

An die Bundesregierung
und die Mitglieder des Deutschen Bundestages

Juni 2026

Schutzlücken für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen

Unsere offenen Fragen aus unserer Analyse — mit der Bitte um Stellungnahme der Bundesregierung

Laut unserer Analyse bleiben zu zahlreichen aktuellen Gesetzen und Reformen Fragen offen, die die strukturelle Berücksichtigung von Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen betreffen. Wir bitten die Bundesregierung um Stellungnahme.

Ausgangslage

Nach Rückmeldungen mehrerer Mitarbeitender aus BMAS und BMG gibt es keine strukturelle Berücksichtigung von Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen — die Gruppe sei „zu groß“ und „zu heterogen“. Wir haben die Gruppe und die zugrunde liegenden Barrieren strukturiert; das Heterogenitätsargument trägt damit nicht mehr.

Unsere Strukturierung

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

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 Teilhabebeeinträchtigung maßgeblich aus der Wechselwirkung mehrerer zentraler Regulations- oder Verarbeitungssysteme mit umwelt- und einstellungsbedingten Barrieren entsteht oder durch schwankende bzw. umweltabhängige Verläufe bedingt ist.

Unsere Forderung: Neuro-Legitimität als Staatspflicht

Neuro-Legitimität — präziser: institutionelle Legitimität nicht sofort lesbarer Bedarfe — bedeutet: Der Staat erkennt an, dass neurologisch und funktional bedingte Barrieren strukturell wirken, und übernimmt die Pflicht, diese Strukturen zu ändern. Nicht aus Solidarität, nicht als Ermessen, sondern als rechtliche Verpflichtung aus Art. 3 Abs. 3 GG und Art. 9 UN-BRK. Dies gilt für neurodivergente, chronische, schmerzbedingte, chemische und traumabezogene Beeinträchtigungen gleichermaßen.

Fachliche Rückendeckung und Verfahren

Mit unserem Konzept LIORA haben wir diese Definitionen und die Schutzlücke beschrieben und allen 21 Ausschüssen übermittelt. Aus der Suizidforschung liegt folgende Rückmeldung vor:

„Das Modell liefert einen wichtigen Diskussionsbeitrag für gesundheitspolitische Forderungen. Es verdeutlicht, dass sensorische und kommunikative Barrieren als suizidrelevante Stressoren mitgedacht werden müssen.“

— Prof. Dr. med. Ute Lewitzka, Professur für Suizidologie und Suizidprävention, Universitätsklinikum Frankfurt – Goethe-Universität

Das BMAS hat mitgeteilt, dass es — obwohl keine entsprechenden Strukturen vorhanden sind — nicht mit dieser Architektur und Definition arbeiten wird. Wir sehen in der Lücke im BGG die Ursache für Folgegesetze, die Menschen mit Behinderungen gefährden können, und für die ggf. unvollständige Gesetzesfolgenabschätzung (§ 44 GGO).

Belege: invisible Barrieren werden nicht anerkannt oder berücksichtigt

Invisible Barrieren werden trotz mehrfacher Rückmeldung an das BMAS strukturell nicht anerkannt oder berücksichtigt. Die Fachstelle Barrierefreiheit hat erklärt, dass sie nicht die Kapazitäten und das Personal hat, die Ministerien dazu zu beraten. Die Lücke ist vorhanden und wird mit dem Entwurf des BGG nicht gefüllt – trotz Anmahnung der UN-BRK. In unseren Vorträgen und im Austausch mit über 250 Kommunen wurde durchgehend deutlich, dass die Kommunen keine Leitfäden, keine Hinweise in Aktionsplänen oder Normierungen haben. Der Abbau von invisiblen Barrieren ist ein solidarischer Akt.

- **Tag der offenen Tür der Bundesregierung 2026:** Unsere mehrfachen Anfragen über verschiedene Kanäle zur Barrierefreiheit des Festes blieben unbeantwortet — kein Hinweis auf Chemikalieneinsatz, kein Rückzugsraum. Autistische Menschen und Menschen mit Chemikalien-Intoleranz konnten nicht teilhaben; Menschen mit Hörbehinderung nur an einem kleinen Teil.

[Fest der Bundesregierung nicht barrierefrei?](#)

- **Selbst spezialisierte Träger bilden die Lücke ab:** Die Seite „Arbeitsplatz behindertengerecht anpassen“ von Aktion Mensch führt Barrieren am Arbeitsplatz auf, ohne nicht sichtbare Behinderungen zu berücksichtigen.

[Keine invisiblen Barrieren anerkannt bei Aktion Mensch](#)

Unsere Fragen — nach Ministerium und Gesetz

Zu jedem Gesetz finden Sie die ausführliche Begründung (Hintergrund-Stellungnahme mit Schutzrisiken und Evidenz) im jeweils verlinkten Dokument.

BMAS — Bundesministerium für Arbeit und Soziales

BGG — Behindertengleichstellungsgesetz (Reform)

→ *Dokument (Link einsetzen): BGG_Stellungnahme.docx*

1. Welche Norm im Entwurf operationalisiert sensorische, chemische, kommunikativ-neurokognitive oder soziale Barrieren als prüfbare Rechtskategorie?
2. Wie begründet das BMAS, dass das Heterogenitätsargument bei Mobilitäts- und Sehbehinderungen nicht gilt, bei nicht sichtbaren Behinderungen jedoch als Ausschlussgrund angewendet wird?
3. Warum erhält das Bundeskompetenzzentrum (§ 13) kein ausdrückliches Mandat für die vier fehlenden Barrierekategorien — obwohl CRPD/C/DEU/CO/2-3 (2023) Deutschland ausdrücklich für diese Lücken kritisiert hat?
4. Welche Maßnahme im Entwurf schützt Menschen, die aufgrund psychischer, neurologischer oder kommunikativer Einschränkungen nicht in der Lage sind, Vorkehrungen aktiv einzufordern und ihre Behinderung offenzulegen?
5. Das LIORA-Modell wird von Institutionen und Fachpersonen, die Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen vertreten, als strukturierter Rahmen anerkannt (vgl. stille-stunde.com/uebrigens/liora-statements). Wie begründet das BMAS seine Ablehnung dieses Modells, solange es keine eigene strukturelle Alternative benennen kann?

Grundsicherung (SGB II) — Reform

→ *Dokument (Link einsetzen): 09_Grundsicherung_SGB-II.docx*

1. Welche Pflicht zur Prüfung eines behinderungsbedingten wichtigen Grundes und angemessener Vorkehrungen (Art. 5 UN-BRK) besteht vor jeder Leistungsminderung?
2. Welche angemessenen Vorkehrungen sind Jobcenter verpflichtet anzubieten, bevor eine Pflichtverletzung oder ein Meldeversäumnis festgestellt wird, und werden schriftliche, nicht-telefonische, reizreduzierte Kommunikation sowie Begleitperson und neutraler Ort gesichert?
3. Wie wird § 65 SGB I im SGB-II-Vollzug angewandt, wenn Mitwirkung behinderungsbedingt unzumutbar, gesundheitlich riskant oder faktisch nicht leistbar ist, und wird das Recht auf Beistand nach § 13 SGB X abgesichert?

4. Wie wird nach § 44a SGB II sichergestellt, dass fluktuierende, belastungsabhängige und post-exertionelle Einschränkungen nicht anhand einzelner guter Tage als stabile Erwerbsfähigkeit fehlbewertet werden?
5. Wie werden Zumutbarkeit von Arbeit, Maßnahmen und Eingliederungsangeboten bei ME/CFS, Long Covid, Autismus, ADHS, Traumafolgen oder psychischer Instabilität geprüft?
6. Wie werden unabweisbare, laufende besondere Bedarfe nach § 21 Abs. 6 SGB II bei MCS/MCAS, Homebound-Situation, chronischen Erkrankungen oder Kommunikationshilfen anerkannt?
7. Wie verhindert die Reform, dass Sanktionen gegen Erwachsene mittelbar Kinder, Jugendliche oder pflegende Angehörige in derselben Bedarfsgemeinschaft treffen?
8. Werden Leistungsminderungen disaggregiert nach Behinderung, psychischer Erkrankung, Reha-Bedarf, Erwerbsfähigkeitsstreit und Kommunikationsbarriere ausgewertet (Art. 31 UN-BRK)?
9. Autistische Menschen ohne Intelligenzminderung — also gerade die Gruppe mit nicht sichtbarer Behinderung — haben eine rund neunfach erhöhte Suizidmortalität (Hirvikoski et al., 2016: OR 9,40 für ASD ohne Intelligenzminderung; OR 7,55 für ASD insgesamt); eine aktuelle Metaanalyse bestätigt die hohe Suizidalität dieser Gruppe (Newell et al., 2023: gepoolte Suizidgedanken rund 34 %, Suizidversuche rund 24 %). Menschen mit ME/CFS berichten zu 39 % über Suizidgedanken seit Erkrankungsbeginn (König et al., 2024). Existenzkürzungen und Sanktionsdruck treffen genau die Gruppen mit erhöhtem Suizidrisiko; (Langzeit-)Arbeitslosigkeit ist mit erhöhter Suizidalität assoziiert. Wie begründet das Ressort, dass der Entwurf seiner staatlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 GG für die am stärksten suizidgefährdeten Gruppen genügt?
10. Wie reagiert das BMAS auf die Kritik von Paritätischem, SoVD, VdK und ver.di, dass die unveränderten Regelsätze eine „reale Kürzung durch die Hintertür“ bei einer Lücke von über 350 Euro zur Armutsschwelle sind — und auf die zusätzliche, nicht abgebildete behinderungsbedingte Mehrbelastung?
11. Wie werden behinderungsbedingte Wohnmehrbedarfe (reizarmes, schadstoff-/duftstoffarmes, ruhiges, barrierearm gelegenes Wohnen) bei den Kosten der Unterkunft (§ 22 SGB II), bei der Umzugserforderlichkeit und den Angemessenheitsgrenzen berücksichtigt?
12. Wie wird sichergestellt, dass Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen Verfahrensanpassungen und Leistungen geltend machen können, ohne unverhältnismäßig sensible Gesundheitsdaten offenlegen zu müssen (Art. 22 UN-BRK; § 67a SGB X)?
13. Mit welcher Vorgabe stellen Jobcenter sicher, dass Einladungen, Bescheide, Mitwirkungsaufforderungen und Beratung barrierefrei zugänglich sind — in Leichter Sprache (Lern-/kognitive Beeinträchtigung), in Deutscher Gebärdensprache bzw. mit Schriftdolmetschen (gehörlos) und in Braille/Großdruck/vorgelesen (blind) (Art. 9, 21 UN-BRK)?

Regelbedarfsermittlung und Regelbedarfe-Verordnung 2026

→ *Dokument (Link einsetzen): 10_Regelbedarfe-VO.docx*

1. Wie bildet die Regelbedarfsermittlung behinderungsbedingte Mehrausgaben nicht sichtbarer Behinderungen ab — und falls die EVS sie nicht abbildet: Welche Mehrbedarfs- oder Sonderbedarfsregelung gleicht sie aus?
2. Wie wird bei unveränderten Regelbedarfen 2026 verhindert, dass Menschen mit unvermeidbaren Dauerbedarfen real unter das Existenzminimum (Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 20 GG) fallen?
3. Welche Mehrbedarfstatbestände knüpfen an Merkzeichen an, und welche nachweisoffenen Alternativen bestehen für nicht sichtbare Behinderungen?
4. Wie wird sichergestellt, dass unabweisbare laufende besondere Bedarfe (§ 21 Abs. 6 SGB II; § 27a Abs. 4 SGB XII) bei MCS/MCAS, ME/CFS, Long Covid, chronischen Schmerzen, Autismus oder Homebound niedrigschwellig anerkannt werden?
5. Erhebt das BMAS Daten zu behinderungsbedingten Mehrkosten nicht sichtbarer Behinderungen (schadstoffarme Produkte, Energie, Lieferkosten, Kommunikationshilfen, reizarmes Wohnen, spezielle Ernährung)?
6. Wie werden behinderungsbedingte Mehrkosten von Kindern und Jugendlichen mit nicht sichtbaren Behinderungen abgebildet?
7. Welche Stelle trägt Verantwortung, wenn ein Mehrbedarf weder vom Regelbedarf noch vom Mehrbedarfstatbestand noch von GKV, Pflege oder Eingliederungshilfe übernommen wird?
8. Wie hat das BMAS geprüft, ob Unterdeckung, Armut und Isolation bei nachweislich suizidgefährdeten Gruppen durch die Regelbedarfs- und Mehrbedarfssystematik verstärkt werden können?

9. Wie begründet das BMAS die Nullfortschreibung 2026 gegenüber der Kritik des Paritätischen („reale Kürzung durch die Hintertür“, Lücke über 350 Euro zur Armutsschwelle), und wie wird die zusätzliche behinderungsbedingte Mehrbelastung aufgefangen?

10. Wie werden krankheitsbedingte Mobilitätskosten (Taxi/Einzelfahrten, Lieferkosten, Begleitung, reizärmere Verkehrsmittel, Vermeidung überfüllten ÖPNV) als behinderungsbedingter Mehrbedarf anerkannt?

Eingliederungshilfe / BTHG (SGB IX, Teil 2)

→ *Dokument (Link einsetzen): 11_Eingliederungshilfe_SGB-IX.docx*

1. Wie wird in den Bedarfsermittlungsinstrumenten (§ 118 SGB IX) verbindlich erhoben, wie sich Bedarf über Zeit, Belastung, Reizexposition, schlechte Tage und post-exertionelle Verschlechterung verändert (Verlaufsbetrachtung, Fremd-/Assistenzperspektive)?

2. Wie werden Masking, Alexithymie, eingeschränkte Selbstwahrnehmung und kognitive Erschöpfung als Erkenntnisrisiken der Selbstauskunft berücksichtigt?

3. Besteht ein Anspruch auf unterstützte Bedarfsermittlung mit Vertrauensperson, Assistenz, schriftlicher Vorbereitung, Pausen, baulich barrierefreiem und reizarmem Setting und nachträglicher Ergänzung?

4. Wie wird sichergestellt, dass §§ 14, 15 SGB IX bei Schnittstellen zwischen Eingliederungshilfe, Pflege, GKV und Sozialhilfe tatsächlich nahtlose vorläufige Leistung sichern?

5. Welche Mindeststandards gelten im Gesamtplanverfahren (§ 117 SGB IX) für Menschen mit nicht sichtbaren, fluktuierenden, psychischen, neurologischen, sensorischen oder chronischen Behinderungen?

6. Wie werden Assistenzleistungen (§ 78 SGB IX) anerkannt, wenn der Bedarf nicht körperlich sichtbar, sondern organisatorisch, kommunikativ, sensorisch oder regulativ ist; und wie werden chemische/sensorische Bedarfe in Wohnraum (§ 77) erfasst?

7. Erfasst die BTHG-Evaluation Ablehnungen, Widersprüche, Klagen, Verfahrensabbrüche und Unterversorgung differenziert nach nicht sichtbaren Behinderungen, und welche Länderunterschiede bei Bedarfsermittlungsinstrumenten bestehen?

8. Wie werden Kinder und Jugendliche mit nicht sichtbaren Behinderungen, die ihre Bedarfe nicht selbst durchsetzen können, sowie die überproportionale Care-Belastung von Frauen (Art. 6, 7 UN-BRK) in der Bedarfsermittlung berücksichtigt?

9. Autistische Menschen ohne Intelligenzminderung — also gerade die Gruppe mit nicht sichtbarer Behinderung — haben eine rund neunfach erhöhte Suizidmortalität (Hirvikoski et al., 2016: OR 9,40 für ASD ohne Intelligenzminderung; OR 7,55 für ASD insgesamt); eine aktuelle Metaanalyse bestätigt die hohe Suizidalität dieser Gruppe (Newell et al., 2023: gepoolte Suizidgedanken rund 34 %, Suizidversuche rund 24 %). Menschen mit ME/CFS berichten zu 39 % über Suizidgedanken seit Erkrankungsbeginn (König et al., 2024). Verweigerte oder zu geringe Teilhabeleistung treibt Isolation und sekundäre Erkrankung gerade dieser Gruppen. Wie begründet das Ressort, dass der Entwurf seiner staatlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 GG für die am stärksten suizidgefährdeten Gruppen genügt?

10. Wie reagiert das BMAS auf die Kritik von Deutschem Verein, DGSP und Lebenshilfe, die Bedarfsermittlungsinstrumente seien „ungeeignet und kaum verständlich“ und hochschwierig, und wie wird ein einfaches, verlaufs- und masking-sensibles Verfahren für nicht sichtbare Behinderungen gesichert?

11. Wie wird verhindert, dass anerkannte Teilhabebedarfe nicht sichtbarer Behinderungen leerlaufen, weil geeignete reiz-, kommunikations- oder chemiearme Leistungserbringer fehlen oder Betroffene über Pooling (§ 116 SGB IX) in ungeeignete Gruppenangebote gedrängt werden — und wie bleiben Persönliches Budget (§ 29) und Wunsch-/Wahlrecht (§§ 8, 104 SGB IX) durchsetzbar?

12. Wie wird sichergestellt, dass Teilhabeleistungen geltend gemacht werden können, ohne unverhältnismäßig sensible Gesundheitsdaten offenlegen zu müssen (Art. 22 UN-BRK; § 67a SGB IX)?

13. Wie wird die Bedarfsermittlung (§ 118 SGB IX) für gehörlose (Deutsche Gebärdensprache/Schriftdolmetschen), blinde (barrierefreie Unterlagen) und kognitiv- oder lernbeeinträchtigte Menschen (Leichte Sprache, unterstützte Entscheidung nach Art. 12 UN-BRK) tatsächlich zugänglich gestaltet?

Begutachtungsrichtlinien Pflegegrad (§ 17 SGB XI)

→ *Dokument (Link einsetzen): 12_Begutachtungsrichtlinien.docx*

1. Wie wird in den Begutachtungsrichtlinien nach § 17 SGB XI verbindlich geregelt, dass fluktuierende, post-exertionelle, sensorisch ausgelöste und maskierte Unterstützungsbedarfe über eine Verlaufsbetrachtung berücksichtigt werden?

2. Wie bewertet das BMG/der MD Bund, ob die Gewichtung und Operationalisierung der Module 2, 3, 5 und 6 psychisch-neurokognitive, sensorische, erschöpfungs- und verlaufsbezogene Bedarfe angemessen erfasst — und ob krankheitsbedingtes Belastungsmanagement, PEM, Reizabschirmung und Alltagsstrukturierung als unterstützungsrelevant gelten?
3. Wie wird verhindert, dass Kompensation, Masking oder einmalige Leistungsfähigkeit am Begutachtungstag als Beleg gegen Pflegebedarf gewertet werden?
4. Wie wird erkannt, ob scheinbare Selbständigkeit nur durch unsichtbare Dauerleistung von Angehörigen oder Assistenz entsteht?
5. Besteht ein Anspruch, nach einer Begutachtung Verschlechterung, Crash, Erschöpfungsfolgen oder vergessene Angaben nachträglich zu dokumentieren und einzubeziehen?
6. Welche Mindeststandards gelten für baulich barrierefreie, reizarme, chemisch belastungsarme, schriftlich unterstützte und kommunikationsangepasste Begutachtung (Begleitperson, Pausen)?
7. Werden Pflegegradentscheidungen, Widersprüche und Klagen nach Diagnosegruppen, fluktuierenden Erkrankungen, psychischen/neurodivergenten Behinderungen und nicht sichtbaren Barrieren ausgewertet (Art. 31 UN-BRK)?
8. Wie wird bei telefonischer, digitaler oder aktenbasierter Begutachtung sichergestellt, dass Masking, Angehörigenleistung, PEM, Reizbelastung, Kommunikationsbarrieren und fluktuierende Bedarfe nicht noch stärker unsichtbar werden — und besteht ein Wahlrecht hinsichtlich des Begutachtungsformats?
9. Autistische Menschen ohne Intelligenzminderung — also gerade die Gruppe mit nicht sichtbarer Behinderung — haben eine rund neunfach erhöhte Suizidmortalität (Hirvikoski et al., 2016: OR 9,40 für ASD ohne Intelligenzminderung; OR 7,55 für ASD insgesamt); eine aktuelle Metaanalyse bestätigt die hohe Suizidalität dieser Gruppe (Newell et al., 2023: gepoolte Suizidgedanken rund 34 %, Suizidversuche rund 24 %). Menschen mit ME/CFS berichten zu 39 % über Suizidgedanken seit Erkrankungsbeginn (König et al., 2024). Eine Niedrigeinstufung verweigert genau den Hochrisikogruppen die Entlastungsleistungen, die ihren Zusammenbruch verzögern. Wie begründet das Ressort, dass der Entwurf seiner staatlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 GG für die am stärksten suizidgefährdeten Gruppen genügt?
10. Wie reagiert der MD Bund/das BMG auf die übereinstimmenden Berichte von Betroffenen- und Sozialverbänden, dass Pflegegrad-Einstufungen bei ME/CFS, Long Covid und nicht sichtbaren Behinderungen systematisch zu niedrig ausfallen?
11. Besteht in der Pflegebegutachtung ein Anspruch auf Deutsche Gebärdensprache bzw. Schriftdolmetschen, auf Leichte Sprache und auf barrierefreie Unterlagen, damit gehörlose, kognitiv beeinträchtigte und blinde Menschen ihren Unterstützungsbedarf tatsächlich darlegen können?

Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV / GdB)

→ *Dokument (Link einsetzen): 13_VersMedV.docx*

1. Wie stellt die VersMedV sicher, dass Feststellungen nach § 152 SGB IX bei ME/CFS, Long Covid mit PEM und vergleichbaren energetisch-limitierenden Erkrankungen bundesweit einheitlich, teilhabeorientiert und verlaufsbezogen erfolgen?
2. Welche verbindlichen Maßstäbe gelten bei der Analogbegutachtung dieser Erkrankungen, damit Betroffene nicht von zufälliger Verwaltungspraxis abhängig sind?
3. Wie werden post-exertionelle Verschlechterung, Crash-Risiko, Erholungszeiten und Belastungsgrenzen als teilhaberelevante Faktoren in der GdB-Bemessung berücksichtigt?
4. Wie erfassen die Versorgungsmedizinischen Grundsätze bei Autismus Masking, sensorische Überlastung, Erschöpfung, soziale Anpassungsleistung und Selbständigkeit nur durch Fremdstrukturierung?
5. Wie werden komplexe Traumafolgen (Dissoziation, Trigger, Vermeidung, Teilhabeeinschränkung, Schwankungen) in der GdB-Bemessung abgebildet?
6. Mit welcher verbindlichen Vorgabe stellt das BMAS bundesweite Einheitlichkeit der Versorgungsämter bei nicht sichtbaren Behinderungen sicher — oder bleibt die Bewertung faktisch Ländersache und damit vom Wohnort abhängig?
7. Wie wird verhindert, dass Änderungen der GdB-Tabellen zu Herabstufungen führen, bevor Maßstäbe für nicht sichtbare Behinderungen angemessen operationalisiert sind?
8. Werden Anerkennungsquoten, Widersprüche und Klagen differenziert nach ME/CFS, Long Covid, Autismus, FASD, komplexer PTBS und nicht sichtbaren Behinderungen ausgewertet (Art. 31 UN-BRK)?

9. Wie stellt das BMAS sicher, dass angemessene Vorkehrungen im Arbeitsleben (§ 164 SGB IX; Art. 27 UN-BRK) auch bei nicht sichtbaren, fluktuierenden und sensorischen Behinderungen praktisch durchgesetzt werden, ohne dass Betroffene ihre Diagnose unverhältnismäßig offenlegen müssen?
10. Wird FASD als eigener Bewertungsblock geführt, der kombinierte exekutive, soziale und Alltagsbeeinträchtigungen trotz Unsichtbarkeit angemessen abbildet?
11. Autistische Menschen ohne Intelligenzminderung — also gerade die Gruppe mit nicht sichtbarer Behinderung — haben eine rund neunfach erhöhte Suizidmortalität (Hirvikoski et al., 2016: OR 9,40 für ASD ohne Intelligenzminderung; OR 7,55 für ASD insgesamt); eine aktuelle Metaanalyse bestätigt die hohe Suizidalität dieser Gruppe (Newell et al., 2023: gepoolte Suizidgedanken rund 34 %, Suizidversuche rund 24 %). Menschen mit ME/CFS berichten zu 39 % über Suizidgedanken seit Erkrankungsbeginn (König et al., 2024). Ein zu niedriger oder zufälliger GdB verweigert Nachteilsausgleiche und verstärkt Unterversorgung gerade dieser Gruppen. Wie begründet das Ressort, dass der Entwurf seiner staatlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 GG für die am stärksten suizidgefährdeten Gruppen genügt?
12. Wie reagiert das BMAS auf die dokumentierte Praxis, dass GdB-Feststellungen bei ME/CFS und Long Covid regelmäßig zu niedrig und teils als psychiatrisch statt neurologisch eingestuft werden, und auf die SoVD-Kritik an der zu engen GdB-Reform 2026?
13. Wie wird sichergestellt, dass die Merkzeichen-Kriterien (G, aG) energetisch und belastungsbedingte Mobilitätseinschränkungen — etwa Post-Exertional Malaise bei ME/CFS oder Long Covid, die Wegstrecken faktisch unmöglich machen — angemessen erfassen, auch wenn keine klassische orthopädisch-kardiopulmonale Gehbehinderung vorliegt (§ 229 SGB IX)?

Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) — Vollzug

→ *Dokument (Link einsetzen): 24_BFSG.docx*

1. Welche Prüflinien erhalten Marktüberwachungsstellen, um kognitive Überforderung, sensorische Reizbelastung, Zeitdruck, unverständliche Prozesse und kommunikative Barrieren systematisch zu erkennen (Art. 9 UN-BRK)?
2. Sind Beschwerdewege selbst barrierefrei (schriftlich, einfach verständlich, ohne Telefonpflicht, ohne übermäßige Nachweise, mit Assistenz), und werden Verbandsbeschwerden für strukturelle Barrieren gestärkt?
3. Wie wird bei E-Commerce, Banking, Telekommunikation, E-Books, Apps und Selbstbedienungsterminals sichergestellt, dass nicht nur technische Bedienbarkeit, sondern auch Verständlichkeit und Überforderungsschutz geprüft werden?
4. Werden manipulative, verwirrende oder zeitdruckerzeugende Designs (Dark Patterns) als kognitive Barriere im BFSG-Vollzug berücksichtigt?
5. Wie wird evaluiert, ob Ausnahmen für Kleinstunternehmen oder Übergangsregelungen gerade für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen relevante Alltagsdienstleistungen ungeschützt lassen?
6. Sind Menschen mit Autismus, ADHS, FASD, ME/CFS, psychischen Erkrankungen, kognitiver Erschöpfung, MCS/MCAS und Sinnesverarbeitungsstörungen an Vollzugsleitfäden und Testverfahren beteiligt (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK)?
7. Welche Prüflinien erhält die neue Marktüberwachungsstelle für Barrierefreiheit (MLBF, Magdeburg), um kognitive und sensorische Barrierefreiheit, Dark Patterns und Überforderungsschutz prüffähig zu kontrollieren?
8. Werden KI-Chatbots, automatisierte Menüs und automatisierter Kundenservice als Barriere für kognitive, psychische und kommunikative Behinderungen im BFSG-Vollzug erfasst, und bestehen verbindliche menschliche Alternativkontaktwege?
9. Wie wird sichergestellt, dass Verbraucher:innen Barrieren geltend machen und Beschwerden führen können, ohne unverhältnismäßig sensible Gesundheitsdaten offenlegen zu müssen (Art. 22 UN-BRK)?
10. Welche Bestandteile der EN 301 549 / WCAG 2.2 adressieren kognitive und sensorische Belastungen (Verständlichkeit, vorhersehbare Bedienung, Zeitlimits, Reizarmut), und hat die Bundesregierung geprüft, ob diese Standards für diese Barrieren ausreichen — oder bestehen insoweit normative Lücken im BFSG-Vollzug?

BMG — Bundesministerium für Gesundheit

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG)

→ *Dokument (Link einsetzen): 01_BStabG.docx*

1. Hat das BMG geprüft, ob die Begrenzung der Vergütungssteigerungen im Heilmittelbereich die Versorgung in bereits unterversorgten Regionen, bei spezialisierten Praxen und bei komplexen neurologischen, sprachlichen, ergotherapeutischen oder chronischen Bedarfen gefährdet?
2. Hat das BMG geprüft, ob die Ausgabendämpfung die Hilfsmittelversorgung (§ 33 SGB V — Festbeträge, Zuzahlungen, Genehmigungspraxis) und die Krankenfahrten/Krankentransporte (§ 60 SGB V) beeinträchtigt — für viele Menschen mit Behinderungen versorgungskritische Leistungen, deren Einschränkung mittelbar behinderungsbezogen benachteiligen kann (Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG)?
3. Wie rechtfertigt das BMG die Rückführung der ambulanten Psychotherapie in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Wegfall der extrabudgetären Vergütung, Streichung der Kurzzeittherapie-Zuschläge zum 01.01.2027), obwohl sie bei Menschen mit psychischen, neurodivergenten und traumabezogenen Behinderungen Therapieplatzverlust, längere Wartezeiten und Chronifizierung erwarten lässt — und wie verhält sich das zur Forderung des Bundesrates nach Erhalt der vollständigen extrabudgetären Vergütung?
4. Wie begründet das BMG, dass die Anhebung der Zuzahlungen (§ 61 SGB V) Menschen mit nicht sichtbaren chronischen Erkrankungen, die nicht zuverlässig als „schwerwiegend chronisch krank“ nach der Chroniker-Richtlinie anerkannt sind, bei dauerhaftem Bedarf nicht überproportional belastet (Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG; Art. 25 UN-BRK)?
5. Welche barrierefreien Kommunikationsstandards gelten für die Kontaktaufnahme der Krankenkassen nach § 44 SGB V (Anspruch auf schriftliche, nicht-telefonische, reizreduzierte Kommunikation)?
6. Wie stellt das BMG sicher, dass die Verkürzung der Frist nach § 51 SGB V von zehn auf vier Wochen Menschen mit fluktuierenden, neurokognitiven, psychischen oder erschöpfungsbedingten Erkrankungen nicht überproportional benachteiligt, wenn Antragsfähigkeit, Befundbeschaffung und Beratung krankheitsbedingt eingeschränkt sind?
7. Wie wird verhindert, dass Teilkrankengeld (§§ 44c, 44d SGB V) bei Erkrankungen mit Post-Exertional Malaise oder fluktuierender Belastbarkeit zu einer schematischen Überschätzung der Arbeitsfähigkeit führt?
8. Erfasst die Ausnahme des Beitragszuschlags (§ 10 i.V.m. § 242b SGB V) für die Pflege Angehöriger ab Pflegegrad 2 auch Haushalte, die erwachsene Menschen mit nicht sichtbarer Behinderung ohne anerkannten Pflegegrad unterstützen? Falls nein: Wie wird eine mittelbare Benachteiligung (Art. 5 i.V.m. Art. 28 UN-BRK) ausgeschlossen?
9. Welche Organisationen und Selbstvertretungen von Menschen mit nicht sichtbaren, chronischen, neurodivergenten oder fluktuierenden Behinderungen wurden in der Finanzkommission Gesundheit und bei der Erarbeitung des Entwurfs nach Art. 4 Abs. 3 UN-BRK konsultiert?
10. Wie werden Kinder und Jugendliche mit nicht sichtbaren Behinderungen geschützt, deren Bedarf an Heilmitteln, Logopädie, Ergotherapie oder häuslicher Unterstützung durch höhere Zuzahlungen, Vergütungsdeckel oder familiäre Mehrbelastung mittelbar betroffen ist?
11. Hat das BMG die kumulative Belastung aus BStabG, PNOG, Krankenhausreform und Notfallreform für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen geprüft?
12. Angesichts der erhöhten Suizidmortalität in diesen Gruppen (autistische Menschen ohne Intelligenzminderung ~9-fach, Hirvikoski et al. 2016, OR 9,40; ME/CFS rund 39 % Suizidgedanken, König et al. 2024): Welche behinderungsspezifische Folgenabschätzung stellt sicher, dass die kumulierten Belastungen die staatliche Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 GG wahren?
13. Wie verträgt sich die Stellungnahmefrist von weniger als vier Tagen im Referentenverfahren (Übermittlung 16.04., Frist 20.04.2026, 9:00 Uhr) mit der Pflicht zur engen Konsultation und aktiven Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen und ihren Verbänden nach Art. 4 Abs. 3 UN-BRK?
14. Prof. Dr. med. Ute Lewitzka (Professur für Suizidologie und Suizidprävention, Universitätsklinikum Frankfurt – Goethe-Universität) hat das LIORA-Modell schriftlich als relevanten gesundheitspolitischen Beitrag anerkannt: „Das Modell liefert einen wichtigen Diskussionsbeitrag für gesundheitspolitische Forderungen. Es verdeutlicht, dass sensorische und kommunikative Barrieren als suizidrelevante Stressoren mitgedacht werden müssen.“ Wie hat das Ressort diese Fachbewertung einbezogen, und welche Stelle trägt die institutionelle Schutzverantwortung, wenn die Regelungen das dokumentierte Suizidrisiko dieser Gruppe erhöhen?

GeDIG — Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen

→ *Dokument (Link einsetzen): 02_GeDIG.docx*

1. Mit welcher Norm garantiert der Entwurf einen gleichwertigen, barrierefreien, fristgerechten und nicht nachrangigen analogen Zugang zu allen zentralen digitalen Elementen (ePA, Krankenkassen-App, digitale Ersteinschätzung, E-Überweisung, Terminbuchung über 116117, Widerspruchsregister, Vertreterrechte)?
2. Wie stellt das BMG sicher, dass Menschen, die einen Widerspruch (Opt-out) behinderungsbedingt nicht verstehen, abwägen oder rechtzeitig erklären können, ihre Selbstbestimmung im Opt-out- und Widerspruchsmodell praktisch wirksam ausüben können (unterstützte Entscheidungsformate nach Art. 12 UN-BRK)?
3. Welche spezifischen Re-Identifikationsschutzmaßnahmen (Small-Cell-Schutz, Zweckbindung, DSFA nach Art. 35 DSGVO) normiert der Entwurf gegen die Bildung singulärer Profile bei seltenen Diagnosen, kleinen Fallzahlen, Medikations-, regionalen, Zeitverlaufs- und stigmasensiblen Daten?
4. Wie verhindert der Entwurf, dass Medikationsdaten in ePA, E-Rezept, Medikationsplan oder Apothekenzugriff Rückschlüsse auf psychische, neurologische oder stigmasensible Diagnosen ermöglichen, ohne dass Betroffene dies verstehen oder granular steuern können?
5. Wie stellt das BMG sicher, dass die datengestützte Risikoerkennung nach § 25b SGB V Menschen mit atypischer Symptompräsentation, weiblichen neurodivergenten Verläufen, ME/CFS, Long Covid oder psychischen Erkrankungen nicht systematisch fehlklassifiziert oder nicht erkennt — und welche Rechte bestehen bei Profilbildung und Fehlklassifikation?
6. Welche Schutzmechanismen gelten in Krankenkassen-Reallaboren für Menschen mit psychischen, neurodivergenten, seltenen oder nicht sichtbaren Behinderungen, deren Daten besonders re-identifikationssensibel sind?
7. Sieht der Entwurf eine verpflichtende Bias-Prüfung KI- oder regelbasierter Ersteinschätzung sowie ein Transparenz-, Widerspruchs- und menschliches Override-Recht vor?
8. Verankert der Entwurf kognitive Barrierefreiheit (Leichte/Einfache Sprache, reizarme Gestaltung) als verbindliche, eigenständige Prüf- und Schutzkategorie der digitalen Infrastruktur (Art. 9 UN-BRK)?
9. Mit welcher verbindlichen Vorgabe sind ePA, Krankenkassen-Apps, E-Rezept und die darin gespeicherten Dokumente und Informationen für blinde und sehbehinderte Menschen (BITV 2.0, Screenreader, Braille, Großdruck) sowie für gehörlose und schwerhörige Menschen (Deutsche Gebärdensprache, Untertitel, Schriftdolmetschen) zugänglich — und wer prüft das im Vollzug (Art. 9, 21 UN-BRK)?
10. Warum wurden Referentenentwurf und zahlreiche Stellungnahmen als nicht barrierefreie PDF veröffentlicht, obwohl der Entwurf digitale Barrierefreiheit ausbauen soll — und welche Konsequenz zieht das BMG daraus für die verbindliche Barrierefreiheit der GeDIG-Infrastruktur?
11. Welche niedrigschwelligen Widerrufs-, Änderungs- und Rückholrechte bestehen, wenn Betroffene Widerspruch, Freigabe oder Zugriffsrechte wegen Überforderung, Krise oder fehlender Unterstützung nicht rechtzeitig oder nicht informiert ausgeübt haben?
12. Welche Selbstvertretungen nicht sichtbar behinderter Menschen wurden nach Art. 4 Abs. 3 UN-BRK an Architektur, Testung und Barriereprüfung der digitalen Infrastruktur beteiligt?
13. Mit welcher Regelung — über die allgemeine DSGVO-Geltung hinaus — gewährleistet der Entwurf das Recht auf Privatleben und Schutz personenbezogener Gesundheitsdaten nach Art. 22 UN-BRK und Art. 9 DSGVO für Menschen mit besonders stigmasensiblen Diagnosen?
14. Wie reagiert das BMG auf die Forderung der Bundesärztekammer nach grundlegender Überarbeitung der Kassen-Datennutzung und auf die Warnungen von ACHSE und vzbv vor Re-Identifikation seltener/stigmasensibler Diagnosen und vor der „gläsernen Versicherten“?
15. Als BMG-Querschnitt über alle Versorgungsbereiche: Wie stellt das BMG sicher, dass Aufklärung, Einwilligung, Widerspruch, Zustimmung, Entlass- und Medikationsinformationen im gesamten Gesundheitswesen kognitiv barrierefrei, schriftlich nachvollziehbar, assistenzfähig (ohne Betreuungszwang) und ohne Telefon-/App-Zwang ausgestaltet sind (Art. 9, 12, 21 UN-BRK)?
16. Prof. Dr. med. Ute Lewitzka (Professur für Suizidologie und Suizidprävention, Universitätsklinikum Frankfurt – Goethe-Universität) hat das LIORA-Modell schriftlich als relevanten gesundheitspolitischen Beitrag anerkannt: „Das Modell liefert einen wichtigen Diskussionsbeitrag für gesundheitspolitische Forderungen. Es verdeutlicht, dass sensorische und kommunikative Barrieren als suizidrelevante Stressoren mitgedacht werden müssen.“ Wie hat das Ressort diese Fachbewertung einbezogen, und welche Stelle trägt die institutionelle Schutzverantwortung, wenn die Regelungen das dokumentierte Suizidrisiko dieser Gruppe erhöhen?

Reform der Notfallversorgung

→ *Dokument (Link einsetzen): 03_Notfallreform.docx*

1. Mit welcher Norm wird sichergestellt, dass die standardisierten, telefonischen, digitalen oder algorithmischen Ersteinschätzungsverfahren für atypisch präsentierende und nicht sichtbare Behinderungen validiert sind und Fehltriage (diagnostic overshadowing) vermieden wird?
2. Welche gleichwertigen, rund um die Uhr verfügbaren, barrierefreien und nicht nachrangigen text-, chat- und gebärden-/relaisbasierten Zugänge zur Akutleitstelle (116117) sind verbindlich vorgesehen?
3. Wie wird der barrierefreie Zugang zum Notruf 112 für gehörlose, schwerhörige und taubblinde Menschen verbindlich gesichert (Notruf-App nora mit Echtzeittext und Gebärdensprach-Video, 24-Stunden-Relaisdienst) — und wird diese vom Deutschen Gehörlosen-Bund und Deutschen Schwerhörigenbund seit Jahren angemahnte Lücke mit der Reform geschlossen?
4. Besteht in der Ersteinschätzungsstelle ein Anspruch auf baulich barrierefreie, reizarme, sensorisch und kommunikationsangepasste sowie chemisch belastungsarme Einschätzung, einschließlich Begleitperson, schriftlicher Kurzabfrage und ruhigem Raum (Art. 9 UN-BRK)?
5. Wie wird Suizidalität in 116117/Akutleitstelle aktiv abgefragt, welche Fachkompetenz steht zur Verfügung, welche Eskalationswege zu psychiatrischen Krisendiensten, Sozialpsychiatrischem Dienst, Krisenambulanzen und 112 sind verbindlich, und wie wird verhindert, dass Betroffene als „nicht akut genug“ nach Hause verwiesen werden?
6. Welche verbindlichen Eskalations- und Rückkopplungsregeln gelten an der Schnittstelle 116117/112, wenn Menschen ihre Symptome unvollständig, atypisch oder nicht telefonisch kommunizieren können?
7. Wie wird verhindert, dass Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen bei rettungsdienstlicher Versorgung ohne Transport aufgrund atypischer Präsentation, Masking, Dissoziation, Schmerzunterausdruck oder Fatigue falsch als nicht transportbedürftig eingeschätzt werden?
8. Welche Rückkehr-, Wiederkontakt- und Eskalationsrechte bestehen, wenn eine Person nach Ersteinschätzung an eine niedrigere Versorgungsebene verwiesen wird, dort aber keine Versorgung erreicht oder sich der Zustand verschlechtert?
9. Werden Fehlsteuerungen, Wiederkontakte, spätere stationäre Aufnahmen, Kriseneskalationen und Suizidversuche nach Ersteinschätzung differenziert nach Behinderung, psychischer Krise, neurodivergentem Profil und Kommunikationsbarriere evaluiert (Art. 31 UN-BRK)?
10. Besteht ein Anspruch, bei Ersteinschätzung, Triage und Verweisung eine Begleitperson oder Kommunikationsassistenten einzubeziehen?
11. Welche Vorgaben gelten in INZ und Ersteinschätzungsstellen zu Duftstoffen, Desinfektionsmittelbelastung, Latex und Reinigungsmitteln für Menschen mit MCAS, MCS, Asthma oder Migräne?
12. Wie werden Kinder und Jugendliche mit Autismus, FASD, Angststörungen, Epilepsie, chronischen Schmerzen, ME/CFS, Long Covid oder Kommunikationsbehinderungen vor Fehltriage und Fehlverweisung geschützt?
13. Welche niedrigschwelligen Beschwerde-, Korrektur- und Qualitätsprüfverfahren bestehen, wenn Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen nach Ersteinschätzung falsch verwiesen, nicht ernst genommen oder nicht aufgenommen wurden?
14. Sieht der Entwurf eine verpflichtende Bias-Prüfung der Ersteinschätzung sowie ein garantiertes menschliches Override- und Wiedereinschätzungsrecht vor?
15. Wie wird sichergestellt, dass die von den Fachgesellschaften geforderte Wirksamkeit und Messbarkeit der Reform auch die Treffsicherheit der Steuerung für atypisch präsentierende und nicht sichtbar behinderte Menschen umfasst, und über welche Gesundheitsleitstellen-Funktion wird die psychosoziale und suizidpräventive Notfallversorgung verbindlich und barrierearm erreichbar?
16. Prof. Dr. med. Ute Lewitzka (Professur für Suizidologie und Suizidprävention, Universitätsklinikum Frankfurt – Goethe-Universität) hat das LIORA-Modell schriftlich als relevanten gesundheitspolitischen Beitrag anerkannt: „Das Modell liefert einen wichtigen Diskussionsbeitrag für gesundheitspolitische Forderungen. Es verdeutlicht, dass sensorische und kommunikative Barrieren als suizidrelevante Stressoren mitgedacht werden müssen.“ Wie hat das Ressort diese Fachbewertung einbezogen, und welche Stelle trägt die institutionelle Schutzverantwortung, wenn die Regelungen das dokumentierte Suizidrisiko dieser Gruppe erhöhen?

Medizinregistergesetz

→ *Dokument (Link einsetzen): 04_Medizinregistergesetz.docx*

1. Wurde eine Datenschutz-Folgenabschätzung nach Art. 35 DSGVO durchgeführt, die kleine Fallzahlen, seltene Diagnosen, psychische Erkrankungen, neurodivergente Profile und andere stigmasensible Gesundheitsdaten gesondert bewertet?
2. Welche Small-Cell-Mindestgrößen, Aggregationsregeln oder Veröffentlichungsschwellen verhindern, dass Menschen mit seltenen oder regional eng begrenzten Diagnosen indirekt identifizierbar werden?
3. Wie wird die Zweckausweitung (purpose creep) bei der anlassbezogenen Datenzusammenführung begrenzt — wer kontrolliert Zweckänderungen, und gibt es Protokollierung und Sanktionen?
4. Welche Akteure erhalten Zugang zu Registerdaten, und wie wird ausgeschlossen, dass Daten oder Auswertungen für Versicherungs-, Beschäftigungs-, Bonitäts-, Leistungs- oder andere diskriminierungsrelevante Entscheidungen genutzt werden?
5. Wie verhindert der Entwurf, dass Medikations-, Behandlungs- oder Verlaufsdaten Rückschlüsse auf psychische, neurologische oder stigmasensible Diagnosen ermöglichen?
6. Mit welcher registerrechtlichen Vorkehrung — über die allgemeine DSGVO-Geltung hinaus — sichert der Entwurf das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Schutz ihrer personenbezogenen Gesundheitsdaten und ihres Privatlebens nach Art. 22 UN-BRK konkret?
7. Wie wird sichergestellt, dass Menschen, die behinderungsbedingt nicht widersprechen können, ihre informationelle Selbstbestimmung wirksam ausüben können (verständliche Information, Assistenz, Art. 12 UN-BRK)?
8. Mit welcher Vorgabe stellt der Entwurf sicher, dass Erfassungsstandards nicht sichtbare und atypisch präsentierende Behinderungen tatsächlich abbilden, und welche Pflicht besteht zur systematischen Datenlückenprüfung (Art. 31 UN-BRK)?
9. Wie begründet das BMG, dass das vom UN-Fachausschuss 2023 gerügte Fehlen disaggregierter Daten (CRPD/C/DEU/CO/2-3, Ziffer 12c) mit diesem Registerrecht behoben und nicht zementiert wird?
10. Sind Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen verbindlich in Registerbeirat, Datenethik, Erfassungsstandards und Evaluationsgremien vertreten (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK)?
11. Wie reagiert der Gesetzgeber auf die Warnung der ACHSE (Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen), dass Opt-out-Regime und Registerverknüpfung seltene und stigmasensible Diagnosen re-identifizierbar machen — und wie wird zugleich die Nicht-Erfassung nicht sichtbarer Behinderungen behoben?
12. Prof. Dr. med. Ute Lewitzka (Professur für Suizidologie und Suizidprävention, Universitätsklinikum Frankfurt – Goethe-Universität) hat das LIORA-Modell schriftlich als relevanten gesundheitspolitischen Beitrag anerkannt: „Das Modell liefert einen wichtigen Diskussionsbeitrag für gesundheitspolitische Forderungen. Es verdeutlicht, dass sensorische und kommunikative Barrieren als suizidrelevante Stressoren mitgedacht werden müssen.“ Wie hat das Ressort diese Fachbewertung einbezogen, und welche Stelle trägt die institutionelle Schutzverantwortung, wenn die Regelungen das dokumentierte Suizidrisiko dieser Gruppe erhöhen?

Berufsanerkennung Heilberufe — Umsetzung

→ *Dokument (Link einsetzen): 05_Berufsanerkennung.docx*

1. Mit welcher konkreten Prüfanforderung stellt die Verordnung sicher, dass Kenntnis-, Eignungs- und Fachsprachprüfung sowie Anpassungslehrgänge die Fähigkeit erfassen, Diagnostic Overshadowing, atypische Symptompräsentationen und nicht sichtbare Behinderungen zu erkennen — oder bleibt dies dem Ermessen der Prüfstellen überlassen?
2. Mit welcher Prüfanforderung wird in Fachsprach- und Kommunikationsprüfung nicht nur medizinische Terminologie, sondern auch verständliche, schriftlich unterstützte und behinderungssensible Kommunikation (Teach-back) verbindlich geprüft?
3. Welche Anforderungen gelten an Supervision, Anleitung und Qualitätssicherung, wenn Personen vor vollständiger Anerkennung oder während Anpassungsmaßnahmen (Berufserlaubnis) in der Versorgung tätig sind?
4. Ist vorgesehen, neurodivergenz-, trauma-, ME/CFS-, Long-Covid- und kommunikationssensible Versorgung als verbindlichen Bestandteil von Anpassungslehrgängen oder Nachqualifizierung aufzunehmen?
5. Welche Indikatoren werden erhoben, um zu erkennen, ob beschleunigte Anerkennungsverfahren Auswirkungen auf Kommunikationsfehler, Behandlungsfehler, Beschwerden oder Fehlversorgung vulnerabler Gruppen haben?
6. Wie wird sichergestellt, dass Länderbehörden und Anerkennungsstellen einheitliche Standards anwenden und nicht durch Vollzugspraxis unterschiedliche Qualitätsniveaus entstehen?

7. Plant das BMG, dieselben Kompetenzen (klinische Kommunikation, Erkennen nicht sichtbarer Behinderungen) auch in der inländischen Ausbildung und Fortbildung verbindlich zu stärken, damit die Anforderung nicht einseitig auf ausländische Fachkräfte bezogen bleibt?
8. Wird in Kenntnis-, Eignungs- und Kommunikationsprüfung auch die Fähigkeit erfasst, mit gehörlosen (Deutsche Gebärdensprache/Schriftdolmetschen), blinden und kognitiv beeinträchtigten Patient:innen verständlich zu kommunizieren?

Suizidpräventionsgesetz

→ *Dokument (Link einsetzen): 06_Suizidpraeventionsgesetz.docx*

1. Warum benennt der Entwurf neurodivergente, neurologisch vielfältige und chronisch-fluktuierend beeinträchtigte Personen (Autismus ohne Intelligenzminderung ~9-fach, Hirvikoski 2016; ME/CFS rund 39 %, König 2024; ADHS erhöht, Septier 2019) nicht ausdrücklich als anerkannte Risikokategorie — und wie wird diese nachweislich hochbelastete Gruppe erreicht?
2. Werden text-, chat-, gebärden-, relais- und peerbasierte Krisenzugänge als verbindlicher Qualitätsstandard der Bundesfachstelle festgelegt und auf tatsächliche Erreichbarkeit evaluiert (Art. 9, 21 UN-BRK)?
3. Welche Berufsgruppen werden verpflichtend zu suizidpräventivem Handeln bei atypischer Kommunikation, Masking, Shutdown, Dissoziation, Mutismus und chronischer Erschöpfung geschult (§ 3)?
4. Wie stellt der Entwurf sicher, dass neurodivergente, chronisch erkrankte und psychisch belastete Kinder und Jugendliche als besondere Risikogruppe erfasst und mit altersgerechten, nicht telefonbasierten Angeboten erreicht werden?
5. Wie wird ein anonymisiertes oder streng pseudonymisiertes Suizid- und Suizidversuchsregister datenschutzrechtlich ausgestaltet (DSFA, Kleine-Fallzahl-Schutz, Betroffenenbeteiligung), und werden Suizidversuche — nicht nur Suizidmortalität — erfasst (Art. 31 UN-BRK)?
6. Wird evaluiert, ob Hilfsangebote die Hochrisikogruppen tatsächlich erreichen — oder nur formal existieren?
7. Wie wird die Bundesfachstelle verpflichtet, Schnittstellen zu Psychotherapie, Notfallversorgung (112/116117/psychiatrische Krisendienste), Pflegebegutachtung, Sozialverwaltung, Schule und Arbeit als suizidpräventive Risikofaktoren zu erfassen?
8. Wird eine verbindliche, stimmberechtigte Vertretung von Selbstvertretungen nicht sichtbarer Behinderungen im Fachbeirat sichergestellt (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK)?
9. Wie setzt das BMG die von über 40 Institutionen und Fachgesellschaften (Initiative von DGP, NaSPro, DHPV, DGS) geforderte, nach Risikogruppen ausdifferenzierte Suizidprävention um, ohne bestehende niedrigschwellige (überwiegend ehrenamtliche) Strukturen durch Doppelstrukturen zu gefährden?
10. Prof. Dr. med. Ute Lewitzka (Professur für Suizidologie und Suizidprävention, Universitätsklinikum Frankfurt – Goethe-Universität) hat das LIORA-Modell schriftlich als relevanten gesundheitspolitischen Beitrag anerkannt: „Das Modell liefert einen wichtigen Diskussionsbeitrag für gesundheitspolitische Forderungen. Es verdeutlicht, dass sensorische und kommunikative Barrieren als suizidrelevante Stressoren mitgedacht werden müssen.“ Wie hat das Ressort diese Fachbewertung einbezogen, und welche Stelle trägt die institutionelle Schutzverantwortung, wenn die Regelungen das dokumentierte Suizidrisiko dieser Gruppe erhöhen?

Psychotherapie-Bedarfsplanung (§ 101 SGB V)

→ *Dokument (Link einsetzen): 07_Psychotherapie_101.docx*

1. Wie wird der Sicherstellungsauftrag nach § 75 SGB V so konkretisiert, dass nicht nur ein psychotherapeutischer Sitz, sondern rechtzeitig erreichbare, passende und barrierearme Behandlung für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen verfügbar ist?
2. Welche Rechte bestehen, wenn Versicherte trotz Bedarf keinen passenden Therapieplatz erreichen — insbesondere Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V), Sonderbedarfszulassung, Ermächtigung oder priorisierte Vermittlung?
3. Wie wird Sonderbedarf für neurodiversitäts-kompetente, trauma-informierte und ME/CFS-/Long-Covid-sensible Psychotherapie in der Bedarfsplanung berücksichtigt?
4. Werden Wartezeiten bis zum tatsächlichen Behandlungsbeginn differenziert nach Risikogruppe, Diagnose, Alter, Region, Behinderung und Barriere im Erstzugang erhoben?
5. Werden Therapieabbrüche, Nichtantritte und Fehlvermittlungen erfasst, um zu erkennen, ob Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen zwar formal vermittelt, aber praktisch nicht passend versorgt werden?

6. Wie wird die Terminservicestelle bzw. der Erstzugang so gestaltet, dass telefonbasierte, initiativlastige und reizbelastende Verfahren nicht die einzige Zugangsspur bleiben (Art. 9 UN-BRK)?
7. Wie wird der besondere Bedarf neurodivergenter, traumatisierter, chronisch kranker oder psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher in der Bedarfsplanung abgebildet?
8. Wie wird sichergestellt, dass ausreichende Kapazitäten mit spezifischer Qualifikation für Autismus, ADHS, FASD, Trauma, ME/CFS, Long Covid und kommunikative Barrieren vorhanden sind?
9. Wie bewertet das BMG die BpTK-Forderung nach Senkung der Verhältniszahlen um mindestens 20 % und die dokumentierte Wartezeit von rund 20 Wochen bis zum Behandlungsbeginn — und wie wird verhindert, dass Honorarkürzung und BStabG-Deckelung die Versorgung gerade für nicht sichtbar behinderte Menschen und für Kinder/Jugendliche weiter verschlechtern?
10. Wie verhält sich die Bedarfsplanung zur im BStabG vorgesehenen Rückführung der ambulanten Psychotherapie in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Wegfall der extrabudgetären Vergütung), vor der die BpTK in der Anhörung am 22. Juni 2026 als Ursache von Therapieplatzverlust, längeren Wartezeiten und Chronifizierung gewarnt hat — gerade für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen?

Übernahme der ICD-11

→ *Dokument (Link einsetzen): 08_ICD-11.docx*

1. Welche Krankheitsbilder sind nach Auffassung des BMG im deutschen Versorgungssystem derzeit nicht, nur unscharf oder nur uneinheitlich abbildbar — etwa komplexe PTBS, Long Covid, postinfektiöse Fatigue/PEM-Verläufe oder atypische ME/CFS-Verläufe — und welche Übergangsregeln sind vorgesehen?
2. Wie wird sichergestellt, dass Menschen in laufenden Behandlungs-, Begutachtungs-, GdB-, Pflegegrad-, Reha-, Krankengeld- oder Erwerbsminderungsverfahren durch den Übergang von ICD-10-GM zu ICD-11 keine Anerkennungs- oder Nachweislücke erleiden?
3. Wie stellt das BMG sicher, dass ICD-11-Kodierung nicht als alleinige Leistungsvoraussetzung missverstanden wird, sondern funktionelle Einschränkungen nach ICF/SGB IX eigenständig berücksichtigt werden?
4. Welche Schulungs- und Umsetzungsvorgaben sind für Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Kassen, MD, Reha-Träger, Versorgungsverwaltung und Jobcenter vorgesehen?
5. Wie wird bis zur vollständigen ICD-11-Übernahme sichergestellt, dass komplexe PTBS und vergleichbare Traumafolgen nicht in unpassende oder stigmatisierende Ersatzkategorien gedrängt werden?
6. Wie bewertet das BMG die neuen ICD-10-GM-2026-Differenzierungen für ME/CFS im Verhältnis zur geplanten ICD-11-Übernahme, und wie wird sichergestellt, dass diese Differenzierungen in Versorgung, Begutachtung und Statistik tatsächlich genutzt werden?
7. Wie werden Long Covid, postinfektiöse Fatigue, PEM und überlappende ME/CFS-Verläufe kodier- und auswertbar abgebildet, ohne Betroffene in unspezifische Fatigue- oder psychische Ersatzkategorien zu drängen?
8. Wie stellt das BMG/BfArM sicher, dass die neuen ICD-10-GM-2026-Codes (G93.30/31/39 für ME/CFS, R53.0 für chronische Fatigue mit PEM) in Versorgung, Begutachtung und Statistik tatsächlich genutzt werden, und welcher verbindliche Übergangs- und Anerkennungspfad gilt während der mehrjährigen ICD-11-Einführung?

Krankenhausreform (KHVVG/KHAG) — Umsetzung

→ *Dokument (Link einsetzen): 20_Krankenhausreform.docx*

1. Werden die Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen (§ 135a, §§ 136 ff. SGB V; G-BA/IQTIG) um barrierearme, reizarme, kommunikationsangepasste und entlasssichere Versorgung ergänzt, und werden nicht sichtbare Behinderungen als Patientensicherheitsrisiko in Fehlermanagement und Beschwerdesystemen erfasst?
2. Wie wird sichergestellt, dass Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a SGB V) bei ME/CFS, Long Covid, Autismus, FASD, Trauma, MCS/MCAS und psychischen Krisen Verlaufsriskiken, Belastungsgrenzen und Nachsorgefähigkeit berücksichtigt (Anschlussversorgung, Medikationsplan, Hilfsmittel, Transport, Reha) — und werden Entlassinformationen kognitiv barrierefrei, schriftlich nachvollziehbar und ohne Telefon-/App-Zwang ausgehändigt (BMG-Querschnitt Aufklärung/Information; Art. 9, 12 UN-BRK)?
3. Welche Ausgleichsmechanismen bestehen bei Leistungskonzentration und längeren Wegen (Transport, dezentrale Nachsorge, barrierefreie Telemedizin, Lotsen, wohnortnahe Kooperation)?
4. Wie werden reizarme, chemisch belastungsarme und kommunikationsangepasste Versorgung, Begleitperson und Rückzugsmöglichkeiten als Bestandteil der bundesrechtlichen Qualitätsanforderungen (§§ 136 ff. SGB V; G-

BA/IQTIG) verankert — und wie wird die bauliche/sensorische Barrierefreiheit über die Landeskrankenhausplanung gesichert, statt sie als Zuständigkeitsfrage offenzulassen?

5. Werden Wiederaufnahmen, Behandlungsabbrüche, Beschwerden, Fehltriagen, Wartezeiten, Entlasslücken und Patientenerfahrungen (PREM/PROM) nach Behinderung und Barriereart disaggregiert erhoben (Art. 31 UN-BRK)?

6. Welche Mindeststandards sichern im Krankenhaus die Kommunikation für gehörlose und schwerhörige (Deutsche Gebärdensprache/Schriftdolmetschen, Höranlagen), blinde (barrierefreie Unterlagen) und kognitiv beeinträchtigte Patient:innen (Leichte Sprache) — bei Aufnahme, Aufklärung und Entlassung?

Apothekenversorgung (ApoVWG) — Umsetzung

→ *Dokument (Link einsetzen): 21_ApoVWG.docx*

1. Wie wird sichergestellt, dass E-Rezept-Einlösung, App-Nutzung, Vertretungs- und Botendienstprozesse für Menschen mit kognitiver Erschöpfung, Autismus, Seh-/Hörbeeinträchtigung, ME/CFS oder Long Covid barrierefrei und assistenzfähig sind (Art. 21 UN-BRK; BFSG)?

2. Welche Mindeststandards sichern Botendienst und Lieferung für Homebound-Personen, energetisch-limitierte Menschen und Menschen mit schweren Reiz- oder chemischen Belastungen?

3. Besteht ein Anspruch auf schriftliche, verständliche und datenschutzsichere Arzneimittel- und Medikationsinformation zusätzlich zur mündlichen Beratung — kognitiv barrierefrei, assistenzfähig und ohne Telefon-/App-Zwang (BMG-Querschnitt Aufklärung/Information; Art. 9, 12, 21 UN-BRK)?

4. Wie wird die barrierefreie Verfügbarkeit von Arzneimittel- und Gebrauchsinformationen für blinde und sehbehinderte Menschen gesichert (Braille, Großdruck, digital vorgelesen, maschinenlesbar — wie im PatientenInfoService mit dem DBSV) sowie in Leichter Sprache für Menschen mit Lern- und kognitiven Beeinträchtigungen?

5. Wie werden Hilfsstoffsensitivitäten, Allergien, mastzellbezogene Reaktionen oder dokumentierte Unverträglichkeiten im Medikationsmanagement (§ 129 SGB V; pharmazeutische Dienstleistungen) verbindlich erfasst?

6. Wie wird verhindert, dass Rabattvertragswechsel, Substitution oder Lieferengpässe bei sensiblen Patient:innen zu unverträglichen Hilfsstoff-, Darreichungs- oder Dosierungswechseln führen?

7. Werden Nichtabholung, Therapieabbrüche, Medikationsfehler, Lieferprobleme und Beratungsbarrieren bei chronisch kranken und nicht sichtbar behinderten Menschen erfasst (Art. 31 UN-BRK)?

8. Wie wird sichergestellt, dass wirtschaftlicher Druck und Bürokratie (Lieferengpässe, E-Rezept, Rabattverträge, Retax) nicht zuerst die zeitintensiven barrierearmen Leistungen — Beratung, Botendienst, Hilfsstoffprüfung, Medikationsmanagement — verdrängen?

IOP-Governance-Verordnung (GIGV)

→ *Dokument (Link einsetzen): 22_GIGV.docx*

1. Welche Selbstvertretungen von Menschen mit kognitiven, psychischen, neurologischen, sensorischen und chronischen Beeinträchtigungen sind in Kompetenzzentrum, Expertengremium, Arbeitskreisen oder Nutzertests beteiligt, und mit welcher verbindlichen Vorgabe wird diese Beteiligung gesichert (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK) — falls keine besteht, warum nicht?

2. Mit welcher verbindlichen Vorgabe werden Barrierefreiheit, Verständlichkeit, Assistenzfähigkeit und alternative Zugangswege in Implementierungsleitfäden, Referenzprozessen und Konformitätskriterien gesichert — oder bleibt dies den erstellenden Stellen überlassen?

3. Welche verbindlichen Testfälle für kognitive Überforderung, Reizarmut, einfache Sprache, Vertretung, Opt-out, Fehlervermeidung, Pausen und Wiederaufnahme digitaler Gesundheitsprozesse sind vorgeschrieben, und welche Stelle verantwortet ihre Prüfung — falls keine bestehen, wie wird die Lücke geschlossen?

4. Mit welcher Vorgabe wird sichergestellt, dass ePA-, Widerspruchs-, Einwilligungs- und Vertreterprozesse nicht nur technisch interoperabel, sondern auch kognitiv verständlich und praktisch nutzbar sind — und falls die Konformitätskriterien allein technische Interoperabilität prüfen, wie wird kognitive Nutzbarkeit verbindlich?

5. Mit welcher Vorgabe und durch welche verantwortliche Stelle wird sichergestellt, dass DSGVO-Transparenzpflichten (Art. 12, 25 DSGVO) für Menschen mit kognitiver Erschöpfung, Autismus, FASD, Trauma oder psychischer Krise verständlich und tatsächlich ausübbar umgesetzt werden?

Lebendorganspende-Reform (Transplantationsgesetz)

→ *Dokument (Link einsetzen): 23_Lebendorganspende.docx*

1. Welche barrierearmen, unterstützten Aufklärungs- und Einwilligungsformate (§ 8 TPG; Art. 12 UN-BRK) — einfache Sprache, schriftliche Zusammenfassung, Bedenkzeit, mehrere Termine, Vertrauensperson — sind vorgesehen?
2. Mit welcher Vorgabe verpflichtet die Reform die Lebendspendekommissionen, angesichts der geplanten Ausweitung der Lebendniere spende nicht sichtbare Behinderungen, Masking, Kommunikationsbarrieren und fluktuierende Entscheidungsfähigkeit sachgerecht zu berücksichtigen?
3. Wie wird verhindert, dass Autismus, psychische Erkrankung, FASD, ME/CFS, Long Covid oder kognitive Beeinträchtigung pauschal als fehlende Eignung gewertet werden?
4. Welche Sicherung sieht die Reform vor, damit die Ausweitung der (Überkreuz-)Lebendniere spende das gesetzliche Freiwilligkeitserfordernis (§ 8 TPG) nicht aushöhlt, wenn wirtschaftliche, familiäre, pflegerische oder partnerschaftliche Abhängigkeit besteht — insbesondere bei Frauen mit Sorgearbeit?
5. Wie wird sichergestellt, dass Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen als potenzielle Empfänger:innen nicht wegen Compliance-Vorurteilen, Kommunikationsbarrieren oder Unterstützungsbedarf benachteiligt werden?
6. Welche barrierearmen Nachsorge- und psychosozialen Unterstützungsangebote bestehen für Spendende mit nicht sichtbaren Behinderungen (Art. 17 UN-BRK)?

Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG)

→ *Dokument (Link einsetzen): 25_PNOG.docx*

1. Hat das BMG nach § 44 GGO geprüft, ob der Entwurf Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG und Art. 9, 25 UN-BRK ausreichend schützt?
2. Welche Norm erfasst fluktuierende Pflegebedarfe — belastungsabhängig, nicht stabil, nach außen nicht erkennbar — verlässlich?
3. Wie begründet das BMG, dass § 14 Abs. 1 ("hohe Wahrscheinlichkeit") keine mittelbare Diskriminierung chronisch-nicht-linearer Krankheitsverläufe darstellt?
4. Warum enthält § 18f keine verbindliche Betroffenenvertretung, obwohl Art. 4 Abs. 3 UN-BRK Beteiligung verpflichtend vorschreibt?
5. Warum wird das Entlastungsbudget in den ersten drei Monaten nach Erstfeststellung halbiert (§ 37 Abs. 2), gerade wenn nach psychiatrischem Ersteinbruch oder neu aufgetretener Einschränkung der Unterstützungsbedarf am höchsten ist?
6. Wie wird verhindert, dass die Streichung des Entlastungsbetrags in Pflegegrad 1 und die Bindung des Sozialraumbudgets an Pflegegrad 2 (§§ 28a, 45b) Menschen mit fluktuierenden, nicht sichtbaren Einschränkungen ohne Entlastung lassen — und dass zweckgebundene Gruppenangebote für ME/CFS, MCS, soziale Phobie oder sensorische Überempfindlichkeit faktisch nicht nutzbar sind?
7. Wie wird verhindert, dass die verlängerte Verweildauer bis zum höchsten Leistungszuschlag (54 statt 36 Monate, § 43c) Menschen mit Demenz, schwerer psychischer Erkrankung oder komplexen nicht sichtbaren Bedarfen benachteiligt?
8. Besteht in der Pflegebegutachtung (§§ 18a, 18b) ein Anspruch auf reizarmes, chemisch belastungsarmes und kommunikationsangepasstes Setting, auf Deutsche Gebärdensprache bzw. Schriftdolmetschen und auf Leichte Sprache, damit gehörlose, kognitiv beeinträchtigte und nicht sichtbar behinderte Menschen ihren Bedarf darlegen können?

BMJ — Bundesministerium der Justiz

Reform des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG)

→ *Dokument (Link einsetzen): 14_AGG-Reform.docx*

1. Welche Norm im AGG-Entwurf operationalisiert sensorische, chemische, kommunikativ-neurokognitive oder soziale Barrieren als Anknüpfungspunkt mittelbarer Diskriminierung (§ 3 Abs. 2, § 7, § 19 AGG)?
2. Wie begründet das BMJ, dass eine verlängerte Geltendmachungsfrist die spezifischen Beweis- und Offenlegungshürden nicht sichtbarer Behinderungen ausreichend adressiert?
3. Welche Indizien genügen künftig bei nicht normierten Barrieren (§ 22 AGG), wenn es keine DIN, keine technische Regel und keinen anerkannten Prüfstandard gibt?
4. Wird die Versagung angemessener Vorkehrungen auch außerhalb des Beschäftigungsbereichs (§ 19 AGG) ausdrücklich als Benachteiligung anerkannt (Art. 5 UN-BRK; CRPD GC Nr. 6)?

5. Wie schützt der Entwurf Menschen davor, für die Geltendmachung ihrer Rechte unverhältnismäßig Diagnose oder Gesundheitsdaten offenlegen zu müssen?
6. Warum sieht der Entwurf keine stärkere kollektive Rechtsdurchsetzung (Verbandsklage, Prozessstandschaft) und keine gestärkte Antidiskriminierungsstelle vor?
7. Wie berücksichtigt der Entwurf Mehrfachdiskriminierung und die Kohärenz mit der BGG-Novelle (§ 4 — nicht normierte Barriere Kategorien)?
8. Wie setzt das BMJ die Forderung des Deutschen Instituts für Menschenrechte um, dass Verbände Barrierefreiheit und angemessene Vorkehrungen einklagen können (Verbandsklage), und wie wird die vom VdK befürchtete Absenkung des Schutzniveaus bei der Harmonisierung von BGG und AGG ausgeschlossen?
9. Als ressortübergreifende BMJ-Klammer: Wie stellt das BMJ sicher, dass Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen ihre Rechte in Zivilrecht, Antidiskriminierungsrecht, Betreuungsrecht und Strafverfahren ausüben können, ohne an Offenlegungspflichten, Kommunikationsbarrieren, Beweislast, Glaubwürdigkeitsfehldeutung oder fehlenden verfahrensbezogenen Vorkehrungen zu scheitern (Art. 12, 13 UN-BRK)?

Betreuungsrecht (BGB / BtOG)

→ Dokument (Link einsetzen): 15_Betreuungsrecht.docx

1. Wie wird in der Praxis überprüft, ob Betreuer:innen ihre Pflicht aus § 1821 BGB erfüllen, vorrangig zu unterstützen und Stellvertretung nur einzusetzen, soweit erforderlich?
2. Wie wird sichergestellt, dass erweiterte Unterstützung nach § 11 BtOG Menschen mit nicht sichtbaren, fluktuierenden und kommunikationsbezogenen Behinderungen tatsächlich erreicht, bevor Betreuung eingerichtet oder ausgeweitet wird?
3. Welche Standards verhindern, dass fluktuierende Entscheidungsfähigkeit als dauerhafte Unfähigkeit missverstanden wird, statt zeit-, situations- und unterstützungsabhängig bewertet zu werden?
4. Welche Mindeststandards sichern eine barrierefreie gerichtliche Anhörung (reizarmes Setting, schriftliche Vorbereitung, Kommunikationsassistenz einschließlich Deutscher Gebärdensprache, Leichte Sprache, Pausen, Vertrauensperson, alternative Formate; Art. 13, 21 UN-BRK)?
5. Wie werden Sachverständige verpflichtet, Masking, Dissoziation, Shutdown, Fatigue und situative Belastung als Erkenntnisrisiken zu berücksichtigen?
6. Wie wird verhindert, dass Aufgabenkreise nach § 1815 BGB weiter gefasst werden, als bei fluktuierender und unterstützbarer Entscheidungsfähigkeit erforderlich?
7. Welche Beschwerde-, Überprüfungs- und Datenmechanismen zeigen, ob diese Gruppe zu spät Unterstützung erhält oder zu weitgehend fremdbestimmt wird; und werden Krisen-/Vorausverfügungen als mildere Mittel systematisch genutzt?
8. Wie wird die vom UN-Fachausschuss und vom Deutschen Institut für Menschenrechte geforderte Zugänglichkeit unterstützter Entscheidung „unabhängig von Grad der Beeinträchtigung, Kommunikationsform und finanziellen Mitteln“ für nicht sichtbare, fluktuierende Behinderungen praktisch sichergestellt?

Verfahrensschutz im Strafverfahren (StPO)

→ Dokument (Link einsetzen): 16_StPO_Verfahrensschutz.docx

1. Welche verfahrensbezogenen Vorkehrungen nach Art. 13 UN-BRK bestehen in Ermittlungsverfahren, Vernehmung (§§ 136, 163a, 58a StPO) und Hauptverhandlung für neurodivergente und nicht sichtbar behinderte Beteiligte?
2. Wie wird sichergestellt, dass audiovisuelle Vernehmung (§ 58a StPO) bei diesen Beteiligten genutzt wird, um Wiederholungsvernehmungen und Fehlinterpretationen zu vermeiden?
3. Wie wird geprüft, ob Beschuldigte mit Autismus, FASD, Brainfog, Trauma oder kognitiver Einschränkung Belehrung, Aussagefreiheit und Verteidigungsrechte tatsächlich verstehen, und wird eingeschränkte Verteidigungsfähigkeit als Anlass für notwendige Verteidigung (§ 140 StPO) geprüft?
4. Wie wird sichergestellt, dass nicht sichtbare Behinderungen als besonderer Schutzbedarf beim Zugang zu Zeugenbeistand (§ 68b StPO) und psychosozialer Prozessbegleitung (§ 406g StPO) berücksichtigt werden?
5. Welche Standards verhindern, dass neurodivergente, trauma- oder belastungsbedingte Präsentation in der Beweiswürdigung als Unglaubwürdigkeit fehlgedeutet wird (forensische Aussagepsychologie)?

6. Gibt es verbindliche Leitlinien für konkrete, nicht-suggestive, reiz- und stressarme Befragung (Pausen, schriftliche Sicherung, Kommunikationsassistenz) und verpflichtende Schulungen für Polizei, Staatsanwaltschaft, Gericht und Sachverständige?
7. Werden Verfahrensabbrüche, Aussageverweigerungen, Widerrufe, Falschgeständnisse oder Beschwerden im Zusammenhang mit Behinderung erfasst (Art. 31 UN-BRK)?
8. Wie wird die vom Deutschen Institut für Menschenrechte angemahnte verbindliche Schulung von Polizei, Staatsanwaltschaft, Gericht und Sachverständigen zu den Bedarfen von Menschen mit Behinderungen (Art. 13 UN-BRK) in allen Verfahrensstadien sichergestellt?
9. Wird der Anspruch auf Dolmetschung in Deutscher Gebärdensprache (§ 187 GVG) sowie auf Belehrung und Verständigung in Leichter Sprache für gehörlose und kognitiv beeinträchtigte Beteiligte in Vernehmung und Hauptverhandlung praktisch gesichert?

BMFSFJ — Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Gewalthilfegesetz

→ *Dokument (Link einsetzen): 17_Gewalthilfegesetz.docx*

1. Wie wird sichergestellt, dass Barrierefreiheit für nicht sichtbare Behinderungen bereits in der Aufbau- und Finanzierungsphase ab 2027 verbindlicher Bestandteil der Länderumsetzung wird und nicht erst nach Inkrafttreten des Rechtsanspruchs ab 2032 geprüft wird?
2. Welche gleichwertigen, barrierearmen und sicheren (text-, chat-, gebärden-/relaisbasierten, aufsuchenden) Zugänge zum Hilfesystem sind verbindlich vorgesehen?
3. Welche Mindeststandards (Anteil baulich und sensorisch barrierearmer Plätze, Einzelzimmer/Rückzugsräume, duftstoffarme Reinigung, barrierefreie Information in Leichter Sprache und Gebärdensprache, Assistenz/Pflege) gelten für Schutzeinrichtungen?
4. Wie wird erfasst und abgesichert, dass gewaltausübende Personen zugleich Pflege-, Assistenz-, Kommunikations- oder Transportpersonen sein können?
5. Welche Standards sichern Schutz und Beratung für mitbetroffene Kinder und Jugendliche mit nicht sichtbaren Behinderungen (Art. 7 UN-BRK)?
6. Welche sicheren, diskreten und barrierearmen Kontaktwege werden vorgesehen, wenn Betroffene durch digitale Kontrolle, Tracking oder Kommunikationsüberwachung gefährdet sind (Art. 22 UN-BRK)?
7. Wie wird der Zugang zu gerichtlichem Gewaltschutz für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen barrierefrei gestaltet (Art. 13 UN-BRK), und werden Ablehnungen/Abbrüche aus Schutzeinrichtungen disaggregiert ausgewertet?
8. Autistische Menschen ohne Intelligenzminderung — also gerade die Gruppe mit nicht sichtbarer Behinderung — haben eine rund neunfach erhöhte Suizidmortalität (Hirvikoski et al., 2016: OR 9,40 für ASD ohne Intelligenzminderung; OR 7,55 für ASD insgesamt); eine aktuelle Metaanalyse bestätigt die hohe Suizidalität dieser Gruppe (Newell et al., 2023: gepoolte Suizidgedanken rund 34 %, Suizidversuche rund 24 %). Menschen mit ME/CFS berichten zu 39 % über Suizidgedanken seit Erkrankungsbeginn (König et al., 2024). Gewaltbetroffenheit ist bei dieser Gruppe erhöht; ein unzugängliches Schutzsystem verschärft Krise und Suizidrisiko. Wie begründet das Ressort, dass der Entwurf seiner staatlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 GG für die am stärksten suizidgefährdeten Gruppen genügt?
9. Wie wird die Forderung der Frauenhauskoordinierung nach inklusivem, barrierearmem Gewaltschutz (2024 hatten 18 % der Schutzsuchenden eine Behinderung) verbindlich in Finanzierung und Länderstandards ab 2027 verankert, statt erst beim Rechtsanspruch 2032 geprüft zu werden?

SGB-VIII-Reform / inklusive Lösung

→ *Dokument (Link einsetzen): 18_SGB-VIII-Reform.docx*

1. Mit welcher Vorgabe verpflichtet die Reform (§§ 35a, 36, 79a, 80 SGB VIII) zu neurodivergenz-, trauma-, FASD- und chronisch-krankheitssensibler Früherkennung, sodass nicht sichtbare Bedarfe nicht als Erziehungsproblem fehlgedeutet werden?
2. Wie unterscheidet die Reform zwischen Diagnose, Bedarfserkennung und Barriereerkennung — sodass das Jugendamt nicht selbst diagnostizieren muss, aber erkennen kann, dass eine nicht sichtbare Behinderung oder Barriere vorliegen könnte, und das Verfahren entsprechend anpasst?

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

Gleichstellungsstrategie des Bundes — Monitoring

→ *Dokument (Link einsetzen): 19_Gleichstellungsstrategie.docx*

1. Welche Maßnahmen enthält die Strategie gegen diagnostischen Gender Bias bei Autismus, ADHS, ME/CFS, Long Covid, chronischen Schmerzen, Endometriose, Trauma und psychischen Erkrankungen?
2. Wie verbindet die Strategie Gewaltschutz mit nicht sichtbarer Behinderung (atypische Traumapräsentation, Kommunikationsbarrieren, Abhängigkeit von pflegenden/unterstützenden Personen; Art. 16 UN-BRK, Istanbul-Konvention)?
3. Welche Maßnahmen adressieren das erhöhte Armuts-, Teilzeit-, Erwerbsminderungs- und Offenlegungsrisiko von Frauen mit nicht sichtbaren Behinderungen (Art. 27 UN-BRK)?
4. Wie werden Frauen mit eigener nicht sichtbarer Behinderung, die zugleich Pflege oder Familienorganisation leisten, in Gleichstellungsindikatoren und Maßnahmen sichtbar gemacht?
5. Mit welchen konkreten Maßnahmen und Indikatoren bildet die Strategie Mütter mit nicht sichtbaren Behinderungen ab — insbesondere bei Sorgearbeit, Jugendhilfeverfahren (Querbezug SGB VIII), Gesundheitsversorgung, Armutsrisiko und Offenlegungsdruck — oder bleiben sie eine unbenannte Teilgruppe?
6. Werden die Maßnahmen der Strategie für diese Gruppe mit Zielwerten, Indikatoren, Ressortberichten und Monitoringdaten unterlegt, sodass Fortschritt überprüfbar wird (Art. 31 UN-BRK)?
7. Werden Gleichstellungsdaten künftig nach Geschlecht, Behinderung, Art der Barriere, Erwerbsstatus, Sorgearbeit, Armut, Gewaltbetroffenheit und Gesundheit disaggregiert (Art. 31 UN-BRK)?
8. Welche Selbstvertretungen von Frauen und Mädchen mit nicht sichtbaren Behinderungen wurden an der Strategie beteiligt (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK)?
9. Welche Stelle koordiniert ressortübergreifend verbindlich die Umsetzung für Frauen und Mädchen mit nicht sichtbaren Behinderungen — über die Zuständigkeitsgrenzen von Gesundheit (BMG), Arbeit (BMAS), Gewaltschutz (Länder) und Statistik hinweg, sodass keine Stelle auf eine andere verweisen kann?

Mit freundlichen Grüßen

Rebecca Lefèvre

Leitung, Initiative Stille Stunde / gemeinsam zusammen e.V.

Sprecherin AG Neurodivergenz und neurologische Vielfalt, NaSPro

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

Fachpapiere LIORA (Vertiefung, keine externe Evidenz): KONVERA-Modell v14, FEMORA v12, PRAEVIO v3, MEDIRA, INVERSIO

https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/04/LIORA_Uebersicht.pdf

— gemeinsam zusammen e.V., März 2026. www.stille-stunde.com