

ANALYSE- UND IMPULSPAPIER

Strukturelle Prävention statt Kaskadenfinanzierung

Einschätzung des Ersten Berichts der Finanzkommission Gesundheit
Im Licht des LIORA-Modells für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen

Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen sind die
größte ungeschützte Behinderungsgruppe Deutschlands —
ohne Standards, ohne Diagnostikpfade, ohne Barrierefreiheit.

Das kostet.

Dieses Papier ist ein ehrenamtliches Analyse- und Impulsdokument aus der Perspektive von Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen.

Es benennt strukturelle Fehler möglichst in evidenzbasierter Sprache, entwickelt Ideen und Denkangebote für die politische Debatte und möchte Instrumentarium bieten, das die FKG-Diskussion um den Blick auf den Anfang der Kostenkette erweitern kann. Es kann Fehler haben oder Fehldeutungen, die wahrscheinlich keinen Einfluss auf das Endergebnis haben werden.

Es ist aus autistischer Sicht geschrieben, sachlich und direkt, da es schwerfällt, Zwischentöne zu erkennen oder neurotypisch zu deuten. Sollte die Ausdrucksweise daher stellenweise ungewohnt wirken, bitten wir, dies nicht misszuverstehen – Beschreibungen von Begebenheiten oder Fakten sind keinesfalls persönlich oder vorwurfsvoll gemeint.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Sparen ohne Diskriminierung — Vorbemerkung mit Leseanleitung | 3 |
| Was ist LIORA — und warum ist es relevant für die FKG-Debatte?..... | 4 |
| Das Umdenken: Warum Gegenfinanzierung das falsche Wort ist..... | 5 |
| I · Drei Befunde als Fundament | 6 |
| <i>Befund 1 · Excess-Kosten durch Fehlversorgung.....</i> | <i>6</i> |
| <i>Befund 2 · Psychische Fehlzeiten als Struktursignal.....</i> | <i>6</i> |
| <i>Befund 3 · Suizidalität als fiskalischer Systemendpunkt</i> | <i>7</i> |
| II · Die 66 Empfehlungen: Einschätzung aus LIORA-Perspektive | 8 |
| III · Systemfinanzierung: Das Verursacher- und Versorgungsprinzip..... | 12 |
| IV · Die Kosten der Untätigkeit | 17 |
| V · Kostenbilanzierung invisibler Barrieren | 18 |
| VI · Die Ressourcen-Agenda..... | 19 |
| VII · Die Fehlanreizkarte des GKV-Systems..... | 20 |
| VIII · Das internationale Instrumentarium | 21 |
| IX · Strukturelle Innovationsvorschläge | 22 |
| X · Fazit | 25 |
| XI · Hintergrund..... | 26 |
| XII · Überarbeitete FKG-Empfehlungen und LIORA-Instrumente | 27 |
| Quellenverzeichnis..... | 30 |
| Verursacherprinzip – Quellen nach Themen sortiert:..... | 31 |

Sparen ohne Diskriminierung — Vorbemerkung mit Leseanleitung

Wir verstehen die Logik dieses Berichts. Bei einer linearen Betrachtung der GKV-Finzen sind viele der 66 Empfehlungen folgerichtig — und für uns auch als solche nachvollziehbar. Wir selbst versuchen evidenzbasiert sowie erfolgsorientiert zu arbeiten und wissen, wie fiskalischer Druck Entscheidungen strukturiert.

Was dieser Bericht nicht in Betracht zieht, ist die Ausgangslage der Menschen, die er treffen wird.

Während andere Behinderungsgruppen in den vergangenen Jahrzehnten durch politische Normierung sichtbar wurden — Rollstuhlrampen, taktile Leitsysteme, Leichte Sprache, bauliche Barrierefreiheit — blieben Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen strukturell unsichtbar. Keine gleichwertigen Standards. Keine durchsetzbaren Anpassungen. Keine systematische Frühdiagnostik. Keine Versorgungspfade, die ihre Barrieren kennen.

Das Ergebnis dieser Jahrzehnte: Ein erheblicher Teil der Betroffenen ist nicht durch Wahlfreiheit aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, sondern durch Diskriminierung, Fehldiagnosen und ein System, das sie nicht gesehen hat. Viele sind heute über Partnerinnen oder Partner versichert — weil die Familienversicherung die letzte Auffangstruktur ist, die nach dem Systemversagen noch funktioniert hat.

Jetzt soll genau diese Auffangstruktur abgeschafft werden.

Wir gehen davon aus, dass folgende Empfehlungen überproportional genau die Menschen treffen, die bereits jahrzehntelang mit struktureller Diskriminierung zu kämpfen hatten:

- Nr. 60: Abschaffung der beitragsfreien Ehegattenversicherung — trifft Menschen, die nicht aus freier Wahl, sondern als Folge von Systemversagen nicht erwerbstätig sind.
- Nr. 2: Erhöhung der Zuzahlungen — errichtet neue finanzielle Zugangssperren für eine Gruppe, die bereits durch sensorische, chemische und kommunikative Barrieren ferngehalten wird.
- Nr. 10: Rückführung der Psychotherapie in die MGV — trifft die Gruppe mit dem höchsten dokumentierten Suizidrisiko und einer Versorgungsstruktur, die sie bereits heute systematisch nicht erreicht.
- Nr. 11: Streichung des Kurzzeittherapie-Zuschlags — entfernt den einzigen Therapiepfad, der bei exekutiver Dysfunktion noch realistisch zugänglich ist.
- Nr. 50/51: Krankengeldkürzung — trifft Menschen mit ME/CFS, Long Covid und schwerer Erschöpfung, deren Krankheitsverläufe die 78-Wochen-Grenze strukturell überschreiten.
- Nr. 58: Kürzung des Innovationsfonds dauerhaft um 25% — reduziert den einzigen strukturellen Pilotpfad, der Evidenz für diese Gruppe überhaupt erst generiert.

Dies darf nicht weiter geschehen.

Wir schreiben dies nicht als Vorwurf. Wir erkennen an, dass diese Empfehlungen ohne Berücksichtigung dieser Ausgangslage folgerichtig erscheinen. Unser Anliegen ist, diese Ausgangslage sichtbar zu machen — und im Folgenden Instrumente vorzuschlagen, die sparen, ohne zu diskriminieren. Im Folgenden finden Sie eine umfassende Analyse.

Leseanleitung

Für Entscheidungsträger: Vorbemerkung — Kapitel II (Drei-Kategorien-Analyse) — Kapitel X (Fazit) — Kapitel XII (Maßnahmenübersicht).

Für das Fachpublikum: Vollständiges Dokument. Kapitel I–IX liefern Evidenz, Modelle und internationale Vergleiche für die Tiefenanalyse.

Hinweis zu Kapitel XII: Die Abschlusstabelle fasst alle in diesem Papier entwickelten Instrumente zusammen. Sie ist als Übersicht konzipiert — Einzelbegründungen finden sich in den jeweiligen Kapiteln.

Was ist LIORA — und warum ist es relevant für die FKG-Debatte?

In Deutschland gibt es mehrere Millionen Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen: psychische, neurologische, chronische Erkrankungen, Sinnesbeeinträchtigungen und neurodivergente Profile. Diese Menschen werden von Versorgungsstrukturen systematisch nicht erreicht — nicht weil keine Leistungen verfügbar sind, sondern weil die Strukturen dahinter fehlen und Barrieren, die den Zugang verhindern, unsichtbar sind: sensorische Überreizung in Wartezimmern, kommunikative Barrieren im Diagnosegespräch, chemisch belastete Innenraumluft, soziale Anforderungen jenseits der Belastungsgrenze.

LIORA — Lichtblick-Leitmodell für Inklusion, Orientierung, Rechte und Anerkennung — ist ein System aus elf Positionspapieren, das diese Lücke strukturell beschreibt und Ideen für Lösungen entwickelt. Es wurde von Rebecca Lefèvre ehrenamtlich entwickelt, dem Bundestag durch Prof. Dr. Armin Grau MdB übergeben. Die Übersicht und [Architektur finden Sie hier](#). Politische Strukturen fehlen auch, weil es keine Definition der Gruppe und der Barrieren gibt. Diese Definitionen werden im Dokument [KONVERA](#) vorgeschlagen. Dort wird auch die Kaskade mit Endpunkt Suizid beschrieben, die hier übertragen werden kann.

| Die KONVERA-Kaskade: Wie aus unsichtbaren Barrieren GKV-Kosten werden |
|---|
| Stufe 1 — Invisible Barriere: Sensorische, kommunikative, chemische oder soziale Barrieren verhindern den Versorgungszugang. Das System registriert das nicht. |
| Stufe 2 — Keine Diagnose: Funktionale Überlastung bleibt unerkannt. Kein Diagnosepfad. Keine Intervention. |
| Stufe 3 — Komorbidität: Depression, Sucht, somatoforme Störungen, chronische Erschöpfung entstehen als Folge nicht adressierter Grundbelastung. |
| Stufe 4 — Eskalation: Psychiatrische Akutversorgung, Frühberentung, Suizidalität. Die teuersten Posten — und jeder davon ist am Beginn der Kaskade adressierbar. |
| Quelle: KONVERA-Modell, gemeinsam zusammen e.V. (2026). Heuristisches Strukturmodell, Kernbefunde evidenzbasiert. |

Für die FKG-Debatte ist das entscheidend:

Die Deckungslücke von 15,3 Milliarden Euro entsteht nicht nur durch demografischen Wandel. Ein strukturell erheblicher Teil entsteht am Ende dieser Kaskade — als Folge fehlender Grundlagen. Der FKG-Bericht saniert das Ende der Kaskade. Er kennt ihren Anfang nicht. Dieses Papier benennt ihn.

„Die Verbindung von Diagnostik, invisiblen Barrieren und Suizidprävention in einem Modell zu denken, ist ein relevanter Schritt. Diese Verknüpfungen bei der Prävention im Blick zu halten muss Teil einer modernen Präventionsarbeit sein.“ — Prof. Dr. Reinhard Lindner, Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)

Das Umdenken: Warum Gegenfinanzierung das falsche Wort ist

Wenn öffentliche Diskussionen über Gegenfinanzierung sprechen, meinen sie meistens: Wer zahlt? Neue Steuern. Neue Abgaben. Neue Bürokratie. Das ist die falsche Frage. Die richtige lautet: Wo verbrennt das Geld bereits — und warum sieht das System es nicht? Und auch wer zahlt, wenn Strukturen versagt haben?

Das GKV-System bezahlt die Fehler längst.

Es bezahlt sie nur nicht am richtigen Ort, zum richtigen Zeitpunkt, unter dem richtigen Etikett. Es bezahlt sie am Ende der Kaskade: als stationäre Akutaaufnahme, als Frühberentung, als Krankengeld für vermeidbare Chronifizierung. Es bezahlt sie unsichtbar. Und weil sie unsichtbar sind, werden sie nicht gesteuert.

***Gegenfinanzierung ist nicht nur das Finden von Geld.
Es ist auch das Aufhören, Geld durch Fehl-, Falsch-
und Überversorgung zu verlieren.***

Strukturelle Prävention ist nicht nur ein Ausgabeposten, sondern auch ein Kostenvermeidungsmotor.

Jeder Euro, der am Anfang der KONVERA-Kaskade investiert wird, verhindert vier bis sieben Euro am Ende — das ist OECD-Methodologie (OECD 2023: Health at a Glance).

Dieses Papier entwickelt diesen Gedanken in drei Richtungen:

- nach innen (Systemeffizienz),
- nach außen (internationales Instrumentarium),
- nach vorne (strukturelle Innovationsvorschläge)

I · Drei Befunde als Fundament

Die folgenden drei Befunde sind direkt durch publizierte Studien oder amtliche Statistiken belegt. Sie verändern die FKG-Debatte, weil sie zeigen: Die GKV-Kostendynamik ist zu einem erheblichen Teil das messbare Ergebnis strukturellen Systemversagens — nicht nur demografischer Entwicklung.

Befund 1 · Excess-Kosten durch Fehlversorgung

| Indikator | Befund - BarrierefreiASS 2025 |
|------------------------------|--|
| Direkte Versorgungskosten | Faktor 3,4 höher als die Allgemeinbevölkerung. Keine Überversorgung — Kosten strukturell verzögerter Versorgung. |
| Ambulante Psychotherapie | Faktor 11,2. Die Gruppe kommt im Regelsystem nicht an und wird im Spezialbereich aufgefangen. Das ist kein Effizienzproblem — es ist ein Zugangsproblem. |
| Stationäre Psychiatrie | Faktor 11,1. Entsteht, weil die ambulante Versorgung zu spät oder gar nicht greift. |
| Informelle Pflege Angehörige | Faktor 4,6. Ca. 60.000 €/Jahr pro Person — unsichtbar, unbezahlt, außerhalb jeder GKV-Statistik. |
| Indirekte Kosten (AU) | Faktor 2,6. Produktivitätsverlust außerhalb der GKV-Kalkulation, aber innerhalb der volkswirtschaftlichen Realität. |

Befund 2 · Psychische Fehlzeiten als Struktursignal

| TK-Gesundheitsreport 2025 · DAK-Psychreport 2025 · GKV-Routinedaten 2024 |
|--|
| Fehltage durch psychische Erkrankungen: 3,33 (2022) → 3,59 (2023) → 3,75 (2024) → 3,81 (2025). Einziger Diagnoseblock mit kontinuierlichem Anstieg. |
| ADHS-Diagnosen Erwachsene: Verdreizehnfachung in 15 Jahren bei stabiler Bevölkerungsprävalenz. Keine neuen Erkrankungen — nachgeholte Erkenntnisse über Jahrzehnte der Fehlversorgung. |
| Kita-Personal: 586 Fehltage/100 Versicherte · Altenpflege: 573 (DAK 2025). Berufe mit überproportionalem Neurodivergenzanteil, strukturell zerstörerisch gestaltet. |

Befund 3 · Suizidalität als fiskalischer Systemendpunkt

Ein verhinderter Suizid spart volkswirtschaftlich 1–2 Millionen Euro (OECD 2021).

| Gruppe | Suizidalität |
|-------------------|--|
| Autismus-Spektrum | 9–10-fach erhöhtes Suizidrisiko (Hirvikoski 2016; Cassidy 2020). 10% der Suizidtodestfälle mit autistischen Merkmalen bei 1% Bevölkerungsanteil (Cassidy 2022, BJP). |
| ME/CFS | 27% der Todesfälle durch Suizid (Johnson 2022). 39,3% mit suizidalen Gedanken (König 2024). |
| FASD | Mittlere Lebenserwartung beträgt 34 Jahre. 15% aller Todesfälle durch Suizid (Thanh & Jonsson 2016). |
| ADHS | Signifikant erhöhtes Suizidrisiko, insbesondere bei Komorbidität (Rother 2025). |

Suizidprävention und GKV-Kostenreduktion sind für diese Gruppe dieselbe Agenda.

II · Die 66 Empfehlungen: Einschätzung aus LIORA-Perspektive

Die 66 Empfehlungen werden unter einer zentralen Frage analysiert: Wie wirken sie sich auf Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen und auf die strukturelle Präventionslücke aus? Einige Empfehlungen verschärfen die Unterversorgung der Gruppe mit dem höchsten dokumentierten Suizidrisiko.

Was wirklich gespart wird — drei Kategorien

Nicht alle Maßnahmen, die für die GKV sparen, sind echte Einsparungen im Systemsinne. Die Unterscheidung ist entscheidend.

Kategorie 1 — Echte Systemeffizienz:

Die GKV spart, weil unnötige oder schädliche Leistungen entfallen. Gleiche oder bessere Outcomes bei geringeren Kosten. Nr. 12, 20, 32, 54. LIORA unterstützt diese ausdrücklich.

Kategorie 2 — Kostenverschiebung zu Patientinnen und Patienten:

Die GKV spart, weil Betroffene mehr zahlen oder auf Leistungen verzichten. Die Kosten entstehen trotzdem — als Chronifizierung oder Eskalation. Nr. 2, 10, 11, 50/51, 60. Diese treffen überproportional Menschen, die durch Systemversagen bereits benachteiligt wurden.



Kategorie 3 — Kostenverschiebung zwischen Systemen:

Die GKV spart, aber Rentenversicherung, Jobcenter, Jugendhilfe, Kommunen zahlen mehr. Systemweit entsteht kein Nettovorteil. Die meisten der 66 Empfehlungen fallen in diese Kategorie, sobald ihre Langzeitwirkung mitgedacht wird.

Echte Einsparungen entstehen auch durch Systemeffizienz und durch Verhinderung von Kosten. Kostenverschiebung hingegen ist kein Sparen für die Steuerzahlenden und Bürgerinnen und Bürger — es ist Buchführung mit anderer Adresse.

Vor diesem Hintergrund kommen wir zu folgender Bewertung:

| | FKG-Empfehlung | Einschätzung — Wirkung auf Zielgruppe und Systemstruktur |
|---|------------------------------------|--|
| ✓ | Nr. 32 · Zweitmeinungsverfahren | Schutz vor Fehlbehandlung durch Kommunikationsbarrieren. Erweiterung auf psychiatrische Diagnosen bei neurodivergenten - Verdacht wäre konsequent. |
| ✓ | Nr. 20 · Streichung Homöopathie | Stärkt Evidenzprinzip — Grundvoraussetzung für strukturelle Versorgungsmodelle. |
| ✓ | Nr. 12 · Entfall Konsiliarantrag | Reduziert Abbruchrisiko bei exekutiver Dysfunktion. Direkte Suizidschutzwirkung (BPtK). |
| ✓ | Nr. 54 · Krankengeldfallmanagement | Potenzielle Diagnosebrücke für Neurodivergenz, wenn Fallmanager explizit geschult werden. |

| | | |
|---|--|--|
|  | Nr. 64–66 · Tabak-, Alkohol- und Zuckersteuer | Genau das, was das LIORA-Papier im Verursacherprinzip entwickelt — die FKG hat diesen Schritt bereits getan. Diese drei Empfehlungen sind ein erster, konsequenter Anknüpfungspunkt. LIORA unterstützt sie ausdrücklich und schlägt im Kapitel III eine systematische Erweiterung auf Glücksspiel und chemische Raumbelastung vor. |
|  | Nr. 10 · Psychotherapie in MGV | Trifft Gruppe mit höchstem Suizidrisiko. FOGS NRW: über 90% ohne neurodivergente Qualifikation, Wartezeiten 6–24 Monate. Ohne Disability Impact Assessment nicht vertretbar. |
|  | Nr. 11 · Kurzzeittherapie-Zuschlag | Fehlansätze gegen den einzigen realistischen Einstiegspfad dieser Gruppe. |
|  | Nr. 2 · Zuzahlungserhöhung | 40% der Zielgruppe nicht erwerbstätig (BarrierefreiASS). Zusätzliche finanzielle Zugangssperre für strukturell Unterversorgte. |
|  | Nr. 50/51 · Krankengeldkürzung | ME/CFS überschreitet die 78-Wochen-Grenze regelmäßig. Drastisches Armutsrisiko bei Gruppe mit höchstem Suizidrisiko. |
|  | Nr. 58 · Innovationsfonds kürzen | Reduziert den einzigen strukturellen Pilotpfad dauerhaft um 25% (von 200 auf 150 Mio. €/Jahr; GKV-Anteil von 100 auf 50 Mio. €). BarrierefreiASS war ein Innovationsfondsprojekt. Für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen ist der Innovationsfonds faktisch der einzige systemische Experimentierraum — jede Absenkung trifft strukturell diejenigen, für die Regelversorgungspfade nicht existieren. |
|  | Nr. 60 · Abschaffung beitragsfreie Ehegattenversicherung | 40% der Zielgruppe sind nicht erwerbstätig (BarrierefreiASS 2025) — nicht durch Wahlfreiheit, sondern als Folge von Fehldiagnosen, strukturellen Zugangsbarrieren und jahrzehntelanger Nicht-Normierung. Viele sind über Partner versichert, weil die Familienversicherung die letzte Auffangstruktur nach dem Systemversagen war. Die Abschaffung dieser Absicherung trifft überproportional Menschen, die nicht durch eigene Entscheidung, sondern durch strukturelle Diskriminierung aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. |
|  | Keine strukturelle Prävention für nicht sichtbare Behinderungen | Geschlechtssensible Diagnostik · Sensorische Standards · Kreativtherapien · Niedrigschwellige Angebote · Interministerielle Koordination. Hinweis: Der FKG-Bericht enthält ein eigenes Kapitel zu Prävention und Konsumsteuern (Nr. 64–66) — strukturelle Prävention im Sinne von Barriereabbau, Diagnostikpfaden und sensorischen Standards für nicht sichtbare Behinderungen fehlt jedoch vollständig. |

Kritische Einschätzung zu Nr. 10:

Die Rückführung der Psychotherapie in die MGV trifft eine Gruppe, bei der laut FOGS NRW (2023) über 90% der Fachärzte keine Qualifikation im Umgang mit Autisten haben. Wartezeiten 6–24 Monate sind der Regelfall. Eine Budgetdeckelung ohne Disability Impact Assessment für diese Gruppe ist aus Art. 2 Abs. 2 GG und Art. 25 UN-BRK schwer zu begründen.

Systemische Leerstellen im FKG-Bericht

| Leerstelle | Was fehlt und warum es Kosten erzeugt |
|--|---|
| Geschlechtssensible Diagnostik | Spätdiagnostizierte Autistinnen erhalten Diagnose im Schnitt mit 31,8 Jahren — 22 Jahre später als früh diagnostizierte Frauen. 34,1% berichten Suizidgedanken (Diemer 2025). Kein GKV-Programm hat das als Zielindikator. |
| Sensorische Standards in Versorgung | 60%+ autistischer Erwachsener vermeiden medizinische Behandlungen (Raymaker 2017). Reizreduktion in Praxen und Kliniken ist keine Komfortfrage — es ist eine Zugangsfrage mit direkter Kostenwirkung. |
| Kreativtherapien | Wirksam bei Autismus, ADHS, Trauma (Buckley 2022). Nicht im GKV-Katalog. Werden bei Budgetdruck zuerst gekürzt. |
| Niedrigschwellige Angebote ohne Diagnosepflicht | NaSPro 2025: Erheblicher Anteil suizidaler Menschen hatte vor Tod keinen Versorgungszugang. Fehlen reizreduzierter Angebote wirkt suizidverschärfend. |
| Interministerielle Koordination | Kaskadenkosten verteilen sich auf GKV, Rentenversicherung, Jobcenter, Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe. Kein Ressort sieht das Gesamtbild. Kein Ressort hat den Auftrag, es zu sehen. |
| Chemische Barrieren in Versorgungsräumen | Belastung der Innenraumluft mit synthetischen Duftstoffen in Kliniken und Praxen machen Gesundheitseinrichtungen für Menschen mit chemischen Sensitivitäten physisch unzugänglich — bevor ein Gespräch stattfindet. Steinemann (Air Quality 2019, n=4.435, vier Länder): 19,9% der Bevölkerung berichten chemische Sensitivität; 13,5% davon berichten ko-prävalent Autismus-Spektrum-Störungen. 44,1% beschreiben die Wirkung von Duftstoffprodukten als potenziell behindernd. 77,5% der Menschen mit MCS werden am Zugang zu öffentlichen Orten gehindert. Kanada, USA und Australien haben reagiert: Federal Offices in Kanada sind verpflichtet, auf Anfrage duftstofffreie Räume als Behinderungsunterstützung bereitzustellen. Das Canadian Medical Association Journal (2015): „Artificial scents have no place in our hospitals.“ USA: Die amerikanische Ärztekammer empfiehlt Regelungen zum Verzicht auf Duftstoffe (Verordnung H-135.902). Australien: staatliche Krankenhaus-MCS-Leitlinien in mehreren Bundesstaaten. In Deutschland: ein existierender, kaum genutzter Anknüpfungspunkt. |
| Kommunikative Barrieren in der Versorgung | Unstrukturierte Erstgespräche, fehlende schriftliche Kommunikationswege, implizite Sprachkonventionen und unvorhersehbare Abläufe sind für viele Menschen mit Neurodivergenz zentrale Zugangshindernisse — oft vor jeder inhaltlichen Versorgung. Norris et al. (2024) haben co-produzierte kommunikative Anpassungen für medizinische Dienste dokumentiert: niedrigschwellig, kostengering, wirkungsstark. Das SPACE-Framework (Doherty et al. 2023, Royal College of General Practitioners): Safety, Patience, Adaptations, Communication, Environment — ein strukturiertes Protokoll für angepasste Kommunikation in der Primärversorgung, empfohlen als Goldstandard. NHS Hospital Passports: Patientinnen und Patienten bringen schriftliche Bedarfszusammenfassungen in Krankenhäuser — ein Modell, das ohne Gesetzänderung pilotierbar ist. Kommunikative Barrieren sind kein weicher Faktor. Ihr Scheitern erzeugt Fehldiagnosen, Behandlungsabbrüche und vermeidbare Wiedervorstellungen und fördert Suizidalität — die sich in GKV-Kosten niederschlagen. |
| Elektronische Barrieren | Menschen berichten über belastende Symptome, die sie mit elektromagnetischen Feldern in Verbindung bringen; dieses Phänomen |

wird häufig als Elektrosensitivität (EHS) bzw. elektromagnetische Hypersensitivität beschrieben. Die WHO hält fest, dass die Beschwerden real und teils erheblich beeinträchtigend sein können, ein ursächlicher Zusammenhang mit EMF-Exposition jedoch bislang wissenschaftlich nicht belastbar nachgewiesen ist. Daraus folgt vor allem ein Forschungs- und Versorgungsauftrag, nicht bereits eine gesicherte Kausalzuschreibung. Parallel dazu bestehen digitale Barrieren in der Versorgung: Terminbuchungssysteme, Telemedizin-Plattformen, ePA-Oberflächen und Behördenportale können sensorische, kommunikative und kognitive Zugangshürden reproduzieren. Das Barrierefreiheitsgebot des BGG erfasst ausdrücklich auch Systeme der Informationsverarbeitung; zugleich zeigen WHO/Europa und Übersichtsarbeiten, dass digitale Gesundheitstechnologien gerade für gesundheitlich belastete und behinderte Menschen häufig schwer zugänglich bleiben. Forschungs-, Umsetzungs- und Normierungsauftrag bestehen daher nebeneinander.

Wissenschaftliche Unsicherheit darf nicht erneut in strukturelle Untätigkeit übersetzt werden. Gerade bei neuen oder noch nicht abschließend geklärten Belastungslagen sollte das System präventiv evaluieren, statt erst dann zu reagieren, wenn schwere Verläufe, Ausschlüsse und Hochkosten bereits entstanden sind — wie bei ME/CFS, Autismus, ADHS, Mastozytose und anderen lange verkannten Konstellationen.

III · Systemfinanzierung: Das Verursacher- und Versorgungsprinzip

Das Verursacherprinzip ist im deutschen Recht längst etabliert: im Umweltrecht, im Produkthaftungsrecht, in der Chemikalienregulierung. Die Empfehlungen 64–66 der Finanzkommission greifen dieses Prinzip bereits punktuell auf. Was jedoch fehlt, ist eine systematische Anwendung derselben Logik auf alle Sektoren, deren Produkte nachweislich erhebliche Gesundheitsfolgekosten verursachen. Für Umweltschäden gilt das Verursacherprinzip konsequent. Für Gesundheitsschäden durch Konsum und Produktion gilt es bislang nur selektiv. Eine konsistente GKV-Finanzierungsstrategie sollte diese Lücke schließen.

Das Cannabis-Argument: Gleichbehandlung als Denkansatz

Cannabis wurde in Deutschland mit expliziter Begründung reguliert: Gesundheitsschutz, Suchtprävention, Kostenvermeidung für das Sozialsystem. Alkohol erzeugt ca. 57 Mrd. € Folgekosten jährlich (BMG 2023). Tabak über 79 Mrd. € (DKFZ 2022). Beide frei erhältlich, kulturell normalisiert, relativ zu belegten Folgekosten niedrig besteuert. Die Frage, ob dieser Unterschied in der Regulierungslogik begründbar ist, stellt sich — und hat keine einfache Antwort.

Wenn Gesundheitsschutz und Verursacherprinzip die Regulierungsgrundlage für Cannabis waren — dann stellt sich die Frage, ob dieselbe Logik konsequent auf andere Substanzen mit belegten Systemlasten angewandt werden sollte.

Betrachtung von Systemlasten

Alle Ebenen sind Teil des Denkraums, den dieses Papier eröffnen will.

Ebene A — Sofort anschlussfähig

Diese Instrumente verbinden hohe, belastbar quantifizierte Folgekosten mit etablierten internationalen Modellen und sind daher politisch unmittelbar diskutierbar.

Alkohol.

Alkohol verursacht in Deutschland laut Bundesministerium für Gesundheit jährlich rund 57 Milliarden Euro Folgekosten (BMG 2023). Eine Dynamisierung der Alkoholsteuer — also Inflationsausgleich plus Realaufschlag — ist damit keine symbolische Maßnahme, sondern eine konsistente Anwendung des Verursacherprinzips. Eine Zweckbindung für Prävention und Frühintervention würde den Zusammenhang zwischen Ursache und Systementlastung sichtbar machen.

Tabak und Vape-Produkte.

Tabakkonsum verursacht laut Deutschem Krebsforschungszentrum rund 79 Milliarden Euro Folgekosten pro Jahr (DKFZ 2022). Das Vereinigte Königreich zeigt, dass eine konsequente steuerliche Dynamisierung wirksam und politisch durchsetzbar ist: Die Rauchquote sank dort von etwa 20 % auf 12 %, während die Einnahmen bei über 10 Milliarden Pfund jährlich stabil blieben. Eine analoge Dynamisierung, ergänzt um eine spezifische Abgabe auf Vape-Produkte, ist unmittelbar übertragbar.

Glücksspiel.

Glücksspiel ist nachweislich mit erhöhtem Risiko für Depression und Suizidalität verbunden (Productivity Commission Australia 2023). Im Vereinigten Königreich wurde eine verpflichtende Abgabe von 0,1 % des Umsatzes zur Finanzierung von Präventions- und Behandlungsangeboten eingeführt, mit einem Volumen von rund 100 Millionen Pfund jährlich. Dieses Modell ist regulatorisch erprobt und auf den deutschen Glücksspielstaatsvertrag übertragbar.

Chemische Raumbelastung in Gesundheitseinrichtungen.

Synthetische Duftstoffe, aggressive Reinigungsmittel und flüchtige organische Verbindungen in Kliniken und Praxen machen Versorgungsräume für Menschen mit chemischen Sensitivitäten oder MCAS (Mastzellaktivierungssyndrom) physisch unzugänglich und belasten die Gesundheit. Steinemann (Air Quality, Atmosphere & Health 2019; n=4.435, vier Länder: USA, Australien, Schweden, UK): 19,9% der Bevölkerung berichten chemische Sensitivität, 7,4% haben eine medizinische MCS-Diagnose. 13,5% der Menschen mit chemischer Sensitivität berichten ko-prävalent Autismus-Spektrum-Störungen. 44,1% beschreiben die Auswirkungen von Duftstoffprodukten als potenziell behindernd. 28,6% verloren im vergangenen Jahr Arbeitstage oder ihren Arbeitsplatz durch Duftstoffexposition.

Die Industrie, die Kliniken, Wartezimmer und öffentliche Gebäude mit diesen Substanzen ausstattet, trägt keinen Cent der entstehenden Zugangsverluste und Gesundheitsfolgekosten. Das ist strukturelle Externalisierung — dasselbe Prinzip wie bei Alkohol und Tabak, nur noch weniger diskutiert.

Ebene B — pilotierbar

Diese Instrumente sind politisch noch nicht Standard, verfügen aber über internationale Evidenz oder klare Wirklogiken und lassen sich in Pilotformaten erproben.

Zucker und hochverarbeitete Lebensmittel.

Fiskalische Maßnahmen auf zuckerhaltige Produkte zeigen international messbare Effekte: In Mexiko sank der Konsum um 4,7 bis 12 %, bei gleichzeitigen Einnahmen von über 2 Milliarden US-Dollar jährlich (PAHO 2022). Ergänzend zeigt eine Lancet-Analyse (Monteiro et al. 2023) Zusammenhänge zwischen hochverarbeiteten Lebensmitteln, Entzündungsprozessen und psychischer Gesundheit. Daraus ergibt sich ein plausibler Ansatz für zweckgebundene Abgaben mit Präventionswirkung.

Fehlattributions-Rückführung.

Fehlattributionsen — etwa bei Neurodivergenz — führen nachweislich zu unnötigen Therapien, Psychopharmaka und stationären Aufenthalten. Ein pilotierbarer Ansatz besteht darin, DRG-Daten mit späteren Diagnoserevisionen systematisch zu vergleichen und einen Teil der identifizierbaren Fehlkosten in barrierefreie Diagnostik umzulenken. Dies würde erstmals einen finanziellen Anreiz für bessere Erstdiagnostik schaffen.

Ebene C — Forschungs- und Entwicklungsauftrag

Diese Ansätze adressieren strukturell relevante Gesundheitsrisiken, sollten gegenwärtig jedoch primär als Forschungs- und Entwicklungsagenda formuliert werden, bevor sie als direkte Finanzierungsinstrumente eingesetzt werden.

Mikroplastik.

Mikroplastik wurde inzwischen in Blut, Organen und Gehirngewebe nachgewiesen (Ragusa et al. 2021; Senathirajah et al. 2021). Erste Modelle (z. B. Naviaux 2026) diskutieren Zusammenhänge mit neurobiologischen Entwicklungsprozessen. Für eine konkrete gesundheitsbezogene Abgabe fehlt derzeit jedoch noch eine belastbare Quantifizierung der Folgekosten. Daraus ergibt sich ein klarer Forschungsauftrag.

Pestizid- und Chemikalienhaftung.

Während die EU-REACH-Verordnung Dokumentationspflichten regelt, besteht keine systematische Verknüpfung zu gesundheitlichen Folgekosten. Eine Haftungskomponente analog zur Umwelthaftungsrichtlinie (2004/35/EG) könnte perspektivisch einen Gesundheitsfonds für Langzeitschäden speisen. Dafür sind jedoch vertiefte gesundheitsökonomische und juristische Grundlagen notwendig.

Digitale Aufmerksamkeitsökonomie und Schlafökonomie.

Studien zeigen Zusammenhänge zwischen Bildschirmzeit, psychischer Gesundheit und neurokognitiver Entwicklung (u. a. Liu et al. 2023; Shou et al. 2025). Gleichzeitig verursacht Schlafmangel erhebliche volkswirtschaftliche Schäden von über 60 Milliarden Euro jährlich (RAND 2016). Die Überführung dieser Erkenntnisse in konkrete fiskalische Instrumente — etwa Abgaben oder regulatorische Modelle — erfordert jedoch zunächst systematische Forschung und politische Bewertung.

Elektrosensitivität und elektromagnetische Umweltbelastung. Menschen berichten von gesundheitlichen Beschwerden im Zusammenhang mit elektromagnetischen Feldern (Sendemasten, WLAN, Mobilfunk) — eine Gruppe, die unter dem Begriff Elektrosensitivität (EHS) diskutiert wird. Die Kausalität ist wissenschaftlich nicht abschließend geklärt. Die Beschwerden sind real und das System erfasst sie nicht. ICD-11 enthält einen Code für umweltbezogene Sensitivitätsstörungen (MG22). Forschungs- und Erfassungsauftrag bestehen gleichzeitig.

Das Versorgungsprinzip

Neben der Frage, wer die Kosten der Fehlsteuerung trägt (Verursacherprinzip), steht die Frage: Wie wird Versorgung so gestaltet, dass Eskalationen gar nicht erst entstehen? Das Versorgungsprinzip benennt konkrete Strukturen, die kostengünstiger sind als Krisenintervention — und die bisher systematisch fehlen.

1. Schulische Früherkennung und Prävention

Schule ist der erste systemische Kontaktpunkt, an dem nicht sichtbare Behinderungen sichtbar werden könnten — wenn Strukturen vorhanden wären. Sensorisch geeignete Lernumgebungen, geschultes Personal, niedrigschwellige psychologische Beratung und verbindliche Nachteilsausgleiche ohne Diagnosepflicht sind keine Luxusausstattung. Sie sind die kostengünstigste Unterbrechung der KONVERA-Kaskade für eine Schutzbefohlene Gruppe mit hoher Wahrscheinlichkeit zu psychischen Krisen und Suizid. Eine vertiefte Analyse findet sich im LIORA-[Modul SORIA](#).

2. Gemeindliche Niedrigschwelligangebote ohne Konsumpflicht

Räume ohne Kaufzwang, Begegnungsorte mit niedrigschwelligem Zugang, informelle Gemeinschaftsstrukturen — das sind keine sozialpolitischen Wohltaten, sondern nachweisliche Kostensenker. Menschen, die solche Orte haben, landen seltener in psychiatrischer Krisenversorgung. Kommunale Pilotprojekte existieren bereits. Eine strukturelle Verankerung als Pflichtleistung wäre der nächste Schritt. International zeigen Japan (Einsamkeitsstrategie 2021) und skandinavische Kommunen, dass Investitionen in sogenannte Third Places messbar die Inanspruchnahme psychiatrischer Notversorgung senken (THL 2023). UN-BRK Art. 19 verpflichtet zu gemeinschaftlichen Unterstützungsstrukturen — diese Verpflichtung ist bisher nicht in GKV-Finanzierungslogik übersetzt worden.

3. Zielgruppenspezifische Hotlines und Erstanlaufstellen

Berufsbezogene Gruppen mit besonders hoher Belastung — Kita-Personal (586 Fehltag/100 Versicherte), Altenpflege (573), Lehrkräfte — brauchen spezifische, niedrigschwellige Erstanlaufstellen, die ihre Berufsrealität kennen. Keine allgemeine Krisenhotline, sondern strukturell eingebettete Angebote, die frühzeitig Belastungssignale auffangen, bevor sie in Langzeitkrankschreibung oder Frühberentung münden. Kosten: minimal. Wirkung: erheblich, weil diese Gruppen überproportional neurodivergente Anteile haben und ohne passende Anlaufstelle das Regelsystem meiden. Gleichzeitig sind sie Kontaktpersonen für viele Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen, teils ohne Leitfäden und konkreten Hilfen zum Umgang.

4. Diagnosebezogene Begleitung — das psychoonkologische Prinzip

Krebspatientinnen und -patienten erhalten als Teil der Standardversorgung psychoonkologische Begleitung — automatisch, ohne dass sie es beantragen müssen. Dasselbe Prinzip fehlt für Diagnosen, die in die Kaskade fallen: FASD, Autismus-Spektrum, ME/CFS, ADHS. Wer diese Diagnose erhält, sollte automatisch Zugang zu psychosozialer Begleitung bekommen — nicht als Sonderrecht, sondern als integrierter Bestandteil der Diagnoseversorgung. Dasselbe gilt für intersektionale Gruppen, die statistisch überproportional in die Kaskade geraten: queere Menschen (erhöhtes Suizidrisiko durch Minderheitenstress), Menschen mit Fluchterfahrung, Opfer von Gewalt (komplexe Traumatisierung trifft auf ein System, das ihre kommunikativen und kulturellen Barrieren nicht kennt). Die Evidenz ist vorhanden. Die Struktur fehlt.

5. Social Prescribing — Gemeinschaft als Versorgungspfad

Das britische Modell der sozialen Verschreibung zeigt deutliche Effekte auf Gesundheitsnutzung und Kosten. Für Deutschland ist der Ansatz inzwischen konkret anschlussfähig: Unter Leitung der Charité läuft seit 2025 das europaweite Forschungs- und Implementierungsprojekt SP-EU mit einer klinischen Studie in zehn Ländern (N = 1.776); daneben pilotiert das innovationsfondsgeförderte Projekt PositiveHealth in Nordrhein-Westfalen seit 2025 primärversorgungsnahen Ansätze, die psychische und soziale Faktoren systematischer einbeziehen. NASP 2022: 28% weniger GP-Kontakte, 24% weniger Notaufnahmen. Für die LIORA-Zielgruppe besonders relevant: barrierearme Gemeinschaftsangebote ohne Diagnosepflicht sind oft der einzige Einstiegspfad, der tatsächlich genutzt wird.

6. Barrierefreie digitale Zugänge

Terminbuchungssysteme, Telemedizin-Plattformen, ePA-Oberflächen und Behördenportale reproduzieren analoge Barrieren in digitaler Form: sensorische Überlastung durch schlecht strukturierte Oberflächen, kommunikative Überforderung durch implizite Sprache, kognitive Zugangssperren durch fehlende Vorhersehbarkeit. Die Digitalisierungsdividende — eingesparte Mittel durch weniger Papierarbeit und Doppeluntersuchungen — muss explizit für barrierefreie digitale Zugänge zweckgebunden werden. BGG § 4 gilt. Die Durchsetzung fehlt.

7. Sparen durch Analysieren

Ein erheblicher Teil der teuersten Eskalationspfade entsteht nicht nur durch fehlende Versorgung, sondern durch fehlendes Wissen über ihren Verlauf. Wer nicht erfasst, welche Diagnosen, Verdachtsdiagnosen, Wartezeiten, Ausschlüsse, Kontaktabbrüche und Fehlsteuerungen suizidale Krisen und Hochkostenfälle begleiten, verzichtet auf den billigsten Steuerungshebel des Systems. Notwendig ist daher ein anonymisiertes Monitoring von Suizidversuchen, Suiziden und schweren Eskalationsverläufen, das Diagnoselage, Versorgungszugang, Wartezeiten, Kontaktabbrüche, Ausschlüsse aus Hilfesystemen und letzte Versorgungskontakte systematisch sichtbar macht. Erst dann wird erkennbar, wo Prävention billiger ist als Eskalation — und wo das System heute nicht an Geld, sondern an Analyse spart.

Drei Elemente jeder systemisch konsistenten Abgabe

1. Kausalitätspflicht: Die Abgabe wird auf Substanzen oder Sektoren erhoben, deren Gesundheitsfolgen quantifizierbar und durch Studien belegt sind. Empirische Grundlage, keine normative Willkür.
2. Dynamisierung: Die Abgabe steigt automatisch mit der Inflation und einem definierten Realfaktor. Lenkungswirkung bleibt erhalten. Lenkung ist das primäre Ziel.
3. Rückführungslogik statt starrer Zweckbindung: Einnahmen aus gesundheitsbezogenen Abgaben sollten nicht folgenlos im allgemeinen Finanzierungskreislauf aufgehen, sondern über einen gesetzlich definierten Zuweisungs- oder Fördermechanismus erkennbar in Prävention, Frühintervention und Barriereabbau zurückwirken. Damit würde der Zusammenhang zwischen Verursachung und Systementlastung politisch sichtbar, ohne unnötig in Konflikt mit dem haushaltsrechtlichen Gesamtdeckungsprinzip zu geraten.

Bevor die Zuzahlungen für kranke Menschen steigen, wäre es sinnvoll zu fragen, ob die Sektoren, deren externalisierte Gesundheitsfolgen bislang nicht angemessen in die GKV-Finanzierungslogik einbezogen werden, einen größeren Anteil tragen könnten. Das Verursacherprinzip als Grundlage wäre eine konsistente Antwort.

72 thematisch sortierte Quellen zum Thema Verursacherlogik finden [Sie am Ende des Dokuments.](#)

IV · Die Kosten der Untätigkeit

Untätigkeit ist keine neutrale Option. Sie hat einen Preis, der sich benennen lässt — und der in der FKG-Debatte bislang systematisch fehlt.

| Evidenz | Kosten der Untätigkeit |
|---|--|
| OECD 2023 Health at a Glance | Jeder Euro in frühzeitige Prävention spart 4–7 Euro an späteren Behandlungskosten. Deutschland gibt im EU-Vergleich überdurchschnittlich viel für Akutversorgung und unterdurchschnittlich für Prävention aus. |
| RAND Europe 2020 Cost of Mental Disorders | Psychische Erkrankungen kosten Europa ca. 4% des BIP jährlich — in Deutschland über 100 Milliarden Euro, wenn Produktivitätsverluste eingerechnet werden. |
| BarrierefreiASS 2025 UKE Hamburg, G-BA | Angehörigenkosten für Menschen im Autismus-Spektrum: ca. 60.000 €/Jahr pro Person. Ein volkswirtschaftlicher Wert, der in keiner GKV-Statistik erscheint. |
| OECD 2021 Suicide Prevention | Ein verhinderter Suizid spart volkswirtschaftlich 1–2 Millionen Euro. Suizidprävention ist eine der kosteneffizientesten Maßnahmen im gesamten Gesundheitssystem. Es ist klar, dass für diese Rechnung auch entgegenstehen muss, dass ein Mensch, der lebt auch Kosten verursacht. Aus moralischen Gründen könnte man diese Gegenüberstellung differenziert sehen. |
| Sachverständigenrat Gesundheit 2024 | Doppeluntersuchungen, vermeidbare Wiederaufnahmen und Fehlbehandlungen kosten Milliarden. Ein großer, nicht quantifizierter Anteil entsteht durch Fehlattritionen bei Neurodivergenz. |
| WHO 2022 Disability Report | Fehlende Barrierefreiheit erzeugt Milliarden an Produktivitätsverlusten jährlich — durch das Versagen der Systeme, Menschen mit Funktionsbeeinträchtigungen zu erreichen. |
| RAND Corporation 2016 Why Sleep Matters | Schlafmangel kostet Deutschland über 60 Mrd. €/Jahr Produktivitätsverlust. Chronischer Schlafentzug erhöht Depression, ADHS-Symptome, Suizidalität. |
| BarrierefreiASS 2025 · LIORA-Analyse Angehörigen-Kollaps | Angehörige tragen ca. 60.000 €/Jahr informelle Pflegekosten pro betroffener Person (BarrierefreiASS 2025) — unsichtbar, unbezahlt, außerhalb jeder GKV-Statistik. Wenn Angehörige selbst erkranken oder aussteigen, verdoppelt sich die Systemlast: Die betroffene Person verliert ihre Hauptstütze und tritt als eigenständiger Hochkostenfall ins GKV-System ein. Angehörigen-Kollaps ist kein Randphänomen. Er ist ein struktureller Kaskadenauslöser, der in keiner GKV-Kostenkategorie erscheint. |

V · Kostenbilanzierung invisibler Barrieren

Messbarkeit erzeugt politische Priorität. Kostenbilanzierung invisibler Barrieren — die systematische Buchführung der Kosten, die durch invisible Barrieren entstehen — ist das fehlende Werkzeug in der GKV-Debatte.

| Die drei Ebenen der Kostenbilanzierung invisibler Barrieren |
|--|
| <p>EBENE 1 — Direkte unsichtbare Kosten: Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen, verspätete Versorgung. BarrierefreiASS (2025) hat es erstmals gemessen: Faktor 3,4 direkte Kosten, Faktor 11,2 ambulante Psychotherapie — Kosten des Systemversagens.</p> |
| <p>EBENE 2 — Ressortübergreifende Kaskadenkosten: Was andere Ressorts zahlen, weil die GKV nicht früh interveniert: Rentenversicherung, Jobcenter, Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe. Politisch verteilt — und daher systemisch unsichtbar.</p> |
| <p>EBENE 3 — Volkswirtschaftliche Vermeidungskosten: Produktivitätsverlust, Angehörigenlast, Innovationsausfall. RAND Europe (2020): 4% BIP für psychische Erkrankungen. Für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen fehlt diese Zahl für Deutschland — das ist selbst ein politisches Argument.</p> |
| <p>Strategischer Impuls: Deutschland führt die Kategorie 'vermeidbare Kosten durch strukturelle Barrieren' in der GBE ein — analog zum NHS Quality and Outcomes Framework. Zuständig: BMG, RKI.</p> |

*Es geht dabei in erster Linie nicht um eine Forderung nach mehr Geld.
Es ist ein Impuls für eindeutiger Buchführung.*

Vier verwandte Messkonzepte für die politische Debatte

| Konzept | Beschreibung und Wirkung |
|--|---|
| Fehlversorgungsquote als Qualitätsindikator | Nicht nur Wartezeiten messen, sondern: Abbruchrate, diagnostische Korrekturen, Wiederaufnahmen, Mehrfachkontakte ohne Abschlussdiagnose. Das wäre ein neuer, politisch starker Steuerungsindikator. Dies gilt besonders bei Frauen. |
| Erstkontaktquote erfolgreich | Wie viele Menschen mit komplexem Profil erreichen beim ersten oder zweiten Kontakt tatsächlich den richtigen Versorgungspfad? Dieser Indikator existiert in Deutschland nicht — obwohl er einer der aussagekräftigsten wäre. |
| Abbruchkosten-Monitoring | Wie teuer ist es, wenn Menschen dreimal erscheinen, abrechnen, falsch zugeordnet werden und später stationär landen? Direkt in Geld übersetzbar. Politisch extrem wirkungsvoll. |
| Wrong Timing Costs | Nicht nur falsche Behandlung, sondern zu späte Behandlung als eigene Kostenkategorie. Passt direkt in das Kaskadendenken des KONVERA-Modells. |
| Folgenabschätzung Nicht-Inanspruchnahme | Viele Systeme messen nur, wer Leistungen nutzt. Zu messen, was die Kosten der Nicht-Inanspruchnahme aufgrund struktureller Barrieren sind, wäre ein starkes Novum in der GKV-Debatte. |

VI · Die Ressourcen-Agenda

Maßnahmen, die in erster Linie ineffiziente Ausgaben ersetzen oder vorhandene Ressourcen umlenken.

| Maßnahme | Warum kein zusätzliches Geld nötig ist |
|---|--|
| Kein Konsiliarantrag vor Psychotherapie (FKG Nr. 12 — bereits vorgeschlagen) | Spart Verwaltungskosten, Arztzeit, Abbruchfolgekosten. FKG hat das bereits empfohlen — LIORA unterstützt und ergänzt es um die Suizidschutzperspektive. |
| No-Show-Reduktion | Bis zu 30% der Termine fallen in psychiatrischen Einrichtungen aus (US-Studien). Erinnerungssysteme und flexible Slots kosten fast nichts — und schaffen Kapazität für die Zielgruppe. |
| Polypharmazie-Revisionen | Übermedikation bei Fehldiagnose Neurodivergenz kostet Milliarden. Niederlande und Schweden haben Medikationsreviews systematisiert — sie sparen mehr als sie kosten. |
| ePA-Anpassungsmarker (ohne Gesetzänderung) | Kein neues Gesetz. Eine neue Funktion in bestehendem System (§ 341 SGB V). NHS Reasonable Adjustment Flag: funktioniert seit Jahren, verbessert Versorgungskontinuität. |
| Kassenwechsel-Impuls für barrierefreie Praxen | GKV-Versicherte können Wahlverhalten ändern. Wenn Kassen barrierefreie Praxen listen, entsteht Marktnachfrage ohne Regulierung. |
| Fallmanagement-Schulung bei Krankengeld (FKG Nr. 54) | Längere oder wiederkehrende Fehlzeiten sind häufig der erste systemisch sichtbare Hinweis auf komplexe, bislang unzureichend erkannte Belastungs- und Versorgungslagen. Bereits im System vorhandene Fallmanager können mit zusätzlicher Schulung Zugangsbarrieren |

| | |
|--|--|
| | erkennen, Fehlsteuerungen reduzieren und in passende Abklärung oder Unterstützung weitervermitteln. |
| 5 Minimalanpassungen mit maximaler Zugangswirkung | <ol style="list-style-type: none"> 1. Schriftliche Informationen vor dem Termin. 2. Reizärmere Terminfenster. 3. Flexible Slots. 4. Klarer Ablauf vorab kommuniziert. 5. ePA-Anpassungsmarker. Kosten: minimal. Zugangswirkung für die Zielgruppe: erheblich. |
| Präventionsrendite für Kassen sichtbar machen | Viele Kassen denken kurzfristig. Impuls: separate Darstellung der mittelfristigen Entlastungsrendite präventiver Maßnahmen in Kassenberichten oder Modellregionen. |

VII · Die Fehlanreizkarte des GKV-Systems

Bevor über zusätzliche Mittel gesprochen wird, lohnt der Blick darauf, wo das System heute Eskalation systematisch begünstigt und Prävention strukturell benachteiligt.

| Wo das GKV-System heute Eskalation begünstigt — fünf strukturelle Fehlanreize |
|---|
| 1. DRG-Logik belohnt Behandlung, nicht Vermeidung: Ein stationärer Aufenthalt ist abrechenbar. Eine verhinderte Einweisung durch Frühintervention ist es nicht. Das System finanziert das teurere Ergebnis, nicht die clevere Lösung. |
| 2. Kurzfristige Fallogiken: Kassen denken in Beitragsjahren. Präventionsinvestitionen rechnen sich über 5–10 Jahre. Dieser Zeithorizont-Mismatch ist strukturell eingebaut und systematisch unkorrigiert. |
| 3. Diagnostikarmut lohnt sich: Fehldiagnosen und ausbleibende Diagnosen erzeugen Folgebehandlungen. Diese sind abrechenbar. Die korrekte Erstdiagnose, die alle Folgekosten verhindert hätte, ist es in gleicher Weise nicht. |
| 4. Ressortgrenzen als Fehlanreiz: Einsparungen in einem Ressort erzeugen Kosten in einem anderen. Kein Ressort hat strukturellen Anreiz, in Prävention zu investieren, die es selbst nichts spart — aber andere entlastet. |
| 5. Nicht-Inanspruchnahme ist unsichtbar: Menschen, die das System nicht erreichen, erzeugen keine sichtbaren Kosten — bis zur Eskalation. Der 'Silent Dropout' ist der teuerste Pfad, weil er erst spät in Statistiken erscheint. |
| 6. Unterkapazität in der Psychotherapie begünstigt Eskalation: Wenn Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf nicht rechtzeitig einen Therapieplatz erhalten, verschiebt sich Versorgung nach hinten: in Krisendienst, Notaufnahme, stationäre Psychiatrie, Krankengeld und Chronifizierung. Der Mangel an zugänglicher Psychotherapie ist deshalb kein bloßes Versorgungsdefizit, sondern ein struktureller Eskalationstreiber. |
| 7. Vergütungs- und Arbeitsbedingungen fördern Zwei-Klassen-Versorgung: Wenn qualifizierte Fachkräfte in privat finanzierte oder selektive Versorgungssegmente abwandern, weil die Bedingungen in der Regelversorgung schlechter sind, entsteht ein doppelter Fehlanreiz: Die GKV spart kurzfristig an Vergütung, verliert aber mittelfristig Versorgungskapazität. Das begünstigt Wartezeiten, Zugangshürden und eine faktische Zwei-Klassen-Versorgung — besonders für Menschen mit komplexen oder zeitaufwendigen Bedarfen. |

Silent Dropout Prevention: Menschen, die nicht laut werden, sondern still aus dem System fallen, als definierte Hochrisikogruppe strukturell zu erfassen, wäre eine neue und wirksame Kategorie in der Versorgungsforschung. Kostenarm. Methodisch möglich. Politisch überfällig.

Präventionsvorbehalt als strukturelle Idee

Konzept: Jede Maßnahme, die kurzfristig spart, aber mit hoher Wahrscheinlichkeit Chronifizierung verstärkt, durchläuft einen Präventionsvorbehalt.

Logik: Was nachweislich spätere Hochkosten erzeugt, darf nicht als Einsparung bilanziert werden. Das ist kein normativer Anspruch — es ist ökonomisch folgerichtig.

Analogie: Im Baurecht gibt es Standsicherheitsnachweise. Im Steuerrecht gibt es Missbrauchsvorbehalte. Im GKV-Recht fehlt ein äquivalentes Instrument für mittelfristige Kostenwirkung.

VIII · Das internationale Instrumentarium

Internationale Modelle sind in dieser Debatte besonders dann relevant, wenn sie nicht als Fremdbeispiel, sondern als Erweiterung bereits anschlussfähiger deutscher Ansätze gelesen werden. Der entscheidende Punkt ist daher nicht nur, was anderswo existiert, sondern wo sich in Deutschland bereits Vorformen, Pilotierungen oder institutionelle Anknüpfungspunkte finden.

Systemische Umlenkung

Deutsche Umsetzung.

Ansätze für systemische Umlenkung sind in Deutschland bereits angelegt: Die Debatte um vermeidbare Kosten, Fehlversorgung, Innovationsfonds-Projekte und interministerielle Prävention zeigt, dass Steuerung über Endkosten hinaus grundsätzlich anschlussfähig ist.

Internationale Erweiterung.

- Pay-for-Prevention (UK/USA): Vergütung teilweise an vermiedene Eskalation koppeln statt nur an Behandlung.
- Early Intervention Budget Pool (Finnland): Frühintervention ressortübergreifend finanzieren und Einsparungen teilen.
- Avoidable Cost Tracking (OECD/UK/Kanada): Vermeidbare Kosten als offizielle Steuerungskategorie erfassen.

Soziale Infrastruktur als Versorgungspfad

Deutsche Umsetzung.

Auch in Deutschland entstehen erste Vorformen: Unter Leitung der Charité läuft seit 2025 das europäische Implementierungsprojekt SP-EU zu Social Prescribing; innovationsfondsgeförderte Primärversorgungsprojekte wie PositiveHealth beziehen psychische und soziale Faktoren systematischer ein.

Internationale Erweiterung.

- Social Prescribing (NHS England): Primärversorgung systematisch mit sozialen Unterstützungsangeboten verbinden.
- Community Health Workers (USA/Brasilien): Geschulte Laien bzw. Peer-Strukturen als Brücke für Menschen, die das Regelsystem nicht erreicht.
- @ease, Niederlande: kostenlose, anonyme Walk-in- und Online-Gesprächsangebote für 12- bis 25-Jährige, peer-gestützt und professionell angebunden.
- Centros de Escucha bzw. Zonas de Escucha, Kolumbien: niedrigschwellige, gemeindenahe Gesprächs- und Unterstützungsräume, die auf aktive Zuhörstrukturen, Krisenintervention, psychoedukative Angebote und lokale Netzwerke setzen.

Finanzmarkt- und Pilotinstrumente

Deutsche Anschlussfähigkeit.

Deutschland kennt bereits wirkungsorientierte Förder- und Pilotlogiken in anderen Politikfeldern; für die Gesundheitsversorgung wird dies bislang jedoch kaum systematisch genutzt .

Internationale Referenz.

- Health Impact Bonds / outcomes-basierte Pilotfinanzierung: Für eng begrenzte, messbare Pilotziele grundsätzlich denkbar, aber eher Zusatzinstrument als Kernmodell.

IX · Strukturelle Innovationsvorschläge

Die folgenden Vorschläge sind institutionell noch nicht realisiert, aber aus bestehenden Steuerungslogiken ableitbar. Sie zielen nicht auf zusätzliche Komplexität, sondern auf die Korrektur von Fehlanreizen, die heute Eskalation belohnen und Prävention benachteiligen.

Kaskadenstopp-Dividende

Wenn Prävention stationäre Eskalation, Chronifizierung oder suizidale Krisen verhindert, entstehen reale Einsparungen. Ein definierter Anteil dieser vermiedenen Kosten sollte über Fonds in die Strukturen zurückfließen, die sie ermöglicht haben. Prävention würde damit nicht nur moralisch, sondern auch fiskalisch sichtbar belohnt.

Ressortübergreifende Rückerstattung

Das Grundproblem interministerieller Prävention ist nicht fehlende Einsicht, sondern fehlender Anreiz: Wenn ein Ressort investiert, ein anderes aber spart, investiert am Ende niemand. Ein Rückerstattungsmechanismus würde diese Logik korrigieren: Vermeidet eine Maßnahme im Ressort A nachweislich Kosten in Ressort B, fließt ein Teil der Einsparungen an das investierende Ressort zurück.

Fehlattributions-Rückführung

Fehlattributionsen erzeugen teure Folgebehandlungen, die bei korrekter Erstdiagnostik vermeidbar gewesen wären. Wenn DRG-Abrechnungen, Diagnoserevisionen und spätere Korrekturen systematisch ausgewertet werden, lassen sich Muster unnötiger Eskalation sichtbar machen. Ein definierter Anteil dieser Fehlkosten könnte in barrierefreie Diagnostik und frühere Abklärung zurückgeführt werden. Damit würde erstmals ein echter fiskalischer Anreiz für bessere Erstdiagnostik entstehen.

Suizidpräventions-Rückflussmodell

Suizidprävention ist chronisch unterfinanziert — obwohl sie eine der kosteneffizientesten Maßnahmen im gesamten Gesundheitssystem ist (OECD 2021). Das strukturelle Problem: Die Einsparungen, die durch Suizidprävention entstehen, verteilen sich auf viele Ressorts — GKV, Rentenversicherung, Jugendhilfe, Strafvollzug. Kein einzelnes Ressort profitiert genug, um allein zu investieren. Ein Rückflussmodell würde diese Logik korrigieren: Ein definierter Prozentsatz der messbaren Einsparungen aus Suizidprävention — dokumentiert über Indikatoren wie Notaufnahme-Raten, Krankenhauseinweisungen, Krankengeldausgaben — fließt automatisch in strukturelle Präventionsmaßnahmen zurück. Das ist ökonomisch folgerichtig. Analogie: Energieeffizienz-Vermögen im Gebäudebereich, wo Einsparungen als Finanzierungsgrundlage für weitere Investitionen genutzt werden.

Invisible Disability Impact Assessment

Für Klima, Haushalt und Gleichstellung existieren bereits Folgenabschätzungen. Für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen fehlt ein vergleichbares Instrument. Ein Invisible Disability Impact Assessment würde jede GKV-Reform und jede größere Steuerungsentscheidung darauf prüfen, ob sie für Menschen mit unsichtbaren Barrieren Zugang verschlechtert, Chronifizierung verstärkt oder Eskalation wahrscheinlicher macht. Das wäre kein völlig neues Instrument, sondern die Erweiterung bestehender Prüfprinzipien auf eine bislang übersehene Gruppe.

Burnout Liability Shift

Wenn Arbeitsbedingungen nachweislich krank machen, werden die Folgekosten bislang weitgehend sozialisiert. Ein Burnout Liability Shift würde diese Externalisierung teilweise korrigieren: Wo Branchen oder Arbeitgeber überdurchschnittlich psychische Fehlzeiten und eskalierende Belastungsmuster aufweisen, müsste ein Teil der Folgekosten stärker dort verbleiben, wo sie entstehen. Das Prinzip ist aus der Regulierung körperlicher Risiken bekannt, wurde auf psychische Belastung aber bislang kaum übertragen.

Präventionsquote im Gesundheitsbudget

Prävention bleibt politisch oft eine abstrakte Kategorie. Eine verbindliche Präventionsquote würde das ändern: Nicht nur „mehr Prävention“ wäre das Ziel, sondern eine jährlich messbare Verschiebung von Ausgaben aus Eskalation und Spätfolgen hin zu früher Intervention, Zugangsverbesserung und strukturellem Barriereabbau. Damit entstünde ein klarer Steuerungsindikator statt eines bloßen politischen Bekenntnisses.

Digitalisierungsdividende für Barriereabbau

Die Digitalisierung des Gesundheitssystems erzeugt Effizienzgewinne — etwa durch weniger Papierarbeit, weniger Doppeluntersuchungen und bessere Informationsflüsse. Ein definierter Teil dieser eingesparten Mittel könnte zweckgebunden für barrierefreie digitale Zugänge, Anpassungsmarker und strukturierte Kommunikationshilfen verwendet werden. Die Digitalisierung findet ohnehin statt; die offene Frage ist, ob ihre Dividende auch den Zugangsbarrieren zugutekommt.

Diese Vorschläge verbindet ein gemeinsamer Gedanke: Einsparung, Steuerung und Verantwortung sollten nicht länger erst am Ende der Kaskade ansetzen, sondern dort, wo Fehlanreize heute vermeidbare Eskalation erzeugen.

| Das LIORA-Instrumentariumsrad — Sechs ineinandergreifende Ebenen |
|--|
| EBENE 1: SICHTBARKEIT — Kostenbilanzierung invisibler Barrieren, Avoidable Cost Tracking, Fehlversorgungsquote, Abbruchkosten-Monitoring, Wrong Timing Costs. Was nicht gezahlt wird, wird nicht gesteuert. |
| EBENE 2: SYSTEMEFFIZIENZ — No-Show-Reduktion, Polypharmazie-Revision, ePA-Anpassungsmarker, Fallmanagement-Schulung. Bestehende Strukturen so verändern, dass Zugangsabbrüche und Fehlsteuerungen sinken. |
| EBENE 3: VERHALTENSSTEUERUNG — Dynamisierte Abgaben auf Alkohol, Tabak, Zucker, Glücksspiel. Gesundheitsschädliche Externalitäten stärker an ihren Folgekosten beteiligen. |
| EBENE 4: ANREIZARCHITEKTUR — Pay-for-Prevention, Burnout Liability Shift, Employer Co-Financing, Ressortübergreifende Rückerstattung, Prävention belohnen statt Eskalation finanzieren. |
| EBENE 5: MARKTMOBILISIERUNG — KONVERA-Bonds, Health Impact Bonds, Prevention ROI Funds. Pilot- und Investitionslogiken für klar messbare Strukturverbesserungen nutzen. |
| EBENE 6: REINVESTITION — Kaskadenstopp-Dividende, Suizidpräventions-Rückflussmodell, Digitalisierungsdividende, Präventionsquote als Zielwert. Ein Teil vermiedener Eskalationskosten fließt zurück in Prävention und Barriereabbau. |

X · Fazit

In Deutschland leben mehrere Millionen Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen: psychische, neurologische und chronische Erkrankungen, Sinnesbeeinträchtigungen und neurodivergente Profile. Sie sind keine Randgruppe. Sie sind ein strukturelles Systemsignal — und die GKV-Kostendynamik zeigt, was geschieht, wenn dieses Signal über Jahrzehnte nicht erkannt, nicht normiert und nicht in Versorgung übersetzt wird.

Der erste Bericht der Finanzkommission Gesundheit beschreibt die finanzielle Lage der GKV präzise. Die Deckungslücke, die Ausgabendynamik, die Einnahmeschwäche — all das ist notwendig analysiert, wir teilen die Ergebnisse. Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind nicht grundsätzlich falsch — sie sind nur unvollständig, solange die strukturellen Ursachen der Kosten nicht mitgedacht werden.

Unter-, Fehl- und Überversorgung

Was der Bericht nicht in gleicher Schärfe erfasst, ist ein struktureller Kostentreiber, der in keiner DRG-Statistik als solcher erscheint: die Kaskade aus invisiblen Barrieren (sensorisch, chemisch, sozial, kommunikativ), fehlender oder verspäteter Diagnostik, Fehlattribution, Unterversorgung, Fehlversorgung und schließlich Eskalation. Dieser fehlende Abbau von Barrieren ist nicht nur diskriminierend, sondern hat die negative Entwicklung multipliziert. Das System finanziert das Ende dieser Kaskade zuverlässig — Krisenintervention, stationäre Psychiatrie, Frühberentung, Krankengeld. Es steuert ihren Beginn nicht. Die vernachlässigten Strukturen betreffen genau die Personen, deren Leid nun zu massiven Kosten führt.

Konsolidierung durch Stabilisierung

Die Konsolidierungsstrategie des ersten Berichts ist folgerichtig — allerdings unter der Annahme, dass diese Ausgaben weitgehend unvermeidlich entstehen. Genau diese Annahme ist in einem zentralen Punkt falsch. Ein erheblicher Teil der Hochkostenfälle, die heute die GKV belasten, ist nicht nur individuelles Krankheitsgeschehen, sondern das messbare Ergebnis struktureller Fehlsteuerung: fehlende Normierung, nicht barrierefreie Versorgungspfade, ausbleibende geschlechtssensible Diagnostik, fehlende sensorische und kommunikative Standards, unzureichende Zugänglichkeit von Kliniken und Praxen. Wer diese Struktur nicht korrigiert, stabilisiert keine Beitragssätze. Er stabilisiert den Zustand, der sie nach oben treibt.

Verantwortung und neue Pfade ohne Diskriminierung

Daraus folgt eine besondere Verantwortungsfrage. Ein erheblicher Teil der Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen befindet sich nicht aus freier Wahl außerhalb stabiler Erwerbsverläufe, sondern weil das System sie über Jahre oder Jahrzehnte nicht gesehen hat. Wenn Konsolidierungsmaßnahmen nun genau diese Gruppe überproportional treffen — durch höhere Zuzahlungen, verschlechterten Zugang zu Psychotherapie, Kürzungen beim Krankengeld oder den Abbau letzter Auffangstrukturen wie der Familienversicherung — dann ist das keine neutrale Sparmaßnahme. Es ist die Fortsetzung struktureller Diskriminierung mit fiskalischen Mitteln.

Vom Krankheitsbehandlungssystem zum Präventions- und Gesundheitssystem

Es gibt jedoch eine Alternative — und sie ist ökonomisch konsistent. Nötig ist die Wende von einem System, das vor allem Krankheitsfolgen finanziert, zu einem System, das Prävention, Stabilisierung und passgenauen Zugang als Teil seiner Finanzlogik versteht. Frühzeitige, barrierearme und geeignete Versorgung erzeugt messbare Rendite: weniger Eskalation, weniger stationäre Psychiatrie, weniger Frühberentung, weniger Krankengeld, weniger Folgekosten in anderen Sozialsystemen. Das Problem ist nicht, dass diese Renditen nicht entstehen. Das Problem ist, dass sie institutionell zersplittern und dadurch politisch unterinvestiert bleiben.

Interministerielle Strategie als Fundament

Interministerielle Koordination ist deshalb kein Zusatz, sondern strukturelle Voraussetzung. Wenn ein Ressort investiert, ein anderes aber spart, investiert am Ende niemand. Rückerstattungsmechanismen, gemeinsame Präventionspools und ressortübergreifende Folgenabschätzung sind keine abstrakten Zukunftsideen, sondern naheliegende Antworten auf ein längst bekanntes Steuerungsproblem. Internationale Beispiele — Finnland, Kanada, das Vereinigte Königreich — zeigen, dass solche Instrumente entwickelbar und wirksam sind.

Erfolg bedeutet deshalb mehr als Beitragssatzstabilität. Erfolg bedeutet, dass der zweite Bericht der Finanzkommission Gesundheit Ende 2026 erstmals auch die strukturelle Entstehung von Kosten systematisch berücksichtigt — einschließlich einer Folgenabschätzung für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen und konkreter Pilotprojekte für barrierearme, präventive Versorgungspfade. Es geht nicht um Sonderrechte, sondern um die Herstellung der Gleichbehandlung, die das System bisher nicht gewährleistet hat. Es wäre das Nacharbeiten eines Versäumnisses von Jahrzehnten — und der Beginn einer GKV-Reform, die nicht nur spart, sondern stabilisiert.

Ein Gesundheitssystem definiert sich nicht nur dadurch, wie es Kosten finanziert. Es definiert sich dadurch, ob es verhindert, dass sie entstehen — und ob es seine Schutzverantwortung auch für die Menschen wahrnimmt, die es bislang zu oft erst dann sieht, wenn ihre Lage bereits teuer, chronisch oder lebensgefährlich geworden ist.

XI · Hintergrund

Dieses Dokument ist aus einer Betroffenenperspektive entstanden — mit einem autistischen Blick auf Muster, Wiederholungen und strukturelle Lücken. Es fragt: Wo zeigen sich dieselben Mechanismen immer wieder? In welchen Studien, Modellen und politischen Rahmen spiegeln sich die Erfahrungen aus über 250 Vorträgen in Kommunen, Politik und Wirtschaft? Wir sind keine Wissenschaftlerinnen und keine Politikerinnen. Unsere Rolle ist eine Brücke zwischen Erfahrungswissen, Evidenz und politischer Übersetzung — in dem Versuch, eine bislang unzureichend beschriebene Lücke sichtbar zu machen und Impulse zur Verbesserung zu geben.

Wenn wir sagen, dass in den vergangenen Jahrzehnten keine hinreichenden Strukturen aufgebaut wurden, ist das nicht als Vorwurf gemeint, sondern als Teil der Analyse. Wir gehen vom heutigen Systemzustand aus und stellen die Frage, was sich verändern würde, wenn Perspektiven, Bedarfe und Barrieren präziser verstanden würden.

In unseren Vorträgen erleben wir immer wieder, dass Menschen erstmals Worte für das finden, was sie über Jahre nicht erklären konnten. Sie fühlen sich verstanden, weil ihre Erfahrungen nicht länger als individuelles Scheitern, sondern als Ausdruck einer strukturellen Lücke lesbar werden. Dieses Leid bleibt bislang in fiskalischen und gesundheitspolitischen Systemen weitgehend unsichtbar. Wir sind überzeugt, dass seine präzisere Übersetzung in Struktur, Evidenz und Steuerung nicht nur menschlich entlastend, sondern auch systemisch stabilisierend wirken kann.

XII · Überarbeitete FKG-Empfehlungen und LIORA-Instrumente

Diese Übersicht benennt alle Maßnahmen, die echte Systemersparnisse erzeugen — entweder durch Kostenverhinderung, Verursacherprinzip oder Strukturkorrektur. Sie folgt der Logik: Verursachung → Zugang → Passung → Effizienz → Finanzierung → Prävention → Forschung.

Block 1 — FKG-Maßnahmen, die LIORA unterstützt

1A · Direkt LIORA-unterstützt

| Bereich | Maßnahme (FKG) | Evidenz | Systemwirkung |
|------------|---------------------------------|----------------------------|--|
| Ambulant | 12 – Entfall Konsiliarantrag | BPtK, Versorgungsforschung | Schnellere Versorgung, weniger Abbrüche, suizidpräventiv |
| Ambulant | 20 – Streichung Homöopathie | EBM | Mittel frei für wirksame Versorgung |
| Stationär | 32 – Zweitmeinungsverfahren | SR Gesundheit | Qualitätsgewinn, weniger Eskalation |
| Steuerung | 54 – Krankengeld-Fallmanagement | BarrierefreiASS 2025 | Frühere Stabilisierung, weniger Chronifizierung |
| Prävention | 64 – Tabaksteuer | DKFZ, WHO | Einnahmen + Prävention, sinkende Rauchquote |
| Prävention | 65 – Alkoholsteuer | BMG, OECD | Einnahmen + weniger Hochrisikokonsum |
| Prävention | 66 – Zuckersteuer | WHO, PAHO | Einnahmen + Prävention metabolischer Folgekosten |

1B · Allgemein unterstützenswert (ohne LIORA-Risiko)

| Bereich | Maßnahme (FKG) | Evidenz | Systemwirkung |
|--------------|--|-------------|--|
| Ambulant | 3–7, 9, 14–19 – Vergütungsanpassungen | FKG Kat. A | Kostendämpfung ohne Zugangshürden |
| Stationär | 26–36 – Effizienz stationär | FKG Kat. A | Effizienz + Steuerbarkeit, weniger Überversorgung |
| Arzneimittel | 37–39, 41, 43, 45–46 – Preissteuerung | FKG Kat. A | Einsparung + Evidenzorientierung |
| Krankengeld | 49, 52–56 – Krankengeld-Regelungen | FKG Kat. A | Stabilisierung statt Abbruch |
| Einnahmen | 61–63 – Einnahmestabilisierung | FKG Kat. A | Unterdeckung schließen |
| Übergreifend | 1 – Globale Begrenzung (nur mit Schutzklausel) | FKG / LIORA | Effizienz nur wenn barrierefreie Spezialisierung ausgenommen |

Block 2 — LIORA-Empfehlungen (eigene Systemlogik)

A · Verursacherprinzip (Health Externalities)

| Bereich | Maßnahme | Evidenz | Systemwirkung |
|-------------|---|-------------------|--|
| Steuern | Dynamisierte Alkoholsteuer | BMG, OECD | Einnahmen + weniger Hochrisikokonsum — 57 Mrd. € Folgekosten |
| Steuern | Dynamisierte Tabaksteuer + Vape-Abgabe | DKFZ, UK | Einnahmen + sinkende Rauchquote — 79 Mrd. € Folgekosten |
| Steuern | Glücksspielabgabe | UK Gambling Levy | Prävention Depression/Suizidalität + stabile Finanzierung |
| Steuern | Zucker-/UPF-Abgabe | WHO, PAHO, Lancet | Einnahmen + Prävention metabolischer und psychischer Folgekosten |
| Regulierung | Regulierung chemischer Innenraumbelastung (duftstoffarme Standards) | Steinemann 2019 | Barriereabbau für MCS + weniger Versorgungseskalation |

B · Versorgungsprinzip (Zugang, Passung, Stabilisierung)

| Bereich | Maßnahme | Evidenz | Systemwirkung |
|---------|---|---------------------------|--|
| Zugang | Sensorische Standards in Kliniken/Praxen | Raymaker 2017 | Frühere Versorgung, weniger Kriseneinweisungen |
| Zugang | Kommunikative Standards (SPACE-Protokoll) | Norris 2024, Doherty 2022 | Weniger Fehlattribution, weniger Abbrüche |
| Zugang | Duftstofffreie Versorgungsräume | Steinemann 2019 | Chemische Barrierefreiheit + Zugang für MCS |
| Zugang | Niedrigschwellige Angebote ohne Diagnosepflicht | NaSPro 2025 | Frühintervention — verhindert Eskalation |
| Zugang | Sport, Kunst, Kultur als Social Prescribing | NHS, SP-EU 2025 | Weniger Arztkontakte (-28%), weniger Notaufnahmen (-24%) |
| Zugang | Hospital Passports / strukturierte Erstgespräche | NHS England | Weniger Fehlkommunikation, weniger Wiederaufnahmen |
| Passung | Kreativtherapien als GKV-Leistung | Buckley et al. | Stabilisierung, weniger Psychopharmaka |
| Passung | Neurodivergenz-spezifische Diagnostikpfade | FOGS NRW 2023 | Weniger stationär, weniger Chronifizierung |
| Passung | Diagnosebezogene Begleitung (psychoonkologisches Prinzip) | AWMF 032-051OL | Automatische Begleitung bei FASD, Autismus, ME/CFS, ADHS |
| Zugang | Schulische Früherkennung + Prävention | SORIA (LIORA) | Kaskadenstopp an der Quelle — günstigste Intervention |
| Zugang | Zielgruppenspezifische Hotlines (Kita, Pflege, Schule) | DAK 2025 | Frühintervention bei 580+ Fehltagen pro 100 Versicherte |
| Zugang | Gemeindliche Niedrigschwelligangebote ohne Konsumpflicht | THL 2023, UN-BRK Art.19 | Weniger psychiatrische Notversorgung |

C · Systemfinanzierung (Struktur statt Kaskade)

| Bereich | Maßnahme | Evidenz | Systemwirkung |
|--------------|-------------------------------------|------------------|---|
| Finanzierung | Rückführung von Präventionsrenditen | OECD 2023 | 4–7€ Rendite pro Präventionseuro — Investitionsanreiz |
| Finanzierung | Interministerielle Präventionspools | WHO, RAND Europe | Weniger Doppelstrukturen, zersplitterte Renditen zusammenführen |

| | | | |
|--------------|--|-----------------|--|
| Finanzierung | KONVERA-Bonds / Health Impact Bonds | UK SIB-Modell | Privates Kapital für strukturelle Prävention aktivieren |
| Steuerung | Kostenbilanzierung invisibler Barrieren | LIORA | Unsichtbare Kosten messbar machen — Steuerungsgrundlage |
| Steuerung | Kaskadenstopp-Dividende | LIORA / KONVERA | Einsparungen aus verhinderten Kaskadenenden zurückführen |
| Steuerung | Fehlattributions-Rückführung / Rückerstattungsmechanismus | LIORA | Falsche Diagnosen senken + Erstdiagnostik verbessern |

D · Strukturelle Prävention (Barrieren abbauen)

| Bereich | Maßnahme | Evidenz | Systemwirkung |
|------------|---|-----------------------|--|
| Prävention | Geschlechtssensible Diagnostik | Diemer 2025, Lai 2015 | Diagnoseverzug –22 Jahre, weniger Chronifizierung |
| Prävention | Barrierefreie digitale Zugänge (ePA, Telemedizin, Buchung) | BGG §4, WHO 2022 | Weniger Abbrüche, weniger Nicht-Inanspruchnahme |
| Prävention | Frühdagnostik Neurodivergenz (Schule, Kita) | FOGS 2023 | Weniger Fehlattription, weniger stationäre Eskalation |
| Prävention | Schlafökonomie — Schlafprävention als Systemleistung | RAND 2016 | 60 Mrd. €/Jahr Produktivitätsverlust, weniger Depression |
| Bildung | Früherkennung Neurodivergenz — Bildungsabbrüche verhindern | SR Gesundheit | erhebliche lebenslaufbezogene Erwerbs- und Sozialfolgekosten |
| Bildung | Übergangmanagement Schule–Beruf für NNV-Betroffene | LIORA / BECS | Höhere Erwerbsquote, weniger Frühberentung |
| Arbeit | Barrierefreie Arbeitsplätze (sensorisch, kommunikativ) | BECS 2026, WHO | Weniger AU, weniger Burn-out, weniger Frühberentung |

E · Systemische Kostentreiber (Forschungsauftrag)

| Bereich | Maßnahme | Evidenz | Systemwirkung |
|-----------|---|---------------------|--|
| Forschung | Mikroplastik-Folgekosten | Ragusa 2021 | Grundlage für regulatorische Maßnahmen |
| Forschung | Digitale Aufmerksamkeitsökonomie | Liu 2023, Shou 2025 | ADHS, Depression — Präventionspolitik-Grundlage |
| Forschung | Chemikalienhaftung (REACH-Erweiterung) | REACH, EEA | Externe Kosten sichtbar machen — Fonds für Langzeitschäden |
| Forschung | Elektrosensitivität (EHS) — Sendemasten, WLAN | ICD-11 MG22 | Gruppe ohne Systemzugang erfassen + Forschungsauftrag |
| Forschung | Wrong-Setting / -Intensity / -Provider / -Sequence Costs | OECD, RAND | Fehlsteuerung messen + Effizienzgewinne realisieren |

Block 1 basiert auf dem ersten Bericht der FinanzKommission Gesundheit (30.03.2026). Block 2 enthält LIORA-eigene Instrumente auf Basis der in diesem Papier dokumentierten Evidenz. Beide Blöcke sind als Ergänzung zu lesen: Echte Systemersparnisse entstehen nur durch Kostenverhinderung, nicht durch Kostenverschiebung.

Quellenverzeichnis

Primärstudien und Berichte

BarrierefreiASS / Peth, J. et al. (2025): Ergebnisbericht G-BA Innovationsfonds, FKZ 01VSF19011. UKE Hamburg.

BMG (2023): Sucht- und Drogenbericht 2023. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

Cassidy, S. et al. (2020): Autistic adults and suicidal ideation. *Autism*, 24(7).

Cassidy, S. et al. (2022): Autism in those who died by suicide in England. *British Journal of Psychiatry*, 221(5), 683–691.

Conroy, R.M. et al. (2021): ME/CFS: housebound and bedbound. *Journal of Translational Medicine*, 19, 404.

DAK-Gesundheit (2025): Psychreport 2025. IGES Institut, Hamburg.

Destatis (2025): Todesursachenstatistik 2023, Länderdaten. N=407 Kreise, eigene Auswertung.

Diemer, M.C. et al. (2025): Autistic women across the lifespan. *Autism Research*, 18(8), 1651–1663.

DKFZ (2022): Tabakatlas Deutschland 2022. Heidelberg.

FOGS (2023): Psychiatrische Versorgung Autismus NRW. Im Auftrag MAGS NRW.

Hirvikoski, T. et al. (2016): Premature mortality in ASD. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 232–238.

Johnson, M.L. et al. (2022): Risk factors for suicide in ME/CFS. *Death Studies*, 46(3), 738–744.

König, R. et al. (2024): Mental health burden in ME/CFS. *Heliyon*, 10(5), e27031.

Liu, H. et al. (2023): Screen time and ADHD — meta-analysis 81.234 children. *Reviews on Environmental Health*, 39(4), 643–650.

NaSPro AG Neurodivergenz (2025): Positionspapier SuizidPrävG. www.naspro.de

Naviaux, R.K. (2026): A 3-hit metabolic signaling model for ASD. *Mitochondrion*, 87, 102096. PubMed 41242673.

Oh, Y. et al. (2024): Heightened suicidal risk in ADHD. *Asian Journal of Psychiatry*, 102, 104277.

Ragusa, A. et al. (2021): Microplastics in human placenta. *Environment International*.

Raymaker, D.M. et al. (2017): Barriers to healthcare in autistic adults. *Autism*, 21(8), 972–984.

Rother, Y. et al. (2025): ADHD and suicidality. *Clinical Child & Family Psychology Review*.

Senathirajah, K. et al. (2021): Estimation of microplastics in human body. *Science of the Total Environment*.

Shou, Q. et al. (2025): Screen time, ADHD and brain structure. *Translational Psychiatry*, 15(1).

Thanh, N.X. & Jonsson, E. (2016): Life expectancy with FASD. *Journal of Population Therapeutics*, 23(1).

TK-Gesundheitsreport 2025/2026. Techniker Krankenkasse, Hamburg.

Wissenschaftsrat (Februar 2026): Positionspapier gesundheitliche Chancengleichheit.

Steinemann, A. (2019): International prevalence of chemical sensitivity, co-prevalences with asthma and autism, and effects from fragranced consumer products. *Air Quality, Atmosphere & Health*, 12, 519–527. DOI: 10.1007/s11869-019-00672-1

Norris, J.E., Lei, J. & Maras, K. (2024): Adapting communication with autistic service users: Co-produced adaptations for medical services, employers, and the third sector. *Autism & Developmental Language Impairments*, 9. DOI: 10.1177/27546330241266723

Doherty, M. et al. (2022): Barriers to healthcare and self-reported adverse outcomes for autistic adults: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(2), e056904. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-056904

Internationale Berichte und Evaluationen (E2 — international übertragbar)

Buckley, Pellicano & Remington (2022): Creative programmes and autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.

CDC (2023): Community Health Worker Evaluation. Centers for Disease Control and Prevention, USA.

Finnish Institute for Health and Welfare (2022): Early Intervention Budget Pooling. THL Helsinki.

Finnish THL (2023): Third Places and Depression Prävalenz. Helsinki.

Haidt, J. & Rausch, Z. (2023): *The Anxious Generation*. Penguin Press.

Ministry of Justice UK (2017): Peterborough Prison SIB — Final Evaluation. London.

Monteiro, C.A. et al. (2023): Ultra-processed foods and chronic disease. *The Lancet*.

NASP (2022): Social Prescribing Impact Report. National Academy for Social Prescribing, London.

NHS Scotland (2021): Unscheduled Care Reduction Pilot. Edinburgh.

OECD (2021): Preventing Suicide. OECD Publishing, Paris.

OECD (2023): Health at a Glance 2023. OECD Publishing, Paris.

PAHO (2022): Fiscal policies for diet. Pan American Health Organization, Washington.

Productivity Commission Australia (2023): Mental Health and Gambling. Interim Report.

RAND Corporation (2016): *Why Sleep Matters*. RAND Health Quarterly.

RAND Europe (2020): *The Cost of Mental Health Disorders in Europe*. Cambridge.

Sachverständigenrat Gesundheit (2024): Gutachten Gesundheitsversorgung.
Tulane University (2021): Early Childhood Investment ROI: Mississippi. Tulane University.
WHO (2022): World Report on Disability. World Health Organization, Geneva.
Winter, H. & O'Neill, J. (2025): Screen time impact on ADHD. Journal of Child Psychology.

Rechtsgrundlagen

Art. 2 Abs. 2 GG — Recht auf körperliche Unversehrtheit und staatliche Schutzpflicht.
Art. 5, 9, 25, 31 UN-BRK — Gleichbehandlung, Zugänglichkeit, Gesundheit, Datenerhebung.
§ 12, 25, 27, 92, 92a, 341 SGB V — Wirtschaftlichkeit, Früherkennung, Behandlung, G-BA, Innovationsfonds, ePA.
BGG § 4 — Barrierefreiheit.
EU-Richtlinie 2004/35/EG — Umwelthaftung (Analogie Gesundheitshaftung).
EU-Richtlinie 2024/1499 — Gleichbehandlungsstellen (Umsetzungsfrist 19. Juni 2026).
EU-Plastiksteuer-Verordnung 2021 — Grundlage für gesundheitsbezogene Erweiterung.
EU-REACH-Verordnung — Chemikalienregistrierung.

Verursacherprinzip – Quellen nach Themen sortiert:

1. Alkohol, Tabak, Glücksspiel

BMG (2023/2025) — Alkohol, volkswirtschaftliche Folgekosten in Deutschland
DKFZ (2022/2025) — Tabak, Folgekosten und Mortalität in Deutschland
Productivity Commission Australia (2023/2025) — Glücksspiel, psychische Belastung, Suizidprävention
Public Health Scotland (2023/2025) — Schottland, Mindestpreis Alkohol, Preissteuerung als Public-Health-Instrument
WHO (2026) — globale Alkoholsteuer-Modelle, Vergleichsbasis
OECD (2025) — Health Taxes auf Alkohol, Tabak und Glücksspiel, internationale Reformtrends
Gambling Levy Regulations / Gambling Commission UK (2025) — Vereinigtes Königreich, gesetzliche Glücksspielabgabe, 0,1–1,1 % je nach Tätigkeit

2. Zucker und hochverarbeitete Lebensmittel

PAHO (2022/2025) — Mexiko, Zuckersteuer, Konsumrückgang, Einnahmen
WHO (2026) — globale Zuckersteuer-Modelle, Vergleichsbasis
OECD (2025) — Indexierung und Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Steuern
Monteiro et al. (2023) — hochverarbeitete Lebensmittel, Entzündung, chronische und psychische Risiken
World Bank Global SSB Tax Database — internationale Steuerdesigns, Ländervergleich
WHO Europe (2026) — Litauen, neue Zuckersteuer als aktuelles europäisches Beispiel

3. Fehlversorgung, Fehlattribution, Barrieren

BarrierefreiASS / Peth et al. (2025) — Excess-Kosten, Fehlversorgung, Angehörigenlast
FOGS (2023) — psychiatrische Unterversorgung bei Autismus/NNV
Raymaker et al. (2017) — Gesundheitsbarrieren bei autistischen Erwachsenen
Diemer et al. (2025) — Spät diagnose bei Autistinnen, Suizidgedanken
NaSPro AG Neurodivergenz (2025) — Versorgungslücken, Suizidprävention, NNV
NHS England / NHS Digital (2023–2026) — Reasonable Adjustment Flag, systemischer Anpassungsmarker im Versorgungssystem

4. Social Prescribing, Peer- und Gemeinwesenmodelle

NHS England (2020/aktuell) — Social Prescribing als Regelmodell in Universal Personalised Care

NASP (2022) — Social Prescribing, weniger Arztkontakte und Notaufnahmen

Social Prescribing Academy / NASP (2024/2025) — Nutzungseffekte und Kostenwirkung

CDC / CHW-Evidenz (2020/2023/2024) — Community Health Workers, weniger Rehospitalisierungen/ED-Nutzung, ROI

Finnish Institute for Health and Welfare / THL (2022) — Frühintervention, Budget Pooling

THL (2023) — psychische Belastung, soziale Infrastruktur, kommunale Effekte

Green Social Prescribing / NHS England — naturbasierte Prävention als skalierbares Modell

Charité / SP-EU (2025–2029) — Deutschland/EU, Implementierungs- und Forschungsprojekt zu Social Prescribing in 10 Ländern, klinische Studie N = 1.776

G-BA Innovationsfonds / PositiveHealth (2025–2027) — Deutschland, Primärversorgung mit Fokus auf psychische und soziale Faktoren

5. Mikroplastik, Umweltgifte, Haftung

Ragusa et al. (2021) — Mikroplastik in menschlicher Plazenta

Senathirajah et al. (2021) — Mikroplastik, menschliche Körperbelastung

Naviaux (2026) — Umweltgifte als Entwicklungsrisiko-Modell

EU-Richtlinie 2004/35/EG — Umwelthaftung, Analogie für Gesundheitshaftung

EU-REACH-Verordnung — Chemikalienregulierung, Dokumentationsrahmen

6. Bildschirmzeit, digitale Aufmerksamkeitsökonomie

Liu et al. (2023) — Bildschirmzeit, ADHS, Meta-Analyse

Shou et al. (2025) — Bildschirmzeit, ADHS-Symptome, Hirnstruktur

Winter & O'Neill (2025) — Screen Time, ADHD, Review

Haidt & Rausch (2023) — Aufmerksamkeitsökonomie, psychische Belastung Jugend

7. Schlaf und Schlafökonomie

RAND Corporation (2016) — Schlafmangel, Produktivitätsverluste, Volkswirtschaft

8. Prävention, Suizidprävention, Gesundheitsökonomie

OECD (2021) — Suizidprävention, ökonomischer Nutzen

OECD (2023) — Prävention, Gesundheitsökonomie, Health at a Glance

OECD (2025) — Health Taxes als Doppelhebel: Einnahmen plus Public Health

WHO (2022) — Behinderung, Barrierefreiheit, Produktivitätsverluste

RAND Europe (2020) — psychische Erkrankungen, Kosten in Europa

WHO Europe (2026) — Alkohol- und Zuckersteuern als Public-Health- und Finanzierungshebel

9. Suizidalität in den relevanten Gruppen

Cassidy et al. (2020) — Autismus, suizidale Gedanken

Cassidy et al. (2022) — autistische Merkmale bei Suizidtoten

Hirvikoski et al. (2016) — Autismus, vorzeitige Mortalität

Johnson et al. (2022) — ME/CFS, Suizidrisiken

König et al. (2024) — ME/CFS, psychische Belastung

Oh et al. (2024) — ADHS, erhöhtes Suizidrisiko

Rother et al. (2025) — ADHS, Suizidalität

Thanh & Jonsson (2016) — FASD, Lebenserwartung, Todesursachen

10. System- und Rechtsrahmen

Art. 2 Abs. 2 GG — Schutzpflicht, körperliche Unversehrtheit

Art. 5, 9, 25, 31 UN-BRK — Gleichbehandlung, Zugänglichkeit, Gesundheit, Datenerhebung

§§ 12, 25, 27, 92, 92a, 341 SGB V — Wirtschaftlichkeit, Früherkennung, G-BA, Innovationsfonds, ePA

BGG § 4 — Barrierefreiheit

11. Internationale Länderbeispiele / politische Modelle

PAHO (2022/2025) — Mexiko, Zuckersteuer, Konsumrückgang, Einnahmen

WHO (2026) — globale Alkohol- und Zuckersteuer-Modelle, Vergleichsbasis

OECD (2025) — Health Taxes, Indexierung, Weiterentwicklung

THL (2022) — Finnland, Frühintervention, Budget Pooling

THL (2023) — Finnland, soziale Infrastruktur, psychische Belastung

Ministry of Justice UK (2017) — Vereinigtes Königreich, Social Impact Bonds

NHS Scotland (2021) — Vereinigtes Königreich, Fehlsteuerung/Notfallreduktion

Public Health Scotland (2023/2025) — Schottland, Mindestpreis Alkohol

NHS England (2020/aktuell) — England, Social Prescribing als Regelmodell

NHS England / NHS Digital (2023–2026) — Reasonable Adjustment Flag, systemischer Anpassungsmarker

Social Prescribing Academy / NASP (2022/2024/2025) — England, Nutzungseffekte und Kostenwirkung

CDC / US-CHW-Evidenz (2020/2024) — USA, Community Health Workers, Notfallreduktion, Kostenlogik

World Bank Global SSB Tax Database — globale Steuerdesigns, internationale Vergleichbarkeit

WHO Europe (2026) — Litauen, neue Zuckersteuer als aktuelles EU-Beispiel

Gambling Levy Regulations / Gambling Commission UK (2025) — Vereinigtes Königreich, gesetzliche Glücksspielabgabe

WHO Global Alcohol Tax Report / WHO Europe (2026) — Alkoholbesteuerung als fiskalisch-präventiver Standard

KONVERA-Modell v14 · NaSPro-Positionspapier (2025) — auf Anfrage: post@stille-stunde.com · www.stille-stunde.com