

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**  
Glinkastraße 24 · 10117 Berlin

Juni 2026

## Fragen zu Schutzlücken und Stellungnahme zur SGB-VIII-Reform / inklusive Lösung (1. Kinder- und Jugendhilfestrukturereformgesetz, RefE März 2026)

### **Früherkennung und Zugang als Anfang der Präventionskaskade — Schutzlücke für Kinder mit nicht sichtbaren Behinderungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

#### **Zugrunde gelegte Definitionen**

**Nicht sichtbare Behinderungen** sind Behinderungen, deren Beeinträchtigung und Teilhabewirkung im Alltag nicht unmittelbar erkennbar sind — bei Menschen mit psychischen, neurologischen, chronischen oder immunologischen Erkrankungen, neurodivergenten Profilen sowie Sinnes- und kognitiven Beeinträchtigungen. Kriterium ist die funktionelle Belastungsreaktion, nicht die Diagnose.

**Invisible Barrieren** sind chemische, soziale, sensorische oder kommunikative, nicht offenkundige Umweltbedingungen, die kumulativ eine disproportionale Belastungsreaktion auslösen.

wir vertreten Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen.

Kinder mit Autismus, ADHS, FASD, Trauma, ME/CFS, Long Covid oder sensorischen Beeinträchtigungen werden häufig nicht als unterstützungsbedürftig erkannt; ihr Verhalten wird als Erziehungs-, Schul- oder Verhaltensproblem gelesen. Die inklusive Lösung (Zuständigkeitsbündelung im Jugendamt ab 2028) ist ausdrücklich zu begrüßen — sie muss aber nicht sichtbare Behinderungen als eigene Erkennungs- und Zugangsfrage operationalisieren, sonst werden Zuständigkeiten gebündelt, ohne dass die Bedarfe dieser Kinder erkannt werden. Aus unserer Prüfung ergeben sich sieben Schutzrisiken; sie stehen am Anfang der Präventionskaskade.

Wer Barrieren und Bedarfe im Kindesalter nicht erkennt, kann sekundäre Erkrankungen, Krisen und spätere Teilhabeeinschränkungen verstärken. Maßstab sind Art. 7 UN-BRK und die UN-Kinderrechtskonvention (Art. 3 Kindeswohl, Art. 12 Beteiligung, Art. 23 Kinder mit Behinderungen). Die Problemlage, die Präventionskaskade mit Suizid als möglichem Endpunkt und die vollständige LIORA-Architektur wurden dem Bundesministerium sowie allen ordentlichen und stellvertretenden Mitgliedern und Fraktionsreferenten des Gesundheitsausschusses am 9. April 2026 übermittelt und müssen dem Ressort bekannt sein.

*Im Zentrum stehen die folgenden Fragen; Hintergrund und Formulierungsvorschläge folgen im Anschluss.*

### **Unsere Fragen an das Bundesministerium**

1. Mit welcher Vorgabe verpflichtet die Reform (§§ 35a, 36, 79a, 80 SGB VIII) zu neurodivergenz-, trauma-, FASD- und chronisch-krankheitssensibler Früherkennung, sodass nicht sichtbare Bedarfe nicht als Erziehungsproblem fehlgedeutet werden?
2. Wie unterscheidet die Reform zwischen Diagnose, Bedarfserkennung und Barriereerkennung — sodass das Jugendamt nicht selbst diagnostizieren muss, aber erkennen kann, dass eine nicht sichtbare Behinderung oder Barriere vorliegen könnte, und das Verfahren entsprechend anpasst?
3. Wie werden Verfahrenslotsen nach § 10b SGB VIII befähigt, nicht sichtbare Behinderungen (FASD, Autismus, ADHS, Trauma, ME/CFS, Long Covid) zu erkennen, und gilt beim Übergang eine vorläufige Leistungsverantwortung?

4. Wie wird sichergestellt, dass § 35a SGB VIII nicht sichtbare, fluktuierende und spät erkannte Behinderungen nicht erst nach massiver sekundärer Verschlechterung erfasst?
5. Wie wird Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII so gestaltet, dass Kinder mit Masking, selektivem Mutismus, Trauma oder Erschöpfung ihren Bedarf nicht normgerecht erzählen müssen, um Hilfe zu erhalten?
6. Wie wird Bildungsassistenz in Kita und Schule so ausgestaltet, dass sie Reizbelastung, Exekutivfunktion, soziale Erschöpfung, FASD-Lernprofile und chronische Belastungsgrenzen berücksichtigt (Art. 24 UN-BRK)?
7. Welche alternativen Kommunikationsformen und ombudtschaftlichen Beschwerdewege stehen neurodivergenten, traumatisierten oder kommunikativ beeinträchtigten Kindern zur Verfügung (§ 8 SGB VIII; Art. 12 UN-KRK)?
8. Wie berücksichtigt die Reform Eltern mit eigener nicht sichtbarer Behinderung, deren Mitwirkung behinderungsbedingt erschwert sein kann, ohne dies als mangelnde Kooperation zu werten?
9. Autistische Menschen ohne Intelligenzminderung — also gerade die Gruppe mit nicht sichtbarer Behinderung — haben eine rund neunfach erhöhte Suizidmortalität (Hirvikoski et al., 2016: OR 9,40 für ASD ohne Intelligenzminderung; OR 7,55 für ASD insgesamt); eine aktuelle Metaanalyse bestätigt die hohe Suizidalität dieser Gruppe (Newell et al., 2023: gepoolte Suizidgedanken rund 34 %, Suizidversuche rund 24 %). Menschen mit ME/CFS berichten zu 39 % über Suizidgedanken seit Erkrankungsbeginn (König et al., 2024). Nicht erkannte und nicht versorgte Kinder mit nicht sichtbarer Behinderung entwickeln häufiger sekundäre Erkrankungen und tragen ein erhöhtes Suizidrisiko bis ins Erwachsenenalter. Wie begründet das Ressort, dass der Entwurf seiner staatlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 GG für die am stärksten suizidgefährdeten Gruppen genügt?
10. Wie wird sichergestellt, dass die inklusive Lösung — wie von AGJ und Lebenshilfe gefordert — nicht zum Sparinstrument wird (keine pauschale Verweisung individuell schulbegleitungsbedürftiger Kinder auf Gruppenlösungen) und dass Verfahrenslotsen (§ 10b) tatsächlich zur Durchsetzung der Ansprüche befähigt werden?
11. Wie wird sichergestellt, dass Kinder und Eltern mit Hör-, Seh- oder kognitiven Beeinträchtigungen in Hilfeplanung und Beteiligung zugängliche Kommunikation erhalten (Deutsche Gebärdensprache, Leichte Sprache, barrierefreie Unterlagen; Art. 7 UN-BRK, Art. 12 UN-KRK)?
12. Sofern eine behinderungsspezifische Prüfung nach § 44 GGO stattgefunden hat, bitten wir um Mitteilung der tragenden Erwägungen und Normverweise. Sofern sie nicht erfolgt ist, bitten wir um Nachholung vor der abschließenden Beratung.

*Sofern die aufgeführten Schutzrisiken im Entwurf adressiert sind, bitten wir um Verweis auf die entsprechenden Normen. Die Problemlage und die beschriebenen Schutzrisiken — einschließlich der vollständigen LIORA-Architektur — wurden am 9. April 2026 übermittelt. Wir bitten ausdrücklich, diese Hinweise im weiteren Verfahren nachvollziehbar zu prüfen und zu dokumentieren.*

## Hintergrund und Formulierungsvorschläge

■ S = Systemisch ■ E = Erheblich ■ St = Strukturell — P = Psychisch · N = Neurologisch · C = Chronisch/Schmerz/Kognitiv · S = Sinnesbeeinträchtigungen

### A — Früherkennung und Fehldeutung

■ **A1 §§ 1, 8a, 27, 35a, 36 SGB VIII [N·P·C·S]** Eine verbindliche, neurodivergenz-, trauma-, FASD- und chronisch-krankheitssensible Erkennung ist nicht hinreichend operationalisiert. Auffälliges, vermeidendes, zurückgezogenes oder erschöpftes Verhalten ist nicht vorschnell als Erziehungsproblem zu deuten, sondern als möglicher Hinweis auf nicht sichtbare Behinderung, Überforderung, Trauma oder Reizbelastung zu prüfen. Gerade seelische Behinderungen werden über § 35a SGB VIII oft erst nach massiver sekundärer Verschlechterung erfasst. [1][2]

### B — Inklusive Lösung, Verfahrenslotse, Schnittstellen

■ **B1 § 10b SGB VIII (Verfahrenslotse); § 10, § 36b SGB VIII [alle]** Die Zusammenführung der Zuständigkeiten darf nicht zum Übergangsvakuum werden. § 10b SGB VIII (Verfahrenslotse) und eine vorläufige Leistungsverantwortung sind zentrale Schutzinstrumente — Lotsen müssen zu nicht sichtbaren Behinderungen geschult und für Familien mit exekutiver Überforderung, Trauma oder eigener Behinderung niedrigschwellig erreichbar sein.

■ **B2 Bildungsassistenz Kita/Schule; Art. 24 UN-BRK [N·P·C·S]** Nicht sichtbare Behinderungen werden im Bildungssystem sichtbar: Schulabsentismus, Overload, Meltdown/Shutdown, Masking, soziale Erschöpfung, FASD-Lernprofil, ADHS-Exekutivfunktion, ME/CFS-Belastungsgrenze. Bildungsassistenz muss Reizbelastung, Exekutivfunktion und chronische Belastungsgrenzen berücksichtigen.

## **C — Beteiligung und Kinderschutz**

■ **C1 § 8 SGB VIII; Art. 12 UN-KRK [N·P]** Beteiligungs- und Beschwerdeverfahren sind nicht kindgerecht und kommunikationsangepasst (bildgestützt, schriftlich, spielbasiert, mit Vertrauensperson, reizarm, alternative Kommunikation) für neurodivergente Kinder ausgestaltet; ombudschäftliche Beschwerdewege fehlen.

■ **C2 § 8a, § 8b SGB VIII (Kinderschutz) [P·N·S]** Nicht sichtbare Behinderung ist Risiko- und Schutzfaktor zugleich: Abhängigkeit, Kommunikationsbarrieren und fehlende passgenaue Unterstützung können die Gefährdungseinschätzung verändern und müssen fachlich berücksichtigt werden. Nicht die Behinderung gefährdet, sondern fehlende Unterstützung und Fehlinterpretation — eine Pathologisierung ist zu vermeiden.

## **D — Eltern, Planung, Governance**

■ **D1 Eltern mit eigener nicht sichtbarer Behinderung [N·P·C·S]** Mitwirkung, Antragstellung und Kooperation im Jugendhilfeverfahren können bei Eltern mit eigener nicht sichtbarer Behinderung behinderungsbedingt erschwert sein; dies darf nicht als mangelnde Erziehung oder Kooperation fehlgedeutet werden.

■ **D2 §§ 79a, 80 SGB VIII; § 44 GGO; Art. 4 Abs. 3, 31 UN-BRK [alle]** Nicht sichtbare Behinderungen sind in Jugendhilfeplanung (§ 80) und Qualitätsentwicklung (§ 79a) nicht als eigene Planungsgröße erfasst; Beteiligung und disaggregierte Daten fehlen.

## **Formulierungsvorschläge — zur Übernahme oder Anpassung**

*Vorschläge zur Übernahme oder Anpassung; Schwellenwerte bleiben politisch zu bestimmen.*

→ **Früherkennung:** Die Hilfeplanung (§ 36) verpflichtet zu neurodivergenz-, trauma-, FASD- und chronisch-krankheitssensibler Früherkennung; auffälliges Verhalten ist als möglicher Hinweis auf nicht sichtbare Behinderung zu prüfen, ohne dass Kinder ihren Bedarf normgerecht erzählen müssen.

→ **§ 10b Verfahrenslotse:** Verfahrenslotsen werden zu nicht sichtbaren Behinderungen befähigt; beim Übergang gilt eine vorläufige Leistungsverantwortung — kein Kind fällt zwischen Jugend- und Eingliederungshilfe.

→ **Beteiligung:** Beteiligungs- und Beschwerdeverfahren sind kindgerecht, kommunikationsangepasst und ombudschäftlich für neurodivergente Kinder zu gestalten (Art. 12 UN-KRK).

## **Anschluss an die Fachverbände**

Die AGJ begrüßt die inklusive Lösung, mahnt aber, sie dürfe „nicht zum reinen Instrument der Kostendämpfung“ werden, und fordert eine Stärkung der Verfahrenslotsen (§ 10b). Die Bundesvereinigung Lebenshilfe warnt, die Reform drohe „zum Sparinstrument zulasten von Kindern mit Behinderung“ zu werden — wer Eins-zu-eins-Schulbegleitung braucht, bekomme pauschal eine Drei-zu-eins-Lösung, wer eine Fachkraft braucht, eine Hilfskraft. Rund 275.000 Minderjährige sind betroffen, davon 80.000 mit Schulbegleitung.

Das bestätigt B1 (Verfahrenslotse) und B2 (Bildungsassistenz): Wo betriebswirtschaftliche Logik über die Passung gestellt wird, verlieren zuerst die Kinder mit nicht sichtbarem, individuellem Bedarf.

## **Zur strukturellen Ursache**

Wer Barrieren und Bedarfe im Kindesalter nicht erkennt, kann die Pflegebedürftigkeit und Krise des Erwachsenenalters mit verursachen. Ein Kind, das jahrelang ohne passende Unterstützung „funktionieren“ muss, entwickelt sekundäre Erkrankungen — nicht wegen seiner Diagnose, sondern wegen fehlender Strukturen. Die inklusive Lösung ist die Chance, das zu ändern — wenn sie nicht sichtbare Behinderungen erkennt.

Wer Barrieren früh anerkennt, verhindert chronisches Leid und gesellschaftliche Folgekosten. Wer sie ignoriert, produziert sie. Die Lösungen existieren. Die Evidenz existiert. Die völkerrechtliche Verpflichtung existiert.

Wir bitten um Berücksichtigung und um ein Hintergrundgespräch.

## Studien und Quellen

*Vollständige Angaben mit DOI, Studiendesign und Qualitätsbewertung; gekennzeichnet nach direktem Evidenzbeleg vs. plausibler Übertragung auf den Gesetzeskontext.*

**[1] Diemer, M.C. et al. (2025). Comparative Analysis of Autistic Women Across the Lifespan: Childhood vs. Adulthood Diagnosis. Autism Research. DOI: 10.1002/aur.70073; ergänzend Lai, M.-C. et al. (2015). Sex/gender differences and autism. JAACAP, 54(1), 11–24.**

Design: Vergleichsanalyse, n=1.424 autistische Frauen/AFAB; 2025 | Qualität: Hoch — peer-reviewed. Direkte Evidenz: diagnostischer Gender Bias — in der Kindheit unerkannte, erst im Erwachsenenalter diagnostizierte Frauen tragen höhere Raten von Angst, Depression, Essstörungen und Substanzgebrauch. Übertragung: spätere Diagnose bei Frauen (Autismus); keine fixe Verzugszahl behauptet.

**[2] Thanh, N.X. & Jonsson, E. (2016). Life Expectancy of People with Fetal Alcohol Syndrome. Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology, 23(1), e53–e59. PMID: 26962962.**

Design: Retrospektive Kohortenstudie, Verwaltungsdaten Alberta 2003–2012 | Qualität: Mittel. Direkte Evidenz: Lebenserwartung bei Fetalem Alkoholsyndrom (FAS) rund 34 Jahre (95%-KI 31–37), etwa 42 % der Allgemeinbevölkerung; führende Todesursache „äußere Ursachen“ inkl. Suizid (15 %). Übertragung: FAS-spezifisch (engste Diagnose im FASD-Spektrum).

**[3] Hull, L. et al. (2017). Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. JADD, 47(8), 2519–2534. DOI: 10.1007/s10803-017-3166-5**

Design: Qualitative Thematische Analyse, n=92; UCL & Autism Research Centre Cambridge | Qualität: Hoch — über 2.000 Zitationen. Direkte Evidenz: Masking führt zu Erschöpfung, Burnout. Übertragung: Suizidrisiko nur indirekt.

**[4] Hirvikoski, T. et al. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. The British Journal of Psychiatry, 208(3), 232–238. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.160192**

Design: Populationsbasierte Kohortenstudie, n=27.122 autistische Personen vs. 2.672.185 Kontrollen; Karolinska Institutet | Qualität: Sehr hoch. Direkte Evidenz: Suizid-OR 7,55 für ASD insgesamt; OR 9,40 für ASD ohne Intelligenzminderung, OR 2,41 mit Intelligenzminderung. Übertragung: Risikohintergrund, kein direkter Normierungsbeweis.

**[5] König, R.S., Paris, D.H., Sollberger, M. & Tschopp, R. (2024). Identifying the mental health burden in ME/CFS patients in Switzerland: A pilot study. Heliyon, 10(5), e27031. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e27031**

Design: Querschnittsbefragung, n=169 ME/CFS-Betroffene (Schweiz, Pilotstudie) | Qualität: Mittel — peer-reviewed, Open Access, kleine Stichprobe. Direkte Evidenz: 39,3 % berichten Suizidgedanken seit Erkrankungsbeginn. Übertragung: ME/CFS-spezifisch; Pilotcharakter zu kennzeichnen.

**[6] UN-Fachausschuss (2023). Abschließende Bemerkungen zu Deutschland, CRPD/C/DEU/CO/2-3.**

Design: Offizielles Prüfergebnis UN-Vertragsorgan | Qualität: Sehr hoch — völkerrechtlich verbindlich. Ziffer 8b (medizinisches Modell), 12c (fehlende disaggregierte Daten). Direktes Korrekturmandat.

*Hinweis: Zahlen aus epidemiologischen Studien belegen Risikohintergrund; die Übertragung auf die konkrete Normlücke ist jeweils gekennzeichnet und als strukturelles, nicht kausales Einzelargument zu lesen.*

Mit freundlichen Grüßen

**Rebecca Lefèvre**

Leitung, Initiative Stille Stunde / gemeinsam zusammen e.V.  
Sprecherin AG Neurodivergenz und neurologische Vielfalt, NaSPro  
post@stille-stunde.com · www.stille-stunde.com

*Fachpapiere LIORA (Vertiefung, keine externe Evidenz): KONVERA-Modell v14, FEMORA v12, PRAEVIO v3, MEDIRA, INVERSIO  
[https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/04/LIORA\\_Uebersicht.pdf](https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/04/LIORA_Uebersicht.pdf)  
— gemeinsam zusammen e.V., März 2026. [www.stille-stunde.com](http://www.stille-stunde.com)*