

Schnittstellen in der Sozialpolitik

Dr. Sandra Fischer, Forschungsstelle Diversität, Universität Bonn

Prof. Dr. Sybille Stöbe-Blossey, Institut Arbeit und Qualifikation, Universität Duisburg-Essen

Forschungsfeld „Sozialpolitik als Prozess“,

Deutsches Institut für Interdisziplinäre Sozialpolitikforschung (DIFIS)

Wissenschaftliche Tagung: Schnittstellen im Gesundheitsrecht

Ineges – Institut für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht

Goethe-Universität Frankfurt am Main

26. September 2025

IAQ

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

DIFIS Deutsches Institut für
Interdisziplinäre
Sozialpolitikforschung
vernetzen · forschen · beraten

UNIVERSITÄT **BONN**

Agenda

1. Schnittstellen in der Sozialpolitik – Das Beispiel „Kinder in Armutslagen“
2. Strukturen verstehen, um Prozesse zu gestalten: Ein Analysekonzept für Schnittstellen
3. Rahmenbedingungen für die Koordination: Strukturen auf der Makroebene
4. Praxis der Koordination: Netzwerke auf kommunaler Ebene
5. Fazit

1. Schnittstellen in der Sozialpolitik – Das Beispiel „Kinder in Armutslagen“

Schnittstellen als Folge der Professionalisierung von Sozialpolitik

Unterschiedliche sozialpolitische
Rechtskreise (konkretisiert in den
verschiedenen Büchern des SGB)

Schnittstellen zu anderen Politikfeldern
(etwa Bildungspolitik,
Integrationspolitik)

Kompetenzen auf unterschiedlichen
Ebenen des föderativen Systems (Bund,
Länder, Kommunen)

Komplexes Geflecht von staatlichen,
kommunalen, verbandlichen und
privaten Akteuren

- **Ausdifferenzierung** von Leistungen und spezialisierten Teilsystemen ist Kennzeichen von **Professionalität** eines modernen Sozialstaates
- **Schnittstellen** entstehen, wenn eine komplexe Risikosituation (**koordinierte**) **Lösungsbeiträge** aus mehreren Rechtskreisen oder Politikfeldern und/oder von unterschiedlichen Akteuren auf mehreren Ebenen erfordert
- **Individuelle Lebenslagen** erfordern **Bearbeitung von Schnittstellen(problem)**
- **Koordinierung von Lösungsbeiträgen** ermöglicht „den **Gesamtnutzen** maximierende Entscheidung[en]“⁽¹⁾ und „**Gesamtlösungen** [...], die in ihrem Innovationsniveau und in ihrer Reichweite der realen Ausdehnung interdependenter Problemzusammenhänge entsprechen“⁽²⁾ (**Gemeinwohl**)
- **Herausforderung** in der **Arbeit** von Organisationen und **Potenzial** für eine **vorsorgende Sozialpolitik**

Beispiel: Lebenslage „Kinder in Armutslagen“:
Unterstützung von gelingendem Aufwachsen durch kooperative Prävention
Gesundheit (SGB V) und Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)

Gelingendes Aufwachsen als Querschnittsaufgabe

- 2024 waren in Deutschland **21,1 Prozent der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren armutsgefährdet** oder von sozialer Ausgrenzung bedroht⁽¹⁾
- **Risiko von vielfältigen negativen Folgen** für verschiedene Lebensbereiche wie Gesundheit, das allgemeine Wohlbefinden, Bildung sowie soziale und kulturelle Teilhabe; darüber hinaus Auswirkungen auf den weiteren Lebensverlauf⁽²⁾
- **Erwerbszentriertes System der sozialen Sicherung** in Deutschland: **Zentrale Bedeutung der Bildungskette** von der frühen Bildung über Schul- und Berufsabschlüsse bis zur Arbeitsmarktintegration
- Frühzeitige Prävention von Armutsfolgen durch eine kooperative, frühzeitig einsetzende Förderung entlang der Bildungskette
- Kombination von Lösungsbeiträgen aus dem Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe⁽³⁾
- Analyse von Schnittstellen, (potenziellen) Schnittstellenproblemen und zielorientierten Strategien der Arbeit an Schnittstellen

**Fokus des Vortrags: Präventive Förderung an der Schnittstelle von
Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe (SGB V und SGB VIII)**
(nicht: Interventionen bei Kindeswohlgefährdung / (medizinischer) Kinderschutz)

Normative Grundlagen 1: Umfassendes Verständnis von Gesundheit

- WHO-Definition (1948): „Gesundheit ist der Zustand des **vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen**. Das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus ist eines der **Grundrechte** jedes Menschen, ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit [Original: „race“], der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“⁽¹⁾
- Vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden ist nicht durch das Gesundheitssystem allein zu erreichen
- Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO (1986): „**Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt [...] nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen.**“
- Seit 2006 auf Ottawa-Charta basierendes europäisches Leitkonzept: **Health in All Policies (HiAP)**⁽²⁾ => **Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe in allen Politikfeldern verankern**⁽³⁾
- Relevanz von Modellen der sozialen Determinanten von Gesundheit⁽⁴⁾
- **Lösungsbeiträge aus unterschiedlichen Politikfeldern erforderlich**

Normative Grundlagen 2: Gesundheit als Element von Kinderrechten

- UN-Kinderrechtskonvention, Artikel 24 Absatz 1 Satz 1 (Gesundheitsvorsorge):
„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit.“
- Thematisiert u.a. ärztliche Behandlung, Gesundheitsfürsorge, Grundversorgung (Absatz 2b), aber auch die Gesundheitsvorsorge und die Elternberatung (Absatz 2f)
- **Lösungsbeiträge der Gesundheitspolitik zur Umsetzung von Kinderrechten erforderlich**

Normative Grundlagen 3: Gesundheit als Thema der Europäischen Garantie für Kinder (2021)

EU-Ebene: „Ziel der Europäischen Garantie für Kinder ist es, soziale Ausgrenzung zu verhindern und zu bekämpfen, indem der effektive Zugang bedürftiger Kinder zu einer Reihe wichtiger Dienste gewährleistet wird. Dazu zählen:

- kostenlose frühkindliche Betreuung, Bildung und Erziehung,
- kostenlose Bildung (einschließlich schulbezogener Aktivitäten und mindestens einer gesunden Mahlzeit pro Schultag),
- **kostenlose Gesundheitsversorgung**,
- gesunde Ernährung und
- angemessener Wohnraum.

[...] Zur Umsetzung der Empfehlung haben die Mitgliedstaaten ihre Kindergarantie-Koordinatoren benannt und nationale Aktionspläne erstellt, die den Zeitraum bis 2030 abdecken“⁽¹⁾

➤ „Soft Law“ der Europäischen Union⁽²⁾

➤ Deutschland: **Nationaler Aktionsplan „Neue Chancen für Kinder in Deutschland“ (NAP)**: bessere Zugänge für benachteiligte Kinder und Jugendliche zu Betreuung, Bildung, **Gesundheit**, Ernährung und Wohnraum⁽³⁾

➤ 350 Maßnahmen für bessere Chancen auf Bundesebene (*11 Maßnahmen mit direktem Bezug zur Gesundheitsversorgung, auf Landesebene 82 Maßnahmen; im Schnitt 5 pro Land*)⁽⁴⁾

➤ **Beispiele für Maßnahmen, die im NAP dokumentiert sind:**

- Bundesstiftung Frühe Hilfen: Dauerhafte Förderung von Netzwerken Früher Hilfen
- Vorsorgeuntersuchungen nach § 26 SGB V als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung
- Programme zur Förderung von Bewegung, psychosozialer Gesundheit, Gesundheit von Geflüchteten u.a.
- Förderung von kommunalen Präventionsnetzwerken in den Ländern

2. Strukturen verstehen, um Prozesse zu gestalten:
Ein Analysekonzept für Schnittstellen

Typen von Schnittstellen im Sozialstaat⁽¹⁾ – Risiken und Chancen für Bearbeitungsstrategien

Transition: Wechsel der zuständigen Institution durch biografische Übergänge und/oder Wechsel im Rechtsstatus

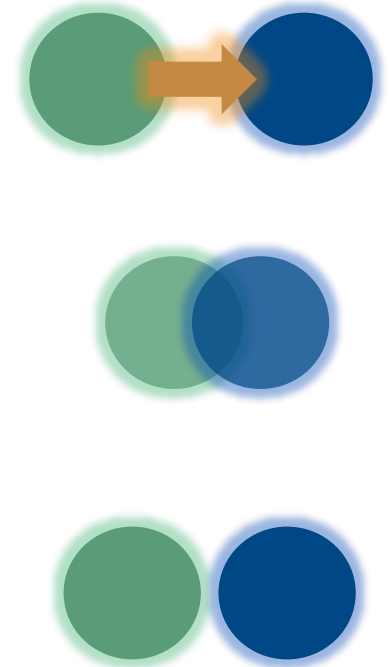
- Beispiel: **Transitionen in der Begleitung durch Alter der Kinder** (Vorsorge in der Schwangerschaft – Geburt – Hebamme – Frühe Hilfen – Kita – Schule – Ausbildung)
- Risiko: Lücken / Brüche in der Leistungserbringung, Kinder „gehen verloren“
- Chance: **Sukzessive Strategien** (frühe Kontakte zu Kindern und Familien vor allem über das Gesundheitswesen – Basis für Prävention)

Interferenz: Überlappung von Zuständigkeiten; Thema betrifft Kernauftrag mehrerer Institutionen mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Schwerpunkten

- Beispiel: **Förderung von Kindern in Armutslagen als Aufgabe von Bildungsinstitution (Kita/Schule), Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen**
- Risiko: Konflikte / Widersprüchlichkeiten in der Bearbeitung
- Chance: **Simultane Strategien** (Bildungsinstitutionen als Zugang zu Förderung; individuelle Verknüpfung von Leistungen)

Diffusion: Querschnittsaufgaben; verteilte oder nicht eindeutig zugeordnete Zuständigkeiten; beteiligte Institutionen haben andere Kernaufträge

- Beispiel: **Gelingendes Aufwachsen für alle Kinder, Health in All Policies**
- Risiko: Fehlen einer ganzheitlichen Perspektive auf Lebenslage; grundsätzlicher Konsens über das Ziel, aber Dominanz sektoraler Handlungslogiken und spezifischer Ziele der Teilsysteme
- Vernachlässigung der Ziele / Problemverschiebung
- Chance: **Sensible Strategien** (Formulierung gemeinsamer Ziele, Aufbau von Vertrauen und wechselseitigem Wissen über Potenziale der jeweils anderen Systeme)



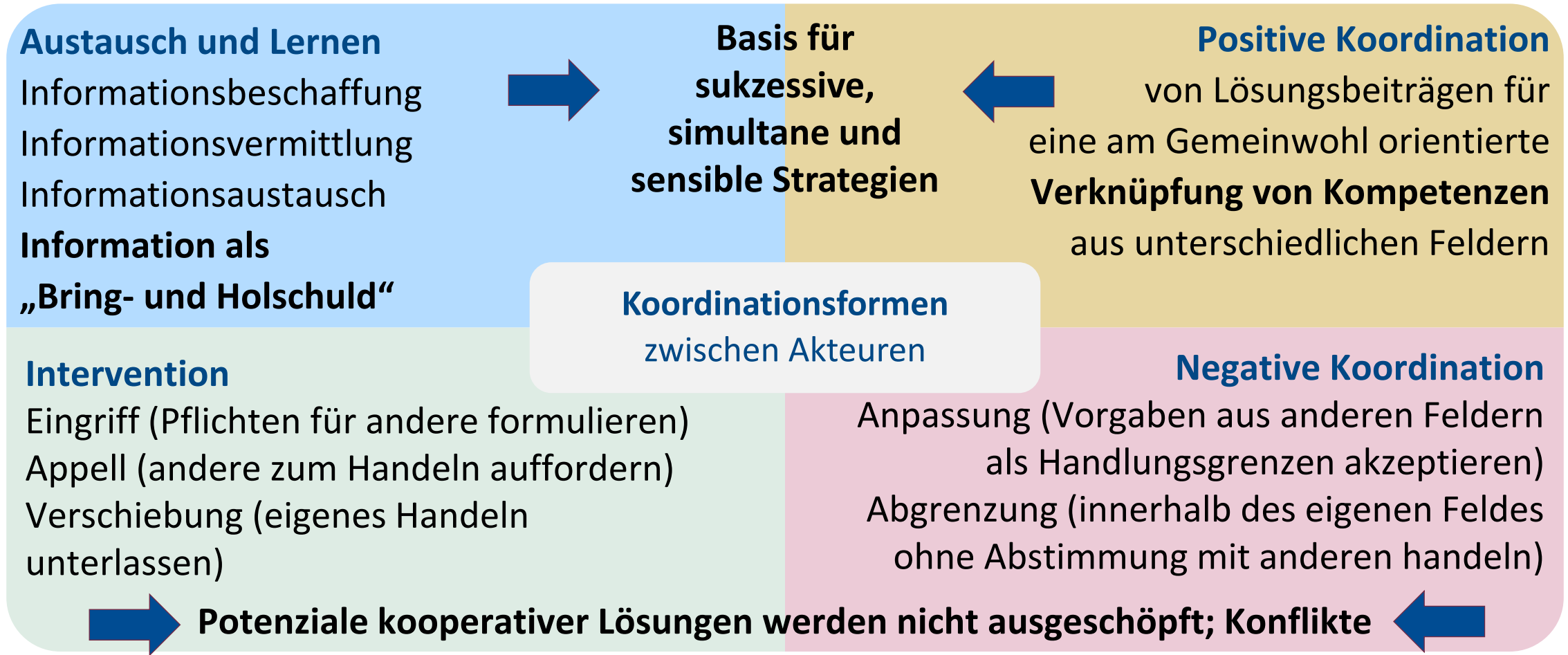
(1) Stöbe-Blossey et al. 2019, S. 24 ff.; Stöbe-Blossey et al. 2021, S. 14 ff.

Schnittstellen im Mehrebenen-System: Ein Analyserahmen

| | Makroebene | Mesoebene | Mikroebene |
|------------|--|---|--|
| | Rahmenbedingungen | Organisationale Arrangements | Bearbeitung |
| Strukturen | Ziele / Aufgaben Kompetenzzuweisung <ul style="list-style-type: none"> • vertikal / föderal: Bund / Land / Kommune • horizontal / sektoral: Politikfeld / Rechtskreis | Organisationen (Staatliche Behörden, Kommunale Dienststellen, Verbände / freie Träger, private Träger) | Organisationsinterne Strukturen |
| | Anspruchsvoraussetzungen / Leistungen Strukturelle Vorgaben (Behörden-/ Trägerstruktur) <i>Prozedurale Vorgaben zur Arbeit an Schnittstellen</i> | Koordinierungsstellen Netzwerke <i>Kooperationsvereinbarungen</i> <i>Gremien</i> <i>Verfahrensregelungen</i> <i>Planung von Programmen</i> | Professionen / Fachqualifikationen Kernauftrag / Handlungsspielraum <i>Kontakt mit Adressat/inn/en</i> <i>Inner- und interorganisatorische Interaktion</i> <i>Entscheidung</i> |
| Prozesse | | | |

Im Folgenden aufgegriffene Analyseelemente grün markiert

Koordinationsmechanismen an Schnittstellen



3. Rahmenbedingungen für die Koordination: Strukturen auf der Makroebene

Formen und Definitionen von Prävention

Ziele und Aufgaben:

- **Ein gemeinsamer Präventionsbegriff als Basis für eine lebenslagenorientierte Verknüpfung von Lösungsbeiträgen aus unterschiedlichen Politikfeldern?**

Unterscheidung von Formen der Prävention wurde in der Medizin entwickelt und ist inzwischen in anderen Feldern gängig, bspw. in Frühe Hilfen und in der Kinder- und Jugendhilfe ⁽¹⁾

1. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

- **Primärprävention:** Gesundheitliche und soziale Probleme vermeiden; Ursachen bekämpfen – Universeller Ansatz
- **Sekundärprävention:** Probleme möglichst früh erkennen; Fortschreiten verhindern – Hilfen zur Begleitung und Unterstützung in Risikosituationen
- **Tertiärprävention:** Gesundheit / Wohlbefinden wieder herstellen; Verschlechterungen vermeiden; Folgeschäden vermeiden, begrenzen, verzögern – Spezifische Interventionen (*fließender Übergang zu kurativen Leistungen*)

2. Verhaltens- und Verhältnisprävention

- **Verhaltensprävention** (= Individuum; Aufklärung / Sensibilisierung / Schulung)
- **Verhältnisprävention** (= Strukturen; Setting / förderliches Umfeld)

- Umfassende, politikfeldübergreifende Ansätze (Gesundheit / Kinder- und Jugendhilfe): Frühe Hilfen, Kommunale Präventionsketten, Nationaler Aktionsplan Kinderchancen als Basis für **Austausch und Lernen** und **Positive Koordination** im Sinne **sukzessiver, simultaner und sensibler Strategien?**
- **Im Folgenden: Rahmenbedingungen für koordinierte Prävention im SGB V und im SGB VIII?**

(1) Zu Gesundheit / SGB V z.B.: <https://www.aok.de/pp/hintergrund/praevention/primaere-sekundaere-tertiare-praevention/>; zu Frühe Hilfen / Kindeswohlgefährdung: <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/kinderschutz-und-praevention-gesundheitsfoerderung>; zur Jugendhilfe: Wohlgemuth 2009: 26f.

Ziele und Leistungen im SGB V: Definierte Leistungen, Beitragsfinanzierung, Fokus auf kurativen Leistungen und Verhaltensprävention

§ 1 SGB V (Solidarität und Eigenverantwortung): „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die **Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern**. Das umfasst auch die **Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung** der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und unter Berücksichtigung von geschlechts-, alters- und behinderungsspezifischen Besonderheiten auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“

SGB V: § 11 Leistungsarten: (1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen [...] 2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung [...], 3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten [...]

- **Bundesgesetz mit verbindlich geregelten Leistungsansprüchen** (§ 2, Kap. 3)
- Regelt **Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung** (nicht bspw. Förderung von Gesundheit lt. WHO-Definition / HiAP)
- **Finanzierung über Sozialversicherungsbeiträge** (§ 3) (Mitglieder/Arbeitgeber) (**Mitgliedschaft als Anspruchsvoraussetzung**; Widerspruch zum universellen Anspruch von Primärprävention)
- **Leistungen** der Prävention betreffen vorrangig **Verhaltensprävention** (§ 20 ff. SGB V; bspw. § 26 „Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche“)
- **Verankerung unterschiedlicher Präventionsmaßnahmen im SGB V (2015):** „Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (**Präventionsgesetz - PräVG**) verbessert die **Grundlagen für die Zusammenarbeit** von Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung - für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen.“⁽¹⁾
- Projektförmige Organisation von **Leistungen** der **Verhältnisprävention** (§ 20a/g: „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“; § 20d „Nationale Präventionsstrategie“; § 20e „Nationale Präventionskonferenz“; § 20f „Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie“; § 20g „Modellvorhaben“)

(1) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html>

Ziele und Leistungen im SGB VIII: Fokus auf Primär- und Verhältnisprävention bei den Zielen, individualisierte Leistungen, kommunale Verantwortung für Finanzierung und Umsetzung

§ 1 SGB VIII (Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe): „(1) Jeder junge Mensch hat ein **Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.** [...] (3) Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere

1. junge Menschen in ihrer **individuellen und sozialen Entwicklung fördern** und dazu beitragen, **Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,**
2. jungen Menschen ermöglichen oder erleichtern, entsprechend ihrem Alter und ihrer individuellen Fähigkeiten in allen sie betreffenden Lebensbereichen selbstbestimmt zu interagieren und damit **gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilhaben** zu können,
3. Eltern und andere Erziehungsberechtigte **bei der Erziehung beraten und unterstützen,**
4. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl **schützen,**
5. dazu beitragen, **positive Lebensbedingungen** für junge Menschen und ihre Familien sowie eine **kinder- und familienfreundliche Umwelt** zu erhalten oder zu schaffen.“

- **Rahmengesetz; Jugendämter in Städten und Kreisen als zentrale Akteure und als Adressaten für Ansprüche auf Leistungen** (§ 87 Abs. 1, § 3 Abs. 2 Satz 2)
- **Individualisierte Leistungen** mit hohem Ermessensspielraum; weitgehend **ohne klare Definition von Anspruchsvoraussetzungen** (siehe auch § 5 Wunsch- und Wahlrecht, § 36 Mitwirkung, Hilfeplan)
- **Steuerfinanzierung mit hohen kommunalen Anteilen** (passend zum universellen Anspruch von Primärprävention, aber hohe Abhängigkeit von kommunalen Finanzen)
- **Ziel: Wohl junger Menschen;** Prävention in § 1 als Verhältnisprävention definiert, im Gesetz aber wenig konkretisiert
- Vielfalt von möglichen Leistungen der Prävention:
 - **Primärprävention** (bspw. § 11 Jugendarbeit, § 16 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie, §§ 22 ff. Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege)
 - **Sekundärprävention** (bspw. § 13 Jugendsozialarbeit, § 13a Schulsozialarbeit, § 17 Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung, § 28 Erziehungsberatung)
 - **Tertiärprävention** (bspw. § 27 Hilfe zur Erziehung, § 31 Sozialpädagogische Familienhilfe)

Bundespolitische Strategie zum Management von Querschnittsaufgaben: Der NAP „Neue Chancen für Kinder in Deutschland“ als Basis für positive Koordination?

Handlungsfeld 3: Gesundheitsversorgung⁽¹⁾

- Umfangreiche **Beratungsprozesse** im Kontext des NAP – **Austausch und Lernen**
- Beschreibung von Ausgangslage und Formulierung von Handlungsbedarfen⁽²⁾: unterschiedliche Präventionsformen, bspw.
 - Förderung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (*Primärprävention*)
 - Ausbau niederschwelligen Beratungs- und Vermittlungsangebote in besonders benachteiligten Regionen (*Sekundärprävention*)
 - Sicherstellung der zügigen Vermittlung von jungen Menschen mit stärkeren psychischen Belastungen oder psychischen Erkrankungen in Angeboten der medizinischen Versorgung (*Tertiärprävention*)
- **Kitas und Schulen als Orte der Gesundheitsförderung**⁽³⁾ – entspricht dem HiAP-Ansatz:
 - „Vermittlung von **Kenntnissen zu gesundheitsbewusstem Verhalten** (Health Literacy) sowie durch mehr **Gesundheitsangebote** (zum Beispiel zur Bewegungsförderung oder dem Angebot ausgewogener Speisen)“ – Verhaltens- und Verhältnisprävention
 - „Anstrengungen auf Länderebene bei der **Fachkräftequalifikation** und der **Verankerung in den Curricula der Kita- und Lehrkräfteausbildung**.“
 - „Prävention und Gesundheitsförderung sind nicht als Zusatzaufgabe, sondern als **integraler Bestandteil der Kita und Schulentwicklung** zu verstehen.“
 - „stärkere Einbindung der **(Schul)Sozialarbeit** vor allem im schulischen Bereich“ für „niederschwellige Vermittlung in außerschulische Angebote [...], deren Inanspruchnahme derzeit sozial selektiv ist“
 - „verstärkte[r] Einsatz von **Schulgesundheitsfachkräften**“: „Die entsprechenden Voraussetzungen für deren Einsatz seien durch die Länder zu schaffen.“ – denn: „Schulgesundheitsfachkräfte entlasten Kinder, Eltern und Schulpersonal und können eine **Lotsefunktion in außerschulische Dienste und Leistungen** übernehmen und so die Zugänge bedürftiger Kinder zu Gesundheit, Bildung und Teilhabe verbessern.“
- **Strategie der Intervention („Appelle“)** in das System der (frühen) Bildung und in Kompetenzen von Ländern und Kommunen

Kompetenzzuweisungen: SGB V – Steuerung über Interessenverbände

- Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als rechtsfähiges Beschlussgremium** (§ 91 SGB V)
 - Stimmberechtigte Mitglieder: Kassenärztliche Bundesvereinigungen (KZBV: 1, KBV: 2 Mitglieder), Deutsche Krankenhausgesellschaft (2 Mitglieder), Spitzenverband Bund der Krankenkassen (5 Mitglieder) plus 3 unparteiische Mitglieder (Vorsitzende/r und 2 weitere)
 - Der G-BA beschließt „die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen **Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten**; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen [...]; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind. [...] **Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die 1. ärztliche Behandlung, [...], 6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln [...]**“ (§ 92 Abs. 1 SGB V)
- **Bedarfsplanung:** „Die **Kassenärztlichen Vereinigungen** haben im Einvernehmen mit den **Landesverbänden der Krankenkassen** und den **Ersatzkassen** nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur **Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung** aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten. [...]“ (§ 99 Abs. 1 SGB V)
- **Zentrale Kompetenzzuweisung** an **Verbände der Leistungserbringer** und an **Finanzierungsträger**
 - für die **Definition fachlicher Standards** als Grundlage für die Finanzierung von Leistungen (*Entscheidungskompetenzen*)
 - für die **Bedarfsplanung** (*auf Landesebene*)
- **Keine Kompetenzzuweisung** an **die kommunalen Ebene**

Kompetenzzuweisungen: SGB VIII – Das Subsidiaritätsprinzip

- **§ 3** (Freie und öffentliche Jugendhilfe): „(1) Die Jugendhilfe ist gekennzeichnet durch die **Vielfalt von Trägern unterschiedlicher Wertorientierungen** und die **Vielfalt von Inhalten, Methoden und Arbeitsformen**. (2) Leistungen der Jugendhilfe werden von Trägern der freien Jugendhilfe und von Trägern der öffentlichen Jugendhilfe erbracht. **Leistungsverpflichtungen**, die durch dieses Buch begründet werden, richten sich an die **Träger der öffentlichen Jugendhilfe**.“ (*kommunales Jugendamt; siehe auch § 87 Abs. 1*)
- **§ 4 (Zusammenarbeit der öffentlichen Jugendhilfe mit der freien Jugendhilfe)**: „(1) Die öffentliche Jugendhilfe soll mit der freien Jugendhilfe zum Wohl junger Menschen und ihrer Familien partnerschaftlich zusammenarbeiten. Sie hat dabei die **Selbständigkeit der freien Jugendhilfe** in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben sowie in der Gestaltung ihrer Organisationsstruktur zu achten. (2) Soweit geeignete Einrichtungen, Dienste und Veranstaltungen von anerkannten Trägern der freien Jugendhilfe betrieben werden oder rechtzeitig geschaffen werden können, soll die öffentliche Jugendhilfe von eigenen Maßnahmen absehen. (3) **Die öffentliche Jugendhilfe soll die freie Jugendhilfe** nach Maßgabe dieses Buches **fördern** und dabei die Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und Eltern stärken.“
- **§ 71: Jugendhilfeausschuss** (Land / Kommune): **zwei Fünftel** „Frauen und Männer, die auf Vorschlag der im Bereich des öffentlichen Trägers wirkenden und anerkannten **Träger der freien Jugendhilfe** von der Vertretungskörperschaft gewählt werden; Vorschläge der Jugendverbände und der Wohlfahrtsverbände sind angemessen zu berücksichtigen“ (§ 71 Abs. 2)
 - Selbstverständnis der Verbände der freien Wohlfahrtspflege: **Anwaltsfunktion** für Klient/inn/en, sozialpolitische **Lobbyfunktion**
 - **Zusammenarbeit** mit und **Förderung** von freien Trägern als **Aufgabe** der öffentlichen Jugendhilfe (kommunale Jugendämter)
 - Trägervielfalt und hohe Autonomie der Träger als grundlegendes Prinzip der Kinder- und Jugendhilfe
 - Vielfalt von Inhalten, Methoden, Arbeitsformen – **keine Kompetenzzuweisungen für die Definition fachlicher Standards** („weiche“ Vorgaben zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung/-sicherung; bspw. § 22a (Kindertageseinrichtungen), § 77, § 79a)
 - Mitwirkung der Wohlfahrtsverbände an der Steuerung auf der **Mesoebene**, aber **keine Kompetenzzuweisung für Entscheidungen oder die (Mitwirkung an der) Definition von fachlichen Standards**
 - **Kompetenzzuweisung für Bedarfsplanung** an **kommunale Jugendämter** (§ 79; siehe **Mesoebene**)

Korporatistische Steuerung als Hürde für eine gemeinwohlorientierte Arbeit an Schnittstellen?

- **Kinder- und Jugendhilfe:**

- Kontroverse Diskussionen bezogen auf politikfeldübergreifende Kooperation, bspw. zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Schule (*Ganztagsangebote an Schulen, sozialpädagogische Begleitung von Schüler/innen, Übergang Kita-Grundschule*): **Trägerautonomie / Subsidiaritätsprinzip vs. staatliches Schulsystem**
- **Vorbehalte** gegenüber Standards / Evaluation / Verfahren der Qualitätssicherung
- **Organisationsinteressen** (*Re-Finanzierung der Organisation*) als Grenze für die **Anwaltsfunktion?**

- **Gesundheitswesen:**

- GBA als „**kleiner Gesetzgeber**“⁽¹⁾; zwar mehr Markt durch Reformen, aber stabiler Korporatismus und gezielte Einflussnahme bestimmter Verbände via GBA⁽²⁾
- **Legitimationsproblem:** Verbände vertreten – auf der Grundlage ihres Auftrags – die **Interessen ihrer Mitglieder**
- Kritik an **mangelnder Vertretung von Interessen der Patient/innen** – aber: mehr Mitwirkung von Patientenverbänden wäre keine Lösung, weil es nur für wenige Krankheiten gut organisierte Interessenverbände gibt⁽³⁾ (*= nicht für Prävention – und Familien mit Kindern in Armutslagen gehören nicht zur Gruppe mit gut organisierten Interessen*)

- **These:** Korporatistische Steuerung

- ... verschärft Schnittstellenprobleme
- ... erschwert die Berücksichtigung von schwachen Interessen
- ... kann im Widerspruch zum Gemeinwohl stehen.

4. Praxis der Koordination: Netzwerke auf kommunaler Ebene

Kinder- und Jugendhilfe: Zentrale Gestaltungsrolle der Kommune auf der Mesoebene

Örtliche Jugendämter sind in kreisfreien Städten, Kreisen und einigen größeren kreisangehörigen Städten angesiedelt.

§ 79 Gesamtverantwortung, Grundausrüstung

(1) Die **Träger der öffentlichen Jugendhilfe** haben für die Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch die **Gesamtverantwortung** einschließlich der **Planungsverantwortung**.

- (2) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen gewährleisten, dass zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch
1. die erforderlichen und geeigneten Einrichtungen, Dienste und Veranstaltungen den verschiedenen Grundrichtungen der Erziehung entsprechend rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen [...]
 2. die nach Nummer 1 vorgehaltenen Einrichtungen, Dienste und Veranstaltungen dem nach § 80 Absatz 1 Nummer 2 ermittelten Bedarf entsprechend zusammenwirken und hierfür verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit aufgebaut und weiterentwickelt werden;
 3. eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung nach Maßgabe von § 79a erfolgt.
- Der Jugendhilfeausschuss ist verbindlich vorgeschrieben und ist Teil des Jugendamtes (das aus Verwaltung und Ausschuss besteht; § 70).
 - Für viele Aufgaben gibt es landesrechtliche Konkretisierungen von Aufgaben nach dem SGB VIII sowie (anteilige) Landesmittel, bspw. im Rahmen der Kita-Gesetze der Länder für die Kindertagesförderung.
 - Kommunale Jugendämter tragen die Hauptverantwortung für die **Leistungen** der Kinder- und Jugendhilfe (Bedarfsplanung!)
 - Finanzielle Förderung der Leistungserbringer – einschließlich Qualitätssicherung – wird weitgehend über Kommunen abgewickelt.
- **Örtliches Jugendamt als zentrale Organisation**; Mitgestaltung durch örtliche freie Träger
- **Kein Äquivalent dieser Rolle der kommunalen Ebene im Gesundheitswesen**

Netzwerke für Austausch und Lernen und Positive Koordination in der Präventionspolitik

Frühe Hilfen⁽¹⁾: Flächendeckende Bundesförderung für **Koordinierungsstellen in Jugendämtern** (Fokus auf unter Dreijährige)

- „In **Netzwerken** Frühe Hilfen arbeiten **Fachkräfte aus unterschiedlichen Leistungssystemen zusammen**, insbesondere aus der **Kinder- und Jugendhilfe**, der **Schwangerschaftsberatung**, der **Frühförderung** und dem **Gesundheitswesen** zusammen. Zudem sind insbesondere besonders qualifizierte Fachkräfte wie Familienhebammen, Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende (FGKiKP) und vergleichbare Berufsgruppen eingebunden sowie freiwillig Engagierte.“
- Bundesmittel durchschnittlich ca. 40 %, knapp 50 % kommunale Mittel, außerdem Landesmittel
- Abwicklung über Bundesstiftung Frühe Hilfen und Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH, Träger: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit; BIOG)

Kommunale Präventionsketten: Landesförderung für **Netzwerke** in vielen Ländern (Geburt bis Berufseinstieg; Fokus auf Übergänge)

- „Die **kommunale Präventionskette** entspricht einer **konzeptionellen Rahmung für die vielfältigen Unterstützungsangebote für Kinder, Jugendliche und Familien in einer Kommune**. Sie wird **entlang der Biografie** bzw. den unterschiedlichen Lebensphasen eines Kindes entwickelt (Schwangerschaft, frühe Kindheit, mittlere Kindheit, Jugendphase etc.). Hierbei werden die **verschiedenen Beratungs-, Bildungs-, Freizeit-, Sport-, Unterstützungs- und Förderangebote miteinander vernetzt** und entlang strategischer Zielsetzungen weiterentwickelt. Das Hauptmerkmal kommunaler Präventionsketten liegt auf einer **intensiven ressortübergreifenden Zusammenarbeit** von öffentlichen und freien Trägern aus den Bereichen **Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheit, Bildung und Soziales**.“⁽²⁾
- **Koordinierungsstellen in der Kinder- und Jugendhilfe** für politikfeldübergreifende Kooperation
- Ziel: **Armuts(folgen)prävention**⁽³⁾ – Platzierung von Angeboten in **Regeleinrichtungen**; auf **Vertrauen** aufbauende aufsuchende Arbeit; „**Clearing- und Lotsenfunktion**“ zur Vermittlung weiterer Hilfen

Gesundheitsregionen: Kommunale und regionale Initiativen mit bundesweitem Zusammenschluss als Verein

- „Durch die Kooperationen im **Netzwerk Deutsche GesundheitsRegionen e. V.** soll das Bild der Gesundheitswirtschaft geschärft werden – sowohl in der nationalen Wahrnehmung wie vor allem auch in der außenwirtschaftlichen Perspektive. Gesundheitsregionen stellen sich als **Top-Regionen für die Zukunft der Gesundheit** auf und sorgen für frischen Wind und Zusammenarbeit bei Erneuerungen im Gesundheitsgeschehen.“⁽⁵⁾
- Prävention als ein mögliches Thema; Projektförderung (bspw. aus Innovationsfonds G-BA)
- Vorrangig **systeminterne Netzwerke** innerhalb des Gesundheitswesens; **keine kommunale Koordinierungsstelle**
- Politikfeldübergreifende Kooperation nicht im Fokus, auch nicht bei Themen, die Schnittstellen zur Kinder- und Jugendhilfe aufweisen (*Beispiel: Netzwerk zum medizinischen Kinderschutz*)⁽⁶⁾

(1) <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/gesundheitsfachkraefte-in-den-fruehen-hilfen/> (2) <https://www.auridis-stiftung.de/unsere-themen/kommunale-praeventionsketten>

(3) Holz 2010 (4) Dezort et al. 2017 (5) <https://www.deutsche-gesundheitsregionen.de/> (6) <https://mekids-best.de/>

Familienzentren als Element kommunaler **Netzwerke**: Gesundheitsbezogene Angebote auf der Basis des Gütesiegels „Familienzentrum NRW“

Familienzentren⁽¹⁾: Kindertageseinrichtungen mit einem erweiterten Angebot familienorientierter Leistungen im Sozialraum

- Ziel: niedrigschwelliger Zugang; Lotsenfunktion
- Zunehmend auch als Konzept an Grundschulen genutzt
- **Positive Koordination** von Leistungen für Kinder und Familien

Zertifizierung nach dem Gütesiegel „Familienzentrum NRW“⁽²⁾ als Basis für die Landesförderung

➤ **Beispiele für gesundheitsbezogene Angebote**

1. Beratung und Unterstützung für Kinder und Familien:

Das Familienzentrum ...

1.5 ... sorgt dafür, dass die **Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen** und die **Zusammenarbeit** mit Kinderärztinnen oder Kinderärzten, dem Gesundheitsamt und/ oder Krankenkassen durch gezielte **Maßnahmen** bzw. gemeinsame **Angebote** gefördert werden.

1.9 ... verfügt [...] über systematische Verfahren zur allgemeinen **Früherkennung**, wendet sie an und bindet die Ergebnisse in Entwicklungsgespräche ein.

1.11 ... sorgt dafür, dass mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter auf **Fragen der Gesundheitsförderung/ Bewegungsförderung spezialisiert** ist (nachgewiesen bspw. durch Zusatzqualifikation oder Fortbildung) und **Eltern und Fachkräfte entsprechend berät**.

2. Familienbildung und Erziehungspartnerschaft

Das Familienzentrum ...

2.5 ... organisiert **Angebote zur Gesundheitsförderung und/oder Bewegungsförderung** (Eltern-Angebote, Eltern-Kind-Angebote)

➤ **Evaluation 2018⁽³⁾: Steigende Bedeutung von Gesundheitsangeboten**

Organisation von Prävention auf der **Mikroebene**: Das Beispiel der Logopädie und Ergotherapie

Logopädie (Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie) / **Ergotherapie** (Unterstützung / Förderung der Handlungsfähigkeit im Alltag)

- Ärztliche Verordnung auf der Grundlage von § 32 SGB VIII (Heilmittelversorgung)
 - Faktisch aber Leistungen mit präventivem Charakter, da bei Entwicklungsrückständen / Defiziten eine therapeutische Förderung durch diese Leistungen eine zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Teilnahme an Bildungsprozessen bildet ...
 - ... unabhängig davon, ob Entwicklungsrückstände / Defizite physische oder soziale Ursachen haben
- Daher Einbeziehung in das Gütesiegel Familienzentrum NRW: „1.8 Das Familienzentrum ermöglicht, dass Kinder individuelle Therapien (bspw. durch freie Praxen und / oder Frühförderstellen) wahrnehmen können (in den Räumlichkeiten des Familienzentrums und / oder durch einen Hol- und Bringdienst).“⁽¹⁾
- Fachliche Begründung aus der Perspektive der **Professionen** der Kinder- und Jugendhilfe:
- Therapien als zentrales Element der **Sekundärprävention** mit Blick auf die Bildungsbiographie
 - **Niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit** für **ganztägig betreute Kinder** und **für benachteiligte Kinder**, deren Eltern Therapietermine schwer organisieren können (wegen **fehlender Mobilität** und **Mangel an Angeboten gerade in benachteiligten Stadtteilen**)
 - Kooperation Erzieher/innen – Therapeut/inn/en: **fachlicher Austausch, Integration der Förderung in den Kita-Alltag**, Erzieher/innen als „**Brücke**“ zu den Eltern
 - **Vertraute Räumlichkeiten** für die Kinder, Einbindung in den „normalen“ Alltag
 - Möglichkeit für Therapeut/inn/en, **Angebote am Vormittag** zu machen
- Aber: **Erhebliche Widerstände von Krankenkassen und Berufsverbänden** (bspw. wegen potenzieller „Bedarfsweckung“, Abrechnung von „Hausbesuchen“, Konkurrenz zwischen Praxen, räumlichen Standards, der Auffassung, dass Heilmittel nicht für sozialbedingte Probleme konzipiert seien)⁽³⁾ – unterschiedliche Sichtweisen der **Professionen**, vor allem auf Verbandsebene
- Vielfach keine Möglichkeit, Therapien in Familienzentren zu integrieren; zum Teil Angebote in einer Grauzone
- **Negative Koordination** (zum Teil **Abgrenzung** durch Verbände im Gesundheitswesen, zum Teil **Anpassung** durch Träger von Familienzentren)
- Keine **Kompetenzzuweisung** an Kommune oder Ministerien in Land / Bund für gemeinwohlorientierte Steuerung

5. Fazit

Gelingendes Aufwachsen für Kinder in Armutslagen: Herausforderungen für die Arbeit an den Schnittstellen von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe

- Die Finanzierungsstruktur des Gesundheitswesens (Beitragsfinanzierung plus Nebeneinander einer Vielzahl von Krankenkassen und privaten Versicherungen) erschwert die Konzipierung und Implementation universell angelegter Leistungen und damit sowohl die Primär- als auch die Verhältnisprävention.
- Die Dominanz der fachlichen und finanziellen Steuerung im Gesundheitswesen durch Verbände mit spezifischen Mitgliederinteressen stellt eine Hürde für eine am Gemeinwohl orientierte positive Koordination dar.
- Netzwerke und eine Steuerung auf kommunaler und regionaler Ebene bieten Potenzial für eine koordinierte Präventionspolitik, benötigen aber eine nachhaltige Verankerung, eine kommunale Koordinierung und Strukturen für die Mitwirkung der Akteure des Gesundheitswesens.
- Für Armuts(folgen)prävention für Kinder und Jugendliche fehlen klare rechtliche Rahmenbedingungen und eine von befristeter Projektförderung und kommunaler Finanzlage unabhängige Finanzierung der Angebote. Dies gilt insbesondere für Primär- und für Verhältnisprävention.
- Die Strukturen der bundesweit, flächendeckend und nachhaltig angelegten Förderung Früher Hilfen über die Bundesstiftung Frühe Hilfen und das Nationale Zentrum Frühe Hilfen könnten ein Modell für den Aufbau einer umfassenden Präventionspolitik für Kinder und Jugendliche darstellen und sollten unter diesem Gesichtspunkt mit Blick auf eine mögliche Übertragbarkeit bzw. Adaptierung evaluiert werden.

Literatur /1

- AOK, 2025: Prävention setzt in unterschiedlichen Situationen an, URL: <https://www.aok.de/pp/hintergrund/praevention/primaere-sekundaere-tertiare-praevention/> [04.09.2025].
- BMFSFJ, o.J.: Nationaler Aktionsplan „Neue Chancen für Kinder in Deutschland“, URL: <https://www.bmfsfj.bund.de/bmfsfj/themen/familie/nationaler-aktionsplan-kinderchancen> [13.09.2025].
- Böhm, K. / Bräunling, S. / Geene, R. / Köckler, H. (Hg.). Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS.
- Bönker, F., 2008: Interdependenzen zwischen Politikfeldern – die vernachlässigte sektorale Dimension der Politikverflechtung. In: Janning, F. / Toens, K. (Hg.), Die Zukunft der Policy-Forschung. Theorien, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 315-330.
- Bogumil, J. / Gräfe, P., 2024: Fragmentierung der Sozialpolitik –Schnittstellen und Brüche zwischen unterschiedlichen Sozialpolitikfeldern. Eine Literaturstudie. Duisburg, Bremen, DIFIS-Studie 2024/6
- Dezort, S. / Günther, C. / Hilke, M. / Jasper, C. M. / Köhler, S. / Schütte, J. D. / Stolz, H. J., 2017: Der Qualitätsrahmen zum Aufbau einer Präventionskette. Münster: Landeskoordinierungsstelle „Kein Kind zurücklassen! Für ganz Nordrhein-Westfalen“.
https://www.kinderstark.nrw/uploads/media/Qualitaetsrahmen_Kein_Kind_zuruecklassen_web_01.pdf [11.09.2024].
- EU-Generaldirektion Beschäftigung, Soziales, Inklusion, o.J. Europäische Garantie für Kinder. URL: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/addressing-poverty-and-supporting-social-inclusion/investing-children/european-child-guarantee_de [13.09.2025].
- Eurostat, 2025: Persons at risk of poverty or social exclusion by age and sex, URL: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_peps01n/default/table?lang=en [4.9.2025].
- Fischer, J. / Geene, R., 2021: Gelingensbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten. In: Klammer, U. / Brettschneider, A. (Hg.), Vorbeugende Sozialpolitik. Ergebnisse und Impulse. Frankfurt a.M.: Wochenschau Verlag, S. 198-204.
- Fischer, S. / Hackstein, P. / Stöbe-Blossey, S., 2023: Kommunaler Potenzialgewinn in der Bildungspolitik: Gelingensbedingungen für die Realisierung. In: Brüggemann, C. / Hermstein, B. / Nikolai, R. (Hg.): Bildungskommunen. Bedeutung und Wandel kommunaler Politik und Verwaltung im Bildungswesen. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa, S. 91-107.
- Holz, G., 2020. Präventionsketten – kind-/jugendbezogene Armutsprävention auf kommunaler Ebene. In: Rahn, P. / Chassé, K. A., Handbuch Kinderarmut, Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 302–310,
- Jungmann, T., 2024. Kinderschutz und Prävention – Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, URL: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i068-3.0> [04.09.2025].
- Klafiki, A. / Loer, K., 2017: Der Gemeinsame Bundesausschuss als machtvoller »kleiner Gesetzgeber« unterhalb des öffentlichen Radars – eine rechts- und politikwissenschaftliche Analyse. <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/verwarch-2017-0302/html?> [14.09.2025]
- Köckler, H. / Geene, R., 2022: Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. URL: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0> [04.09.2025].
- Mavroudis, A., 2020: Die Perspektive der Kinder- und Jugendhilfe auf gesundes Aufwachsen. In: Böhm, K. / Bräunling, S. / Geene, R. / Köckler, H. (Hg.). Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS, S. 55-65.

Literatur /2

- Richter-Kornweitz, A. / Holz, G. / Kilian, H., 2023: Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. URL: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i093-2.0> [4.9.2025].
- Scharpf, F. W., 1973: Planung als politischer Prozess. Aufsätze zur Theorie der planenden Demokratie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Schroeder, W. / von Winter, T., 2019: Korporatismus im deutschen Gesundheitssystem: Voraussetzungen, Bedingungen und Entwicklungen. In: Sozialer Fortschritt Band 68, Heft 6–7, S. 477-496.
- Stöbe-Blossey, S., 2025: Familienzentren in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen als Elemente kommunaler Präventionspolitik. In Handbuch Kommunale Sozialpolitik, Hrsg. Antonio Brettschneider, Stephan Grohs und Nora Jehles. Wiesbaden: Springer VS
- Stöbe-Blossey, S. / Brussig, M. / Drescher, S. / Ruth, M., 2021. Schnittstellen in der Sozialpolitik: Analysen am Beispiel der Felder Berufsorientierung und Rehabilitation. Wiesbaden: Springer VS.
- Stöbe-Blossey, S. / Hagemann, L. / Klaudy, E. K. / Micheel, B. / Nieding, I., 2020: Familienzentren in Nordrhein-Westfalen: Eine empirische Analyse. Wiesbaden: Springer VS.
- Stöbe-Blossey, S. / Köhling, K. / Hackstein, P. / Ruth, M., 2019: Integration durch Bildung als Kooperationsaufgabe. Potenziale vorbeugender Sozialpolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tophoven, S., 2023: Kinder und Jugendliche in Armutslagen. Sozialpolitische Herausforderungen und Handlungspotenziale in der Kommune. Duisburg / Bremen, DIFIS-Studie 2023/5.
- Wallrabenstein, A., 2017. Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses Die Machtzentrale auf der Kippe. Legal Tribune Online. <https://www.lto.de/recht/hintergruende/h/gemeinsamer-bundesausschuss-gb-a-gesundheit-krankenkassen-demokratische-legitimation-bverfg-kritik/2> [14.09.2025]
- Wieda, C., 2025: Nachhaltige Verankerung kommunaler Präventionsketten für gelingendes Aufwachsen: Die Verantwortung des Staates gegenüber dem Kind am Beispiel Nordrhein-Westfalen. Dissertation; im Erscheinen.
- Wohlgemuth, K., 2009: Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe. Annäherung an eine Zauberformel. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.