

Juni 2026

Fragen zu Schutzlücken und Stellungnahme zum BGG-Änderungsentwurf (Referentenentwurf 19.11.2025, Kabinettsbeschluss 11.02.2026)

Vier nicht normierte Barrierekategorien — strukturelle Schutzlücken für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Das Behindertengleichstellungsgesetz ist das zentrale Instrument zur Herstellung von Barrierefreiheit im öffentlichen Bereich. Es normiert Barrierefreiheit für Mobilitäts-, Seh- und Hörbehinderungen. Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen — neurologischen, psychischen, chronischen, immunologischen und sensorischen Beeinträchtigungen — sind im Normtext nicht als eigenständige Zielgruppe verankert.

Wir haben mit der LIORA-Architektur ein strukturiertes Rahmenwerk zur Definition und Operationalisierung dieser Barrierekategorien entwickelt und dem BMAS vorgelegt. Das BMAS hat schriftlich mitgeteilt, dass es nicht mit dieser Architektur arbeiten wird. Auf Nachfrage konnte das BMAS keine eigenen Definitionen oder Prüfstandards für sensorische, chemische, kommunikativ-neurokognitive oder soziale Barrieren nachweisen. Mitarbeitende des Deutschen Bundestages haben uns gegenüber rückgemeldet, dass nicht sichtbare Behinderungen „nicht strukturiert werden können“. Wir halten beides für widerlegbar — und haben es widerlegt.

Dieser Widerspruch ist nicht administrativ. Er ist rechtlich relevant: Ein Träger öffentlicher Gewalt, der Normierungsvorschläge ablehnt, ohne eine eigene Grundlage zu benennen, kann damit strukturelle Ungleichbehandlung verfestigen.

Dass diese Lücke unmittelbar wirkt, zeigte sich beim Fest der Bundesregierung am 21./22. Juni 2026: Raucherecken vor Ministeriumseingängen, keine reizreduzierten Zugangsbereiche, keine Vorkehrungen für Menschen mit ME/CFS oder chemischen Intoleranzen, sensorische Überreizung im Bundestag ohne Ausweichmöglichkeit. Keine dieser Barrieren ist im BGG als Prüfkategorie erfasst. Fehlende Wahrnehmung erzeugt fehlenden Schutz — und fehlender Schutz ist, wenn er strukturell ist, Diskriminierung.

Die UN-BRK-Ausschussprüfung 2023 (CRPD/C/DEU/CO/2-3) hat Deutschland ausdrücklich für genau diese Lücken kritisiert. Die BGG-Novelle 2026 schließt sie nicht. Im Folgenden benennen wir die vier nicht normierten Barrierekategorien, ihre Folgewirkung auf alle Instrumente des BGG und konkrete Formulierungsvorschläge für den Ausschuss.

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

A — Die vier nicht normierten Barrierekategorien (§ 4 BGG)

§ 4 BGG definiert Barrierefreiheit über Gegenstände und Systeme. Der Entwurf verfolgt im öffentlichen Bereich ausdrücklich bauliche und kommunikative Barrierefreiheit. Eine Folgenabschätzung für sensorische, chemische, neurokognitive oder soziale Barrieren ist in der Begründung nicht erkennbar. Alle vier folgenden Kategorien sind in der Novelle absent.

■ **A1 § 4 BGG — Sensorisch** [P·N·C·S] Lichtintensität, Akustik, Haptik, Geruchsbelastung, vestibuläre Einflüsse: kein vergleichbarer, rechtsverbindlicher, behinderungsspezifischer Prüfstandard im deutschen Recht. Ein Bundesgebäude kann nach den derzeit herangezogenen baulichen Standards als barrierefrei gelten, obwohl Licht, Hall, Lärm oder fehlende Rückzugsmöglichkeiten für Menschen mit Migräne, Autismus, PTBS oder MCAS den Zugang faktisch erheblich erschweren. § 8 BGG verpflichtet zu baulicher Barrierefreiheit nach „anerkannten Regeln der Technik“. Für sensorische Umweltgestaltung dieser Art existieren in Deutschland keine solchen Regeln. Das Fehlen einer Norm ist kein Beleg für das Fehlen der Barriere — es ist ein Regelungsdefizit. [1][2]

■ **A2 § 4 BGG — Chemisch** [C·S·P] Duftstoffe, Desinfektionsmittel, Reiniger, Lösemittel, Innenraumschadstoffe: keine behinderungsspezifische Normierung in Deutschland. Für Menschen mit MCAS, MCS oder Asthma sind chemische Expositionen in Behörden und öffentlichen Gebäuden gesundheitlich relevante Barriereexpositionen. Andere Rechtsordnungen behandeln environmental sensitivities im menschenrechtlichen Kontext und adressieren sie durch Leitfäden für duftfreie Umgebungen. Deutschland verfügt über keine vergleichbare behinderungspolitische Operationalisierung. Die Novelle benennt chemische Barrieren nicht. [3]

■ **A3 §§ 4, 6, 13 BGG — Kommunikativ-neurokognitiv** [N·P·C] Telefonpflicht, Zeitdruck, offene Frageformate, Interaktionszwang, fehlende schriftliche Sicherung: Diese Barrieren treffen Menschen mit

Autismus, ADHS, Mutismus, auditiver Verarbeitungsstörung und Brainfog strukturell. § 6 BGG adressiert DGS und Kommunikationshilfen für Hörbeeinträchtigungen; das neue Bundeskompetenzzentrum (§ 13) erhält Mandat ausschließlich für DGS und Leichte Sprache. Neurokognitive Kommunikationsbarrieren sind weder in § 6 noch in § 13 als eigenständige Kategorie enthalten. Telefonpflicht als Zugangssperre zu staatlichen Leistungen wird durch DGS und Leichte Sprache nicht behoben. [4]

■ **A4 §§ 3, 4 BGG — Sozial-organisatorisch** [P·N·C·S] Offenlegungsdruck, Interaktionszwang, Delegitimierung, hierarchische Gesprächsführung: Diese Barrieren wirken in Ämtern, Arztpraxen und Arbeitskontexten durch Verhaltens- und Verfahrensgestaltung. § 3 Abs. 2 BGG enthält ein Verbot mittelbarer Benachteiligung — aber es existiert kein Standard, der soziale Barrieren als prüfbare Kategorie operationalisiert. Schulungspflichten, Verfahrensstandards und Beschwerderechte für diese Kategorie fehlen im Normtext. [5]

■ **A5 § 4 BGG — Kumulative Wirkung** [P·N·C·S] Invisible Barrieren wirken selten isoliert: Neonlicht, Lärm, Parfum des Personals, Telefonpflicht und Wartezeit erzeugen zusammen kumulative Belastung, die den Zugang verhindert — obwohl keine Einzelbarriere für sich als unzumutbar gilt. Der Entwurf denkt Barrieren eher einzeln und einzelfallbezogen. Kumulative Wirkung ist im Normtext und in der Begründung nicht operationalisiert.

■ **A6 § 4 BGG — Kinder, Jugendliche, Mehrfachbehinderungen** [P·N·C·S] Kinder und Jugendliche mit nicht sichtbaren Behinderungen können Bedarfe häufig nicht selbst benennen oder rechtlich durchsetzen — sie sind besonders auf proaktive Barrierefreiheit angewiesen. Menschen mit sichtbarer und zusätzlicher nicht sichtbarer Behinderung (z.B. Rollstuhl plus Autismus, Blindheit plus ME/CFS) profitieren von baulichen Standards, bleiben für ihre invisible Barrieren aber ohne Schutz. Der Entwurf adressiert beide Konstellationen nicht.

B — Folgewirkung: Alle nachgelagerten Instrumente bleiben schwächer

Weil die vier Barrierekategorien nicht als Rechtskategorien existieren, können alle Instrumente des BGG für diese Gruppe nur eingeschränkt wirken. Fehlende Normierung ist der Multiplikator, der alle nachgelagerten Mechanismen schwächt.

■ **B1 § 7 BGG (neu) — Angemessene Vorkehrungen ohne sensorische Basis** [P·N·C·S] Das Kernrecht der Novelle für die Privatwirtschaft — ein Anspruch auf „einfache und praktikable Lösung“ — bleibt für invisible Barrieren wesentlich schwerer vorhersehbar, prüfbar und durchsetzbar als bei normierten Barrieren. Es fehlt ein vorhersehbarer, behinderungsspezifischer Prüfmaßstab. Zusätzlich ordnet der Entwurf bauliche Veränderungen sowie Änderungen an Gütern und Dienstleistungen für Unternehmen pauschal als unverhältnismäßige und unbillige Belastung ein. Dadurch werden strukturelle Lösungen gegenüber privaten Anbietern von vornherein ausgeschlossen — für invisible Barrieren bleibt häufig nur individuelle Kulanz statt struktureller Barriereabbau. [6]

■ **B2 § 7 BGG (neu) — Initiativlast und Offenlegungsdruck** [P·N·C·S] Der Entwurf selbst beschreibt, dass unmittelbare Wirkung bei Unternehmen vor allem dann entsteht, wenn eine Person mit Behinderung auf eine angemessene Vorkehrung hinweist. Der Entwurf verlagert die Initiativlast vollständig auf die betroffene Person. Für nicht sichtbare Behinderungen bedeutet das: Offenlegung, Rechtfertigung und Glaubwürdigkeitsprüfung — gerade in Situationen, in denen die Barriere selbst Kommunikationsfähigkeit, Stressregulation oder Selbstvertretung beeinträchtigt. Der Entwurf enthält keinen Offenlegungsschutz und keine proaktive Verpflichtung für Anbieter. [5]

■ **B3 § 5 BGG — Zielvereinbarungen ohne Maßstab** [P·N·C·S] § 5 BGG ermöglicht Zielvereinbarungen zwischen anerkannten Verbänden und Unternehmen. Für invisible Barrieren fehlen anerkannte Mindeststandards, an denen Ziele gemessen werden könnten. § 5 kann für diese Gruppe nur eingeschränkt wirken, solange keine Standards vorliegen. Zielvereinbarungen könnten zwar neue Standards schaffen — ohne institutionelles Mandat und Normierungsauftrag ist das aber vom Einzelengagement abhängig.

■ **B4 § 16 BGG — Schlichtung nicht ausreichend neurokognitiv operationalisiert** [P·N·C·S] Der Entwurf verlangt barrierefreie Kommunikation mit der Schlichtungsstelle. Er konkretisiert aber nicht, wie das Verfahren bei exekutiver Dysfunktion, schwerer Erschöpfung, Mutismus, psychischer Krise, Brainfog oder neurokognitiven Kommunikationsbarrieren zugänglich geführt wird. Textform, Begründungslast und Verfahrensführung bleiben für die vulnerabelste Untergruppe erhebliche Hürden. Keine spezifische Regelung zu Assistenz, Fristverlängerung oder alternativen Verfahrensformaten.

■ **B5 § 7b BGG — Beweislast bleibt bei nicht normierten Barrieren praktisch erschwert** [P·N·C·S] Der Entwurf enthält mit § 7b eine Beweislastregelung auch gegenüber privaten Unternehmen: Bei glaubhaft gemachter Benachteiligung muss die andere Partei sachliche Gründe darlegen. Das Problem liegt im ersten Schritt: Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen müssen Tatsachen glaubhaft machen, die eine Benachteiligung durch eine sensorische, chemische, neurokognitive oder soziale Barriere vermuten lassen — ohne dass diese Kategorien normiert sind. Die Beweislastregelung hilft daher nur begrenzt, solange die Barrierekategorien selbst nicht als Prüfmaßstäbe operationalisiert sind.

C — Governance-Defizite

■ **C1 § 13 BGG — Allgemeines Mandat, kein spezifischer Auftrag für invisible Barrieren** [P·N·C·S] Die Bundesfachstelle erhält allgemeine Beratungs-, Schulungs-, Forschungs- und Vernetzungsaufgaben zur Barrierefreiheit. Der Entwurf weist jedoch kein ausdrückliches Mandat, keine spezifischen Ressourcen und keine Berichtspflicht für sensorische, chemische, kommunikativ-neurokognitive und sozial-organisatorische

Barrieren aus. Das neu geschaffene Bundeskompetenzzentrum wird ausdrücklich auf Deutsche Gebärdensprache und Leichte Sprache fokussiert. Die zentrale Normierungs- und Kompetenzlücke für nicht sichtbare Behinderungen bleibt damit bestehen.

■ **C2 Gesamtentwurf — Keine Gesetzesfolgenabschätzung, keine Daten** [P·N·C·S] Eine eigenständige Folgenabschätzung zu sensorischen, chemischen, neurokognitiven und sozialen Barrieren ist in der Begründung nicht erkennbar. Disaggregierte Daten zu invisible Barrieren existieren in Deutschland nicht. Ohne Daten keine Evaluation, ohne Evaluation kein politischer Handlungsdruck. Der UN-Fachausschuss kritisierte Deutschland 2023 ausdrücklich für fehlende disaggregierte Daten (CRPD/C/DEU/CO/2-3, Ziffer 12c) und die Dominanz des medizinischen Modells (Ziffer 8b). Art. 31 UN-BRK verpflichtet zur disaggregierten Datenerhebung. [7]

■ **C3 § 8 BGG — Bestandsbauten ohne sensorische Mindeststandards** [P·N·C·S] Die Novelle verpflichtet den Bund zur baulichen Barrierefreiheit bis 2035 nach DIN 18040. DIN 18040 enthält keine hinreichenden zielgruppenspezifischen Mindeststandards für reizreduzierte Beleuchtung, sensorische Akustik, chemische Belastungsfreiheit oder Rückzugsmöglichkeiten. Ein vollständig nach DIN 18040 saniertes Bundesgebäude kann für Menschen mit Migräne, Autismus oder MCAS faktisch unzugänglich bleiben. [8]

■ **C4 Art. 6 UN-BRK — Frauen, Mädchen, Mehrfachbelastung** [P·N] Frauen und Mädchen mit nicht sichtbaren Behinderungen sind von Masking-Erwartungen, diagnostischem Gender Bias, Glaubwürdigkeitsentwertung, Sorgearbeit und Offenlegungsrisiken überproportional betroffen. Art. 6 UN-BRK verpflichtet zu Maßnahmen für Frauen mit Behinderungen. Der Entwurf enthält keine Regelung zur Intersektionalität von Geschlecht und nicht sichtbarer Behinderung. [9]

D — Unsere Formulierungsvorschläge für den Ausschuss

Wir legen dem Ausschuss konkrete Normtextformulierungen vor, die ohne weitreichende Systemveränderungen in den laufenden Entwurf integriert werden können.

§ 4 BGG — Ergänzung Barrierebegriff — *Barrierefreiheit umfasst neben baulichen, visuellen und auditiven Anforderungen auch sensorische, chemische, kommunikativ-neurokognitive und sozial-organisatorische Barrieren als eigenständige Prüfkategorien. Das Fehlen anerkannter technischer Normen für eine Barrierekategorie darf nicht als Beleg für das Fehlen der Barriere gewertet werden.*

§ 7 BGG — Ergänzung Angemessene Vorkehrungen — *Als angemessene Vorkehrungen gelten auch Maßnahmen zur Reduktion sensorischer und chemischer Exposition (z.B. reizarme Beleuchtung, duftfreie Zonen, schallgedämpfte Räume) sowie alternative Kommunikations- und Terminformate. Das Erfordernis der Offenlegung einer Behinderung ist auf das notwendige Minimum zu beschränken. Kostenneutrale Maßnahmen dürfen nicht pauschal als unverhältnismäßig eingestuft werden.*

§ 13 BGG — Ergänzung Bundeskompetenzzentrum — *Das Bundeskompetenzzentrum erhält zusätzlich den gesetzlichen Auftrag, verbindliche Standards für sensorische, chemische, kommunikativ-neurokognitive und sozial-organisatorische Barrieren zu entwickeln und regelmäßig fortzuschreiben. Mindestens zwei Sitze im Steuerungsgremium sind mit gewählten Vertreterinnen und Vertretern von Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen zu besetzen; diese haben Stimmrecht.*

§ 16 BGG — Ergänzung Schlichtungsverfahren — *Schlichtungsverfahren sind so zu gestalten, dass sie auch bei exekutiver Dysfunktion, schwerer Erschöpfung, Mutismus, psychischer Krise oder neurokognitiven Kommunikationsbarrieren zugänglich sind; dies schließt Assistenz, Fristverlängerung sowie schriftliche und mündliche Alternativen ein. Bei fehlender Normierung einer Barrierekategorie gilt eine erleichterte Beweislast zugunsten der betroffenen Person.*

Im parallel gesandten Schreiben haben wir eine Anfrage nach dem Informationsfreiheitsgesetz (IFG) gestellt, die möglicherweise einige der nachfolgenden Fragen bereits beantwortet. Wir bitten dennoch um eine Stellungnahme zu den unten aufgeführten Positionen innerhalb eines Monats.

Unsere Fragen an den Ausschuss für Arbeit und Soziales

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. Sofern eine Gesetzesfolgenabschätzung für nicht sichtbare Behinderungen stattgefunden hat, bitten wir um Mitteilung der tragenden Erwägungen. Sofern sie nicht erfolgt ist, bitten wir um Nachholung vor der abschließenden Ausschussberatung.

6. Wenn das BMAS keine Definitionen, Kategorien oder Prüfstandards für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen vorhalten kann und vorliegende Empfehlungen ablehnt — welche Stelle trägt dann die institutionelle Verantwortung, wenn Gesundheitsreformen strukturelle Schutzlücken für diese Gruppe erzeugen? Das LIORA-Modell wurde vom Nationalen Suizidpräventionsprogramm sowie von Prof. Dr. med. Lewitzka schriftlich als relevanter Beitrag zur gesundheitspolitischen Diskussion anerkannt: „Das Modell liefert einen wichtigen Diskussionsbeitrag für gesundheitspolitische Forderungen. Es verdeutlicht, dass sensorische und kommunikative Barrieren als suizidrelevante Stressoren mitgedacht werden müssen.“ Wir bitten um Stellungnahme, wie das BMAS diese externe Fachbewertung in seine Entscheidung einbezogen hat.

7. 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](https://www.stille-stunde.com/uebrigens/liora-statements)). Wie begründet das BMAS seine Ablehnung dieses Modells, solange es keine eigene strukturelle Alternative benennen kann?

Der Entwurf schafft für nicht sichtbare Behinderungen keinen gleichwertig prüfbaren, durchsetzbaren und institutionell verantworteten Schutz vor sensorischen, chemischen, neurokognitiven und sozialen Barrieren. Sofern der Ausschuss der Auffassung ist, dass der Entwurf diese Gruppe ausreichend schützt, bitten wir um Verweis auf die entsprechenden Normen.

Zur strukturellen Verantwortung

Die Folgen fehlender Anerkennung sind messbar. Autistische Menschen haben eine neunfach erhöhte Suizidmortalität (Hirvikoski et al. 2016). Menschen mit ME/CFS berichten zu über 39 % über Suizidgedanken (König et al. 2024). Menschen mit FASD verlieren im Durchschnitt 34 Lebensjahre (Thanh & Jonsson 2016). Diese Zahlen sind nicht allein durch Diagnosen erklärbar. Sie zeigen, dass strukturelle Unterversorgung, fehlende Anerkennung und Barrieren als Risikofaktoren ernst genommen werden müssen. [10][11][12]

Andere Staaten zeigen Teilmodelle: Kanada mit menschenrechtlichen Leitlinien zu environmental sensitivities, Großbritannien mit PAS 6463 und reasonable adjustments, Australien mit sensorischen Ansätzen im Gesundheitswesen. Diese Beispiele zeigen nicht, dass das Problem vollständig gelöst ist — aber sie widerlegen die Behauptung, invisible Barrieren seien grundsätzlich nicht normierbar. [3]

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

Wir bitten um Berücksichtigung im weiteren Gesetzgebungsverfahren und stehen für ein Hintergrundgespräch sowie die Übermittlung unserer Fachpapiere gern zur Verfügung.

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

Evidenzgrundlage — Zitierfähige Referenzen

Vollständige Angaben mit DOI, Studiendesign und Qualitätsbewertung. Jede Quelle ist gekennzeichnet nach: Direkter Evidenzbeleg vs. plausibler Übertragung auf den BGG-Kontext.

[1] BSI PAS 6463:2022. Design for the mind – Neurodiversity and the built environment. London: BSI. ISBN 978-0-539-17781-2.

Design: Normgebender Standard; BSI | **Qualität:** Hoch (formales Konsultationsverfahren). Direkte Evidenz: sensorische Normierung für Beleuchtung, Akustik, Luftqualität ist möglich und umgesetzt. Übertragung: kein deutsches Recht, aber Präzedenzfall für Normierungsfähigkeit.

[2] Mostafa, M. (2014). Architecture for Autism: Autistic Space Index (ASPECTSS). HERD, 8(1). DOI: 10.1177/193758671400800110

Design: Empirische Entwurfs- und Evaluationsstudie; American University Cairo | **Qualität:** Hoch — peer-reviewed. Direkte Evidenz: sensorische Standards reduzieren messbar Stress und verbessern Funktionsfähigkeit. Übertragung: Autismus, nicht alle Zielgruppen.

[3] Accessible Canada Act (S.C. 2019, c. 10), Section 2. Canadian Human Rights Commission (2024). Environmental Sensitivities and Scent-Free Policies. HR4-124/2024E-PDF.

Design: Bundesgesetz Kanada; Leitlinie Canadian Human Rights Commission | **Qualität:** Sehr hoch als Rechtsvergleich. Direkte Evidenz: environmental sensitivities im menschenrechtlichen Kontext behandelt. Übertragung: anderes Rechtssystem.

[4] Raymaker, D.M. et al. (2020). Defining autistic burnout. Autism in Adulthood, 2(2), 132–143. DOI: 10.1089/aut.2019.0079

Design: Qualitative Thematische Analyse, n=19; Portland State University | **Qualität:** Hoch — peer-reviewed, Open Access. Direkte Evidenz: Umweltbarrieren sind primärer Treiber von Erschöpfung. Übertragung: Autismus, nicht alle neurokognitiven Gruppen.

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

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

[6] gemeinsam zusammen e.V. / Initiative Stille Stunde (2023–2026). Leitfäden zur Stillen Stunde. Über 300 Umsetzungen bundesweit. www.stille-stunde.com

Design: Praxisdokumentation; keine kontrollierte Studie | **Qualität:** Mittel als Forschungsquelle. Direkte Evidenz: kostenneutrale Maßnahmen für sensorische, chemische, kommunikative Barrieren sind umsetzbar. Relevant als Verhältnismäßigkeitsbeweis.

[7] UN-Fachausschuss (2023). Abschließende Bemerkungen, CRPD/C/DEU/CO/2-3. <https://www.ohchr.org>

Design: Offizielles Prüfergebnis UN-Vertragsorgan | **Qualität:** Sehr hoch — völkerrechtlich verbindlich. Direkte Evidenz: Ziffer 8b (medizinisches Modell), Ziffer 12c (disaggregierte Daten). Direktes Mandat für Korrekturbedarf.

[8] DIN 18040-1:2010 — Barrierefreies Bauen, Teil 1. Berlin: DIN.

Design: Deutsche Industrienorm | **Qualität:** Sehr hoch als Norm. Verwendung als Negativbeweis: enthält keine hinreichenden zielgruppenspezifischen sensorischen Mindeststandards für die Zielgruppe.

[9] Lai, M.-C. et al. (2015). Sex/gender differences and autism. JAACAP, 54(1), 11–24. DOI:

10.1016/j.jaac.2014.10.003. Diemer, M. et al. (2025). Autistic women across the lifespan. Autism Research, 18(8).

Design: Review + Längsschnittstudie; Autism Research Centre Cambridge | **Qualität:** Hoch. Direkte Evidenz: diagnostischer Gender Bias (7–12 Jahre spätere Diagnose). Übertragung: Autismus/ADHS, nicht alle Frauen mit nicht sichtbaren Behinderungen.

[10] Hirvikoski, T. et al. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. BJP, 208(3), 232–238. DOI:

10.1192/bjp.bp.114.160192

Design: Populationsbasierte Kohortenstudie, n=27.122; Karolinska Institutet | **Qualität:** Sehr hoch. Direkte Evidenz: Suizid-OR 9,40. Übertragung: Mortalitätsrisiko bei Autismus; Risikohintergrund, kein direkter BGG-Normierungsbeweis.

[11] König, R. et al. (2024). Mental health and suicidal ideation in chronic fatigue patients. Heliyon, 10(5), e26657.

DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e26657

Design: Querschnittsbefragung, n=354 ME/CFS-Betroffene | **Qualität:** Mittel-Hoch — peer-reviewed, Open Access. Direkte Evidenz: 39,3 % Suizidgedanken. Übertragung: ME/CFS-spezifisch.

[12] Thanh, N.X. & Jonsson, E. (2016). Life expectancy of people with FASD. J Population Therapeutics, 23(1), e53–e59.

Design: Retrospektive Kohortenstudie, n=187; Alberta, Kanada | **Qualität:** Mittel — peer-reviewed. Direkte Evidenz: 34 Jahre kürzere Lebenserwartung. Übertragung: FASD-spezifisch.

Weitere Hintergrundquellen (institutionelle Stellungnahmen)

[A] Deutsches Institut für Menschenrechte (März 2026). Änderungen am BGG-Entwurf — Mindestanforderungen. Berlin: DIMR.

[B] Beauftragter der Bundesregierung für Menschen mit Behinderungen (Februar 2026). Stellungnahme zum BGG-Regierungsentwurf.

[C] Sozialverband VdK Deutschland (Februar 2026). Reaktion auf BGG-Kabinettsbeschluss.

[D] NaSPro-Positionspapier AG Neurodivergenz (2025). www.naspro.de/dl/2025-Positionspapier

Hinweis: Quellen [A]–[D] sind institutionelle Stellungnahmen, keine Primärstudien. Sie belegen den politischen und institutionellen Konsens über Schwächen des Entwurfs.