

POSITIONSPAPIER · MÄRZ 2026

DEFICIO

Strukturelle Herausforderungen und Invisible-Barriers-Architektur

Sechs Herausforderungen · Existierende Lösungen · Sechs strukturelle
Möglichkeiten

Für Bund, Länder und Kommunen — auf Basis existierender Rechtsanker

gemeinsam zusammen e.V. · Initiative Stille Stunde · AG Neurodivergenz, NaSPro
post@stille-stunde.com · www.stille-stunde.com

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	1
Einleitung.....	3
I. Sechs strukturelle Herausforderungen.....	4
II. Die wechselseitige Verstärkung: Warum Einzelmaßnahmen scheitern.....	10
III. Was bereits funktioniert — national und international.....	11
Nationale Ansätze.....	11
Internationale Referenzmodelle.....	12
IV. Sechs strukturelle Möglichkeiten.....	14
V. Glossar.....	17
VI. Quellenverzeichnis.....	20
Eigene Grundlagenpapiere.....	20
Rechtliche Grundlagen.....	20
Wissenschaftliche und politische Referenzen.....	20
Internationale Referenzen.....	21

Definition Invisible Barrieren

Invisible Barrieren sind solche Barrieren, die in ihrer Funktion als Barriere nicht offenkundig werden. Bei invisiblen Barrieren handelt es sich regelmäßig um strukturelle Umweltbedingungen, die bei funktionell beeinträchtigten Personen ggf. kumulativ eine disproportionale Belastungsreaktion auslösen und dadurch faktische Zugänglichkeit verhindern oder wesentlich erschweren. Zu den invisiblen Barrieren zählen Barrieren sensorischer, chemischer, kommunikativer oder sozialer Art. Das Kriterium ist nicht die Diagnose, sondern die funktionelle Belastungsreaktion.

Definition Nicht Sichtbare Behinderungen

Nicht sichtbare Behinderungen sind Behinderungen im Sinne des geltenden Rechts, bei denen die zugrunde liegenden Beeinträchtigungen und ihre funktionalen Auswirkungen im Alltag nicht unmittelbar erkennbar sind und deren Teilhabeeinschränkung maßgeblich aus der Wechselwirkung mehrerer zentraler Regulations- oder Verarbeitungssysteme mit umwelt- und einstellungsbedingten Barrieren entsteht oder durch schwankende bzw. umweltabhängige Verläufe bedingt ist.

Einleitung

Für Millionen Menschen in Deutschland mit Invisible Barriers — sensorischen, kommunikativen, chemischen und sozial-organisationalen Barrieren, die für andere nicht wahrnehmbar sind — existieren keine verbindlichen Normen, keine institutionellen Zuständigkeiten und keine effizienten Beschwerdewege. Das ist keine Randnotiz des Sozialstaats. Es ist ein Systemzustand.

DEFICIO benennt diesen Zustand als das, was er ist: das Ergebnis von sechs strukturellen Herausforderungen, die zusammenwirken und sich gegenseitig verstärken. Es benennt sie nicht als Vorwurf gegen einzelne Akteure — Institutionen, Berufsgruppen oder politische Ebenen —, sondern als analytische Grundlage für Systemgestaltung. Und es benennt für jede Herausforderung konkret, was bereits existiert und was übertragbar ist.

Das Papier folgt einem Grundsatz: Wer Lücken beschreibt, ohne auf existierende Lösungen zu zeigen, schreibt Kritik. Wer Lücken beschreibt und zeigt, was bereits funktioniert, schreibt Architektur. Dieses Papier schreibt Architektur.

Einordnung in die Dokumentenreihe von gemeinsam zusammen e.V.

KONVERA / NEXUS — Was sind Invisible Barriers? (Mechanismus, Kaskaden, ministerielle Zuordnungen)

Normierungsagenda — Was fehlt rechtlich? (57 Normen und Normenerweiterungen in 17 Lebensbereichen)

DEFICIO — Warum korrigiert sich das System nicht? (Herausforderungen und strukturelle Möglichkeiten)

INVERSIO — Warum fehlt institutionelle Legitimität? (Visualisierung, Merkzeichen, Symbolsysteme)

SORIA — Wo versagt es konkret? (Schule, Bildung, Armutskontext)

FEMORA — Was bedeutet das für Frauen und Mädchen? (Intersektionale Vollzugslücken, Risikopfade)

PRAEVIO — Was ist die präventive Logik? (Gesundheitsförderung, Frühintervention)

I. Sechs strukturelle Herausforderungen

Jede der folgenden Herausforderungen (H1 bis H6) ist für sich genommen lösbar. Zusammen erzeugen sie einen Kreislauf, der sich aus sich selbst heraus nicht durchbricht. Das ist das entscheidende Merkmal: Nicht die Einzelherausforderung, sondern ihre Wechselwirkung ist das Problem.

Herausforderung H1: Normhierarchische Leere

Das BGG § 4 definiert Barrierefreiheit als offenen Tatbestand. Die BITV 2.0 (2011) hat diesen Tatbestand für digitale Barrierefreiheit operationalisiert — mit messbaren Standards, Prüfverfahren und Sanktionsmechanismen. Das BFSG (2025) hat das Modell für den privaten Sektor fortgeführt. Für sensorische, kommunikative, chemische und sozial-organisatorische Barrieren existiert keine analoge Verordnung.

Die Folge ist kein juristisches Detail. Sie ist ein Systemeffekt, der sich auf jede nachgelagerte Ebene auswirkt:

- Aktionspläne können keine Standards referenzieren, die nicht existieren — sie formulieren stattdessen Absichtserklärungen.
- Inklusionsbeauftragte können keine Compliance prüfen, wenn es keinen Prüfmaßstab gibt — ihnen fehlt nicht der Wille, sondern das Werkzeug.
- Gerichte können keine Verletzung feststellen, wenn keine Norm verletzt wurde — Klagen scheitern strukturell.
- Betroffene können keinen Anspruch geltend machen, der rechtlich nicht formuliert ist — Teilhabeverweigerung bleibt ohne Rechtsbehelf.

Die BGG-Novelle 2025 enthält erstmals ein sensorisches Beispiel in der Gesetzesbegründung (Autismus als Einzelfall-Vorkehrung). Das ist ein Signal — aber noch keine Norm. Signale erzeugen keine Compliance-Pflichten.

Was bereits existiert:

Die BITV 2.0 ist der direkte Präzedenzfall: eine Rechtsverordnung auf Basis BGG § 4, die ohne Gesetzesänderung verbindliche Standards mit Prüfverfahren und Sanktionen geschaffen hat. Die technische und juristische Infrastruktur für eine analoge Verordnung zu Invisible Barriers existiert. Das DIN-Normierungskomitee NA 023 (Bauen und Nutzung) hat Erfahrung mit sensorischen Baustandards. Die Normierungsagenda (gemeinsam zusammen e.V., 2026) hat 57 Einzelnormen bereits formuliert.

Was übertragbar ist:

UK: BSI PAS 6463:2022 (Design for the Mind) operationalisiert sensorische und kommunikative Parameter als technischen Planungsstandard — referenziert von NHS, Schulsystemen und Behörden. Kanada: Accessible Canada Act 2019 mit Accessibility Standards Canada als zentraler Normierungsbehörde — zeigt, wie Normierung institutionell verankert werden kann. Australien: Disability Standards for Education (2005/2020) — bundesweite Mindeststandards, gegen die kommunale Aktionspläne geprüft werden.

Herausforderung H2: Föderale Zersplitterung ohne gemeinsamen Maßstab

Deutschland hat 16 Schulgesetze, 16 Kita-Gesetze, 16 Landesaktionspläne zur UN-BRK — und keine gemeinsame Definition von Invisible Barriers. Bei sichtbaren Barrieren funktioniert der Föderalismus, weil jede Ebene auf normierte Bundesstandards zurückgreifen kann. Bei Invisible Barriers fehlt der Bundesrahmen. Die Folge ist keine föderale Vielfalt, sondern strukturelle Beliebigkeit.

Die Wirkung zeigt sich auf drei Ebenen gleichzeitig:

- Bund: Der NAP 2.0 (2016, 175 Maßnahmen) enthält keine einzige Maßnahme zu sensorischen oder kommunikativen Barrieren. Der Statusbericht 2023 zeigt keine messbaren Fortschritte — weil es keinen Maßstab gibt.
- Länder: Landesaktionspläne verweisen auf Bundesrahmen. Wo dieser fehlt, entsteht Lücke. Kein einziges Bundesland hat eine eigenständige Definition von Invisible Barriers in sein Schulgesetz integriert.
- Kommunen: Bürgerämter, Jobcenter, Schulen, ÖPNV handeln nach Ermessen. Guter Wille ersetzt Recht — was bedeutet: Wer Glück hat, bekommt Unterstützung. Wer kein Glück hat, nicht.

Das ist nicht nur ungerecht — es ist ineffizient. Kommunen, die Invisible-Barriers-Infrastruktur aufbauen, tun das ohne Bundesförderung, ohne Standard, ohne Skalierungsmechanismus. Gute Praxis verpufft lokal.

Was bereits existiert:

Der Digitalpakt Schule (2019–2024, 6,5 Mrd. Euro) hat gezeigt, wie Bund und Länder über gemeinsame Infrastrukturfinanzierung standardisierte Ziele erreichen können, ohne Kompetenzübertragung. Die KMK-Strategie Bildung in der digitalen Welt (2016) schuf den bundesweiten Rahmen, den die Länder ausfüllten. Dieses Modell ist direkt übertragbar auf einen 'Inklusionspakt Invisible Barriers'.

Was übertragbar ist:

Dänemark: Dagtilbudsloven § 7 — Inklusion in Kitas bundesgesetzlich verankert, mit sensorischen Gestaltungsanforderungen. Schottland: 'No One Left Behind' — Schulassistenten als Regelausstattung, nicht Einzelantrag; bundesweiter Rahmen, kommunaler Vollzug. Irland: EPSEN Act 2004 — individuelle Bildungspläne als Bundesstandard. Alle drei Länder: Die Bundesebene setzt den Maßstab, kommunale Umsetzung folgt. Das Modell ist strukturell, nicht inhaltlich übertragbar.

Herausforderung H3: Systemübergreifender Fachkräftemangel als struktureller Verstärker

Fachkräftemangel ist kein sektorales Problem. Er ist ein systemübergreifendes Strukturphänomen, das in jedem Bereich, in dem Menschen mit Invisible Barriers auf institutionelle Strukturen treffen, als Verstärker wirkt. Die Konsequenz ist jeweils dieselbe: Überlastetes Personal kann keine individuellen Anpassungen leisten — nicht weil der Wille fehlt, sondern weil die Kapazität fehlt.

Die Sektoren, in denen dieser Effekt für Invisible Barriers besonders schwer wiegt:

- Ärzteschaft und Psychotherapie: Wartezeiten auf Erstdiagnose von Autismus, ADHS oder FASD liegen in Deutschland bei bis zu vier Jahren. Hausärzte haben im Schnitt acht Minuten pro Patient — keine Kapazität für die differenzierte Anamnese, die Invisible-Barriers-Diagnosen erfordern. Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sind in ländlichen Regionen kaum verfügbar.
- Pflege: Pflegefachkräfte haben keine Grundqualifizierung zu Invisible Barriers. Menschen mit sensorischen Überempfindlichkeiten oder kommunikativen Barrieren erleben Pflege häufig als Reizüberflutung. Chemische Expositionen verhindern für chemisch vulnerable Personen den Zugang zu Pflegeleistungen bzw. führen regelmäßig zu Zustandsverschlechterungen. Pflegeheime haben keine baulichen oder organisatorischen Standards für diese Bedarfe.
- Kitas und Schulen: Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrkräfte sind chronisch überlastet. Eine Kita mit hoher Lärmdichte, ohne Rückzugsräume, ist für neurodivergente Kinder nicht nur suboptimal — sie kann Komorbiditätskaskaden auslösen (KONVERA-Modell). Reizschutz ist dabei keine Sondermaßnahme für Kinder: Er betrifft Personal und Kinder gleichzeitig. Wer selbst unter Dauerreizbelastung arbeitet, kann keine reizarmen Strukturen gestalten.
- Sozialarbeit und Jugendhilfe: Jugendamtsmitarbeitende haben keine Leitfäden zu Invisible Barriers — weder für die Gefährdungseinschätzung noch für die Hilfeplanung. FEMORA (gemeinsam zusammen e.V., 2026) dokumentiert, dass Frauen und Mädchen mit Invisible Barriers im Gewaltschutzsystem systematisch untererkannt werden, weil Schutzhäuser keine entsprechenden Standards haben.
- Justiz und Verwaltung: Richterinnen, Richter und Verwaltungsangestellte haben keine Grundkenntnisse zu atypischen Kommunikationsmustern, fluktuierenden Beeinträchtigungen oder episodischen Behinderungen. Die Folge: Glaubwürdigkeit wird nach sichtbaren Kriterien bewertet, die für Menschen mit Invisible Barriers strukturell nachteilig sind.

Das Gemeinsame aller Sektoren: Fortbildung zu Invisible Barriers ist weder verpflichtend noch systematisch verfügbar. Das ist keine Prioritätenfrage einzelner Institutionen — es ist das Fehlen einer rechtlich verankerten Qualifizierungsgrundlage.

Was bereits existiert:

Das Bundesprogramm 'Sprach-Kitas' (2016–2022) hat gezeigt, dass gezielte Qualifizierungsfinanzierung die fachliche Kompetenz im System strukturell heben kann. Die AWMF-Leitlinie zu Autismus-Spektrum-Störungen (2021) und die AWMF-Leitlinie zu FASD (2025) bieten eine klinische Grundlage für Fortbildungsinhalte. Einzelne Träger — z. B. Caritas, AWO — haben eigene Schulungsformate entwickelt. Die Stille Stunde Initiative hat Leitfäden für Kita, Schule, Krankenhaus und Verwaltung erarbeitet.

Was übertragbar ist:

UK: Oliver McGowan Mandatory Training (Health and Care Act 2022, Sec. 181) — gesetzlich verpflichtende Grundqualifizierung zu Autismus und Lernstörungen für alle NHS-Beschäftigten. Nicht projektbasiert, sondern Strukturnorm. Wales: Mandatory training on trauma-informed care (2023) — für alle sozialen Berufe. Kanada: GBA+ Pflichtfortbildung für alle Bundesbehörden — intersektionale Folgenabschätzung als Standardkompetenz. Das Modell: Qualifizierung als Rechtsstandard, nicht als Ermessensangebot.

Herausforderung H4: Inklusionsbeauftragte ohne Mandat, Werkzeug und Inspektionsbefugnis

Deutschland verfügt auf allen drei Föderalebenen über Inklusionsbeauftragte: den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (BGG § 18), 16 Landesbeauftragte, kommunale Beauftragte, Schwerbehindertenvertretungen (SGB IX §§ 177 ff.) und betriebliche Inklusionsbeauftragte. Diese Stellen existieren — aber für Invisible Barriers ohne Bezugsrahmen.

Das Problem ist nicht personell. Es ist strukturell dreifach:

- Kein Maßstab: Ohne Normen zu Invisible Barriers gibt es keinen Prüfmaßstab. Beauftragte können nicht prüfen, ob eine Einrichtung Anforderungen erfüllt — weil keine Anforderungen definiert sind.
- Keine Inspektionsbefugnis: Beauftragte haben in Deutschland typischerweise Beratungs- und Berichtspflichten, aber kein aktives Untersuchungsmandat. Sie können auf Anfrage beraten — aber nicht von sich aus prüfen, ob Behörden diskriminieren. Wenn der Staat selbst die Barriere ist, gibt es keinen effizienten internen Korrekturweg.
- Keine Sanktionsmöglichkeit: Selbst dort, wo Verstöße erkennbar sind, fehlen Sanktionsinstrumente. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) kann beraten und berichten — aber nicht sanktionieren. BGG § 15 (Verbandsklagerecht) greift nur, wo Normen verletzt werden können: wo Normen fehlen, greift es nicht.

Das Ergebnis: Eine institutionelle Architektur, die nach außen vollständig aussieht — und nach innen für Invisible Barriers leer ist. Beauftragte ohne Bezugsrahmen sind keine Schutzarchitektur, sondern ein institutionelles Alibi.

Eine wirkungsorientierte Weiterentwicklung würde drei Elemente verbinden: Standards (Bezugsrahmen), Inspektionsbefugnis (aktive Prüfung) und öffentliche Berichtspflicht (Transparenz). Nur die Kombination erzeugt Compliance-Druck.

Was bereits existiert:

Die ADS hat bereits ein Beratungsmandat und erstellt Berichte. BGG § 15 enthält ein Verbandsklagerecht — das auf strukturelle Diskriminierung durch Invisible Barriers ausgedehnt werden kann, wenn Normen existieren. Das NaSPro-Positionspapier (AG Neurodivergenz, 2025) hat ein ausgeweitetes Klagerecht explizit gefordert. Einzelne Landesbeauftragte haben informelle Praxisstandards entwickelt — die bundesweit nicht gebündelt werden.

Was übertragbar ist:

UK: Care Quality Commission (CQC) — unabhängige Aufsichtsbehörde mit Inspektionspflicht, öffentlichen Bewertungsberichten und Sanktionsbefugnis, auch für nicht sichtbare Behinderungen. Einrichtungen werden regulär geprüft. Schweden: Diskriminierungsombudsmannen (DO) mit aktivem Untersuchungsmandat gegenüber öffentlichen Stellen — kann tätig werden, ohne Beschwerde abzuwarten. Niederlande: Ombudsman-Modell für Verwaltungsdiskriminierung — niedrighschwellig, ohne Klagelast. Das Strukturmerkmal aller erfolgreichen Modelle: Mandat + Messbarkeit + Öffentlichkeit.

Herausforderung H5: Aktionspläne ohne operationalisierbare Grundlage und Geschlechterdimension

Aktionspläne sind das bevorzugte Instrument des deutschen Sozialstaats zur Umsetzung der UN-BRK. Der NAP 2.0 (2016), die 16 Landesaktionspläne, kommunale Aktionspläne — sie alle haben ein gemeinsames strukturelles Problem: Sie können nur das ansteuern, was normiert ist. Wo Normen fehlen, formulieren Aktionspläne Absichtserklärungen. Diese sind nicht kontrollierbar, nicht einklagbar, nicht evaluierbar.

Die Evidenz ist eindeutig: Kein einziger der 175 NAP-2.0-Punkte bezieht sich auf sensorische, chemische oder kommunikative Barrieren als eigenständige Kategorie. Der Statusbericht 2023 kann keine Fortschritte in diesem Bereich ausweisen — weil es keinen Maßstab gibt, an dem Fortschritt gemessen werden könnte.

Hinzu kommt eine bisher kaum adressierte Dimension: die Geschlechterlücke in der Aktionsplanung. FEMORA (gemeinsam zusammen e.V., 2026) dokumentiert, dass Frauen und Mädchen mit Invisible Barriers an einer systematischen Vollzugslücke zwischen Gleichstellung, Behindertenpolitik, Gesundheit, Gewaltschutz und Antidiskriminierungsrecht stehen. Keiner der bestehenden Aktionspläne operationalisiert diese intersektionale Schnittmenge. Die Folge:

- Nationaler Aktionsplan gegen Gewalt an Frauen: keine Standards für Frauen mit Invisible Barriers.
- Bundesstrategie zur Gleichstellung: kein Bezug auf nicht sichtbare Behinderungen.
- NAP 2.0 Behinderung: keine geschlechtsspezifische Disaggregation von Invisible-Barriers-Daten.

Das ist keine Frage der politischen Priorität einzelner Akteure. Es ist das strukturelle Ergebnis von Aktionsplänen, die in Ressortsilos entstehen und deren Schnittmengen institutionell nicht koordiniert werden.

Was bereits existiert:

Das BFGG (2025) zeigt, wie ein EU-Richtlinienrahmen in deutsches Recht mit klaren Standards, Fristen und Marktaufsicht überführt werden kann — die Methodik ist auf physische und nicht-physische Barrierefreiheit übertragbar. Das Bundesförderprogramm 'Gemeinsam einsam überwinden' (BMFSFJ) hat gezeigt, dass ressortübergreifende Förderprogramme koordiniert werden können. Das OHCHR-Berichtsverfahren (CRPD-Ausschuss, 2023) hat Deutschland explizit zur intersektionalen Datenerhebung aufgefordert.

Was übertragbar ist:

Kanada: Accessible Canada Act 2019 — verbindliche mehrjährige Aktionspläne für Bundesbehörden, mit messbaren Zielen, öffentlicher Berichterstattung und unabhängiger Kontrolle durch den Accessibility Commissioner. Das Strukturprinzip: Normen zuerst — Aktionspläne danach, nicht umgekehrt. Schweden: Nationaler Plan för jämlik hälsa mit expliziter Disaggregation nach Behinderungstyp und Geschlecht. EU: Richtlinie 2024/1499 (Gleichbehandlungsstellen-Standard) mit Umsetzungsfrist 19. Juni 2026 — bietet direkten Rechtsanker für eine intersektionale Erweiterung der ADS.

Herausforderung H6: Fiskalisch unsichtbare Kaskadenkosten und fehlende Präventionslogik

Das deutsche Haushaltssystem ist nach Ressorts gegliedert. Das ist administrativ begründet — erzeugt aber einen strukturellen blinden Fleck: Kaskadenkosten, die durch fehlende Frühintervention entstehen, werden über Ressortgrenzen hinweg verteilt. Die Kita, die keine sensorische Gestaltung kennt, erzeugt Kosten, die zwanzig Jahre später die psychiatrische Akutversorgung, die Jugendhilfe, die Eingliederungshilfe oder die Erwerbsminderungsrente tragen — jeweils anderes Ministerium, jeweils anderer Haushalt, keine buchhalterische Verbindung.

Das KONVERA-Modell (gemeinsam zusammen e.V.) beschreibt den medizinischen Mechanismus dieser Kaskade präzise: Nicht-Intervention an den vier funktionalen Schnittstellen — Reizregulation, Exekutivfunktionen, Schmerzverarbeitung, Stresstoleranz — erzeugt Komorbiditätskaskaden. Die Endpunkte dieser Kaskaden — Frühberentung, psychiatrische Akutversorgung, Wohnungslosigkeit, Suizidalität — verursachen ein Vielfaches der Präventionskosten.

Dieser Zusammenhang ist fiskalisch für Deutschland bisher nicht dokumentiert — was selbst ein Befund ist. In anderen Ländern ist er es:

- Caring Economy (2026): Kosten-Verschiebungseffekt — Einsparungen im Sozialbereich verschieben Kosten in andere Ressorts, sie reduzieren sie nicht.
- IMK/Dullien & Rietzler (2024): Strukturelle Unterinvestition in Prävention als makroökonomisches Risiko.
- Prognos AG (2024): Perspektiven für einen investierenden Sozialstaat — zeigt ressortübergreifende Kastenmodelle für Familienpolitik.
- Wissenschaftsrat (Feb. 2026): Positionspapier zur gesundheitlichen Chancengleichheit — empfiehlt ressortübergreifende 'Health in All Policies'-Strategien mit Evidenzbasierung explizit.

Die gesellschaftspolitische Dimension geht noch weiter: Invisible-Barriers-Ausschluss erzeugt nicht nur individuelle Folgekosten. Er erzeugt strukturelle Teilhabedefizite, die sich über Generationen fortsetzen — durch Bildungsabbrüche, Erwerbsausfälle, Pflegebedarfe und erhöhte Suizidalität. Der Sozialpolitiker und der Finanzpolitiker haben hier dieselbe Agenda — sie wissen es noch nicht.

Was bereits existiert:

§ 7 BHO (Wirtschaftlichkeitsgrundsatz) verpflichtet zu Kosten-Nutzen-Betrachtungen — enthält aber keine Verpflichtung zur ressortübergreifenden Analyse. Prognos AG hat für das BMFSFJ bereits Folgekosten-Modelle ressortübergreifend berechnet — die Methodik ist etabliert und auf Invisible Barriers direkt anwendbar. Das Bundesgesundheitsministerium hat in der Nationalen Präventionsstrategie (§ 20d SGB V) einen ressortübergreifenden Rahmen geschaffen — ohne Invisible-Barriers-Bezug.

Was übertragbar ist:

Kanada: GBA+ (Gender-Based Analysis Plus) — verpflichtende Folgenabschätzung für neue Bundesgesetze nach Intersektionsdimensionen einschließlich Behinderung, ressortübergreifend. Schottland: Children and Young People Act 2014 — Childhood Wellbeing Framework mit ressortübergreifender Kostenzurechnung als Planungsgrundlage. Schweden: Konsekvensanalys — verpflichtende Folgenabschätzung nach Behinderungstyp für alle Gesundheits- und Sozialpolitik. Das Instrument für Deutschland: Invisible Barriers Impact Assessment als verpflichtende Folgenabschätzung für neue Bundesgesetze.

II. Die wechselseitige Verstärkung: Warum Einzelmaßnahmen scheitern

Die sechs Herausforderungen (H1 bis H6) wirken nicht additiv — sie wirken als Kreislauf. Jede verstärkt jede andere. Das ist der strukturelle Grund, warum gut gemeinte Einzelinitiativen regelmäßig ohne Systemwirkung bleiben.

Ausgangspunkt		Systemeffekt
Keine Normen (H1)	→	Aktionspläne können keinen Maßstab referenzieren → bleiben Absichtserklärungen (H5)
Keine Maßstäbe (H5)	→	Beauftragte können keine Compliance prüfen → Mandatslücke (H4)
Kein Inspektionsmandat (H4)	→	Keine systematischen Daten über Verstöße → politisch unsichtbar
Keine Daten	→	Kaskadenkosten nicht dokumentiert → kein Finanzierungsanreiz für Prävention (H6)
Keine Prävention (H6)	→	Fachkräfte erhalten keine Qualifizierungsgrundlage → Kompetenzlücke (H3)
Überlastetes Personal (H3)	→	Gute kommunale Modelle skalieren nicht → lokale Inseln ohne Bundesrahmen (H2)
Keine Skalierung (H2)	→	Normierungsgrundlage bleibt aus → Kreislauf schließt sich (H1)

Das ist kein Vollzugsdefizit.

Es ist ein Konstruktionsmerkmal. Bessere Compliance innerhalb des bestehenden Systems durchbricht den Kreislauf nicht. Struktureingriff ist erforderlich — an mindestens einem Punkt, mit Systemwirkung auf alle anderen.

III. Was bereits funktioniert — national und international

Deutschland ist nicht ohne Lösungsansätze. Es gibt funktionierende Modelle — auf kommunaler, zivilgesellschaftlicher und institutioneller Ebene — die belegen, dass Invisible-Barriers-Infrastruktur praktisch umsetzbar ist. Das Problem ist nicht ihr Fehlen, sondern ihre Nicht-Skalierbarkeit ohne Bundesrahmen und Rechtsanker.

Nationale Ansätze

Modell	Was funktioniert	Warum nicht skaliert
Stille Stunde (Handel, Kultur, Gastronomie, ÖPNV)	Reizarme Zeitfenster mit niedrigschwelliger Beteiligung. Über 800 Angebote bundesweit, Wachstum jährlich.	Freiwillig. Nicht normiert. Kein Rechtsanspruch. Kein Fördermechanismus.
GESA Essen (Gemeinsame Schulassistenten)	Strukturierte Einzelfall-Assistenz in Schulen. Klare Zuständigkeiten, messbare Wirkung.	Kommunales Modell ohne Bundesgrundlage. Kein Skalierungsmechanismus.
Kultur auf Rezept (Frankfurt, Bremen, Berlin, Kaiserslautern)	Kulturelle Teilhabe als therapeutische Ergänzung, partizipative Programmgestaltung.	Projektbasiert. Keine Regelfinanzierung. Kein übergreifender Standard.
Relaxed Performances und inklusive Veranstaltungen	Reizreduzierte Vorstellungen, sensorische Vorbereitung, flexible Verhaltensregeln. Wachsendes Angebot in Theatern und Museen.	Kein DIN-Standard, kein Förderkriterium, keine Verbindlichkeit.
Neuroinklusive Arbeitgeber (SAP, Deutsche Bahn, Auticon u. a.)	Betriebliche Anpassungen für neurodivergente Beschäftigte. Positive Ergebnisse in Produktivität und Mitarbeiterbindung.	Einzeliniziativen ohne Regelrahmen. Kein Transfer in die Fläche.
Duftstofffreie Zonen (einzelne Kliniken, Behörden)	Strukturelle Regulierung der Verwendung von Chemikalien für MCS-Betroffene. Umsetzbar ohne Umbau, durch Beschaffungsstandards.	Kein Bundesstandard. Keine Verbindlichkeit. Kein Verbreitungsmechanismus.
Innovative Schulpsychologie (Bayern, Berlin, Thüringen)	Präventiver Auftrag, frühe Identifikation, Beratung ohne Diagnosevoraussetzung.	Kein bundesweites Pendant. 16 unterschiedliche Finanzierungsmodelle.
Beratungsstellen für spät diagnostizierte Erwachsene (autismus NRW, ADHS Deutschland u. a.)	Niedrigschwellige Anlaufstellen, gegenseitige Unterstützung, Selbsthilfe.	Keine Regelförderung. Abhängig von projektbasierter Finanzierung.
BGG-Novelle 2025 — sensorisches Beispiel in Begründung	Erstmalige Erwähnung eines sensorischen Bedarfs (Autismus) in einer Gesetzesbegründung. Politisches Signal.	Einzelfall-Vorkehrung. Kein systematischer Standard. Nicht normiert.

Das gemeinsame Muster: Jedes dieser Modelle ist aus zivilgesellschaftlicher oder kommunaler Pionierleistung entstanden — ohne institutionellen Auftrag, ohne Regelfinanzierung. Das zeigt zweierlei: Praktische Umsetzung ist möglich. Und: Abhängigkeit von zivilgesellschaftlichem Engagement ersetzt kein Recht.

Internationale Referenzmodelle

Land	Modell / Instrument	Übertragbares Strukturmerkmal
UK	BSI PAS 6463:2022 (Design for the Mind)	Technischer Standard für sensorische und kommunikative Umgebungsgestaltung — referenziert von NHS, Schulen, Behörden. Modell für Rechtsverordnung analog BITV 2.0.
UK	Care Quality Commission (CQC)	Inspektionsbehörde mit Prüfpflicht, öffentlichen Bewertungen und Sanktionen — auch für unsichtbare Behinderungen. Modell für Inklusionsbeauftragte mit Inspektionsmandat.
UK	Oliver McGowan Mandatory Training (2022)	Gesetzlich verpflichtende Grundqualifizierung zu Autismus und Lerndisabilitäten für alle NHS-Beschäftigten. Modell für sektorübergreifende Pflichtfortbildung.
UK	Reasonable Adjustment Digital Flag / NHS	Individuelle Bedarfsdokumentation, die zwischen Einrichtungen übertragbar ist. Reduziert Wiederholung, erhöht Versorgungskontinuität.
Kanada	Accessible Canada Act 2019 / Accessibility Standards Canada	Zentrale Normierungsbehörde mit Normierungsauftrag, Ombudsmandat und unabhängiger Kontrolle. Modell für Kompetenzzentrum Invisible Barriers.
Kanada	GBA+ (Gender-Based Analysis Plus)	Verpflichtende intersektionale Folgenabschätzung für Bundesgesetze — Geschlecht, Behinderung, Ethnizität. Direkt übertragbar als Invisible Barriers Impact Assessment.
Schweden	Diskrimineringsombudsmannen (DO)	Aktives Untersuchungsmandat gegenüber öffentlichen Stellen, disaggregierte Datenerhebung nach Behinderungstyp und Geschlecht. Modell für ADS-Erweiterung.
Schweden	Sensorische Parameter in Schulbaurichtlinien	Technische Planungsstandards als Regelvorschrift — keine Sondermaßnahme, sondern Baustandard. Übertragbar auf DIN-Normierung.
Dänemark	Dagtilbudsloven § 7 (Kita-Inklusion)	Bundesgesetzliche Verankerung von Inklusionsstandards in Kitas, kommunaler Vollzug. Modell für föderalen Rahmen ohne Kompetenzübertragung.
Australien	Disability Discrimination Act § 4 (episodic disability)	Explizite Anerkennung episodischer und fluktuierender Behinderungen — Kategorie, die das deutsche AGG nicht kennt.

Australien	ANZSCO Inclusive Design for Neurodiversity (2024)	Normierte neuroinklusive Arbeitsplatzgestaltung als Standard. Direkt übertragbar auf DIN-Normierung.
Niederlande	UWV Onzichtbare Beperking Protocol (2022)	Standardisiertes Verwaltungsverfahren für Antragsbearbeitung bei nicht sichtbaren Behinderungen. Schriftliche Kommunikation als gleichwertiger Standard. Modell für Verwaltungsprotokoll in Deutschland.
Schottland	No One Left Behind	Schulassistenten als Regelausstattung, nicht Einzelantrag. Bundesweiter Rahmen, kommunaler Vollzug. Modell für GESA-Skalierung.
EU	Richtlinie 2024/1499 (Gleichbehandlungsstellen-Standard)	Umsetzungsfrist 19. Juni 2026 — bietet direkten Rechtsanker für intersektionale Erweiterung der ADS. Zeitfenster für strukturelle Anpassung offen.

IV. Sechs strukturelle Möglichkeiten

Die folgenden sechs Möglichkeiten adressieren die Herausforderungen nicht als Einzelmaßnahmen, sondern als Systemeingriffe. Jede baut auf existierenden Rechtsankern auf. Jede hat internationale Vorbilder. Und jede erzeugt — neben dem Nutzen für Betroffene — einen konkreten institutionellen Nutzen für die handelnden Stellen.

Möglichkeit 1: Rechtsverordnung Invisible Barrierefreiheit (analog BITV 2.0)

Rechtsanker: BGG § 4 Auffangtatbestand · Art. 9 UN-BRK · UK: BSI PAS 6463:2022

Zuständigkeit: BMAS (federführend) · DIN-Normierungskomitee

Eine Rechtsverordnung operationalisiert sensorische, kommunikative, chemische und sozial-organisatorische Mindeststandards für öffentliche Einrichtungen — Lautstärke, Beleuchtung, Duftstofffreiheit, Prozesstransparenz, Kommunikationsformate. Die BITV 2.0 (2011) ist der Präzedenzfall: Sie hat ohne Gesetzesänderung verbindliche Standards mit Prüfverfahren und Sanktionen geschaffen.

Die Verordnung liefert den Maßstab, den Aktionspläne, Beauftragte und Gerichte brauchen. Sie durchbricht den Kreislauf an seinem Ausgangspunkt.

Nutzen für Behörden:

Klarheit statt Ermessen. Prüfbarkeit statt Haftungsrisiko. Vergleichbarkeit statt kommunaler Beliebigkeit.

Möglichkeit 2: Kompetenzzentrum Invisible Barriers mit Normierungs- und Koordinationsmandat

Rechtsanker: BGG § 13 (Bundesfachstelle Barrierefreiheit) — Mandatserweiterung · Kanada: Accessible Canada Act 2019

Zuständigkeit: BMAS / BMI

Eine institutionelle Heimat für alle Normierungsvorhaben zu Invisible Barriers — mit Koordinationsauftrag zwischen DIN-Gremien, Bundesministerien und Ländern, strukturierter Betroffenenbeteiligung, Wissenstransfer internationaler Vorbilder und Vollzugskontrolle.

Ohne diese Stelle bleibt jede Norm ein Einzelkämpfer ohne Kohärenz und ohne Prüfraum. Das ist das strukturelle Grundproblem der bisherigen Bundesfachstelle: Beratungsmandat ohne Normierungsmandat.

Nutzen für Ministerien:

Eine Anlaufstelle ersetzt bilaterale Abstimmungsaufwände zwischen 16 Ressorts. Koordination wird zur institutionellen Aufgabe, nicht zur informellen Einzelleistung.

Möglichkeit 3: Inklusionsbeauftragte mit Inspektionsbefugnis und öffentlicher Berichtspflicht

Rechtsanker: BGG § 18 · SGB IX §§ 177 ff. · UK: Care Quality Commission · Schweden: Diskrimineringsombudsmannen

Zuständigkeit: BMAS / alle Ressorts

Bestehende Inklusionsbeauftragte brauchen drei Elemente, um wirksam zu sein: Einen Bezugsrahmen (Standards zu Invisible Barriers), ein aktives Inspektionsmandat (Prüfbefugnis ohne Beschwerde-Voraussetzung) und eine öffentliche Berichtspflicht (Transparenz als Compliance-Druck).

Das ist keine neue Behörde. Es ist die strukturelle Aufwertung eines Instruments, das bereits existiert — aber für Invisible Barriers leer läuft.

Konkret: Öffentliche Einrichtungen ab definierter Größe legen jährlich einen Invisible-Barriers-Bericht vor. Inklusionsbeauftragte können Stichprobenprüfungen durchführen. Ergebnisse sind öffentlich. Das CQC-Modell (UK) zeigt: Öffentliche Bewertungen erzeugen institutionellen Veränderungsdruck ohne Sanktionierung jedes Einzelfalls.

Nutzen für Institutionen:

Wer einen guten Bericht vorlegt, hat einen Reputationsgewinn. Wer intern prüft, bevor externe Prüfung stattfindet, hat einen Compliance-Vorteil.

Möglichkeit 4: Erweitertes Klagerecht und Ombudsmodell für Diskriminierung durch Behörden

Rechtsanker: BGG § 15 (Verbandsklagerecht) · Art. 13 UN-BRK · Art. 19 Abs. 4 GG · NaSPro-Positionspapier AG Neurodivergenz (2025) · EU-RL 2024/1499

Zuständigkeit: BMJ / ADS

Wenn der Staat selbst die Barriere ist — durch Bürgerämter, Jobcenter, Schulen, Ausländerbehörden —, gibt es keinen effizienten internen Korrekturweg. BGG § 15 greift nur, wo Normen verletzt werden können. Wo Normen fehlen, versagt das Klagerecht strukturell.

Zwei aufeinander aufbauende Instrumente:

- Erweiterung des Verbandsklagewesens: Strukturelle Diskriminierung durch Invisible Barriers ist auch ohne verletzbare Einzelnorm klagbar — wenn mittelbare Diskriminierung nach § 3 Abs. 2 AGG nachweisbar ist. Die EU-Richtlinie 2024/1499 (Umsetzungsfrist 19. Juni 2026) bietet den direkten Rechtsanker.
- Ombudsmodell mit Untersuchungsmandat: Erweiterung der ADS um ein aktives Untersuchungsmandat gegenüber Bundesbehörden. Niedrigschwelliger individueller Beschwerdeweg ohne Klagelast. Öffentlicher Jahresbericht mit Behördenbewertungen. Die AG Neurodivergenz im NaSPro hat ein ausgeweitetes Klagerecht 2025 explizit gefordert.

Nutzen für Behörden:

Interne Korrekturschleifen reduzieren externe Klagen. Wer den Beschwerdeweg kontrolliert, kontrolliert den Reputationsschaden.

Möglichkeit 5: Sektorübergreifender Qualifizierungsrahmen für Personal

Rechtsanker: SGB IX §§ 177 ff. · BGG § 18 · KMK-Richtlinien Lehrerbildung · Health and Care Act 2022 (UK)

Zuständigkeit: BMBF / KMK / BMAS / BMG

Fortbildung zu Invisible Barriers ist in keinem deutschen Berufsfeld rechtlich verankert — weder für Ärztinnen und Ärzte, noch für Pflegekräfte, Lehrkräfte, Erzieherinnen und Erzieher, Sozialarbeitende oder Verwaltungsangestellte. Das ist keine Ressourcenfrage einzelner Träger. Es ist das Fehlen einer rechtlichen Grundlage.

Ein sektorübergreifender Qualifizierungsrahmen umfasst:

- Grundqualifizierung für alle Berufsfelder, die regelmäßig mit Menschen mit Invisible Barriers in Kontakt stehen — aufbauend auf AWMF-Leitlinien und den Leitfäden von gemeinsam zusammen e.V. (bereits für Kita, Schule, Krankenhaus, Verwaltung vorhanden).
- Institutioneller Reizschutz als Personalschutz: Wer selbst in Dauerlärm und Reizüberflutung arbeitet, kann keine reizarmen Strukturen gestalten. Personal- und Betroffenenenschutz sind dieselbe Frage.
- Pflichtinhalt in Ausbildungsordnungen für Pflegeberufe, Erzieherausbildung und Lehramtsstudium.

Modell: Oliver McGowan Mandatory Training (UK, Health and Care Act 2022, Sec. 181) — gesetzlich verankert, nicht projektbasiert, für alle NHS-Beschäftigten verpflichtend.

Nutzen für Institutionen:

Weniger Krankheitstage, weniger Eskalationen, klarere Handlungsgrundlagen, geringere Haftungsrisiken.

Möglichkeit 6: Ressortübergreifende Folgenabschätzung und disaggregierte Datenbasis

Rechtsanker: Art. 31 UN-BRK · § 7 BHO · Wissenschaftsrat-Empfehlung Feb. 2026 · GBA+ (Kanada)

Zuständigkeit: BMFSFJ / Destatis / alle Ressorts

Zwei aufeinander aufbauende Instrumente, die die fiskalische Unsichtbarkeit der Kaskadenkosten beenden:

- Invisible Barriers Impact Assessment: Verpflichtende Folgenabschätzung für neue Bundesgesetze nach Invisible-Barriers-Kriterien — ressortübergreifend, analog GBA+ (Kanada) und Konsekvensanalys (Schweden). Methodisch entwickelt, direkt einführbar.
- Disaggregierte Diskriminierungsstatistik: Erhebungspflicht für Diskriminierungsvorfälle nach Behinderungstyp (sichtbar/nicht sichtbar), Diagnoseverzögerung, Leistungsablehnung und Gewaltschutzzugang — nach Geschlecht disaggregiert. FEMORA (2026) hat den Datenbedarf für die Gruppe der Frauen und Mädchen mit Invisible Barriers bereits präzise dokumentiert.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt in seinem Positionspapier (Februar 2026) ressortübergreifende Health-in-All-Policies-Strategien mit Evidenzbasierung — genau das, was diese Instrumente leisten.

Nutzen für Haushaltspolitik:

Kaskadenkosten werden sichtbar — und damit vermeidbar. Prävention wird zur Haushaltseffizienz.

V. Glossar

Das Glossar erläutert zentrale Begriffe und Abkürzungen dieses Papiers. Es richtet sich an Leserinnen und Leser ohne Spezialisierung auf Behinderungsrecht, Sozialpolitik oder Verwaltungswissenschaft.

ADS	Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berät bei Diskriminierungsfragen, erstellt Berichte. Kein aktives Untersuchungsmandat gegenüber Behörden (Stand 2026).
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (2006). Verietet Diskriminierung u. a. aufgrund von Behinderung. Greift primär im privatrechtlichen Bereich.
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Gibt klinische Leitlinien heraus, u. a. zu Autismus (2021) und FASD (2025).
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz (2002, geändert 2021). Zentrales Bundesgesetz zur Gleichstellung im öffentlichen Bereich. § 4: Barrierefreiheit als offener Tatbestand. § 13: Bundesfachstelle Barrierefreiheit. § 15: Verbandsklagerecht. § 18: Beauftragter der Bundesregierung.
BFSG	Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (in Kraft ab 28. Juni 2025). Erweitert Barrierefreiheitspflichten auf private Produkte und Dienstleistungen.
BITV 2.0	Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (2011). Operationalisiert BGG § 4 für digitale Barrierefreiheit mit messbaren Standards und Sanktionen. Modell für eine analoge Rechtsverordnung zu Invisible Barriers.
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Federführend für BGG und UN-BRK-Umsetzung.
BTHG	Bundesteilhabegesetz (2018). Reformiert SGB IX. Stärkt personenzentrierte Leistungen.
CQC	Care Quality Commission (UK). Unabhängige Aufsichtsbehörde mit Inspektionspflicht, öffentlichen Bewertungsberichten und Sanktionsbefugnis — auch für nicht sichtbare Behinderungen. Referenzmodell für Möglichkeit 3.
DEFICIO	Lateinisch: es fehlt / es mangelt. Titel dieses Positionspapiers.

DO	Diskriminierungsombudsmannen (Schweden). Unabhängige Stelle mit aktivem Untersuchungsmandat gegenüber öffentlichen Stellen und disaggregierter Datenerhebung. Referenzmodell für Möglichkeit 4.
Episodische Behinderung	Behinderung, die nicht kontinuierlich, sondern in Schüben oder Episoden auftritt (z. B. ME/CFS, Lupus, bestimmte psychische Erkrankungen). Im deutschen Recht nicht als eigenständige Kategorie anerkannt.
FASD	Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen. Erworbene neurologische Entwicklungsstörung durch pränatale Alkoholexposition. Invisible Barrier mit hoher gesellschaftlicher Prävalenz und systematischer Unterdiagnose.
FEMORA	Positionspapier von gemeinsam zusammen e.V. (2026): Frauen und Mädchen mit nicht sichtbaren Behinderungen — Vollzugslücken erkennen, koordinieren und wirksam schließen. Beschreibt intersektionale Risikopfade zwischen Gleichstellung, Behindertenpolitik, Gesundheit und Gewaltschutz.
GBA+	Gender-Based Analysis Plus (Kanada). Verpflichtende intersektionale Folgenabschätzung für Bundesgesetze. Referenzmodell für Invisible Barriers Impact Assessment.
GdB	Grad der Behinderung. Feststellungsverfahren nach SGB IX. Für viele Invisible Barriers schwer zugänglich, weil funktionale Beeinträchtigungen nicht kontinuierlich messbar sind.
GESA	Gemeinsame Schulassistenz (Essen). Kommunales Modell für strukturierte Einzelfall-Assistenz. Bundesweit nicht skaliert.
Health in All Policies	Ansatz, bei dem gesundheitliche Folgen ressortübergreifend in allen Politikbereichen berücksichtigt werden. Vom Wissenschaftsrat (Februar 2026) für Deutschland explizit empfohlen.
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO). Wechselwirkungsmodell zwischen Person und Umwelt — Grundlage des BGG § 4 und der UN-BRK Art. 1.
Invisible Barriers	Barrieren, die für Menschen ohne die entsprechenden Beeinträchtigungen nicht wahrnehmbar sind: sensorische (Lärm, Licht, Reizüberflutung), kommunikative (Informationsüberflutung, fehlende Schriftlichkeit), chemische (Duftstoffe/VOC) und sozial-organisationale (Unvorhersehbarkeit, soziale Dichte). Analog zu taktilen Barrieren als eigenständige Barriereform.

INVERSIO	Positionspapier von gemeinsam zusammen e.V. (2026): Warum fehlende Visualisierung und fehlende Merkzeichen strukturelle Diskriminierung darstellen — und was der Staat dagegen tun muss. Beschreibt das Herz-Hirn-Modell.
Kaskadenkosten	Folgekosten struktureller Nichtintervention, die über mehrere Sozialsysteme und Haushaltsbereiche akkumulieren. Im KONVERA-Modell medizinisch beschrieben.
KONVERA	Konvergenzrahmen — Modell von gemeinsam zusammen e.V. Beschreibt vier funktionale Belastungsschnittstellen (Reizregulation, Exekutivfunktionen, Schmerzverarbeitung, Stresstoleranz) und ihre Komorbiditätskaskaden.
MCS	Multiple Chemikalien-Sensitivität. Schwere neuroimmunologische Erkrankung mit Intoleranz gegenüber chemischen Expositionen und Malaise nach Expositionen. Barriere durch flüchtige organische Verbindungen (Duftstoffe/VOC). In Kanada seit 2007 als Diskriminierungskategorie anerkannt.
NAP 2.0	Nationaler Aktionsplan zur UN-BRK, zweite Auflage (2016, 175 Maßnahmen). Keine Maßnahme adressiert sensorische oder kommunikative Barrieren als eigenständige Kategorie.
NaSPro	Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Die AG Neurodivergenz & Neurologische Vielfalt (Sprecherin: Rebecca Lefèvre) hat 2025 ein Positionspapier mit expliziten Klagerechts-Forderungen veröffentlicht.
NEXUS	Strukturmodell von gemeinsam zusammen e.V. Kartiert systemische Handlungsfelder und ministerielle Zuständigkeiten für Invisible Barriers in allen 16 Bundesministerien.
SORIA	Sozialraum-Orientiertes Risiko- und Infrastruktur-Analysemodell. Positionspapier von gemeinsam zusammen e.V. (2026): Schule, Bildung, Armutskontext.
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch: Rehabilitation und Teilhabe. §§ 177 ff.: Schwerbehindertenvertretung.
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention (2006), in Deutschland ratifiziert 2009. Art. 9 (Barrierefreiheit), Art. 13 (Zugang zur Justiz), Art. 31 (Statistik und Datensammlung) sind für dieses Papier zentral.

VI. Quellenverzeichnis

Eigene Grundlagenpapiere

- gemeinsam zusammen e.V. / Stille Stunde Initiative (2026): NEXUS-Modell. Systemische Handlungsfelder und Ministeriumszuordnungen für Invisible Barriers. März 2026.
- gemeinsam zusammen e.V. / Stille Stunde Initiative (2026): KONVERA-Modell v13. Funktionales Konvergenzmodell und Komorbiditäts-Kaskaden-Modell. März 2026.
- gemeinsam zusammen e.V. / Stille Stunde Initiative (2026): Normierungsagenda Invisible Barriers. 57 Normen und Normenerweiterungen in 17 Lebensbereichen. März 2026.
- gemeinsam zusammen e.V. / Stille Stunde Initiative (2026): INVERSIO. Strukturelle Diskriminierung durch fehlende Visualisierung und fehlende Merkmale. März 2026.
- gemeinsam zusammen e.V. / Stille Stunde Initiative (2026): SORIA-Modell. Sozialraum-Orientiertes Risiko- und Infrastruktur-Analysemodell. März 2026.
- gemeinsam zusammen e.V. / Stille Stunde Initiative (2026): FEMORA-Modell v12. Frauen und Mädchen mit nicht sichtbaren Behinderungen: Vollzugslücken erkennen, koordinieren und wirksam schließen. März 2026.
- gemeinsam zusammen e.V. / Stille Stunde Initiative (2026): PRAEVIO. Präventive Logik für Invisible Barriers. März 2026.
- gemeinsam zusammen e.V. / Stille Stunde Initiative (2026): Unsichtbare Barrieren in der Bundesverwaltung. Analyse aller 16 Bundesministerien. Februar 2026.
- gemeinsam zusammen e.V. / Stille Stunde Initiative (2026): Bestandsaufnahme Invisible Barriers. Februar 2026.
- gemeinsam zusammen e.V. / Stille Stunde Initiative (2026): Regelungsdefizit BGG § 4. Rechtssystematische Analyse. Februar 2026.
- AG Neurodivergenz & Neurologische Vielfalt / NaSPro (2025): Positionspapier zum Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention. Sprecherin: Lefèvre, R. August 2025.

Rechtliche Grundlagen

- Behindertengleichstellungsgesetz (BGG), i. d. F. 2002, geändert 2021. §§ 4, 13, 15, 18.
- Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), i. d. F. BTHG 2018. §§ 177 ff.
- UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), in Deutschland in Kraft seit 2009. Art. 9, 13, 31.
- Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG), 2006. §§ 1, 3 Abs. 2, 5.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Art. 3 Abs. 3 Satz 2, Art. 19 Abs. 4.
- Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0), 2011.
- Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG), 2021, in Kraft ab 28. Juni 2025.
- Bundesteilhabegesetz (BTHG), 2018.
- Referentenentwurf BMAS zur BGG-Änderung, 19. November 2025.
- Nationaler Aktionsplan zur UN-BRK (NAP 2.0, 2016 / Statusbericht 2023).
- Bundeshaushaltsordnung (BHO), § 7 (Wirtschaftlichkeitsgrundsatz).
- EU-Richtlinie 2024/1499 (Standard für Gleichbehandlungsstellen). Umsetzungsfrist 19. Juni 2026.

Wissenschaftliche und politische Referenzen

- Wissenschaftsrat (2026): Positionspapier zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Gesundheitliche Chancengleichheit und ressortübergreifende Strategien. Februar 2026.

- Caring Economy (2026): Der Kosten-Verschiebungseffekt. Januar 2026.
- IMK / Dullien, S. & Rietzler, K. (2024): Die Mär vom ungebremst wachsenden deutschen Sozialstaat. IMK-Kommentar Nr. 11. Hans-Böckler-Stiftung.
- Prognos AG (2024): Perspektiven für die Kinder- und Jugendpolitik im investierenden Sozialstaat.
- OHCHR/CRPD (2023): Concluding Observations on Germany. Committee on the Rights of Persons with Disabilities.
- Global Disability Inclusion Report (2025): Accelerating Disability Inclusion. UNICEF.
- Innovationsfondsprojekt BarrierefreiASS (2025): Versorgungsrealität von Menschen im Autismus-Spektrum im deutschen Gesundheitssystem.
- FOGS Forschungs- und Beratungsstelle (2023): Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und/oder Autismus in NRW. MAGS NRW.
- AWMF-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen (2021); AWMF-Leitlinie FASD (2025).
- Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe — bff (2023): Barrieren im Hilfesystem für Frauen mit Behinderungen.

Internationale Referenzen

- UK: Autism Act 2009; Health and Care Act 2022, Sec. 181 (Oliver McGowan Mandatory Training); Equality Act 2010 § 6; BSI PAS 6463:2022; Care Quality Commission.
- UK: NHS Reasonable Adjustment Digital Flag; NHS Autism-Friendly Hospital Programme (2023); NHS Equality Delivery System (EDS).
- Kanada: Accessible Canada Act 2019; Accessibility Standards Canada; Canadian Human Rights Commission CHRC (2007, MCS); Gender-Based Analysis Plus (GBA+); FASD Prevention Framework.
- Schweden: Diskrimineringsombudsmannen (DO) Disaggregierungsstandard; Skollagen Kap. 2 § 25 (Elevhälsa); Konsekvensanalys.
- Dänemark: Dagtilbudsloven § 7; Folkeskolens Inklusionsreform 2012/2024.
- Schottland: Children and Young People Act 2014; 'No One Left Behind'.
- Australien: Disability Discrimination Act 1992 § 4 (episodic disability); ANZSCO Inclusive Design for Neurodiversity 2024; NDIA Guidelines 2023; NSW Health Policy Directive 2022.
- Niederlande: UWV Onzichtbare Beperking Protocol 2022; Rijksoverheid Vergaberichtlijnen Neurodivergenz.
- Wales: Mandatory training on trauma-informed care (2023).

Nicht Humanität. Architektur.

Ein System, das für sichtbare Behinderungen institutionell dichte Schutzarchitekturen bereithält, für Invisible Barriers aber nicht, muss diese Asymmetrie nicht begründen können —**es muss sie schließen.**

Die Grundlagen existieren. National und international. Was fehlt, ist die Entscheidung, sie zu verbinden.

gemeinsam zusammen e.V. · Initiative Stille Stunde · Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen sichtbar machen.

post@stille-stunde.com · www.stille-stunde.com · März 2026