

Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Arbeit und Soziales, Deutscher Bundestag
Wilhelmstraße 49 · 10117 Berlin

Juni 2026

Fragen zu Schutzlücken und Stellungnahme zur Versorgungsmedizin- Verordnung (VersMedV — Versorgungsmedizinische Grundsätze, GdB)

Fehlende spezifische, einheitliche und verlaufsbezogene Bewertungsmaßstäbe als strukturelle Schutzlücke

Sehr geehrte Damen und Herren,

Zugrunde gelegte Definitionen

Nicht sichtbare Behinderungen sind Behinderungen, deren Beeinträchtigung und Teilhabewirkung im Alltag nicht unmittelbar erkennbar sind — bei Menschen mit psychischen, neurologischen, chronischen oder immunologischen Erkrankungen, neurodivergenten Profilen sowie Sinnes- und kognitiven Beeinträchtigungen. Kriterium ist die funktionelle Belastungsreaktion, nicht die Diagnose.

Invisible Barrieren sind chemische, soziale, sensorische oder kommunikative, nicht offenkundige Umweltbedingungen, die kumulativ eine disproportionale Belastungsreaktion auslösen.

wir vertreten Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen.

Der Grad der Behinderung (GdB) ist für viele Menschen der zentrale Anerkennungsschlüssel — er wirkt in Nachteilsausgleiche, Arbeits- und Kündigungsschutz, Steuer, Mobilität und Glaubwürdigkeit gegenüber Behörden. Die Feststellung erfolgt nach § 152 SGB IX anhand der Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Anlage zur VersMedV). Der Maßstab entscheidet, wer Anerkennung erhält — und wer nicht. Aus unserer Prüfung ergeben sich sieben Schutzrisiken.

Zur Klarstellung: Die Grundsätze sind funktionsbezogen angelegt und viele nicht gelistete Erkrankungen werden analog begutachtet. Für ME/CFS besteht nach BMAS-Kommunikation kein eigener Tabellen-GdB; es wird analog bewertet. Genau das ist die Schutzlücke: Analogbegutachtung kann sachgerecht sein, erzeugt aber Unsicherheit, Uneinheitlichkeit und Beweislast, wenn spezifische Maßstäbe für PEM, Fluktuation, kognitive Fatigue, orthostatische und Reizintoleranz fehlen. Die Problemlage, die Präventionskaskade mit Suizid als möglichem Endpunkt und die vollständige LIORA-Architektur wurden dem Bundesministerium sowie allen ordentlichen und stellvertretenden Mitgliedern und Fraktionsreferenten des Gesundheitsausschusses am 9. April 2026 übermittelt und müssen dem Ressort bekannt sein.

Im Zentrum stehen die folgenden Fragen; Hintergrund und Formulierungsvorschläge folgen im Anschluss.

Unsere Fragen an das Bundesministerium

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)?
14. Sofern eine behinderungsspezifische Prüfung nach § 44 GGO stattgefunden hat, bitten wir um Mitteilung der tragenden Erwägungen und Normverweise. Sofern sie nicht erfolgt ist, bitten wir um Nachholung vor der nächsten Änderung der Versorgungsmedizinischen Grundsätze.

Sofern die aufgeführten Schutzrisiken im Entwurf adressiert sind, bitten wir um Verweis auf die entsprechenden Normen. Die Problemlage und die beschriebenen Schutzrisiken — einschließlich der vollständigen LIORA-Architektur — wurden am 9. April 2026 übermittelt. Wir bitten ausdrücklich, diese Hinweise im weiteren Verfahren nachvollziehbar zu prüfen und zu dokumentieren.

Hintergrund und Formulierungsvorschläge

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

A — Bewertungsmaßstäbe und Analogbegutachtung

■ **A1 § 152 SGB IX; Anlage zu § 2 VersMedV [C·N·P·S]** Die Tabellen enthalten für ME/CFS, Long Covid mit PEM und vergleichbare postinfektiöse oder energetisch-limitierende Erkrankungen keine spezifischen, teilhabe-

und verlaufsbezogenen Bewertungsmaßstäbe. Die Analogbegutachtung kann dadurch uneinheitlich und beweislantintensiv werden; es besteht ein erhebliches Risiko uneinheitlicher und niedriger Bewertung. [1][2]

■ **A2 Funktions- vs. Verlaufs-/Teilhabeorientierung [N·P·C]** Die Bemessung ist zwar funktionsbezogen angelegt, operationalisiert aber fluktuierende, maskierte, energetische und sensorische Teilhabefolgen nicht hinreichend. Erforderlich ist die Berücksichtigung von Schweregrad, PEM, Erholungszeiten, Mobilitätsradius, kognitiver Fatigue, Reizintoleranz, Alltagsautonomie und sozialer Teilhabe.

B — Spezifische Krankheitsbilder

■ **B1 Autismus; Masking [N·P·S]** Bei Autismus werden Masking, sensorische Überlastung, Erschöpfung, soziale Anpassungsleistung und Selbständigkeit nur durch Fremdstrukturierung im Feststellungsverfahren häufig unterschätzt — gerade bei Frauen und später Diagnose. [4]

■ **B2 Komplexe PTBS [P·N]** Komplexe Traumafolgen (Dissoziation, Triggerreaktionen, Vermeidung, soziale Teilhabeeinschränkung, Behandlungskontinuität, Schwankungen) sind in den GdB-Maßstäben nicht hinreichend abgebildet.

■ **B3 FASD [N·P·C]** FASD ist als eigener Bewertungsblock zu führen: kombinierte Beeinträchtigungen von Exekutivfunktion, Impulskontrolle, sozialer Anpassung, Lernen und Alltagsbewältigung führen trotz erheblicher Teilhabeeinschränkung häufig zu einem zu niedrigen GdB, weil sie nicht sichtbar und nicht eindeutig kategorisierbar sind.

C — Verfahren, Einheitlichkeit, Governance

■ **C1 § 152 SGB IX (Feststellungsverfahren); Art. 5, 9 UN-BRK [N·P·C·S]** Das Feststellungsverfahren muss Verlaufsberichte, Alltagstagebücher, Fremdstrukturierung, Nachreichungen und Kommunikationsanpassungen berücksichtigen; barrierearme Antragstellung und Nachweisführung fehlen.

■ **C2 Ländereinheitlichkeit; Herabstufungsrisiko [alle]** Versorgungsämter bewerten nicht sichtbare Behinderungen uneinheitlich. Bei Änderungen der GdB-Tabellen droht zudem ein Herabstufungsrisiko, bevor neue Maßstäbe für nicht sichtbare Behinderungen angemessen operationalisiert sind.

■ **C3 § 44 GGO; Art. 4 Abs. 3, 27, 28, 31 UN-BRK [alle]** Eine behinderungsspezifische Folgenprüfung, Betroffenenbeteiligung am Sachverständigenbeirat und disaggregierte Daten (Anerkennungsquoten, Widersprüche, Klagen) sind nicht erkennbar.

■ **C4 § 164 SGB IX; Art. 27 UN-BRK (Arbeitsleben) [N·P·C·S]** Der GdB ist Zugang zu Nachteilsausgleichen und Schwerbehindertenrecht. Nicht sichtbare Behinderungen scheitern im Arbeitsleben häufig an Offenlegung, fehlenden angemessenen Vorkehrungen (§ 164 SGB IX), Reizbelastung, Präsenzpflcht, unflexiblen Arbeitszeiten, Leistungsschwankungen und Homeoffice-Verweigerung. Eine zu niedrige oder verweigerte GdB-Feststellung entzieht diesen Schutz.

Formulierungsvorschläge — zur Übernahme oder Anpassung

Vorschläge zur Übernahme oder Anpassung; Schwellenwerte bleiben politisch zu bestimmen.

- **GdB-Tabellen:** Für ME/CFS, Long Covid mit PEM und vergleichbare postinfektiöse oder energetisch-limitierende Erkrankungen sind Bewertungsmaßstäbe aufzunehmen, die Schweregrad, PEM, Erholungszeiten, Mobilitätsradius, kognitive Fatigue, Reizintoleranz, Alltagsautonomie und soziale Teilhabe berücksichtigen.
- **§ 152 SGB IX — Verfahren:** Das Feststellungsverfahren berücksichtigt Verlaufsberichte, Alltagstagebücher, Fremdstrukturierung, Nachreichungen und Kommunikationsanpassungen; Masking ist als Erkenntnisrisiko zu beachten.
- **Bestandsschutz:** Änderungen der Tabellen dürfen nicht zu Herabstufungen führen, bevor verlaufs- und teilhabebezogene Maßstäbe für nicht sichtbare Behinderungen operationalisiert sind.

Anschluss an die Fachverbände

Betroffenenverbände dokumentieren, dass GdB-Anträge bei ME/CFS und Long Covid regelmäßig „viel zu niedrig“ beschieden und teils fälschlich als psychiatrisch statt neurologisch eingestuft werden — die extreme

Teilhabeeinschränkung wird nicht abgebildet. Der SoVD kritisiert die GdB-Reform 2026 zudem als zu eng gefasst (u.a. fallen Demenz und rein Pflegebedürftige durch).

Das ist exakt A1/A2: ohne spezifische, einheitliche und verlaufsbezogene Maßstäbe bleibt die Analogbegutachtung uneinheitlich und beweislastintensiv.

Zur strukturellen Ursache

Pflegegrad und GdB sind keine bloßen Verwaltungskategorien — sie sind Anerkennungsschwellen. Wenn ihre Maßstäbe unsichtbare, fluktuierende und kompensierte Schwere nicht erfassen, wird Behinderung nicht ausgeglichen, sondern amtlich unterschätzt. Nicht sichtbare Behinderung verschwindet nicht, weil sie leicht ist — sondern weil der Maßstab sie nicht erkennt.

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 und um ein Hintergrundgespräch.

Studien und Quellen

Vollständige Angaben mit DOI, Studiendesign und Qualitätsbewertung; gekennzeichnet nach direktem Evidenzbeleg vs. plausibler Übertragung auf den Gesetzeskontext.

[1] Nacul, L.C. et al. (2011). The functional status and well being of people with ME/CFS and their carers. BMC Public Health, 11, 402. DOI: 10.1186/1471-2458-11-402

Design: Querschnittsstudie, n=170 ME/CFS + 44 Angehörige; LSHTM | Qualität: Hoch. Kernbefund: ME/CFS stärker einschränkend als Krebs oder Herzerkrankung.

[2] Lim, E.J. & Son, C.G. (2020). Review of case definitions for ME/CFS. Journal of Translational Medicine, 18, 289. DOI: 10.1186/s12967-020-02455-0

Design: Narratives Review, 25 Falldefinitionen | Qualität: Mittel. Belegt: Chronizität und PEM sind definitionskonstitutiv. Konzeptuelle Grundlage, keine Prognosestudie.

[3] National Institute for Health and Care Excellence (2021). ME/CFS: diagnosis and management. NICE Guideline NG206. London: NICE.

Design: Evidenzbasierte nationale Leitlinie | Qualität: Sehr hoch. Explizite Schulungspflicht zu PEM. Für Deutschland nicht bindend, aber internationaler Evidenzstandard.

[4] 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 — über 2.000 Zitationen. Direkte Evidenz: Masking führt zu Erschöpfung, Burnout. Übertragung: Suizidrisiko nur indirekt.

[5] Hirvikoski, T. et al. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. The British Journal of Psychiatry, 208(3), 232–238. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.160192

Design: Populationsbasierte Kohortenstudie, n=27.122 autistische Personen vs. 2.672.185 Kontrollen; Karolinska Institutet | Qualität: Sehr hoch. Direkte Evidenz: Suizid-OR 7,55 für ASD insgesamt; OR 9,40 für ASD ohne Intelligenzminderung, OR 2,41 mit Intelligenzminderung. Übertragung: Risikohintergrund, kein direkter Normierungsbeweis.

[6] König, R.S., Paris, D.H., Sollberger, M. & Tschopp, R. (2024). Identifying the mental health burden in ME/CFS patients in Switzerland: A pilot study. Heliyon, 10(5), e27031. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e27031

Design: Querschnittsbefragung, n=169 ME/CFS-Betroffene (Schweiz, Pilotstudie) | Qualität: Mittel — peer-reviewed, Open Access, kleine Stichprobe. Direkte Evidenz: 39,3 % berichten Suizidgedanken seit Erkrankungsbeginn. Übertragung: ME/CFS-spezifisch; Pilotcharakter zu kennzeichnen.

[7] UN-Fachausschuss (2023). Abschließende Bemerkungen zu Deutschland, CRPD/C/DEU/CO/2-3.

Design: Offizielles Prüfergebnis UN-Vertragsorgan | Qualität: Sehr hoch — völkerrechtlich verbindlich. Ziffer 8b (medizinisches Modell), 12c (fehlende disaggregierte Daten). Direktes Korrekturmandat.

[8] An, Y., Guo, Z., Fan, J. et al. (2024). Prevalence and measurement of post-exertional malaise in post-acute COVID-19 syndrome: A systematic review and meta-analysis. General Hospital Psychiatry, 91, 130–142. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2024.10.011

Design: Systematisches Review + Meta-Analyse, 12 Studien, n=2.665; 2024 | Qualität: Hoch. Direkte Evidenz: Post-Exertional Malaise (PEM) ist bei Post-COVID/Long Covid ein häufiges Kernsymptom. Übertragung: stützt das PEM-/Belastungsgrenzen-Argument direkt — nicht nur über die ME/CFS-Analogie.

Hinweis: Zahlen aus epidemiologischen Studien belegen Risikohintergrund; die Übertragung auf die konkrete Normlücke ist jeweils gekennzeichnet und als strukturelles, nicht kausales Einzelargument zu lesen.

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