armutskonferenz.de/wp-content/uploads/Ratschlag-2024_gemeinsamer_Appell_final_240905.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.11.2024).

6 Vgl. General Comment 26, United Nations Committee on the Rights of the Child (2023).

Präventionsketten als kommunale Konzepte der Steuerung, Vernetzung und Qualitätssicherung, aber auch der Ausbau der Schulsozialarbeit und der Rechtsanspruch auf Ganztagsbetreuung für Kinder im Grundschulalter ab dem 1. August 2026 stärken diese Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung in den Lebenswelten.

Daran anschließend fordert die AGJ die verantwortlichen Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene auf, im ganzen Spektrum der Kinder- und Jugendhilfe Gesundheit stärker in den Blick zu nehmen:

Öffentliche wie freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe sind gefordert, bei der Gestaltung ihrer Angebote Gesundheit bewusster zum Thema zu machen, dafür sind auch Orientierungshilfen kritisch auf die Leerstelle Gesundheit zu überprüfen.⁷

Die Möglichkeiten der im Rahmen der Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie etablierten Strukturen zur gemeinsamen Entwicklung von Positionen, Forderungen und Strategien sind als Zugangsweg zu nutzen. Die Bundesrahmenempfehlungen zum Ziel „Gesund Aufwachsen“ der Träger der Nationalen Präventionskonferenz greifen bisher zu kurz.⁸ Neben Frühen Hilfen, Kindertagesbetreuung, Schulsozialarbeit und dem organisierten Sport bieten auch die Kinder- und Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit, der Kinder- und Jugendschutz, die ambulanten und stationären Hilfen für jungen Menschen und Familien Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung. Die dort stattfindenden Aktivitäten für Gesundheit müssen sichtbar gemacht, gefördert und ausgebaut werden. Die AGJ empfiehlt deshalb auch den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene, von ihrem gesetzlichen Recht auf Beitritt zur jeweiligen *Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie* Gebrauch zu machen und hier als Stimme der örtlichen öffentlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe für die gesundheitlichen Interessen der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien einzutreten.

7 Z. B. BAGLJÄ-Empfehlung (15.–17.11.2023). Orientierungshilfe Anforderungen an eine Einrichtungskonzeption für Kindertageseinrichtungen gemäß §§ 45 ff. SGB VIII. (URL: <https://www.bag-landesjugendaemter.de/filer/canonical/1705401529/512720/>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

8 Nationale Präventionskonferenz (2024): Ziel Gesund Aufwachsen. (URL: <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen/ziel-gesund-aufwachsen>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

Soziale Chancengerechtigkeit stärken und die Wechselwirkungen mit Gesundheitsfolgen abmildern

Die AGJ fordert zu einer Wahrnehmung und Adressierung der Folgen von Aufwachsen in Armutslagen für die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen über den Lebensverlauf auf. Sie hält eine beteiligungsorientierte und armutssensible Betrachtung der vielfältigen Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien mit Fokus auf Gesundheit für entscheidend. Bei der Entwicklung und Umsetzung bedarfsgerechter Angebote vor Ort und in der Zusammenarbeit auf Bundesebene (z. B. im Rahmen von verbindlichen und mit Ressourcen ausgestatteten Nationalen Aktionsplänen) gilt es, vertrauenswürdige Rahmenbedingungen zu schaffen, die soziale Ungleichheit berücksichtigen und Chancengerechtigkeit fördern. Statt Leuchtturmruienen entstehen zu lassen, gilt es, erprobte Modelle guter Praxis zur ganzheitlichen Förderung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in die Regelstrukturen der Fläche zu bringen.

Kooperationen der bestehenden Systeme als wirkungsvolle Handlungsoption nutzen

Auch ohne die o.g. gesamtgesellschaftlich bedeutsamen Rahmensetzungen können die Akteure der bestehenden Systeme bereits viel für ein gesundes Aufwachsen der jungen Menschen und für die Unterstützung der für sie sorgenden Menschen tun. Hierfür ergeben sich Möglichkeiten nicht nur auf der kommunalen Ebene, sondern auch überregional. Aus Sicht der AGJ ist hierfür notwendig:

- ↳ vor Ort die jeweils anderen Politik-/Verwaltungsbereiche mitzudenken und z. B. durch gemeinsame Arbeitsgruppen oder als beratende Mitglieder in Gremien einzubinden. Dies erfordert auch die konkrete Zusammenarbeit aller beteiligten Sozialleistungsträger im Einzelfall in der Kommune auf der Ebene der zuständigen Ämter und Akteure.
- ↳ in Planungs- und Verständigungsprozessen auf der Einzelfall-, aber insbesondere auch auf der strukturellen Ebene, eine abgesicherte Berücksichtigung der Perspektiven der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien. Hierzu gehören bezogen auf Gesundheit lokale Gesundheitskonferenzen, aber auch übergeordnete Formate, wie das

Präventionsforum, die Präventionskonferenz oder der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), sowie Willensbildungsprozesse etwa im Kontext der Gesundheitsminister- sowie der Jugend- und Familienministerkonferenz und der kommunalen Spitzenverbände.

- ↳ das Aufzeigen und Stärken der bereits vorhandenen vielfältigen gesundheitsfördernden Maßnahmen und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, z. B. durch den Auf- und Ausbau von kommunalen Präventionsketten, durch das Setzen eines entsprechenden Fokus bei der Entwicklung von Landesausführungsvorschriften zur nationalen Präventionsstrategie, durch eine Erweiterung der Empfehlungen zum Ziel „Gesund Aufwachsen“ der Nationalen Präventionskonferenz sowie spiegelbildlich der (überörtlichen) Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe oder auch eine entsprechende Fokussierung in der Kinder- und Jugendhilfeberichterstattung.

Die Basis für wissensbasiertes Handeln legen, um bedarfs- und zielorientierte Planung zu ermöglichen

Die AGJ macht nachdrücklich darauf aufmerksam, dass es die Wiederaufnahme und Förderung einer verlässlichen Datengrundlage zur gesundheitlichen Lage von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien braucht. Gebraucht werden sowohl bundesweit repräsentative Daten wie die KIGGS-Studie⁹, aber auch regional sozialräumliche Daten für eine integrierte Planung sowie verbindliche Vernetzung der gesundheitsbezogenen Angebote für Kinder, Jugendliche und ihre Familien in den Kommunen. Eine enge Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste mit den Jugendämtern und die Erhebung und Berücksichtigung der Bedarfe und Bedürfnisse insbesondere der Kinder, Jugendlichen und Familien in belasteten Lebenslagen ist die Grundlage. Ein bundesweites Monitoring der Kinder- und Jugendgesundheit wäre von großem Nutzen.

9 KIGGS (o. D.): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. (URL: <https://www.kindergesundheits-info.de/fachkraefte/grundlagen/daten-und-fakten/kiggs-studie/>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

Fachkräftestrategien ganzheitlich gestalten und gesundheitsförderliche und klimagerechte Rahmenbedingungen aufbauen

Die AGJ hält es für unverzichtbar, neben der Gewinnung, Qualifizierung und Entlastung stets auch Maßnahmen für die Gesundheit von Fachkräften mitzudenken, um ihnen den Verbleib im Beruf und eine positive Haltung zu ihrer Tätigkeit zu fördern.¹⁰ Betriebliches Gesundheitsmanagement im Sinne des Ausbaus gesundheitsförderlicher Lebenswelten gedacht zielt grundsätzlich auf eine gemeinschaftliche Entwicklung der organisationalen Rahmenbedingungen für alle Beteiligten, also der Fachkräfte sowie der Adressat*innen/Nutzer*innen von Angeboten, ab. Dies umfasst auch Maßnahmen der Klimaanpassung. Die AGJ empfiehlt daher allen Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, die Angebote zur Zusammenarbeit mit den zuständigen Sozialversicherungsträgern (GKV, DRV, DGUV) bei der betrieblichen Gesundheitsförderung zu nutzen.

*Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ
Berlin, 5./6. Dezember 2024*

¹⁰ AGJ-Positionspapier (6.11.2024): Fachkräfte am Limit?! Arbeitsbelastungen in der Kinder- und Jugendhilfe und gesundheitsförderliche Strategien. (URL: <https://www.agj.de/positionen/artikel/positionspapier-fachkraefte-am-limit-arbeitsbelastungen-in-der-kinder-und-jugendhilfe-und-gesundheitsfoerderliche-strategien.html>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

Diskussionspapier

ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR KINDER UND
JUGENDHILFE – AGJ — 5./6.12.2024

Zusammen Denken –
Wissensgrundlagen der Kooperationen
für Gesundes Aufwachsen
des Gesundheitssystems und
der inklusiven Kinder- und Jugendhilfe

Das AGJ-Projekt *Themenbotschafter*in Gesundes Aufwachsen – Kooperation zwischen Gesundheitshilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe befördern*¹ beruht auf der Überzeugung, dass für das Erreichen des Ziels „Gesund Aufwachsen“ in Anbetracht der Vielfalt der Kinder, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihrer Familien eine verbindliche Zusammenarbeit über die verschiedenen sozialpolitischen Rechtskreise hinweg unerlässlich ist. Unterschiedliche professionelle Verortungen und Grundannahmen, ungleiche Begriffsverwendung, verschiedene System- und Finanzierungslogiken dürfen die systemübergreifende Verständigung nicht erschweren. Ein Adressieren sozialer Ungleichheit und damit ungleich verteilter Gesundheitschancen bildet die Grundlage für den Ausbau gesundheitsförderlicher Lebenswelten.

Das vorliegende Diskussionspapier, welches in einem intensiven rechtskreisübergreifenden Arbeitsgruppenprozess² entstanden ist, hebt Grundlagen und Strukturen hervor, die für rechtskreisübergreifende Kooperationen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien entscheidend sind. Bestehende Formate der Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe und Eingliederungshilfe werden sichtbar gemacht. Insbesondere die kommunale Ebene als Ort des Auf- und Ausbaus integrierter Gesamtstrategien oder lebensphasenorientierter Präventionsketten und Gestaltungsmöglichkeiten von Landes- und Bundesebene werden beleuchtet. Das Papier dient damit als Diskussions- und Wissensgrundlage, von der aus die AGJ in den Folgejahren auf Bundesebene den fachpolitischen Austausch über rechtskreisübergreifende Kooperationen im Dienst eines gesunden Aufwachsens von jungen Menschen fördern kann.³

1 Das Projekt der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ wird durch eine Förderung für die Jahre 2024/2025 der Auridis-Stiftung und des Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ermöglicht.

2 Die Beteiligten an dem diesem Papier vorweg gehenden rechtskreisübergreifenden Arbeitsgruppenprozess sind hier aufgeführt: (URL: <https://www.agj.de/projekte/themenbotschafterin-gesundes-aufwachsen/beteiligte-der-rechtskreis-uebergreifenden-arbeitsgruppe-2024>, zuletzt aufgerufen am 13.12.2024).

3 Vgl. auch AGJ-Positionspapier (05./06.12.2024). Gemeinsames Handeln befördern – Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe (URL: https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2024/AGJ-Positionspapier_Gemeinsames_Handeln_bef%C3%B6rdern.pdf, zuletzt aufgerufen am 13.12.2024).

INHALT DISKUSSIONSPAPIER

Einleitung oder: Warum jetzt über Gesundheit sprechen!?	201
.....	
Wir starten nicht bei Null:	
Grundlagen zur Kooperation für Gesundes Aufwachsen	206
.....	
Das Konzept der Gesundheitsförderung	206
Gesundheit im SGB VIII und im SGB V	208
.....	
Allianzen vom Kind her gedacht:	
lebensphasenorientierte Präventionsketten	215
.....	
Kommune als Ort der Daseinsfürsorge	216
Konkret: Kommune als Träger der öffentlichen Jugendhilfe	219
Konkret: Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)	
als besonderer Teil des – kommunalen – Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)	220
Konkret: Medizinische Versorger als aktive Gestaltungspartner in der Kommune	221
Konkret: Netzwerke Früher Hilfen als Beispiel Guter Praxis	222
.....	
Landes- und Bundesstrukturen zur Vernetzung und Qualitätsentwicklung	223
.....	
Datengrundlagen für Integrierte Sozialplanung erstellen und nutzen	223
Vernetzungs- und Qualitätsstrukturen auf Ebene der Länder:	
Präventionsstrategien gemeinsam entwickeln	225
Etablierte Strukturen auf Bundesebene	226
.....	
Fazit	231
.....	
Und wie weiter?	231
.....	

Einleitung oder: Warum jetzt über Gesundheit sprechen!?

Spätestens die Covid-19-Pandemie und ihre Folgen für junge Menschen haben die Bedeutung von Gesundheit als Grundlage von Gesellschaft deutlich werden lassen.⁴ Die Lebensverhältnisse, aber auch die sozialen und politischen Strukturen spielen eine wesentliche Rolle für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit. Allen Kindern grundlegende Rechte auf bestmögliche Gesundheit und Schutz, Entwicklung und Teilhabe gemäß der UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) und der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zu gewährleisten, unterstützt nicht nur die individuelle Entwicklung, sondern trägt langfristig zur Förderung des gesellschaftlichen Zusammenhalts und gesellschaftlicher Stabilität bei. Das Erreichen des Ziels „Gesund Aufwachsen“ vor dem Hintergrund der Vielfalt der Kinder, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihrer Familien⁵ setzt eine verbindliche und tragfähige Zusammenarbeit über die verschiedenen sozialpolitischen Rechtskreise hinweg voraus.

Von einem Verständnis von Gesundheit ausgehend, welches über die bloße Abwesenheit von Krankheit körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden umfasst (WHO 1948), gilt es, entlang der Lebensphasen das allgemeine Wohlbefinden, die Gesundheit und die soziale Teilhabe besonders in biografischen Transitionsphasen zu unterstützen und zu fördern. Gesundheit von Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihren Familien ist neben individuellen Handlungsspielräumen immer von äußeren Umständen (Sozialen Determinanten⁷) beeinflusst und entsprechend von allen Politikfeldern (Health in All Policies) mitzudenken.⁸ Das SGB V als Gesetz der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst kurative, präventive und auch gesundheitsfördernde Aspekte. (vgl. insb. Primäre Prävention und Gesundheitsförderung gem. § 20 SGB V). Im SGB VIII sind infrastrukturelle, wie individuelle

4 Vgl. jugendgerecht.de – Denkwerkstatt Jugendgerechte Gesundheitspolitik (2023). Diskussionspapier *Mentale Gesundheit Jugendlicher sichern – systemübergreifend handeln!* (URL: <https://www.jugendgerecht.de/eigenstaendige-jugendpolitik/denkwerkstaetten/jugendgerechte-gesundheitspolitik/>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

5 Nationale Präventionskonferenz (2024): Ziel Gesund Aufwachsen. (URL: <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/bundesrahmenempfehlungen/ziel-gesund-aufwachsen>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024). Vgl. auch: BMG (2024). Nationale Präventions-Initiative (URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationale-praeventions-initiative>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

6 Vgl. BMFSFJ (2024). 17. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lage junger Menschen und die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. (URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/244626/b3ed585b0cab1ce86b3c711d1297db7c/17-kinder-und-jugendbericht-data.pdf>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

7 Vgl. Marmot, M./Wilkinson, R. (Hrsg.) (2003). Social Determinants of Health. The Solid Facts. WHO, 2. Aufl. (URL: <https://iris.who.int/handle/10665/326568>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

8 Vgl. Thyen, U./Geene, R. (2020). Priorisierung von Kindergesundheit im Kontext von HiAP. Public Health Forum. (URL: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0048>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

Angebote und Maßnahmen definiert, die lebensweltorientiert ein gutes Aufwachsen junger Menschen unterstützen, indem sie auf Erziehungssituationen eingehen, Teilhabe ermöglichen, Vielfalt fördern und zum Abbau sozialer Ungleichheit beitragen. Die Kinder- und Jugendhilfe trägt dabei auch zu Gesundheit bei. Das von der WHO geprägte Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung kann als Brücke zwischen den verschiedenen sozialpolitischen Handlungsfeldern dienen. Entlang des Health in All Policies (HiAP) Ansatzes⁹ ist dabei ein gemeinsames Verständnis für die Bedeutung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten und eine Verantwortungsübernahme für die im jeweiligen Politikfeld möglichen Maßnahmen notwendig.

Hierfür gilt es, systemisch in der Lebenswelt der Menschen anzusetzen. Gesundheitsförderung im Sinne einer Verhältnisprävention in den Lebenswelten führt neben individuellen verhaltenspräventiven Angeboten zu nachhaltigen strukturellen Veränderungen für alle Menschen.¹⁰ Um diesem Anspruch gerecht zu werden, sind armutssensible Ansätze¹¹ und ein koordiniertes Handeln über die verschiedenen Regelkreise der Sozialgesetzbücher hinweg notwendig. Die Nationale Präventionsstrategie sowie auch der NAP *Neue Chancen für Kinder in Deutschland*, aber auch Maßnahmen wie das Startchancen-Programm des BMBS verpflichten auf ein Zusammengehen der verschiedenen Akteure, die beim Aufwachsen junger Menschen durch Bereitstellung der sozialen Infrastruktur im Rahmen der Daseinsfürsorge beteiligt sind.

Sorge für die Gesundheit aller Menschen ist staatliche Verpflichtung: Kindern und Jugendlichen ein Aufwachsen in bestmöglicher Gesundheit zu ermöglichen, ist ein wesentlicher Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge. Ziel ist es, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Dienstleistungen und Infrastruktur bereitzustellen, welche unabhängig von individuellen Ressourcen und Belastungen eine weitgehende Chancengerechtigkeit schaffen. In der UN-BRK, der UN-KRK und auch über die unterschiedlichen Sozialgesetzbücher hinweg sind daher auch Regelungen zur Förderung der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien unter besonderer Berücksichtigung belastender Lebenslagen normiert. Neben dem Schutz vor Gewalt und Diskriminierung sowie weiteren Gefahren für die

9 Vgl. Thyen, U./Geene, R. (2020). Priorisierung von Kindergesundheit im Kontext von HiAP. Public Health Forum. (URL: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0048>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

10 Vgl. Hartung, S./Rosenbrock, R. (2022). Settingansatz – Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. (URL: doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i106-2.0, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

11 Vgl. Gemeinsamer Appell des Ratschlag Kinderarmut (2024). Vom Kooperationsverbot zum Kooperationsgebot! (URL: https://www.nationale-armutskonferenz.de/wp-content/uploads/Ratschlag-2024_gemeinsamer_Appell_final_240905.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.11.2024); vgl. auch AGJ-Positionspapier (2022). Armutssensibles Handeln – Armut und ihre Folgen für junge Menschen und ihre Familien als Herausforderung für die Kinder- und Jugendhilfe. (URL: https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2022/Positionspapier_Armutssensibles_Handeln.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

Gesundheit, wie Umweltbelastungen durch Verkehr, Hitze oder Schadstoffe, und Förderung der individuellen Kompetenzentwicklung sind Lebensbedingungen zu schaffen, die dem Umstand Rechnung tragen, dass gesundheitliche Chancen von Kindern und Jugendlichen auch in Deutschland wesentlich von der materiellen Lage der Familie bestimmt sind. Teilhabe in allen Lebensbereichen für alle Kinder und Jugendlichen muss unabhängig von ihrer sozialen Herkunft möglich sein.

Soziale Ungleichheit für Familien besteht fort: In Deutschland ist das Leben von mehr als jedem fünften Kind durch Armutslagen bestimmt. Dies betrifft individuelle Bedingungen, die familiäre Situation und in vielen Fällen das Wohnumfeld, die Ausstattung von Einrichtungen der frühen Bildung, Schulen und weiteren kommunalen Angeboten. Personengruppen in belastenden Lebenslagen sind strukturell besonders benachteiligt und leben regional unterschiedlich verteilt, z. B. Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund und besonders mit Fluchterfahrung, Menschen mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen, Familien mit mehr als zwei Kindern und nicht (mehr) erwerbstätige Menschen, sind häufiger von Armut betroffen.¹² Intersektionale oder sich überschneidende Belastungen verstärken diese Effekte.¹³ Räumliche Disparitäten und Segregationseffekte tragen darüber hinaus dazu bei, dass Kinder aus Familien in Armutslagen vermehrt in denselben Sozialräumen leben, die von geringeren Ressourcen gekennzeichnet sind.¹⁴ Diese Befunde sind

12 Vgl. BMFSFJ (2024). 17. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lage junger Menschen und die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. (URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/244626/b3ed585b0cab1ce86b3c711d1297db7c/17-kinder-und-jugendbericht-data.pdf>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024); BiB, WZB & Destatis. (2024). Sozialbericht 2024 Ein Datenreport für Deutschland. (URL: <https://www.wzb.eu/de/publikationen/sozialbericht>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024); Rattay, P./Öztürk, Y./Geene, R./Sperlich, S./Kuhnert, R./Neuhauser, H./Hapke, U./Starker, A./Hövenner, C. (2024) Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studien 2019–2023. *J Health Monit.*; 9(3): <http://edoc.rki.de/176904/11758>; Wacker, E./Beck, I./Brandt, M./Köbsell, S./Lippke, S./Niehaus, M. (2023). Teilhabe als Gesundheitsfaktor. In: *Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken. Gesundheitsförderung – Rehabilitation – Teilhabe*. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-40760-5_2; Spannagel, D./Zucco, A. (2022). Armut grenzt aus. *WSI Report*, Düsseldorf. https://www.wsi.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-008464; Andresen, S./Dietz, T./Çinar, D. (2022). Mehrkindfamilien gerecht werden. www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2022/november/kinderarmut-zeigt-sich-besonders-bei-mehr-kindfamilien; BMAS (2021): *Lebenslagen in Deutschland. Der sechste Armut- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. (URL: www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/sechster-armuts-reichtumsbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=6, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

13 Zum Begriff der Intersektionalität vgl. auch BMFSFJ (2024). 17. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lage junger Menschen und die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. (URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/244626/b3ed585b0cab1ce86b3c711d1297db7c/17-kinder-und-jugendbericht-data.pdf>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

14 Vgl. Helbig, M./Salomo, K. (2021). Eine Stadt – getrennte Welten? Sozialräumliche Ungleichheiten für Kinder in sieben deutschen Großstädten. In: *Heinrich-Böll-Stiftung, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und Deutsches Kinderhilfswerk (DKHW) (Hrsg.): Schriften zu Wirtschaft und Soziales, Band 25*. (URL: https://www.dkhw.de/fileadmin/Redaktion/1_Unsere_Arbeit/1_Schwerpunkte/1_Kinderarmut/1.19_Studie_Eine_Stadt_getrennte_Welten/Gesamtstudie_Eine_Stadt_getrennte_Welten.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

spätestens seit Einführung der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung bekannt und breit diskutiert, jedoch weitgehend ohne dass strukturelle und materielle Anpassungen erfolgen, die Familien eine Entwicklung ermöglichen.¹⁵

Armut macht krank und das von Anfang an mit möglichen Folgen für das gesamte Leben: Entlang von Daten aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)¹⁶ lässt sich nachvollziehen, dass Kinder und Jugendliche, die in Armutslagen aufwachsen, deutlich häufiger in ihrer Gesundheit beeinträchtigt sind als Gleichaltrige aus Familien in der mittleren und hohen Einkommensgruppe. Soziale Determinanten haben wesentlichen Einfluss auf die Chancen auf ein gesundes und entwicklungsförderliches Aufwachsen.¹⁷ Die Covid-19-Pandemie und ihre Folgen haben die gesundheitliche Lage insbesondere für Kinder in Armutslagen verschärft. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Gesundheitschancen des allgemeinen Gesundheitszustandes als auch der psychischen Gesundheit. Auch die Verschiebung des Krankheitsspektrums bei Kindern und Jugendlichen, von akuten hin zu überwiegend chronischen Erkrankungen und von Störungen der funktionellen und psychischen Entwicklung hin zu verhaltensabhängigen körperlichen Störungen (sog. Neue Morbidität)¹⁸ verdeutlicht die Bedeutung der sozialen Determinanten der Gesundheit und Gesundheitsförderung für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Schon belastende Umstände in der Schwangerschaft können Folgen für das ungeborene Kind haben. Daten aus der Studie *Kinder in Deutschland 0–3* (KiD 0–3) des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) zeigen, wie die Gesundheit und Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern, aber auch die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch werdende und junge Familien in Deutschland vom sozialen Status abhängt. Unter dem Stichwort Präventionsdilemma

15 Vgl. Gemeinsamer Appell des Ratschlag Kinderarmut (2024). Vom Kooperationsverbot zum Kooperationsgebot! (URL: https://www.nationale-armutskonferenz.de/wp-content/uploads/Ratschlag-2024_gemeinsamer_Appell_final_240905.pdf, zuletzt aufgerufen am 21.11.2024); Vgl. Deutsches Kinderhilfswerk e.V. (2023). Kinderreport Deutschland 2023. Kinderarmut in Deutschland. (URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/228174/f84545059dda8d42b17e419e30c40163/kinderreport-2023-data.pdf>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

16 Lampert, T./Kuntz, B. (2019). Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen, Bundesgesundheitsblatt 2019, 62: 1263–1274, (URL: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Bundesgesundheitsblatt/Einzelausgaben/Downloads/2019_10_Lampert.html, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024), Vgl. auch AGJ-Positionspapier (2022). (URL: https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2022/Positionspapier_Armutssensibles_Handeln.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

17 Vgl. Dragano, N. (2022). Forschung zur gesundheitlichen Ungleichheit: Eine Übersicht. In: Siegrist, J./Stöbel, U./Trojan, A. (Hrsg.) Medizinische Soziologie in Deutschland. Gesundheit und Gesellschaft. Springer VS, Wiesbaden. (URL: https://doi.org/10.1007/978-3-658-37692-5_6, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024); siehe auch Marmot, M./Wilkinson, R. (Hrsg.) (2003). Social Determinants of Health. The Solid Facts. WHO, 2. Aufl. (URL: <https://iris.who.int/handle/10665/326568>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

18 BMFSFJ (2021): Neunter Familienbericht. Eltern sein in Deutschland – Ansprüche, Anforderungen und Angebote bei wachsender Vielfalt mit Stellungnahme der Bundesregierung. (URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/179392/195baf88f8c3ac7134347d2e19f1cdc0/neunter-familienbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

wird die Herausforderung diskutiert, diejenigen zu erreichen, die die höchsten Belastungen haben.¹⁹ Auch entlang von Krankenkassen-Monitoring-Berichten²⁰ oder Daten zur selbstwahrgenommenen Gesundheit von jungen Menschen aus der internationalen Vergleichsstudie *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)* und dem deutschen Survey *Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten (AID:A)*²¹ lassen sich negative Effekte von Familienarmut für das Gesundheitsverhalten und den gesundheitlichen Zustand von Kindern und Jugendlichen nachvollziehen.²²

Bedeutung von Schnittstellen im gegliederten Sozialleistungssystem: Die Auswirkungen sozialer Determinanten, welche die Gesundheit von Individuen prägen, werden nicht von einem System allein beeinflusst. Die mit dem 13. Kinder- und Jugendbericht (2009) geforderte Aufmerksamkeit für die Schnittstellen der Systeme Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und Gesundheit, im Sinne der Qualitätsentwicklung sowie der Zusammenarbeit über die Systeme hinweg, hat stetig zugenommen.²³ U. a. die Interministerielle Arbeitsgruppe (IMA) *Kinder Psychisch und Suchterkrankter Eltern* (2017–2018) und das daraus entstandene Kooperationsnetzwerk SGB-übergreifende familienorientierte Versorgung für von psychischen und Suchterkrankungen betroffene Familien²⁴ oder die IMA *Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona* (2022), aber auch der NAP *Neue Chancen für Kinder in Deutschland* als Gesamtstrategie gegen Kinderarmut unterstreichen

19 Vgl. Sann, A./Küster, E.-U./Pabst, C./Peterle, C. (2022). Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland. Ergebnisse der NZFH-Kommunalbefragungen im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.). Köln. (URL: <https://doi.org/10.17623/NZFH:MFH-EFH-KB>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

20 Vgl. DAK-Kinder- und Jugendreport (2022). Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie. (URL: https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporterforschung/kinder-und-jugendreport-2022_27552 KB, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

21 DJI: Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten (AID:A). (URL: <https://www.dji.de/ueber-uns/projekte/projekte/aida-2023.html>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

22 Vgl. Bucksch, J./Möckel, J./Kaman, A./Sudeck, G. (2024). Bewegungsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 und Zeitverläufe seit 2009/10. (URL: <https://doi.org/10.25646/11873>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

23 Vgl. Volk, S./Warnecke, A. V./Haude, C./Pieper, S./Cloos, P./Schröer, W. (2020). Netzwerke Frühe Hilfen. Multiprofessionelle Kooperation als Grenzarbeit. Ergebnisse einer Studie der Stiftung Universität Hildesheim (2013–2015). Kompakt. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.). Köln. (URL: https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation-NZFH-Kompakt-Multiprofessionelle-Kooperation-als-Grenzarbeit.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

24 Fraktionsübergreifender Antrag 2.7.2024. Prävention stärken – Kinder mit psychisch oder suchterkrankten Eltern unterstützen. (URL: <https://dsserver.bundestag.de/btd/20/120/2012089.pdf>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024); GKV-Spitzenverband (2021). Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern – Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. (URL: https://www.gkv-buendnis.de/publikationen/1/publikation_detailseite_226.html, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024); Arbeitsgruppe Kinder Psychisch und Suchterkrankter Eltern (2020). (URL: www.ag-kpke.de, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024); Netzwerk *Kinder Psychisch und Suchtkrankter Eltern* in Projektvorbereitung (2024–2025). (URL: <https://afet-ev.de/unsere-projekte/bereich/netzwerk-kinder-psychisch-und-suchtkrankter-eltern-in-projektvorbereitung-2024-2025>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

die Bedeutung der systemübergreifenden Zusammenarbeit. Im aktuellen 17. Kinder- und Jugendbericht²⁵ wird entsprechend auf die stützende Funktion gesellschaftlicher Institutionen wie der KiTa, der Schule oder der Angebote der Kinder- und Jugendhilfe im Dachsetting Kommune hingewiesen. Ansätze der Familienbildung wie auch der Ausbau der Netzwerke Frühe Hilfen, Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von familiärer Sorgearbeit²⁶ und Beruf wie auch non-formelle Bildungsangebote der Kinder- und Jugendarbeit gelten als wichtige Arbeitsbereiche im Kontext der Kooperation an Schnittstellen.

Wir starten nicht bei Null: Grundlagen zur Kooperation für Gesundes Aufwachsen

Das Konzept der Gesundheitsförderung

.....

Ein wegweisendes Dokument für die Entwicklung der Gesundheitsförderung bildet die Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1986. Die Ottawa-Charta bezieht sich auf den erweiterten Gesundheitsbegriff der WHO von 1948, der Gesundheit als einen Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens definiert. Vor dem Hintergrund, dass Gesundheit von Menschen dort geschaffen und gelebt wird, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben/soziale Beziehungen pflegen, stellt die Ottawa Charta die Bedeutung der alltäglichen Lebenswelten der Menschen über alle Lebensphasen für die Herstellung von Gesundheit heraus. Kitas, Schulen, Freizeiteinrichtungen und Arbeitsplätze oder weiter gefasst die Kommunen sind Orte, an denen Gesundheit entsteht. Maßnahmen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten sind damit nicht nur im Gesundheitssystem, sondern im Sinne des Health in All Policies (HiAP) Ansatzes in allen Politikfeldern zu verankern.

.....

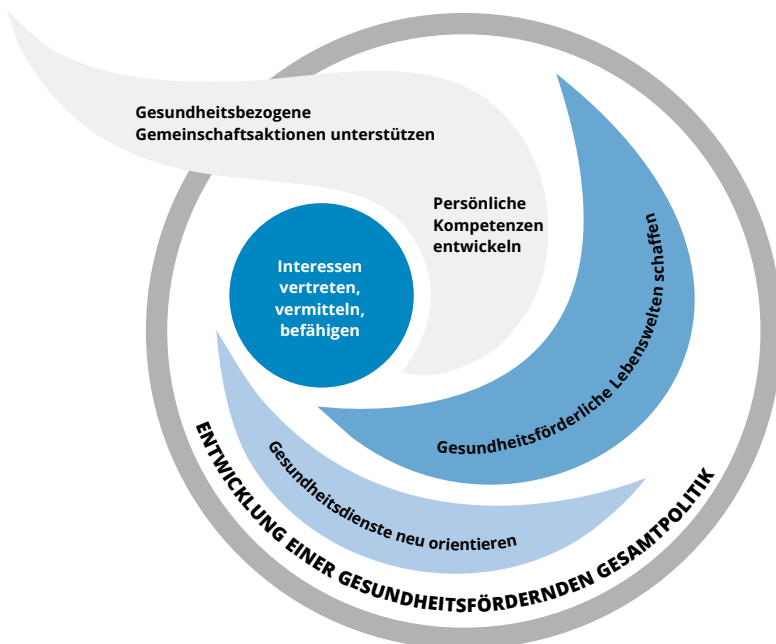
25 BMFSFJ (2024): 17. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lage junger Menschen und die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. (URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/244626/b3ed585b0cab1ce86b3c711d1297db7c/17-kinder-und-jugendbericht-data.pdf>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024) u. a. S. 300 ff.

26 Vgl. AGJ-Positionspapier (2020). Care braucht mehr! Die Bedeutung von Sorgearbeit anerkennen, Ressourcen sorgender Familien stärken! (URL: <https://www.agj.de/positionen/artikel-7/positionspapier-care-braucht-mehr-die-bedeutung-von-sorgearbeit-anerkennen-ressourcen-sorgender-familien-staerken.html>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

Mit der Ottawa-Charta sind fünf zentrale Handlungsfelder definiert, die bis heute den Orientierungsrahmen für die Ausgestaltung von Gesundheitsförderung bilden:

- ↳ **Entwicklung persönlicher Kompetenzen:** Alle Menschen sollen durch Bildung, Information und lebenslanges Lernen dazu befähigt werden, ihre eigene Gesundheit zu stärken.
- ↳ **Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen:** Die Befähigung zu und aktive Einbeziehung von der Gemeinschaft und dem sozialen Umfeld soll gestärkt werden, um kollektive Verantwortung für Gesundheit zu fördern.
- ↳ **Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten:** Es gilt, gesundheitsförderliche Umwelt- und Lebensbedingungen im Sinne einer gesundheitsförderlichen, klimagerechten und verlässlichen kommunale Infrastruktur zu schaffen.
- ↳ **Neuausrichtung der Gesundheitsdienste:** Die Förderung von Gesundheit und präventive Maßnahmen haben einen eigenen Stellenwert neben der Behandlung von Krankheiten.
- ↳ **Aufbau einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik:** Politische Maßnahmen sollen gesundheitsförderlich gestaltet und auf ihre Folgen für die Gesundheit hin geprüft werden (*Health in All Policies – HiAP*).

ABB. 1 OTTAWA CHARTA ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG, WHO 21.11.1986



Der intersektorale Ansatz der Ottawa Charta verdeutlicht, dass Gesundheitsförderung nicht allein die Aufgabe des Gesundheitssystems ist, sondern von allen Bereichen der Gesellschaft getragen werden muss. Zugleich sind die Befähigung der einzelnen Mitglieder der Gesellschaft, ihre Gesundheit aktiv mitzugestalten, und die Beteiligung auf allen Ebenen zentrale Prinzipien. Ziel ist, dass alle Menschen die gleichen Grundlagen haben, um in Gesundheitsfragen selbstbestimmt zu entscheiden. Strategien, um dieses Ziel zu erreichen, sind Kompetenzentwicklung auf individueller wie professioneller Ebene (befähigen), ein systemisch ausgerichtetes und integriertes Handeln für gesundheitsförderliche Lebenswelten (vermitteln und vernetzen) und die politische Priorisierung von Gesundheit im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatzes (anwaltschaftliche Vertretung und Interessendurchsetzung).

Gesundheit im SGB VIII und im SGB V

.....

Kinder- und Jugendhilfe als Akteurin für Gesundheit

.....

Die primäre Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe ist die Förderung der Entwicklung und das Recht auf Erziehung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit (§ 1 Abs. 1 SGB VIII). Gesundheit wird dabei implizit und explizit benannt und als eigenes Thema bearbeitet. Auftrag ist, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen (§ 1 Abs. 5 SGB VIII).

Die Kinder- und Jugendhilfe trägt wesentlich zur Umsetzung der Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft bei, im Interesse des Kindeswohls Eltern bei der Wahrnehmung ihres Erziehungsrechts und ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen. Das Personensorgerecht schließt die tatsächliche Sorge sowohl für die Gesundheitsversorgung wie auch von Gesundheitsförderung ein. Beides sind Teilbereiche ihres umfassenden Erziehungsauftrags. Um Eltern bei der Ausübung ihres Erziehungsrechts zu unterstützen, stellt die Kinder- und Jugendhilfe niedrigschwellige Infrastrukturangebote (von Kindertagesbetreuung, über Jugendarbeit bis Beratung), aber auch individuelle Leistungen bei spezifischen Bedarfen (von kurzfristiger Hilfe in Notlagen, über Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe bis zur intensivpädagogischen Einzelbetreuung als Hilfe zur Erziehung) zur Verfügung. Diese Angebote hat sie vorrangig auf die Bedarfe entlang der vielfältigen Lebensentwürfe,

Einstellungen und Wünsche der Familien auszurichten. Im Rahmen des Schutzauftrags müssen bei Kindeswohlgefährdung auch Eingriffsrechte (Inobhutnahme, § 42 SGB VIII) umgesetzt werden.²⁷

Die öffentlichen Träger der Kinder- und Jugendhilfe haben die Gesamtverantwortung einschließlich der Planungsverantwortung (§ 79 SGB VIII) für die Erfüllung der Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe vor Ort und sind im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung dazu gehalten, neben den freien Trägern Selbstorganisierte Zusammenschlüsse zur Selbstvertretung gemäß § 4a SGB VIII einzubinden. Die Entscheidung über die Mittelverwendung der Kinder- und Jugendhilfe obliegt weitgehend dem Jugendhilfeausschuss (§ 71 Abs. 3 S. 1 SGB VIII). Hier kann im Rahmen Jugendhilfeplanung und als Fokus der Qualitätsentwicklung (§§ 79a, 80 SGB VIII) über die Bereitstellung von Mitteln für gesundheitsfördernde Maßnahmen – auch in Kofinanzierung gemeinsam mit weiteren Leistungserbringern – entschieden werden.²⁸

In einzelnen Handlungsfeldern wird Gesundheit betont. So beispielsweise als gesundheitliche Bildung in der Kinder- und Jugendarbeit (§ 11 Abs. 3 Satz 1 SGB VIII), die Stärkung von Familien in ihrer Gesundheitskompetenz als Teil von Familienförderung (§ 16 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII) oder besondere Unterstützungs- und Betreuungsleistungen in Notsituationen der Eltern (§ 20 SGB VIII).²⁹ Im Zusammenhang mit dem Betriebserlaubnisverfahren wird u. a. die Verpflichtung zur konzeptionellen Bereitstellung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und der Zugang zu medizinischer Versorgung und die entsprechende Beratung durch die aufsichtführende Behörde (§ 45 Abs. 3 SGB VIII) betont. Mit Blick auf Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen und ihre Familien umfasst die Zusammenarbeit über verschiedene Rechtskreise hinweg zudem das SGB IX und wird insbesondere durch den Ausbau des Rechts auf und die Umsetzung von Beratung gestärkt.³⁰

27 Vgl. AGJ-Positionspapier (2018). Staat wirkt an Erziehung mit – und wirkt auf Erziehung ein. (URL: www.agj.de/positionen/artikel-7/staat-wirkt-an-erziehung-mit-und-wirkt-auf-erziehung-ein.html, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

28 Vgl. Lohse, K./Meysen, T./Götte, S./de Vigo, N. G. M./Seltmann, D. (2017). Akteursübergreifende Prävention. (URL: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/akteursuebergreifende-praevention>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

29 Vgl. Geiger, E./Blume, D./Mehl, S./Lorey, L./Reif, A./Taczkowski, J./Wiegand-Grefe, S./Becker, K. (2021). Kinder psychisch kranker Eltern – Ausbau der Versorgung einer oft vergessenen Risikogruppe. (URL: https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Hefarchiv/Einzelartikel/2021/11_2021/Kinder_psychisch_kranker_Eltern.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

30 Vgl. Welke, A. (2023). SGB VIII und BTHG: Mehr als Schnittstellenmanagement – Wie ist eine rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit denkbar? In: Scheiwe, Schröer, Wapler, Wrase (Hrsg.) Inklusion und die Rechte junger Menschen. Eine rechtskreisübergreifende Aufgabe. Beiträge zum dritten Forum Kinder- und Jugendhilferecht. (URL: doi.org/10.5771/9783748938460, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

Zudem besteht für die öffentliche Jugendhilfe der Auftrag

- ↳ zur Beratung in einer verständlichen, nachvollziehbaren und wahrnehmbaren Form, auf ihren Wunsch auch im Beisein einer Person ihres Vertrauens und zur Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Leistungen – auch mit Blick auf das Angebotsspektrum anderer Sozialleistungsbehörden (§ 10a SGB VIII),
- ↳ zur Beteiligung der bei einer individuellen Hilfeleistung ebenfalls relevanten Personen oder Stellen (§ 36 Abs. 3 SGB VIII), die die Familie anderweitig unterstützen,
- ↳ zum Zusammenwirken in Arbeitsgemeinschaften, in denen darauf hingewirkt werden soll, dass geplante Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden, sich gegenseitig ergänzen und in den Lebens- und Wohnbereichen von jungen Menschen und Familien ihren Bedürfnissen, Wünschen und Interessen entsprechend zusammenwirken (§ 78 SGB VIII).
- ↳ zur Bedarfs- und Bestandserhebung sowie Abstimmung mit allen relevanten Planungsbereichen (§ 80 Abs. 4 SGB VIII),
- ↳ zur strukturellen Zusammenarbeit mit allen relevanten Akteuren, u. a. Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitssystems (§ 81 Nr. 5 SGB VIII) und
- ↳ zur Erhebung und Auswertung von Daten im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfestatistik (§ 98 ff. SGB VIII)

Die Kinder- und Jugendhilfe wird im Interesse junger Menschen mit (drohender) körperlicher oder geistiger Behinderung und ihrer Familien inklusiv. Das am 10. Juni 2021 in Kraft getretene Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG) hat einen dreistufigen Prozess zur inklusiven Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe vorgegeben, der zuletzt die Zusammenführung der Zuständigkeiten für Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung unter dem Dach des Inklusiven SGB VIII am 01.01.2028 vorsieht.³¹ Diese Reform wurde schnittstellenübergreifend gefordert.³² Derzeit ist unklar, ob die im Beteiligungsprozess „Gemeinsam zum Ziel“ entwickelten und im Regierungsentwurf für das Kinder- und Jugendhilfeinklusionsgesetz (IKJHG-RegE)³³ vorgelegten Kompromissvorschläge trotz des vorzeitigen Endes der 20. Legislaturperiode noch zu einem erfolgreich abgeschlossenen Gesetzgebungsprozess

31 Vgl. AGJ-Stellungnahme (2024). Stellungnahme zum Referatsentwurf eines Gesetzes zur Ausgestaltung der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe (URL: https://www.agj.de/fileadmin/user_upload/FA/II/AGJ-StN_Referatsentwurf_IKJHG.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

32 Breites Bündnis (06/2019). Appell Exklusion beenden: Kinder- und Jugendhilfe für alle jungen Menschen und ihre Familien! (URL: https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2019/Appell_Jugendhilfe_f%C3%BCr_alle_August_2019_final.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

33 BR-Drs. 590/24 (URL: <https://dserver.bundestag.de/brd/2024/0590-24.pdf>, zuletzt aufgerufen am 06.12.2024)

führen werden.³⁴ Der vom KJSG vorgegebene Zeitplan lässt bis zum 01.01.2027 jedoch Raum für den Erlass dieser weiterführenden und zum 01.01.2028 in Kraft tretenden Reform. Da die Verabschiedung des KJSG von einer fraktionsübergreifend getragenen Entschließung des Bundestages begleitet wurde, der die inklusive Zielsetzung der Reform unterstrich und als eine Art Selbstverpflichtung des Parlaments zur Fortsetzung des Reformprozesses über die Legislaturperioden hinweg zu lesen ist, kann ggf. von einer Fortsetzung der Reformdiskussion auch in der 21. Legislaturperiode ausgegangen werden.³⁵

Das Gesundheitssystem als Akteurin in den Lebenswelten junger Menschen und Familien

Das Gesundheitssystem bestehend aus Versicherern, Versorgern, der Selbstverwaltung und Strukturen der Gesundheitsverwaltung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene ist komplex.³⁶ Wichtige Kooperationspartner für die Kinder- und Jugendhilfe im Gesundheitssystem sind der kinder- und jugendärztliche Dienst des ÖGD in der Kommune und die lokalen Strukturen der ambulanten und stationären gesundheitsfördernden, kurativen und präventiven Versorgung. Eine besondere Rolle kommt der hausärztlichen Versorgung durch Kinder- und Jugendmedizin sowie der Allgemeinmedizin zu. Das SGB V regelt die Aufgaben der Krankenkassen als Solidargemeinschaft, um die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Es gilt „unter Berücksichtigung von geschlechts-, alters- und behinderungsspezifischen Besonderheiten auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken“ (§ 1 Abs. 1 SGB V). Kinder und Jugendliche sind im Rahmen fester Altersgrenzen in der Familienversicherung (§ 10 SGB V) berücksichtigt. Die Altersobergrenzen für die Familienversicherung weichen dabei entlang von Bildungswegen und Status der Erwerbstätigkeit von der im SGB VIII vorgesehenen Altersobergrenze des vollendeten 26. Lebensjahrs für junge Erwachsene ab.

34 Zur Forderung einer entsprechenden Priorisierung kinder- und jugendpolitischer Forderung: Böllert, K./Andresen, S./Schröder, W. (11.11.2024). Offener Brief an Bundeskanzler Olaf Scholz und die Fraktionsvorsitzenden der demokratischen Parteien im Bundestag (URL: https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2024/Offener_Brief_Andresen_B%C3%B6llert_Schr%C3%B6der.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

35 Angenommene Beschlussempfehlung des Bundestagsausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BT-Drs. 19/28870, S. 5 ff. (URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/288/1928870.pdf>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024); Plenarprotokoll der 224. Bundestagssitzung vom 22.04.2021, S. 28418.

36 Vgl. Infografik des Bundesministeriums für Gesundheit (2023). Unser Gesundheitssystem. (URL: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Flyer_Poster_Etc/231123_BMG_Infografik_Gesundheitssystem_382x520_bf.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024); Stemmler, S. (2024), Gesundheitswesen. (URL: <https://www.socialnet.de/lexikon/Gesundheitswesen>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

Leistungen mit besonderer Nähe zur Kinder- und Jugendhilfe: Neben Leistungen rund um Schwangerschaft und Geburt (§ 24 SGB V) sind Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen als Pflichtleistungen normiert, um die Gesundheit zu stärken und/oder Behinderung und Pflegebedürftigkeit abzuwenden oder zu mildern (§§ 24, 41 SGB V). Weitere Leistungen zur Versorgung bei chronischer Erkrankung oder (drohender) Behinderung, wie z. B. die Regelungen für Begleitpersonen oder des Fall- oder Versorgungsmanagements im Rahmen integrierter Versorgung (§ 11 SGB V) sowie die Früherkennung (§ 26 SGB V), die Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V), die Sozialmedizinische Nachsorge (§ 43 SGB V) und die Zusammenarbeit mit den Angeboten der Früherkennung und Frühförderung nach § 46 SGB IX, sind im SGB V geregelt. Hinzu kommen Leistungen der akuten Krankenversorgung in aller Regel im stationären Bereich der Abteilungen für Kinder und Jugendliche in den großen Kliniken.

Leistungen nach § 20 SGB V: Neben der Gesundheitsversorgung werden im Rahmen des seit 2015 geltenden § 20 SGB V (sog. Präventionsgesetz) mit dem Ziel der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen die (1) Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten geregelt (§ 20a SGB V).³⁷ Dadurch sollen u. a. der Ausbau und die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas, Schulen und Kommunen unterstützt werden. Darüber hinaus sind (2) Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 20b SGB V), (3) Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) und (4) präventive Angebote im Rahmen der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe (§ 20h SGB V) vorgesehen. Der Fokus liegt dabei auf der Unterstützung gesundheitsfördernder Strukturen, wie die Koordination und Steuerung der Prozesse unter Einbindung aller relevanten Akteurinnen und Akteure und die Unterstützung verhältnispräventiver Organisationsentwicklung. Insbesondere durch Fort- und Weiterbildung von Lebensweltverantwortlichen sowie Fachkräften und Peers zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention soll eine Verstärkung und Nachhaltigkeit erreicht werden³⁸.

37 Vor dem Hintergrund der normativen Aufladung des Präventionsbegriffes regte das Bundesjugendkuratorium in einer Stellungnahme aus dem Jahr 2016 dazu an, die Förderung von Gesundheit und des Wohlergehens stärker in den Fokus zu rücken. Es gelte zu vermeiden, dass „eine rigide Anwendung von Entwicklungs- und Gesundheitsnormen (...) zu Verunsicherungen der Eltern statt zu mehr Sicherheit“ führten. Kritisiert wurde zu diesem Zeitpunkt, dass „Vertreter*innen der Kinder- und Jugendhilfe nicht ausreichend an der Nationalen Präventionskonferenz beteiligt (seien), um diese Politik für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mitzugestalten“. Vgl. Bundesjugendkuratorium (2017): Anmerkungen zu aktuellen Präventionspolitiken und -diskursen. (URL: <https://bundesjugendkuratorium.de/presse/praevention,-kinderschutz-und-gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen.-anmerkungen-zu-aktuellen-praeventionspolitiken-und-diskursen.html>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

38 Vgl. Kölch, M./Breucker, G./Schmutz, E./Ziegenhain U. (2021). Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (URL: https://www.gkv-buendnis.de/media/pdf/publikationen/Handlungsrahmen_KpsE_barrierefrei.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

„Gesundheit soll dabei als Leitbild in den Lebenswelten etabliert werden. Der Lebenswelt- oder Setting-Ansatz ist geprägt durch eine enge Verknüpfung von Interventionen, die sowohl auf die Rahmenbedingungen (Verhältnisse) im Setting als auch auf das gesundheitsbezogene Verhalten Einzelner gerichtet sind. Der Gesundheitsförderungsprozess ist als Lernzyklus zu konzipieren, um möglichst langfristige positive Wirkungen zu erzielen. Es sollen Prozesse initiiert werden, die unter aktiver Mitwirkung aller Beteiligten zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation führen.“ (GKV-Spitzenverband)³⁹

Konkretisiert werden die Regelungen auf Bundesebene in den Bundesrahmenempfehlungen für eine Nationale Präventionsstrategie.

Betriebliche Gesundheitsförderung für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe

.....

Die voraussetzungsvolle Arbeit von Fachkräften im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, zunehmende Anforderungen an Multiprofessionalität und Interdisziplinarität und Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Gewinnung und Bindung von Fachkräften sind Thema des aktuellen AGJ-Papiers *Fachkräfte am Limit?!*⁴⁰ Zudem konnte am Beispiel der KiTa-Beschäftigten⁴¹ und allgemein von Sozialarbeitenden⁴² eine zunehmende gesundheitliche Belastung und der hohe Krankenstand von durchschnittlich mehr als 30 Tagen im Bereich der KiTa aufgezeigt werden. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und die Umsetzung der Vorgaben für betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz liegen in der auch tarifrechtlich geregelten Verantwortung der Arbeitgeber⁴³ und damit auch der Träger der Kinder- und Jugendhilfe. Der Ansatz der gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung umschreibt einen Prozess, in dem gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz erkannt, die Ressourcen und Gesundheitskompetenz der Beschäftigten, die allgemeinen Rahmenbedingungen und ergänzend das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM nach § 167 Abs. 2 SGB IX) und der Arbeitsschutz gestärkt werden. Die Kooperationsgemeinschaft zur

39 Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2023). Leitfaden Prävention. (URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

40 AGJ-Positionspapier (06.11.2024): *Fachkräfte am Limit?! Arbeitsbelastungen in der Kinder- und Jugendhilfe und gesundheitsförderliche Strategien*. (URL: <https://www.agj.de/positionen/artikel/positionspapier-fachkraefte-am-limit-arbeitsbelastungen-in-der-kinder-und-jugendhilfe-und-gesundheitsfoerderliche-strategien.html>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

41 Vgl. Akko, D. (2024). *Krankenstand in Berufen der Kinderbetreuung und -erziehung. Eine Auswertung von Krankenkassendaten*. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (URL: www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/krankenstand-in-berufen-der-kindertagesbetreuung-und-erziehung, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

42 Vgl. Hollederer, A. (2023). *Wer leidet in der Sozialen Arbeit an Erschöpfung? Soziale Passagen* (Hrsg.) (URL: <https://doi.org/10.1007/s12592-023-00463-7>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

43 Vgl. Hartung, S./Faller, G./Rosenbrock, R. (2021). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (URL: doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i042-2.0, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

kassenartenübergreifenden Umsetzung von regionalen BGF-Koordinierungsstellen für die Beratung und Unterstützung von Unternehmen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b Abs. 3 SGB V (KoopG Bund nach § 20b Abs. 3 SGB V) unterstützt bei der Umsetzung.⁴⁴

Selbstorganisation zur Selbsthilfe und Selbstvertretung

Im Rahmen von gesundheitsbezogener Selbsthilfe und Selbstorganisation erweitert sich die Handlungsmacht der beteiligten Menschen. Selbstwirksamkeitserfahrungen haben positive Auswirkung auf die Gesundheit und stärken den sozialen Zusammenhalt. Neben der BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) und der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. sind der Deutsche Behindertenrat (DBR) und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. berechtigt, beratende Mitglieder für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu entsenden und damit zur Sicherung einer „ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen“ (SGB V) gesundheitlichen Versorgung in Deutschland beizutragen. Unterstützt werden die Patientenvertreter*innen durch die Stabsstelle Patientenbeteiligung beim G-BA.

Ein besonderes Feld bildet die gesundheitliche Selbsthilfe als etablierter Akteur für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Koordinierend für die Strukturen der Selbsthilfe wirkt die Junge Selbsthilfe bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) der seit 1984 bestehenden Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. mit einem Bezug auf junge Erwachsene im Kern zwischen 18 bis 29 Jahren. Auch themenbezogene Organisationen und Verbände der Selbsthilfe, wie Kindernetzwerk e.V. – für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit chronischen Krankheiten und Behinderungen oder NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V., oder Kinder und Jugendliche, die im Rahmen des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. (bvkm)⁴⁵ eingebunden sind, ergänzen dieses Feld. Kinder und Jugendliche sind bisher allerdings weder in der Organisation von Selbstvertretung noch in die Strukturen der Patient*innenbeteiligung auf Bundesebene explizit eingebunden.

44 BGF Koordinierungsstelle: Betriebliche Gesundheitsförderung. (URL: <https://www.bgf-koordinierungsstelle.de/>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024); vgl. auch AGJ-Positionspapier (6.11.2024). Fachkräfte am Limit?! Arbeitsbelastungen in der Kinder- und Jugendhilfe und gesundheitsförderliche Strategien. (URL: <https://www.agj.de/positionen/artikel/positionspapier-fachkraefte-am-limit-arbeitsbelastungen-in-der-kinder-und-jugendhilfe-und-gesundheitsfoerderliche-strategien.html>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

45 Vgl. Das Band. Zeitschrift des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen. (4/2023). (URL: https://bvkm.de/wp-content/uploads/2024/01/DAS-BAND-4_23_Das-sind-wir-%E2%80%93-Kinder-und-Jugendliche.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

In der Kinder- und Jugendhilfe ist die pflichtige Förderung von Beteiligung § 8 SGB VIII und die Einbindung selbstorganisierter Zusammenschlüsse zur Selbstvertretung im Sinne des § 4a SGB VIII mit dem Kinder- und Jugendstärkungsgesetz von 2021 stärkend herausgestellt worden. Neben den etablierten Strukturen der Jugendverbände (§§ 11, 12 SGB VIII) ist eine Zusammenarbeit von Organisationen der Selbstvertretung und Selbsthilfe nach SGB VIII und SGB V beispielsweise im Beteiligungsprozess *Gemeinsam zum Ziel* wirksam geworden.⁴⁶

Auf europäischer Ebene wurde im Jahr 2021 das WHO-Netzwerk Youth4Health⁴⁷ eingeführt, um gesundheitsbezogene Entscheidungen aus einer Perspektive junger Menschen zu begleiten.

Um dem sogenannten Präventionsdilemma zu begegnen und nutzer*innengerecht Angebote und Maßnahmen zu gestalten und die Bedarfe und Interessen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien systematisch auf allen Ebenen einzubeziehen, gilt es, Fragen der Gesundheit explizit aufzugreifen und zu bearbeiten.

Allianzen vom Kind her gedacht: lebensphasenorientierte Präventionsketten

Die Umsetzung der kommunalen Verpflichtung zur Daseinsvorsorge im Rahmen der von Bund und Ländern gesetzten gesetzlichen und finanziellen Vorgaben erfordert eine konsequente Orientierung an der Lebenswirklichkeit von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Deren Bedarfe und Bedürfnisse sind als Richtschnur für die Zusammenarbeit der Institutionen und Einrichtungen wegweisend. Ziel ist eine lebensphasenorientierte integrierte Gesamtstrategie („Präventionskette“) angepasst an die lokalen Voraussetzungen einer Kommune.

Voraussetzung ist das Wissen über die jeweils anderen Angebote, die inhaltliche und organisatorische Abstimmung, eine entsprechende Gestaltung und die bedarfsorientierte Planung und Weiterentwicklung der Angebote. Etabliert ist eine gemeinsame Umsetzung des Konzepts der Gesundheitsförderung durch Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen bisher insbesondere im Bereich der Angebote für werdende und junge Familien („erste 1.000 Tage“). Schritt für Schritt – vom Kind her gedacht – können diese Kooperationen

46 Vgl. *Gemeinsam zum Ziel*. Expertinnen und Experten in eigener Sache. (URL: <https://gemeinsam-zum-ziel.org/einblick-in-den-prozess/expertinnen-und-experten-in-eigener-sache>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

47 Vgl. World Health Organisation. Youth4Health. <https://www.who.int/europe/initiatives/youth4health>; vgl. auch Bertelsmann Stiftung. (2024). Für mehr Gesundheit braucht es mehr Beteiligung junger Menschen. (URL: [jugendhilfeportal.de/artikel/fuer-mehr-gesundheit-braucht-es-mehr-beteiligung-junger-menschen](https://www.bertelsmann-stiftung.de/artikel/fuer-mehr-gesundheit-braucht-es-mehr-beteiligung-junger-menschen), zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

ausgebaut werden. Angefangen von den Frühen Hilfen, über Kita, Schulkindbetreuung, Kinder- und Jugendarbeit bis zum Übergang von der Schule in Beruf in Ausbildung und Studium lässt sich so eine Vernetzung von Inklusiver Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem entwickeln⁴⁸.

Als Vorgehensweise in der Kooperation ist es hilfreich

- ↳ im Rahmen der Zielbestimmung ein gemeinsames Leitbild (Health in All Policies) festzulegen,
- ↳ als Voraussetzung für transparentes und koordiniertes Handeln ein darauf abgestimmtes Konzept mit Zielen und Indikatoren zu entwickeln, welches sich auf quantitative und qualitative Daten stützt,
- ↳ die Umsetzung der wirkungsorientierten Ziele zu begleiten,
- ↳ und die Ergebnisse vor dem Hintergrund der systemischen Blickweise auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien zu reflektieren bzw. laufend im Prozess anzupassen.

Kommune als Ort der Daseinsfürsorge

.....

Den Kommunen steht verfassungsrechtlich garantiert ein Selbstverwaltungsrecht zu (Art. 28 Abs. 2 GG). Bei der Umsetzung der Daseinsfürsorge kommt ihnen damit eine Schlüssel-funktion zu, wobei es Teil der verfassungsrechtlich definierten Aufgaben des Bundes ist, gleichwertige Lebensverhältnisse zwischen den Regionen zu gewährleisten und dafür aktiv zu werden (Art 72 Abs 2 GG).⁴⁹

Kommunen obliegt:

- ↳ vor Ort als sachlich zuständiger öffentlicher Träger der Kinder- und Jugendhilfe die Gesamtverantwortung einschließlich der Planungsverantwortung für das Leistungsspektrum wahrzunehmen (§§ 79 ff. SGB VIII). Dies betrifft neben KiTa-Planung im Rahmen einer kinder-, jugend- und familiengerechten sozialen Infrastruktur z. B. auch Spiel- und Freiräume.

48 Motto des Präventionsforums 2024 war: „Gesund aufwachsen: Übergänge in Kindheit, Jugend und frühem Erwachsenenalter“. Vgl. Die Nationale Präventionskonferenz (17.9.2024). Präventionsforum 2024: Gesund bleiben, wenn Veränderungen anstehen. (URL: www.npk-info.de/aktuelles/detailansicht/praeventionsforum-2024-gesund-bleiben-wenn-veraenderungen-anstehen, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

49 Vgl. Deutscher Bundestag (2023). Begriff der „gleichwertigen Lebensverhältnisse“. Eine Übersicht zum Begriffsverständnis im rechtlichen und politisch-wissenschaftlichen Kontext. (URL: www.bundestag.de/resource/blob/958030/6e26383d73713da5ceda1523c768e376/Wd-3-162-22-Wd-1-041-22-pdf.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

- ↳ zu gewährleisten, dass alle Menschen angemessene Gesundheitsversorgung im Bedarfsfall wohnortnah in Anspruch nehmen können. Durch gezielte sozialräumliche Bedarfsplanung und entsprechende Steuerung in erster Linie durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in Zusammenarbeit mit den Gesetzlichen Krankenkassen ist die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Kommunen können seit der Verabschiedung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) im Jahr 2012 selbst als Versorger aktiv werden, indem sie medizinische Versorgungszentren (mit)gründen. Dabei gilt es, auch integrierte und koordinierte Versorgungsformen gemäß § 140a SGB V auszubauen, um einen interdisziplinäreren und ganzheitlicheren Ansatz bei der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung zu etablieren. Strukturen für Jugendliche und junge Erwachsene als integrierte Strategien auf kommunaler Ebene werden aktuell besonders im Bereich der psychischen Gesundheit und der Übergänge zwischen psychiatrischer Versorgung (Inklusive Substanz- und Medienkonsum) und Regelstrukturen der Jugendhilfe erprobt.⁵⁰
- ↳ den ÖGD und hier besonders den Bereich des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) mit seiner besonderen Möglichkeit die Zusammenarbeit über die verschiedenen Säulen hinweg zu fördern (siehe 3.3.).⁵¹
- ↳ die Sicherung der Teilhabe von Kindern und Jugendlichen und der Möglichkeit sich möglichst frei von Gefahren und altersentsprechend selbstbestimmt im öffentlichen Raum zu bewegen.
- ↳ die Lebenswelt Kommune als Dachsetting für Gesundheitsförderung den Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen und entsprechend dem Prinzip der Subsidiarität zu gestalten.

Das Konzept der **integrierten kommunalen Strategien oder „Präventionsketten“**⁵² sieht vor, die Prozesse der verschiedenen Politikfelder nicht parallel, sondern systematisch miteinander verschränkt, also als ineinandergreifende, integriert-fachübergreifende (Sozial-)

50 Dies sind übergreifende patientenzentrierte psychiatrische Versorgungsmodelle für die Ausgestaltung der Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung nach § 64b SGB V, die u. a. auch sog. Zuhausebehandlung oder Multiprofessionelle Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanzen umfassen (§ 118 SGB V).

51 Vgl. DVSG. Öffentlicher Gesundheitsdienst. (URL: dvs.org/themen/handlungsfelder/oeffentlicher-gesundheitsdienst/, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024), vgl. auch BZgA. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und Gesundheitsförderung (URL: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/oeffentlicher-gesundheitsdienst-oegd-und-gesundheitsfoerderung/>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024), vgl. auch BVÖGD. Leitbild ÖGD. Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – Der ÖGD: Public Health vor Ort (URL: <https://www.bvoegd.de/leitbild/>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

52 Vgl. Sozialmagazin (2024). Schwerpunkt Präventionsketten. (URL: https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik_soziale_arbeit/zeitschriften/sozialmagazin/artikel/53935-vernetzte-praevention-aus-der-perspektive-des-bundes.html, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024); Qualitätsverbund Kooperationsketten ISA Münster (URL: www.qv-praeventionsketten.de/, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

Planung zu gestalten. Die Zusammenarbeit in Steuerungsgremien, die Herbeiführung rechtskräftiger Beschlüsse in den jeweiligen Regelkreisen sowie die kollegiale und kontinuierliche Zusammenarbeit der Praxispartner*innen ist dabei als Teil des Prozesses zu begreifen. So können sozialräumliche und auf verschiedene Altersgruppen ausgelegte Angebote in gemeinsamer Verantwortung von Verwaltung, lokalen Verbänden, Wirtschaft sowie unter Einbeziehung von Zivilgesellschaft, der Politik und besonders den Kindern, Jugendlichen und Familien durch die Planung und Gestaltung der Angebote der Daseinsvorsorge im Sinne integrierter Sozialplanung koordiniert werden.

Als bestehende Strukturen für die örtliche bzw. überörtliche Vernetzung bieten sich die (Landes-)Jugendhilfeausschüsse und die entsprechenden thematischen Arbeitsgruppen an („AG 78“ – vgl. auch S. 219). Zudem sind zur Verschränkung mit anderen Akteuren vielerorts sowohl lokale/kommunale als auch landesweite Gesundheitskonferenzen, teils auch explizit Strategien gegen Kinder- und Familienarmut etabliert. In die Fläche getragene Beispiele von Gesundheitsförderung für ältere Kinder und Jugendliche lassen sich im Bereich der Schule⁵³, von Sport und Bewegung⁵⁴, der Jugendarbeit⁵⁵, dem Kinder- und Jugendschutz⁵⁶ und dem Feld der Jungen Selbsthilfe⁵⁷ und des ehrenamtlichen Engagements junger Menschen identifizieren. Weitere Ansatzpunkte bieten Angebote betrieblicher Gesundheit für Auszubildende, Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Hochschulen und Universitäten sowie die Jugendberufsagenturen.

53 Vgl. Dadaczynski, K./Okan, O./De Bock, F./Koch-Gromus, U. (2022). Schulische Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Aktuelle Themen, Umsetzung und Herausforderungen. (URL: <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03558-3>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

54 Vgl. Deutsche Sportjugend. Bewegung, Spiel und Sport. (URL: <https://www.dsj.de/news/bewegung-spiel-und-sport>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024), vgl. Bußkamp, A./Vonstein, C./De Bock, F./Bosle, C. (2024): Strategien für eine bewegungsfreundliche Kommune – Von der Planung bis zur Evaluation. In: Public Health Forum. (3): 228-232. (URL: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2024-0069>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

55 Vgl. z. B. Gut Drauf. (URL: <https://www.gutdrauf.net/>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024) und LIEBESLEBEN. (URL: <https://www.liebesleben.de/>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

56 Mit dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) sind seit 2011 Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung für Eltern („Frühe Hilfen“), und Rahmenbedingungen verbindlicher Netzwerkstrukturen und die Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung geregelt.

57 Vgl. NAKOS. Wir stärken Selbsthilfe. Junge Menschen und Selbsthilfe. (URL: <https://www.nakos.de/themen/junge-selbsthilfe/>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

Konkret: Kommune als Träger der öffentlichen Jugendhilfe

.....

Auch wenn Bund und Länder über das SGB VIII und ergänzende Landesgesetze sowie über Ausführungsvorschriften und Rahmenverträge die Rahmenbedingungen vorgeben, bleibt die Gesamtverantwortung für die Erfüllung der Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe Aufgabe und Alleinstellungsmerkmal der örtlichen Jugendämter.⁵⁸

Die öffentliche Jugendhilfe arbeitet zur Umsetzung dieser Aufgabe mit den freien Trägern der Jugendhilfe partnerschaftlich zusammen; letzteren kommt im Sinne der Wertschätzung eines vielfältigen Angebots und des Subsidiaritätsprinzips eine besondere Bedeutung zu (§§ 3, 4 SGB VIII). In die Planungsprozesse sind die Träger der freien Jugendhilfe im Jugendhilfeausschuss und in weiteren Planungsgremien, wie in Arbeitsgemeinschaften zu einzelnen Themengebieten nach § 78 SGB VIII „mit Sitz und Stimme“ eingebunden. Zusammen mit der Politik und beratenden Mitgliedern aus der Zivilgesellschaft (z. B. Selbstvertretungen nach § 4a SGB VIII, Akteure aus dem Gesundheitsbereich wie der KJGD) wird hier auf Grundlage der relevanten lokalen Sozialdaten und der Bedarfe der Bevölkerung entlang des gesetzlichen Auftrags die Praxis gestaltet und evaluiert.

Durch die Etablierung von Verfahrenslots*innen in den Jugendämtern (§ 10b SGB VIII), dadurch, dass diese Verbindungen zu anderen Leistungsbereichen (aktuell zur Eingliederungshilfe, nach den Plänen des IKJHG-RegE künftig zu allen Rehabilitationsträgern) besonders in den Blick nehmen und auch auf strukturelle Veränderungsbedarfe hinweisen sollen, besteht eine besondere Gelegenheit, dem Thema Gesundheit mehr Aufmerksamkeit zu geben. Um dem Anspruch gerecht zu werden, Kinderschutz, Gesundheitsförderung und Teilhabe⁵⁹ als Querschnittsaufgaben sowohl in Verhaltens-, als auch in verhältnisorientierten Angeboten, Maßnahmen und Programmen umzusetzen, ist allerdings die Kooperation der verschiedenen Politikfelder notwendig. Familienförderung als niedrigschwellige und unbürokratische Form der Unterstützung entlang von Präventionsketten organisiert, bietet

.....
58 Vgl. Mavroudis, A. (2020). Die Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe auf gesundes Aufwachsen. In: Böhm, K./Bräunling, S./Geene, R./Köckler, H. (Hrsg.): Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Springer VS, Wiesbaden. (URL: https://doi.org/10.1007/978-3-658-30504-8_4, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

59 Vgl. zur Trias Schutz, Förderung, Teilhabe: Kinderrechte ins Grundgesetz! (2021). Mehr als 100 Organisationen fordern: „Kinderrechte ins Grundgesetz – aber richtig!“ (URL: <https://kinderrechte-ins-grundgesetz.de/2021/03/25/organisationen-fordern-kinderrechte-ins-grundgesetz/>, zuletzt aufgerufen am 10.11.2024).

dabei einen wichtigen Ansatzpunkt für Unterstützung und Begleitung der gesamten Familie entlang der Lebensphasen, mit dem Ziel, Benachteiligungen aufgrund sozialer Herkunft zu verringern und Chancengerechtigkeit zu fördern.⁶⁰

Konkret: Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) als besonderer Teil des – kommunalen – Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)

.....

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) ist ein Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), dessen gesetzliche Grundlagen in den Gesundheitsdienst-Gesetzen der Länder geregelt sind.

Die Aufgaben des KJGD sind ebendort, aber auch in den Schulgesetzen, Gesetzen zur Kindertagesbetreuung oder dem Infektionsschutzgesetz beschrieben. Zudem ist er Akteur in der Kommunalen Daseinsfürsorge, wie sie im Art. 20 des Grundgesetzes beschrieben und in kommunaler Selbstverwaltung zu organisieren ist. Der KJGD bündelt ein breites Spektrum an fachlicher Kompetenz aus unterschiedlichen Disziplinen und vielfache Arbeitsbeziehungen zu anderen kommunalen Behörden (z. B. Schul-, Sozial- oder Jugendamt) und Institutionen.⁶¹ Diese reichen beispielsweise von der unabhängigen Begutachtung im Vorfeld von Hilfebewilligungen, über Versorgungs- und Koordinationsaufgaben bis hin zur Umsetzung von Gesundheitsförderung, Prävention, Beratung, Begleitung durch psycho-soziale Dienste. Die betriebsmedizinische Betreuung von Kindern und Jugendlichen in Gemeinschaftseinrichtungen wird dem KJGD in vielen Bundesländern gesetzlich zugeordnet.

Während der Covid-19-Pandemie ist der ÖGD verstärkt ins öffentliche Bewusstsein gerückt und mit dem Pakt für den ÖGD finanziell gestärkt worden.⁶²

Eine zunehmende Bedeutung haben Aufgaben von Kinderschutz und Frühen Hilfen in der Kommune sowie Tätigkeiten, die mit der Teilhabe chronisch kranker und/oder behinderter Kinder in Kita und Schulen verbunden sind (zügige Erstellung von Gutachten o. ä., aber auch Beratung). Vor dem Hintergrund von Versorgungsbedarfen von Kindern, Jugendlichen

60 Vgl. BMFSFJ (2021). Neunter Familienbericht. Eltern sein in Deutschland. (URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/179392/195baf88f8c3ac7134347d2e19f1cdc0/neunter-familienbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

61 Vgl. BVÖGD. Leitbild ÖGD. Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD: Public Health vor Ort“ (URL: <https://www.bvoegd.de/leitbild/>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

62 Vgl. Horacek, U./Auer, I./Thaiss, H. (2021). Lebenswelten Kitas und Schulen – Herausforderungen für die Gesundheitsämter in der Pandemie. Bundesgesundheitsblatt. Vol. 64. (URL: <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03304-1>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

und Familien mit Fluchterfahrung, den Aufgaben an der Schnittstelle zu Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung und in Zusammenarbeit mit der Schulsozialarbeit wird die Bedeutung von Kinder- und Jugendgesundheit im Aufgabenspektrum des ÖGD deutlich. Die Überprüfung und Auffrischung des Impfstatus hat dabei nicht nur im Rahmen des individuellen Infektionsschutzes Relevanz, sondern auch im Kontext des Masernschutzgesetzes für den Gemeinschaftsschutz. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung werden der individuelle Gesundheitsstatus und die Besonderheiten für die Bewältigung schulischer Herausforderungen festgestellt, aber auch notwendige Maßnahmen eingeleitet. Darüber hinaus geben die kumulierten Daten Auskunft über die Gesundheit eines gesamten Jahrgangs und liefern somit die Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen.⁶³

Die sozialpädiatrische und sozialkompensatorische Ausrichtung des KJGD und die durch die Lebensphase bedingte enge Verzahnung mit der Kinder- und Jugendhilfe, der Schule und dem Übergang ins Berufsleben machen den KJGD zu einer wichtigen Schnittstelle und Koordinator für die Zusammenarbeit.⁶⁴ Durch die standardisierte und qualitätsgesicherte Untersuchung von Kindern vor Schulbeginn (in 14 von 16 Bundesländern nach vergleichbaren Vorgaben) trägt der KJGD wesentlich zur Kinder- und Familien-Gesundheitsberichterstattung und einem entsprechenden Monitoring der Bevölkerungsentwicklung bei. Diese Daten werden von Ärzt*innen des KJGD kleinräumlich zuordenbar erhoben, bisher allerdings nicht systematisch zusammengeführt und aufbereitet.

Konkret: Medizinische Versorger als aktive Gestaltungspartner in der Kommune

.....

Kinder- und Jugendmediziner*innen, Allgemeinmediziner*innen, Gynäkolog*innen und Hebammen, aber auch Kinder- und Jugendpsychiater*innen und -therapeut*innen sowie Kinderkrankenpfleger*innen und Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende (FGKiKP), Physio- und Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen und weitere Heilmittelerbringer und Gesundheitsfachberufe beteiligen sich als Kooperationspartner

.....

63 Vgl. Kinderärztliche Praxis (2024). Umfassende Expertise, hohes Engagement und fruchtbarer Austausch. (URL: www.kinderaerztliche-praxis.de/a/kinder-und-jugendgesundheitsdienste-im-oegd-umfassende-expertise-hohes-engagement-und-fruchtbarer-austausch-2514301, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

64 Vgl. Breidenbach, R./Hübner, L./Hunstig, B./Langenbruch, B./Namaschk, G./Schulze, C./von der Weiden, G./Wünsch, A. (2020). Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Teichert, U. & Tinnemann, P. (Hrsg.) (URL: https://akademie-oeffentliches-gesundheitswesen.github.io/KJGD/screen-pdf/Der_Kinder-und_Jugendgesundheitsdienst_v1.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

sowohl in der Einzelfallarbeit, aber auch in präventiven Netzwerken. Sie sind für die Familien oftmals Anlaufstelle, ihnen kommt eine wichtige Lotsenfunktion zu. Um die Versorgung sicher zu stellen und in ausreichender Weise auf die Belange von Kindern, Jugendlichen und Familien eingehen zu können, müssen auskömmliche und kindgerechte Bedingungen für alle Bereiche der Versorgung bestehen.⁶⁵ Durch gezielte Gesundheitsberichterstattung und im Rahmen von Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V können regionale Besonderheiten wie z. B. sozioökonomische Belastungen festgestellt werden, um bedarfsorientierte Nachsteuerung beispielsweise im Bereich der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung zu ermöglichen. Auch Familiensprechstunden, Gesundheitskioske oder kommunale Gesundheitszentren können die Versorgungslage verbessern.⁶⁶

Konkret: Netzwerke Früher Hilfen als Beispiel Guter Praxis

.....

Die Entwicklung und der Ausbau der Netzwerke der Frühen Hilfen fokussiert dabei auf familienunterstützende Angebote in den Lebenswelten. Angebote und Strukturen für werdende und junge Familien, vor allem aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitssystem und der Eingliederungshilfe, werden gebündelt. Der Nationale Fond Frühe Hilfen der Bundesstiftung Frühe Hilfen ermöglicht durch kontinuierlich-verlässliche Finanzierung eine in die Fläche getragene Infrastruktur. Aufgrund der hier etablierten engen Zusammenarbeit insbesondere von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – hier vor allem die Schwangerenberatung und Geburtshilfe, die Lotsendienste in den Kliniken, die Familienhebammen wie auch die Kinder- und Jugendmedizin sowie der öffentliche Kinder- und Jugendgesundheitsdienst u. a. – erfahren Familien niedrigschwellig und bestenfalls diversitätsoffenen Unterstützung. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen ermöglicht zudem, übergreifende Qualitätsstandards zu entwickeln und ein entsprechendes Monitoring zu etablieren.⁶⁷

65 Vgl. Rodeck, B. (2023). Das Recht von Kindern auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit vor dem Hintergrund gesundheitsökonomischer Krisen. Herausforderungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Zeitschrift frühe Kindheit. (URL: www.dgkj.de/detail/post/default-96bb0c99f429bda7e314f5815dc9abea, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

66 Vgl. Vogt, V./Geene, R./Rasch, L. (2021). Regionale ambulante Versorgung. (URL: www.kommunalpolitik-berlin.de/wp-content/uploads/2021/05/21-05-12-Studie-ambulante-Versorgung.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

67 Vgl. Zum Stand der Frühen Hilfen (URL: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/daten-zum-stand-der-fruehen-hilfen-in-deutschland/>, zuletzt abgerufen am 20.11.2024); Siehe auch BMFSFJ (2024). 17. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lage junger Menschen und die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. (URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/244626/b3ed585b0cab1ce86b3c711d1297db7c/17-kinder-und-jugendbericht-data.pdf>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024), S. 391 ff.

Landes- und Bundesstrukturen zur Vernetzung und Qualitätsentwicklung

Die Arbeit der Kommunen wird durch Vorgaben auf Bundes- und Landesebene und die interkommunale Arbeit beeinflusst. Sozialberichterstattung und integrierte Sozialplanung bilden die Grundlage für ressort- und institutionsübergreifend abgestimmte Strategien auf allen Ebenen. Insbesondere die Bereitstellung kleinräumiger Sozialdaten ermöglicht es, Lebenslagen und Lebensbedingungen in einer Form zu analysieren, die es ermöglicht, belastete Sozialräume zu identifizieren und entsprechende Angebote zu gestalten. Austausch auf übergeordneter Ebene fördert gemeinsames Lernen und Qualitätsentwicklung und trägt zur einheitlichen Umsetzung der bundesgesetzlichen Vorgaben bei.

Datengrundlagen für Integrierte Sozialplanung erstellen und nutzen

.....

Die verschiedenen Formen der Berichterstattung als „*Kernelement des sozialpolitischen Transfers*“⁶⁸ zu begreifen und entsprechend verschiedene Politikfelder zu verknüpfen, ist eine bisher nur unzureichend eingelöste Aufgabe. Verlässliche und zeitnahe Informationen bilden die Grundlage, um zielgerichtet agieren zu können.

Zu Kinder- und Jugendhilfe: Obgleich über das SGB VIII eine grundlegende Kinder- und Jugendhilfestatistik gesetzlich abgesichert ist (§§ 98ff SGB VIII), fehlen kleinräumige Aufbereitungen bzw. sind oft nur kostenpflichtig zu beziehen. Eine nicht unbedeutende Anzahl von Kommunen setzt daher begrenzt den Fokus der Planungsprozesse auf die Erfüllung des Rechtsanspruchs auf Kindertagesbetreuung. Die AGJ fordert eine zentrale Entwicklung von Monitoring-Programmen, auf welche die Kommunen zurückgreifen und sie an die örtlichen Gegebenheiten und Planungsschwerpunkte anpassen können.⁶⁹

.....

68 Siehe u. a. Ausgabe 01/2022 FORUM Jugendhilfe und BMFSFJ (2024). 17. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lage junger Menschen und die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. (URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/244626/b3ed585b0cab1ce86b3c711d1297db7c/17-kinder-und-jugendbericht-data.pdf>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024), S. 465 ff.

69 Vgl. AGJ-Diskussionspapier (2015). Jugendhilfeplanung sichern! (URL: www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2015/Vorlage_Jugendhilfeplanung.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

Zur gesundheitlichen Lage: Die Datengrundlage zur Gesundheit und zur Krankheitslast bei Kindern und Jugendlichen und ihren Familien in prekären sozioökonomischen Lagen (in Armut) lassen erkennen, welchen Belastungen junge Menschen schon früh ausgesetzt sind.⁷⁰ Zur Einschätzung dienen sowohl Daten der verbindlich vorgeschriebenen Schuleingangsuntersuchungen sowie Erhebungen regionaler Gesundheitsdienste und beispielsweise Daten aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts (KiGGS) (aktuell nicht fortgeführt), der WHO getragenen HBSC Studie⁷¹, der bundesweit repräsentativen Studie *KiD 0–3* des NZFH, der Studie *AID:A – Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten* des Deutschen Jugendinstituts (DJI), der COPSY-Längsschnittstudie (UKE), der AOK-Familienstudien, der DAK Berichte zur Kindergesundheit, des Morbiditäts- und Sozialatlas des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg), des Kindergesundheitsberichts der Stiftung Kindergesundheit oder das Engagement der Bertelsmann Stiftung im Kontext von Gesundheit. Spezifische Studien, z. B. zu den Bedarfen der Kinder und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und/oder (drohenden) Behinderungen wie die Kindernetzwerkstudie⁷² sowie zu Auswirkungen von Rassismus-Erfahrungen auf das Leben und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fehlen bisher weitgehend.

Konzepte und Instrumente zur partizipativen Bedarfserhebung: Nicht nur durch eine ressortübergreifende Sozialberichterstattung, sondern auch durch die partizipative Erhebung von Bedarfen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien lässt sich vermeiden, dass Förderung „nach dem Gießkannenprinzip“ oder der „politisch am lautesten und durchsetzungsstärksten Stimme“ entschieden wird. Um Segregation entgegenzuwirken und um

70 Vgl. Destatis, WZB, BiB (2021). Datenreport. (URL: www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024), S.340ff.; Siehe auch Destatis, WZB, BiB (2024). Sozialbericht (URL: https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/Sozialbericht_2024_bf_k2.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024) S. 305 ff.

71 RKI (2024): Bewegungsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Journal of Health Monitoring. (URL: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/Focus/JHealthMonit_2024_01_Bewegung.html, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

72 Vgl. Kindernetzwerk (2014). Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie. (URL: www.kindernetzwerk.de/de/agenda/Themenportal/2023/Ergebnisse-der-Kindernetzwerk-Studie.php, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024); Kofahl, Ch./Nickel, S. (2022). Expertise zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für Eltern mit einem pflegebedürftigen Kind. (URL: https://www.researchgate.net/publication/359789734_Expertise_zur_Vereinbarkeit_von_Pflege_und_Beruf_fur_Eltern_mit_einem_pflegebeduerftigen_Kind, zuletzt aufgerufen am 06.12.2024); DJI (2022). Aufwachsen und Alltagserfahrungen von Jugendlichen mit Behinderung – Ergebnisse der Jugendstudie. (URL: <https://www.dji.de/ueber-uns/projekte/projekte/jugendstudie-aufwachsen-und-alltagserfahrungen-von-jugendlichen-mit-behinderung.html>, zuletzt aufgerufen am 6.12.2024); BMAS (2022). Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen – Unterstützungsbedarfe und Hinweise auf Inklusionshürden. (URL: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-613-elternstudie-unterstuetzungsbedarfe-inklusionshuerden.pdf?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt aufgerufen am 6.12.2024).

stattdessen zu gezielter Ressourcenallokation beizutragen, sind lokale Planer*innen darin zu bestärken und zu unterstützen, die Adressat*innen und die diese unmittelbar begleitenden Strukturen in ihre Prozesse frühzeitig einzubeziehen.⁷³

Vernetzungs- und Qualitätsstrukturen auf Ebene der Länder: Präventionsstrategien gemeinsam entwickeln

.....

Während des gesamten Prozesses gilt es, die Perspektiven von Nutzenden einzubinden und zu beachten. Das Präventionsgesetz sieht **Landesrahmenvereinbarungen (LRV)**⁷⁴ zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie in den einzelnen Bundesländern vor (vgl. § 20 f. SGB V und einführend auf S. 211 ff.). In einigen Bundesländern waren bereits vor dem Präventionsgesetz partizipative Gesundheitsziele-Prozesse institutionalisiert (z. B. Gesundheitskonferenzen, Bündnisse, Landesausschüsse etc.); andere Bundesländer zogen erst mit dem Abschluss der LRV nach. In diesen Vereinbarungen zwischen Sozialversicherungsträger und den in den Bundesländern zuständigen Stellen werden gemeinsame Ziele und Handlungsfelder definiert sowie die Koordinierung von Leistungen festgelegt, Zuständigkeitsfragen geklärt und die Zusammenarbeit mit bzw. das Mitwirken von Dritten geregelt. In den Gremien der LRV stimmen sich die Beteiligten über operative Fragen der Umsetzung bundes- und landesbezogener Präventionsstrategien ab. Für die gemeinschaftliche Gesundheitsförderung in Lebenswelten sind die gesetzlichen Krankenkassen auf Landesebene in Arbeitsgemeinschaften organisiert, den *GKV-Bündnissen für Gesundheit*. Gemeinschaftlich fördern die GKV-Bündnisse z. B. die Qualifizierung von Fachkräften der verschiedenen Lebenswelten zu Gesundheitsthemen oder die partizipative Entwicklung von Angeboten für psychisch oder suchterkrankte Eltern.⁷⁵ Durch die aus den LRV entstehenden Maßnahmen (z. B. Landesprogramme) können nach Maßgabe der jeweiligen Gesundheitsziele nicht zuletzt Kinder, Jugendliche und ihre Familien in den jeweiligen Lebenswelten mit dem Ziel adressiert werden, Gesundheits-, Bildungs- und Teilhabechancen zu verbessern und soziale Benachteiligungen abzubauen.⁷⁶

73 <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/fachthemen/partizipation-von-familien/>, zuletzt aufgerufen am 6.12.2024.

74 Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen in den Ländern (URL: <https://www.npk-info.de/>), zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

75 GKV-Spitzenverband (2021): Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern – Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. (URL: https://www.gkv-buendnis.de/publikationen_1/publikation_detailseite_226.html, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

76 Siehe z. B. Berlin: Landesprogramm *Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita* (LggK), NRW: *Kinder Stark – NRW schafft Chancen*.

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) fordert weitergehend eine Nationale Präventionsstrategie für Kinder und Jugendliche, die u. a. Gesundheitsfolgenabschätzungen für Kinder und Jugendliche umfasst.⁷⁷

Besonders bedeutsame Ansatzpunkte für gesundheitliche Prävention sind der 2013 eingeführte Rechtsanspruch auf Kinderbetreuung für Kinder zwischen einem und drei Jahren sowie der Ausbau von Familienbildung angegliedert an KiTas und zunehmend Grundschulen als Orte der Frühe Bildung. Sie erlauben, vom Kind und seiner Entwicklung her denkend niedrigschwellige Angebote für Eltern zu etablieren. Hier können in der Lebenswelt von Familien konkrete Unterstützung bei der Bewältigung des Familienalltags und zur Stärkung von Erziehungskompetenzen angeboten und zugleich Vernetzungsaktivitäten auf Ebene der Familien, der Träger und Einrichtungen sowie der Sozialversicherungsträger gefördert werden.⁷⁸ Mit dem Ausbau der Schulsozialarbeit und dem Rechtsanspruch auf Ganztagsbetreuung für Kinder im Grundschulalter ab dem 1. August 2026 erweitert sich dieser Handlungsraum. Einzelne Bundesländer haben zudem Regelungen in Form von Landesausführungsgesetzen zum § 16 SGB VIII, Familienförderstrategien auf Landesebene oder kommunalen Konzepten als Instrumente zur Steuerung und Qualitätssicherung entwickelt, die eine gute Grundlage für den weiteren Auf- und Ausbau von Präventionsketten bieten.⁷⁹

Etablierte Strukturen auf Bundesebene

.....

Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe bilden die Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ; der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV), das Deutsche Jugendinstitut (DJI), die Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter (BAGLJÄ) und das Deutsche Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) auf Bundesebene wesentliche

77 Vgl. DGSPJ (2023). Zeit für den Perspektivenwechsel: Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie fordert eine Nationale Präventionsstrategie für Kinder und Jugendliche. (URL: www.dgspj.de/wp-content/uploads/2023-09-DGSPJ-PM-nationale-praeventionsstrategie.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

78 Vgl. DGUV (2018). Fachkonzept *Frühe Bildung mit Sicherheit und Gesundheit fördern*. (URL: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3466>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024); UK NRW (2016). Gute gesunde Kita-Bildung und Gesundheit in Kindertageseinrichtungen (URL: https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/praevention_in_nrw/praevention_nrw_68.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

79 Vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2024). Familienförderung – Kommunale Infrastrukturen für Familien. (URL: https://www.deutscher-verein.de/fileadmin/user_upload/dv/pdfs/Empfehlungen_Stellungnahmen/2024/DV-11-24_Familienfoerderung.pdf, zuletzt abgerufen am 20.11.2024); siehe auch BMFSFJ (2024). 17. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lage junger Menschen und die Bestrebungen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. (URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/244626/b3ed585b0cab1ce86b3c711d1297db7c/17-kinder-und-jugendbericht-data.pdf>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024), S. 300 ff.

Impulsgeber für die Arbeit in den Ländern und Kommunen. Auch durch die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und das aus Mitteln von Ländern und Kommunen geförderte Deutsche Institut für Urbanistik (DIFU) wird die kommunale Praxis gestärkt und weiterentwickelt.

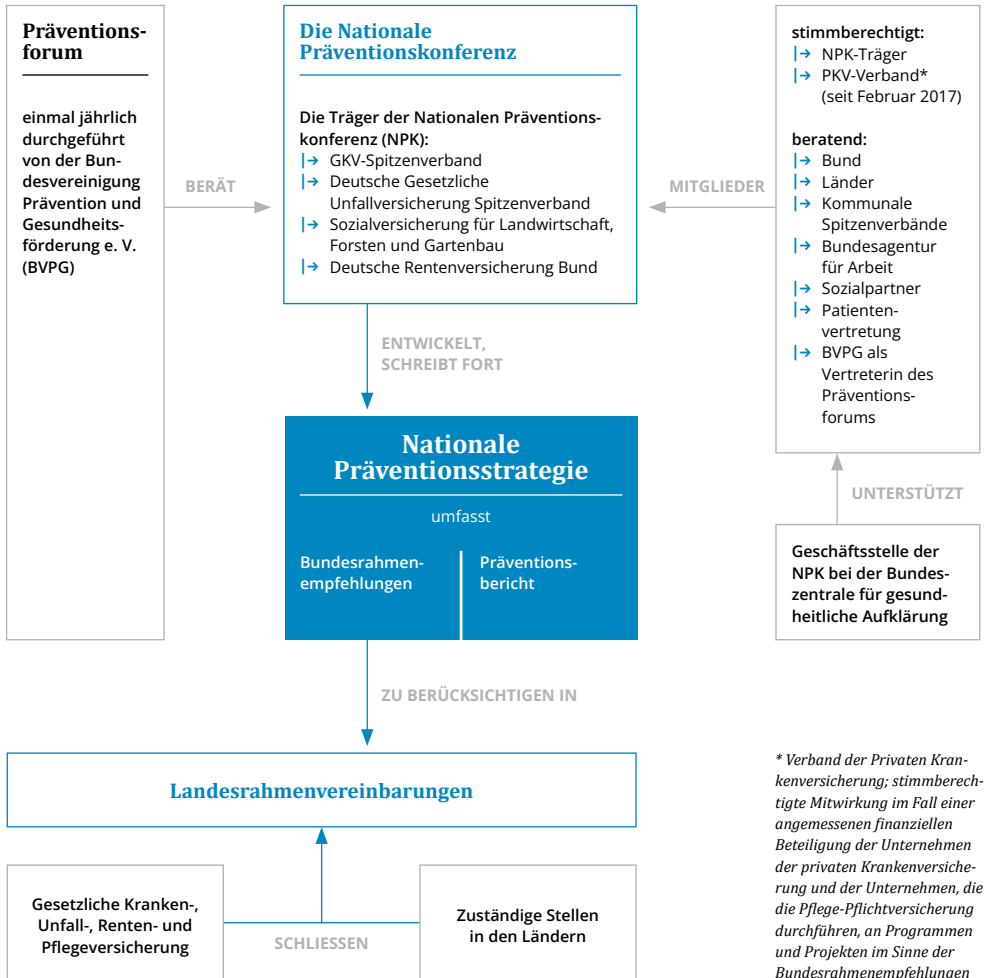
Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention wurde eine umfassende Vernetzung aufgebaut. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist mit dem Ziel, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen, eingerichtet. Die Nationale Präventionskonferenz mit Geschäftsstelle bei der BZgA und das vorbereitende Präventionsforum bilden auf Bundesebene Strukturen für den Austausch über und die Verankerung von gesundheitspolitischen Themen.

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) als AG der Sozialversicherungsträger wurde mit dem Präventionsgesetz eingeführt. Sie entwickelt eine Nationale Präventionsstrategie, die in regelmäßigen Berichten (alle vier Jahre; Start 2019)⁸⁰ dargelegt, evaluiert und entsprechend fortgeschrieben werden soll. Träger und gleichzeitig stimmberechtigte Mitglieder der NPK sind die Spitzenorganisationen der gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung. Der Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V. (PKV Verband) ist stimmberechtigtes Mitglied. Die Ebenen Bund, Länder und Kommunale Spitzenverbände sowie die Bundesagentur für Arbeit, Sozialpartner, Patient*innenvertreter und das Präventionsforum sind als beratende Mitglieder vertreten (§ 20e Absatz 1 SGB V). Die Kinder- und Jugendhilfe ist aktuell durch das BMFSFJ und die kommunalen Spitzenverbände auf der Ebene Bund mit beratender Stimme in der NPK vertreten. Kritisiert wurde in einer Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums aus dem Jahr 2016, dass *„Vertreter*innen der Kinder- und Jugendhilfe nicht ausreichend an der Nationalen Präventionskonferenz beteiligt (seien), um diese Politik für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mitzugestalten“*⁸¹.

80 Vgl. Nationale Präventionskonferenz. (URL: www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht/zweiter-praeventionsbericht-der-npk, zuletzt abgerufen am 20.11.2024).

81 Vgl. Bundesjugendkuratorium (2017). Anmerkungen zu aktuellen Präventionspolitiken und -diskursen. (URL: bundesjugendkuratorium.de/presse/praevention,-kinderschutz-und-gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen.-anmerkungen-zu-aktuellen-praeventionspolitiken-und-diskursen.html, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024), S. 27.

ABB. 2 NATIONALE PRÄVENTIONSSTRATEGIE (§ 20d SGB V)



* Verband der Privaten Krankenversicherung; stimmberechtigte Mitwirkung im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an Programmen und Projekten im Sinne der Bundesrahmenempfehlungen (vgl. § 20e Abs. 1 SGB V)

Beratend für die Nationale Präventionskonferenz tagt einmal jährlich das von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) durchgeführte Präventionsforum, welches einen Austausch der NPK mit der Fachöffentlichkeit zu wechselnden Themen ermöglicht (§ 20e Absatz 2 SGB V). Beim Präventionsforum 2024 lag der Fokus auf *Gesund aufwachsen: Transitionen in Kindheit, Jugend und frühem Erwachsenenalter*.⁸²

Konkretisiert werden die Regelungen auf Bundesebene in den Bundesrahmenempfehlungen für eine Nationale Präventionsstrategie. Für die Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen werden in den Bundesländern Landesrahmenvereinbarungen (LRV) getroffen, in denen die Zusammenarbeit vor Ort verabredet wird (vgl. § 20f SGB V).⁸³

Im Rahmen des Kooperationsverbunds gesundheitsziele.de sind darüber hinaus u. a. für die Altersgruppen der werdenden und jungen Familien, Kinder, Jugendlichen, Auszubildenden und Studierenden Maßnahmen in den Nationalen Gesundheitszielen *Gesundheit rund um die Geburt* und *Gesund aufwachsen* zusammengefasst worden.⁸⁴

Im **Gesunde Städte Netzwerk**⁸⁵ wirken auf der Grundlage der Ottawa Charta und vor dem Hintergrund der Kernstrategien des europäischen Healthy Cities Networks der WHO⁸⁶ auf Bundesebene kommunale Verwaltungen und zivilgesellschaftliche Initiativen, Vereine und Träger zusammen, um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik (HiAP) zu entwickeln und zu stärken. Der KJGD⁸⁷ trägt hier zu einer engen Zusammenarbeit über die Schnittstellen der Sozialgesetzbücher hinweg bei.

Das **europäische Netzwerk Youth4Health**⁸⁸ verstärkt darüber hinaus die Perspektiven von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, um ihre Interessen in der Arbeit der WHO in Europa angemessen zu berücksichtigen.

82 Vgl. Bundesforum Prävention. (URL: <https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=14235&t=Pr%C3%A4ventionsforum+2024:+%C3%9Cberg%C3%A4nge+gesund+gestalten>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

83 Vgl. GKV-Spitzenverband (2024). Nationale Präventionskonferenz. (URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankensversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/npk/nationale_praeventionskonferenz.jsp, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

84 Vgl. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (k. J.). Nationale Gesundheitsziele. (URL: <https://vgv.org/de/topic/7.nationale-gesundheitsziele.html>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

85 Vgl. Gesunde Städte Netzwerk. (URL: <https://gesunde-staedte-netzwerk.de/> zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

86 orientiert am European Policy Framework Health 2020 und der Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung, vgl. www.who.int/europe/policy.

87 Vgl. DGSPJ (2022). Child Public Health – Öffentliche Kinder- und Jugendgesundheit und ihre Sachwalter. (URL: www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-DGSPJ-positionspapier-bundesinstitut-oeffentliche-gesundheit-2022-02-16.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

88 Vgl. WHO Europe (2024). Youth4Health network. (URL: <https://www.who.int/europe/groups/youth4health-network>, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

Der bundesweite Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit trägt zur Transparenz und Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung bei. Seine zwölf Kriterien guter Praxis (Good Practice)⁸⁹ vermitteln ein einheitliches Verständnis darüber, was erfolgversprechende, nachhaltige Gesundheitsförderung zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit ausmacht. Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC)⁹⁰, die in allen Bundesländern ansässig sind, vernetzen die Akteure und bieten „Werkstätten“ zur Qualifizierung an. Über den Kommunalen Partnerprozess *Gesundheit für alle*⁹¹ begleiten sie darüber hinaus Kommunen beim Auf- und Ausbau von Präventionsketten.

Zusammenschlüsse wie die Initiative Kommune 360⁹² oder der Qualitätsverbund Präventionsketten⁹³ treten gestützt durch Förderung aus privaten Mitteln an, um zur Qualitätsoptimierung in der kommunalen Ausgestaltung und damit zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beizutragen.

Die Bundesstiftung Frühe Hilfen mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) bildet eine besondere und systemübergreifende Form der bundesweit wirksamen Strukturen. Im Rahmen der Verwaltungsvereinbarung zur Bundesstiftung Frühe Hilfen können die Bundesländer eigene Fördergrundsätze für die Umsetzung auf der kommunalen Ebene festlegen und diese mit finanziellen Mitteln ausstatten. Der Sitz des NZFH ist in der BZgA in Kooperation mit dem DJI und bildet auf Initiative des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) durch Forschung, Angebote zur Qualitätsentwicklung, Fachaustausch mit Akteuren der Frühen Hilfen aus Bund, Ländern und Kommunen sowie durch Markenentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit eine zentrale Wissensplattform für die familiäre Gesundheitsförderung. In Verbindung mit dem Bundeskinderschutzgesetz und dem Gesetz zur Stärkung der Strukturen gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen oder den KiTa-Qualitätsgesetzen, sowie der Bundesstiftung Mutter und Kind und der Bundesstiftung Frühe Hilfen bestehen weitergehende grundlegende Regelungen, die im Sinne präventiver Maßnahmen die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien betreffen.

89 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021): Kriterien Guter Praxis. (URL: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

90 Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) (URL: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/wir-in-den-laendern, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

91 Kommunalen Partnerprozess Gesundheit für Alle (URL: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/partnerprozess, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

92 Initiative Kommune 360° (URL: www.kommune360.de/ueber-uns/, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

93 Qualitätsverbund Kooperationsketten ISA Münster (URL: www.qv-praeventionsketten.de/, zuletzt aufgerufen am 20.11.2024).

Fazit

Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien herzustellen und zu fördern, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, aber auch der wohnortnahen Versorgung in den Lebenswelten datenbasiert, politikfeldübergreifend und gemeinsam mit den Nutzenden zu entwickeln, ist ein besonderer Fokus auf belastende Lebenslagen, aber auch auf bestehende Strukturen und ihre Gelingensbedingungen notwendig. Gesundheit als Fokus ermöglicht dabei nicht nur den einzelnen Menschen einen positiven Anker zur Identifikation, sondern ist auch ein gesellschaftlich zu förderndes und schützendes Gut.

Und wie weiter?

Die AGJ hat aus dem im Jahr 2024 durchgeführten schnittstellenübergreifenden Arbeitsgruppenprozess⁹⁴ im Projekt *Themenbotschafter*in Gesundes Aufwachsen – Kooperation zwischen Gesundheitshilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe befördern*, der diesem Diskussionspapier zugrunde lag, ferner Feststellungen und Empfehlungen bezogen auf die Schnittstelle zwischen Gesundheitssystem und Kinder- und Jugendhilfe zusammengefasst. Sie sind in einem gesonderten Positionspapier unter dem Titel *Kooperationen für Gesundes Aufwachsen – Gemeinsames Handeln zwischen Gesundheitssystem und Inklusiver Kinder- und Jugendhilfe befördern!* veröffentlicht.⁹⁵

Die Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ wird in ihren Aktivitäten in den Folgejahren auf beiden Papieren aufbauen.

*Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ
Berlin, 5./6. Dezember 2024*

⁹⁴ Die Beteiligten sind hier aufgeführt: <https://www.agj.de/projekte/themenbotschafterin-gesundes-aufwachsen/beteiligte-der-rechtskreisuebergreifenden-arbeitsgruppe-2024>, zuletzt aufgerufen am 13.12.2024.

⁹⁵ AGJ-Positionspapier (05./06.12.2024): *Gemeinsames Handeln befördern – Kooperationen für Gesundes Aufwachsen des Gesundheitssystems und der Inklusiven Kinder- und Jugendhilfe*. (URL: https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2024/AGJ-Positionspapier_Gemeinsames_Handeln_bef%C3%B6rdern.pdf, zuletzt aufgerufen am 13.12.2024).

IMPRESSUM

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (Hg.)

Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe sowie die rechtliche Verankerung von Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Leistungsträgern
Expertise im Auftrag des AGJ-Projekts *Themenbotschafter*in Gesundes Aufwachsen*
von Prof. Dr. Dr. jur. Erik Hahn

Eigenverlag und Vertrieb

Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe e. V.
Mühlendamm 3, 10178 Berlin
Telefon: (030) 400 40-200
E-Mail: agj@agj.de
Internet: www.agj.de

Verantwortlich Vorstand: Dr. Gabriele Weitzmann, Claudia Porr, Dominik Ringle, Prof. Dr. Wolfgang Schröer, Philipp Schweizer

Der Verein wird gerichtlich und außergerichtlich durch zwei Mitglieder des Vorstands vertreten.
V. i. S. d. P.: Franziska Porst

Redaktion: Laurette Rasch (Referentin im Projekt *Themenbotschafter*in Gesundes Aufwachsen*)

Gestaltung: Bettina Schmiedel

Druck: DCM Druck Center Meckenheim GmbH, 53340 Meckenheim

Titelfoto: Rawpixel/Freepik.com

Copyright: Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe e. V.

1. Auflage, Berlin 2025

ISBN 978-3-943847-21-5

Das AGJ-Projekt *Themenbotschafter*in Gesundes Aufwachsen* wurde für die Jahre 2024–2025 durch die Auridis-Stiftung und Mittel des Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert. Die Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ ist das Forum und Netzwerk bundeszentraler Strukturen der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Rechtsträger der AGJ ist der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe e. V.

Die über 100 Mitgliedsorganisationen der AGJ repräsentieren alle Ebenen und Handlungsfelder der Kinder- und Jugendhilfe. Seit ihrer Gründung im Jahr 1949 sieht die AGJ ihren zentralen Auftrag darin, die organisatorischen und fachlichen Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe auf der Bundesebene zu bündeln. Sie setzt sich als kooperatives Netzwerk im Interesse junger Menschen und Familien dafür ein, die Kinder- und Jugendhilfe weiterzuentwickeln und den kinder- und jugend(hilfe)politischen Dialog zu fördern.

Zitiervorschlag: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (Hg.) (2025): Gesundheitsförderung und Prävention als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe sowie die rechtliche Verankerung von Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Leistungsträgern. Expertise im Auftrag des AGJ-Projekts *Themenbotschafter*in Gesundes Aufwachsen* von Prof. Dr. Dr. jur. Erik Hahn. Berlin





Gesundes Aufwachsen ist nicht allein eine Frage guter Absichten, sondern abhängig von der Ausgestaltung der Lebenswelten. Aus rechtlicher Perspektive sind Gesundheitsförderung und Prävention Querschnittsaufgaben und berühren zugleich den Kernauftrag der Kinder- und Jugendhilfe.

Die von Erik Hahn vorgelegte Expertise arbeitet die rechtlichen Anknüpfungspunkte im SGB VIII heraus. Sie bestimmt die vorhandenen Spielräume und entwickelt Ansatzpunkte für eine rechtssichere Ausgestaltung von Kooperationen, insbesondere mit der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und im schulischen Umfeld. Sie ordnet zentrale Begriffe wie Gesundheitsförderung, Prävention sowie Verhältnis- und Verhaltensprävention ein. Hierfür verortet sie den rechtlichen Auftrag der Kinder- und Jugendhilfe und zeigt, wie gesundheitsbezogene Anliegen im Leistungsrecht, in Planung und Qualitätssicherung sowie im Kinderschutz rechtlich gefasst werden können. Dies reicht von Netzwerken Frühe Hilfen bis zu nachgelagerten Unterstützungsformen. Ein Schwerpunkt der Expertise liegt zudem auf den Schnittstellen zu den §§ 20d bis 20f SGB V und den dort angelegten Steuerungsinstrumenten. Die Untersuchung diskutiert ferner Reformoptionen, unter anderem zur Klarstellung des Auftrags in § 1 Abs. 3 Nr. 5 SGB VIII.

Ergänzt wird der Band durch ein Positionspapier und ein Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ, die Gelingenbedingungen, Handlungsbedarfe und Empfehlungen für Kooperationen zwischen Gesundheitssystem und inklusiver Kinder- und Jugendhilfe bündeln.

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ

Mühlendamm 3 — 10178 Berlin

Telefon (030) 400 40-200 — agj@agj.de — www.agj.de

ISBN-Nummer 978-3-943847-21-5