

Stellungnahme von DGKJ, DGSPJ und BVKJ zum Referentenentwurf des 1. Kinder- und Jugendhilfestruckturereformgesetzes

(1. KJHSRG, Bearbeitungsstand 23.03.2026) inkl. der beigegefügt Synopse
(Bearbeitungsstand 20.03.2026)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ)

Berlin/Köln, April 2026

I. Vorbemerkung

Das BMBFSFJ hat am 23. März 2026 den Referentenentwurf des 1. KJHSRG vorgelegt. Die Synopse (Bearbeitungsstand 20.03.2026) ermöglicht eine präzise Analyse der Normtexte im Vergleich zum geltenden Recht. DGKJ, DGSPJ und BVKJ nehmen gemeinsam Stellung.

II. Grundsätzliche Bewertung

DGKJ, DGSPJ und BVKJ begrüßen im Grundsatz die Neuregelung der Kinder- und Jugendhilfe in dem nun vorgelegten Referentenentwurf. Mit der Zusammenführung der Regelungen im SGB VIII werden Zuständigkeiten und Antragswege eindeutiger und transparenter im Sinne der Betroffenen geregelt. Auch die vermehrte Bündelung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten anstelle von Einzelfallhilfen befürworten wir im Grundsatz. Der Entwurf spricht damit wichtige Themen der Kinder- und Jugendhilfe korrekt an. Die Analyse des Normtextes zeigt allerdings, dass einige Lösungsansätze unzureichend sind.

Die Zusammenführung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen unter dem Dach des SGB VIII war 2021 mit dem KJSG versprochen, in der 20. Legislatur trotz IKJHG-Beschluss gescheitert und sollen nach dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf endlich vollzogen werden. Die Hilfen für Kinder mit körperlicher und geistiger Behinderung und Kinder mit seelischer Behinderung in verschiedenen Sozialgesetzbüchern zu regeln ist aus kinder- und jugendärztlicher Sicht nicht begründbar, da die Abgrenzung der Art der Behinderungen bei vielen Kindern und Jugendlichen nur schwer möglich ist.

Aber die Synopse zeigt etwas, das im Normtext schwer zu erkennen ist: Das Gesetz ersetzt systematisch den Begriff „Arzt“ durch „Träger der öffentlichen Jugendhilfe“. Es regelt Bedarfsermittlung, Hilfeplanung, Leistungsgewährung – alles unter Regie der Jugendämter. Ärzte, SPZ, niedergelassene Kinder- und Jugendärzte kommen in der gesamten Neuordnung nicht als Akteure, sondern allenfalls als Lieferanten von Stellungnahmen vor, die das Jugendamt einzuholen „prüfen“ kann. Dieser Verzicht auf ärztliche und psychologische

Expertise ist nicht nachvollziehbar und droht auch zu einer Überforderung der mit diesen Aufgaben neu betrauten Jugendämter zu führen. Schon jetzt beklagen die Jugendämter mit der Vielzahl an Anfragen überlastet zu sein.

III. Was wir begrüßen

Gesamtzuständigkeit ab 1. Januar 2028. Die bisherige Aufspaltung in § 10 Abs. 4 SGB VIII – Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder mit körperlicher und geistiger Behinderung beim Träger der EGH, für Kinder mit seelischer Behinderung beim Jugendamt – ist für Kinder und Familien nicht erklärbar und nicht zumutbar. Die Synopse zeigt, dass § 10 Abs. 4 a.F. nun vollständig entfällt. Das ist sinnvoll und überfällig.

§ 1 SGB VIII-E: Teilhabe als Grundrecht. Die Erweiterung des Leitprinzips in § 1 Abs. 1 um „die Förderung seiner vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ ist mehr als eine Formulierungsänderung. Es ist eine programmatische Setzung, hinter der sich die pädiatrischen Verbände vorbehaltlos stellen.

§ 9 Abs. 2 JuSchG – Streichung begleitetes Trinken. Diese Regelung war durch keine einzige Evidenz gestützt. Kinder und Jugendliche, die öffentlich Alkohol trinken – mit oder ohne elterliche Begleitung –, schaden ihrer Gesundheit. Die Streichung dieser Regelung kommt den jahrelangen Forderungen der pädiatrischen Verbände nach.

§ 10b SGB VIII-E – Verfahrenslotse unbefristet. Richtig. Familien mit behinderten Kindern bewegen sich durch ein gegliedertes Sozialleistungssystem, das auch nach dieser Reform komplex bleibt. Der Verfahrenslotse ist eine kluge Konstruktion. Seine Entfristung ist konsequent.

§ 92a SGB VIII-E – Kostenbeitragsfreiheit für ambulante Leistungen. Familien, die ein Kind mit körperlicher oder geistiger Behinderung haben, tragen eine hohe finanzielle und emotionale Belastung. Die Abschaffung der Kostenbeitragspflicht für ambulante Eingliederungshilfeleistungen, die bisher nach SGB IX erbracht wurden, ist sozial und medizinisch richtig. Sie war im Vorläufer-IKJHG bereits vorgesehen. Dass sie jetzt kommt, ist sinnvoll.

IV. Kritische Aspekte und Änderungsbedarf

1. § 38a SGB VIII-E: Das Kernproblem des Entwurfs

Die Synopse zeigt ganz klar, dass mit der Neuregelung die Hinzuziehung ärztlicher und psychologischer Expertise nicht mehr als vorrangig bzw. obligatorisch angesehen werden soll. Bisher war in § 35a SGB VIII die Einholung einer Stellungnahme eines Arztes/Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Kindern mit seelischer Behinderung obligatorisch. Im neuen § 38a SGB VIII-E regiert die Prüflöglk:

Der Träger der öffentlichen Jugendhilfe **prüft**, ob Gutachten, ärztliche Stellungnahmen oder „vergleichbare Bescheinigungen vorliegen, die als Grundlage für seine Entscheidung ausreichen“. Erst wenn nicht, **prüft** er, ob eine ärztliche Stellungnahme „erforderlich und ausreichend ist“. Erst dann **holt er** sie ein.

Das ist eine dreifach abgestufte Kann-Kaskade für ärztliche und psychologische Expertise bei Kindern mit körperlicher und geistiger Behinderung.

Dem gegenüber steht die klinische Realität: Ein Kind mit z. B. frühkindlichem Autismus, Down-Syndrom, Spina bifida, Trisomie 18 oder einer seltenen metabolischen Erkrankung braucht für eine tragfähige Bedarfsermittlung vorrangig medizinische Diagnostik, mehrdimensionale Bereichsdiagnostik, interdisziplinäre Einschätzung unter ärztlicher Verantwortung. Das ist der Kernauftrag der Sozialpädiatrie.

Eine solche medizinische Einschätzung vermögen die Jugendämter nicht zu leisten - nicht weil sie inkompetent sind, sondern weil es bisher und auch aktuell nicht ihre Aufgabe ist. Hier droht eine Überforderung der in den Jugendämtern Verantwortlichen.

Wir fordern daher, § 38a SGB VIII-E so zu fassen, dass bei Kindern mit körperlichen, geistigen oder Sinnesbehinderungen die Einbeziehung einer kinder- und jugendärztlichen Stellungnahme verpflichtend und nicht fakultativ nach Prüfung wird.

Wir fordern daher folgende Klarstellungen:

1. Soweit Kinder und Jugendliche, insbesondere solche mit schweren Mehrfachbehinderungen, in Sozialpädiatrischen Zentren, die nach §119 Absatz 1 ermächtigt wurden, behandelt werden, sind diese mit Ihrer multiprofessionellen Expertise in die Erstellung des Hilfe- und Leistungsplans einzubeziehen.
2. Eine klare Anerkennungsregel, die über die Ausführungen zu §35c (S. 86 der Anlage 1 zum Referentenentwurf) hinausgeht und die dreifach abgestufte Prüfkaskade durch einen einzigen Schritt ersetzt. Förder- und Behandlungspläne nach § 7 FrühV sowie ärztliche Stellungnahmen aus SPZ, Kinderklinik oder niedergelassener Praxis müssen als ausreichende Grundlage für die Bedarfsfeststellung – ohne Paralleldiagnostik durch das Jugendamt, ohne neue Begutachtung, gelten.

Wir sehen durch diese Regelung ein erhebliches Entbürokratisierungspotential und die Möglichkeit Dokumentationsaufwand und Rechtsunsicherheit zu reduzieren sowie ärztliche Kompetenz und die multiprofessioneller Teams wirkungsvoll und früh ans Kind zu bringen.

2. Versorgungsstrukturen:

Dieses Gesetz denkt Behinderung in erster Linie als Jugendhilfeproblem – nicht als biopsychosoziales Versorgungsproblem, das medizinische und jugendhilferechtliche Kompetenz gemeinsam verlangt.

Sozialpädiatrische Zentren. Etwa 160 bis 170 SPZ in Deutschland behandeln jährlich rund 400.000 Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen und chronischen Erkrankungen. Wartezeiten von regelhaft 8 bis 12 Monaten zeigen: Der Bedarf ist schon jetzt nicht gedeckt. Ab 2028 werden rund 300.000 Kinder mit körperlichen und geistigen Behinderungen neu in die Zuständigkeit der Jugendämter wechseln. Kein Jugendamt der Bundesrepublik ist für die sozialpädiatrische Diagnostik dieser Kinder ausgestattet. Wir fordern: SPZ müssen im SGB VIII-E explizit als Kooperationspartner der Träger der öffentlichen Jugendhilfe verankert werden. Der Förder- und Behandlungsplan nach § 7 FrühV, auf den § 35c Abs. 3 SGB VIII-E verweist, wird in SPZ erstellt. Im Gesetz muss das benannt werden.

SPZ-Zweigstellen. Wenn ab 2028 Jugendämter flächendeckend mit SPZ kooperieren sollen, müssen SPZ auch in der Fläche erreichbar sein. Die gegenwärtige Zulassungsregelung begrenzt SPZ auf feste Hauptstandorte. Ohne Zweigstellenregelung bleibt der Kooperationsanspruch ein Stadtphänomen. Kinder in strukturschwachen Regionen – die

ohnehin schon schlechteren Zugang haben – fallen weiter durchs Raster. Wir fordern die Zulassung von SPZ-Zweigstellen durch Anpassung des § 119 SGB V.

Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin in der Praxis. Fast alle Kinder und Jugendlichen, aber insbesondere die Kinder mit Entwicklungsstörungen und Behinderungen werden kontinuierlich und longitudinal in den niedergelassenen Praxen durch ihre primärversorgenden Kinder- und Jugendärzte versorgt. Dadurch besteht ein langjähriges Vertrauensverhältnis und eine umfangreiche Kenntnis, nicht nur des Krankheitsbildes, sondern auch der Lebensumstände der gesamten Familie. Eine Kooperation mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten sollte gesetzlich ebenfalls verankert werden.

Öffentlicher Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD). Der KJGD ist für Kinder in belasteten Soziallagen oft ein niederschwelliger medizinische Kontaktpunkt und bildet die kommunale Brücke zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe. Er ist im Entwurf mit keinem Wort erwähnt. Er muss wie die SPZ als Kooperationspartner der Jugendämter gesetzlich verankert werden.

Sozialmedizinische Nachsorge. Die Nachbetreuung von Frühgeborenen, schwer kranken Kindern und Kindern nach stationärem Aufenthalt im häuslichen Umfeld ist zwar vielerorts gut etabliert, aber bislang in keinem relevanten Gesetz strukturell abgesichert. Für Kinder mit Behinderungen ist sie häufig die entscheidende Übergangsleistung zwischen Klinik und Alltag. Der Referentenentwurf erwähnt sie nicht. Das ist eine blinde Stelle, die geschlossen werden muss (z.B. Bundesverband Bunter Kreis e.V.).

Ressourcenvorbehalt: Alle Kooperationsforderungen dieses Abschnitts setzen voraus, dass die gesetzliche Verankerung mit den erforderlichen Voraussetzungen verbunden wird – insbesondere Kapazitätserweiterung der SPZ, auskömmliche Vergütung ärztlicher Kooperationsleistungen im SGB V und Klärung der Finanzierung nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen. SPZ, die bereits heute Wartezeiten von 8 bis 12 Monaten haben, können gesetzliche Kooperationspflichten nicht erfüllen, wenn die dafür erforderlichen Kapazitäten und Mittel nicht bereitstehen. Kooperation ohne Kapazität ist keine Lösung. Es ist eine Verschiebung des Problems auf die, die es lösen sollen.

3. § 35c SGB VIII-E – Frühförderung: Direktzugang sichern

Die Synopse zeigt, dass § 35c Abs. 3 SGB VIII-E die Hilfe- und Leistungsplanung nach §§ 36 bis 38d aus dem Frühförderbereich herausnimmt und an deren Stelle den Förder- und Behandlungsplan der Frühförderstellen treten lässt. Das ist handwerklich korrekt.

Nicht geregelt ist aber, was Eltern am meisten interessiert: Kommen sie weiterhin ohne Umweg über das Jugendamt zur Frühförderstelle oder zum SPZ? Die niedergelassene Kinder- und Jugendarztpraxis ist für die meisten Familien die erste Anlaufstelle, wenn ein Kind eine Entwicklungsverzögerung zeigt. Der Kinder- und Jugendarzt/ärztin überweist. Die Familie kommt – mit einem Erstkontakt, ohne Bewilligung. Dieser niedrigschwellige Zugang ist das Fundament des gegenwärtigen Frühfördersystems.

§ 35c SGB VIII-E enthält keine Schutzregelung für diesen Zugang. Wir fordern: Das Gesetz stellt klar, dass der Zugang zu Leistungen der Früherkennung und Frühförderung auf ärztliche Überweisung unmittelbar erfolgt – eine vorherige Antragstellung beim Träger der öffentlichen

Jugendhilfe ist nicht erforderlich. Das ist der wirksamste Entbürokratisierungsschritt, den dieses Gesetz vollziehen kann: kein Jugendamtsantrag, kein Bewilligungsverfahren für die größte Frühversorgungsgruppe – ärztliche Kompetenz kommt unmittelbar ans Kind.

4. § 27a Abs. 4 SGB VIII-E – Vorranggebot: Qualitätssicherung fehlt

Die Synopse zeigt die neue Regelung präzise: Sofern infrastrukturelle Angebote oder Regelangebote im Hinblick auf den Bedarf des Kindes oder des Jugendlichen im Einzelfall **geeigneter oder gleichermaßen geeignet** sind, werden diese vorrangig gewährt. Wir begrüßen die Stärkung infrastruktureller Angebote, da sie unter bestimmten Voraussetzungen zu einer Verbesserung der Versorgung führen können. Es müssen jedoch Qualitätsstandards sichergestellt werden, um die Überforderung einzelner Einrichtungen (z. B. Kindertagesstätten) zu vermeiden. Gleichzeitig muss bei weiterhin hohem individuellen Hilfebedarf auch die Einzelfallhilfe möglich bleiben.

Vernünftig ist die Neuregelung nur dann, wenn „gleichermaßen geeignet“ im Einzelfall auch wirklich gemessen wird. Für ein Kind mit komplexem Unterstützungsbedarf kann ein Infrastrukturangebot formal gleichwertig erscheinen und faktisch wirkungslos sein. Die Formulierung enthält keinen Qualitätssicherungsmechanismus. Die Einsparprognose des Entwurfs – 100 Mio. Euro allein durch Vorrang der Kindertagesbetreuung vor sozialpädagogischer Familienhilfe im Jahr 2028 – lässt befürchten, dass der Gesetzgeber hier fiskalisch und nicht klinisch denkt.

Wir fordern: Das Vorranggebot muss an einen nachgewiesenen, nicht nur formellen Bedarfsausgleich geknüpft werden. Die Beurteilung der Gleichwertigkeit bei Kindern mit körperlicher oder geistiger Behinderung erfordert auch wesentlich medizinische Kompetenz.

5. § 80a SGB VIII-E – Bildungsassistenz: konzeptionell richtig, strukturell unfertig

Wir begrüßen die geplante flexiblere Einsatzmöglichkeit von Bildungsassistenten. Der Grundgedanke ist richtig. Schulbegleitung als Einzelfallhilfe mit aufwändiger Hilfeplanung für jedes Kind ist ineffizient. Ein infrastrukturelles Angebot, das bedarfsgerechte Begleitung ohne bürokratischen Aufwand ermöglicht, ist sinnvoll. Die Synopse zeigt allerdings, was die Regelung nicht enthält: keine Qualitätskriterien für die Bildungsassistenz, keine Anforderungen an die Qualifikation der Assistenzpersonen, keine Mindeststandards für die Erfassung individueller Bedarfe. Pädiatrische oder sozialpädiatrische Fachkompetenz ist nicht vorgesehen.

Wir fordern: § 80a SGB VIII-E muss verpflichtende Qualitätsstandards enthalten. Dazu gehören Qualifikationsanforderungen und eine verbindliche Bedarfserfassung unter Einbeziehung medizinischer Expertise – gerade bei Kindern, deren Begleitungsbedarf auf einer Behinderung beruht. Das Entbürokratisierungspotenzial des Poolings wird nur dann vollständig realisiert, wenn die Bedarfszuordnung direkt auf Basis vorliegender medizinischer Diagnosen – SPZ-Plan, Arztbrief, Entlassungsbericht – erfolgt, ohne Übersetzung in jugendamtliche Hilfeplanung.

6. Qualifikation des Jugendamtspersonals

Der Entwurf stärkt in § 79 Abs. 3 SGB VIII-E den aufgabenspezifischen Kompetenzansatz. Aber es gibt keine einzige Regelung, die festlegt, welche Mindestkompetenz Jugendamtsfachkräfte mitbringen müssen, wenn sie ab 2028 die Bedarfsermittlung für Kinder mit geistiger oder körperlicher Behinderung verantworten.

Die Synopse weist einmalige Schulungskosten von rund 8,5 Mio. Euro für das gesamte Bundesgebiet aus. Für eine Transformation, die 575 Jugendämter, über 300.000 Kinder und das komplexeste Krankheitsspektrum der Pädiatrie betrifft, ist das keine adäquate Summe.

Wir fordern: Der Gesetzgeber muss in § 79 SGB VIII-E oder in einer Rechtsverordnung Mindestqualifikationsstandards für Fachkräfte festlegen, die Eingliederungshilfeleistungen für Kinder mit körperlichen und geistigen Behinderungen planen. Ohne das ist die Reform eine Strukturverschiebung ohne Strukturvoraussetzung.

7. Finanzierung nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen

Die DGSPJ weist seit Jahrzehnten auf ein Finanzierungsproblem hin, das durch diesen Entwurf nicht gelöst, sondern potenziell verschärft wird. Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen in SPZ – psychologische Behandlung, heilpädagogische Diagnostik, sozialarbeiterische Begleitung unter ärztlicher Verantwortung – werden aus § 43a SGB V strukturell unzureichend finanziert. Träger der Eingliederungshilfe haben sich vielfach aus der Mitfinanzierung zurückgezogen, zuletzt flächendeckend in NRW ab 2021, wo 40 SPZ direkt betroffen waren, in manchen Zentren mit sechsstelligen Verlusten.

Ab 2028 werden rund 575 Jugendämter als neue Leistungsträger die EGH übernehmen. Ohne bundeseinheitliche Regelung entsteht ein Flickenteppich aus Einzelverhandlungen. Das ist für SPZ nicht administrierbar.

Wir fordern: § 43a SGB V muss in Verbindung mit dem 1. KJH SRG eindeutig und rechtsverbindlich klären, wie nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen in der neuen Zuständigkeitsstruktur finanziert werden. Das gehört in dieses Gesetz oder in eine begleitende Anpassung des SGB V.

Jede gesetzliche Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit den Jugendämtern ist nur dann zumutbar und umsetzbar, wenn gleichzeitig die Finanzierung der dafür erbrachten ärztlichen und sozialpädiatrischen Leistungen gesichert ist. Anderenfalls würde das Gesetz Strukturen, die ohnehin am Limit arbeiten, mit zusätzlichen Pflichten belasten – ohne die Mittel, sie zu erfüllen. Das wäre keine Stärkung des Systems. Es wäre seine weitere Aushöhlung.

8. Entbürokratisierung: Drei Stellschrauben

Die Reform hat erhebliches Entbürokratisierungspotenzial, das im Entwurf nicht ausreichend genutzt wird. Drei Stellschrauben könnten den Aufwand der Jugendämter für einen erheblichen Teil der betroffenen Kinder reduzieren – ohne Qualitätsverlust, sondern mit mehr ärztlicher Kompetenz am Kind:

Stellschraube 1 – Direktzugang (§ 35c SGB VIII-E): Frühförderung und SPZ auf ärztliche Überweisung ohne Jugendamtsantrag. Für die größte Frühversorgungsgruppe entfällt das gesamte Bewilligungsverfahren.

Stellschraube 2 – Anerkennungsregel (§ 38a SGB VIII-E): Vorliegende Diagnosen und Pläne aus SPZ, Klinik, fachärztlichen Praxen und Frühförderstellen gelten als ausreichende Grundlage für die Bedarfsfeststellung – ohne amtliche Paralleldiagnostik, ohne neue Begutachtung. Die dreifach abgestufte Prüfkaskade wird durch eine einzige klare Regel ersetzt.

Stellschraube 3 – Pooling auf Diagnosebasis (§ 80a SGB VIII-E): Bildungsassistenz wird auf Grundlage medizinischer Diagnosen zugeordnet, nicht nach individuellem Hilfeplanverfahren. Vorliegende ärztliche Unterlagen gelten unmittelbar als Grundlage der Infrastrukturplanung.

Alle drei Maßnahmen setzen keine zusätzlichen Ressourcen voraus. Sie erfordern lediglich klare gesetzliche Formulierungen. Der Gesetzgeber könnte sie mit wenigen Sätzen umsetzen – und würde damit mehr ärztliche Kompetenz ungehindert ans Kind bringen als mit jeder neuen Kooperationspflicht.

9. Kostenkalkulation: Ehrlichkeit ist gefordert

Der Entwurf prognostiziert ab 2036 jährliche Einsparungen von 2,7 Mrd. Euro – im Wesentlichen durch Pooling der Bildungsassistenz und Vorrang von Infrastrukturangeboten. Wir halten diese Prognose für unrealistisch.

Die Zahl der Kinder mit Behinderungen steigt. Die Komplexität ihrer Bedarfe ebenso. Poolingeffekte entstehen nur, wenn Infrastruktur vorhanden ist – Infrastruktur, die aufgebaut werden muss, bevor sie Einsparungen generiert. Kommunen, die heute bereits unter Fachkräftemangel, Haushaltsdruck und steigender Inanspruchnahme leiden, werden diese Transformation nicht gratis vollziehen.

Wir begrüßen die überfällige Reform, fordern aber Ehrlichkeit in der Kostenkalkulation. Eine Reform, die auf überzogenen Einsparversprechen aufgebaut wird, erzeugt Qualitätsdruck an der falschen Stelle: beim Kind.

V. Kernforderungen

Wir fordern im weiteren Gesetzgebungsverfahren:

1. Reformierung von § 38a SGB VIII-E: Verpflichtende ärztliche Expertise in der Bedarfsermittlung; vorliegende ärztliche Unterlagen sind als ausreichende Grundlage anzuerkennen (Anerkennungsregel).
2. Explizite Verankerung der SPZ (§ 119 SGB V) und des KJGD als Kooperationspartner der Träger der öffentlichen Jugendhilfe im SGB VIII-E.
3. Klarstellung in § 35c SGB VIII-E: Unmittelbarer, jugendamtsunabhängiger Zugang zu Frühförderstellen und SPZ auf ärztliche Überweisung.
4. Qualitätssicherungsklausel in § 27a Abs. 4 SGB VIII-E: Vorrang von Infrastrukturangeboten nur bei nachgewiesenem individuellem Bedarfsausgleich.
5. Qualitätsstandards und Bedarfserfassung auf medizinischer Grundlage in § 80a SGB VIII-E; Pooling auf Diagnosebasis.
6. Mindestqualifikationsstandards für Jugendamtsfachkräfte in der Eingliederungshilfe für Kinder mit körperlichen und geistigen Behinderungen.
7. Klärung der Finanzierung nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen (§ 43a SGB V) vor dem 1.1.2028.
8. Zulassung von SPZ-Zweigstellen durch Anpassung des § 119 SGB V.

9. Strukturelle Absicherung der Sozialmedizinischen Nachsorge als eigenständigen Versorgungsbaustein.

10. Realistische Überprüfung der Kostenfolgeschätzung unter Beteiligung der pädiatrischen Fachverbände und kommunalen Spitzenverbände.

VI. Schlussbemerkung

Das 1. KJHSRG ist ein notwendiges Gesetz, dessen Intention DGKJ, DGSPJ und BVKJ unterstützen. Für tatsächliche Verbesserungen im Sinne der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien muss der Gesetzgeber jedoch die pädiatrische Perspektive wirklich einbeziehen.

Dabei sollte konsequent die Perspektive der Betroffenen eingenommen und Behinderung nicht als Verwaltungsproblem, sondern als medizinische, sozialpädiatrische und familiäre Herausforderung zugleich gesehen werden. Das Gesetz braucht alle drei Dimensionen.

Kinder mit Behinderungen brauchen kein neues Zuständigkeitsrecht. Sie brauchen das richtige Zuständigkeitsrecht. Und sie brauchen Kinder- und Jugendärzte/innen, Ärzte/innen und SPZ als integralen Bestandteil des Systems – nicht als optionale Zulieferer.

Wir stehen gern für eine konstruktive Beteiligung im Gesetzgebungsverfahren zur Verfügung.

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ),

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED]

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED]

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ),

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] [REDACTED]