

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Glinkastraße 24 · 10117 Berlin

Juni 2026

Fragen zu Schutzlücken und Stellungnahme zur Umsetzung des Gewalthilfegesetzes (Rechtsanspruch auf Schutz und Beratung)

Barrierefreier Zugang als Umsetzungs- und Finanzierungsfrage — Schutzlücke für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen

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.

Menschen mit Behinderungen — und besonders Frauen mit Behinderungen — sind überproportional von Gewalt betroffen: rund zwei- bis dreifach häufiger als der Bevölkerungsdurchschnitt (Schrötte et al. 2012; Art. 16 UN-BRK; Istanbul-Konvention). Das Gewalthilfegesetz ist bereits beschlossen; der bundesgesetzliche Rechtsanspruch auf Schutz und Beratung soll ab 2032 greifen, während ab 2027 Ausbau, Finanzierung und Länderumsetzung laufen. Die folgenden Hinweise beziehen sich daher insbesondere auf Umsetzung, Länderstandards, Qualitätskriterien, Finanzierung und Monitoring. Aus unserer Prüfung ergeben sich sieben Schutzrisiken. [1]

Kernfrage: Ein Rechtsanspruch hilft nur, wenn Zugänge und Einrichtungen für nicht sichtbare Behinderungen tatsächlich nutzbar sind. Ein Schutzsystem, das man nicht erreichen oder nicht betreten kann, schützt die nicht, die es am dringendsten brauchen. 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 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?
10. 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 Länderumsetzung und der Finanzierungsvereinbarungen.

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 — Zugang zum Schutzsystem

■ **A1 Rechtsanspruch Schutz/Beratung; Art. 9, 21 UN-BRK [N·P·C·S]** Der Rechtsanspruch darf nicht davon abhängen, ob die betroffene Person telefonieren, persönlich vorsprechen, ihre Gefährdung kohärent erzählen oder wiederholt Anträge stellen kann. Gleichwertige Zugänge (Textchat, sichere Nachricht, Relay/Gebärdensprache, leichte/einfache Sprache, aufsuchende Hilfe, anonyme Erstberatung, Assistenz bei Antrag und Weg) müssen verbindlich und ab 2027 finanziert sein.

■ **A2 Schutzeinrichtung als Barriere [C·S·N·P]** Schutzplätze müssen nicht nur baulich barrierefrei, sondern auch sensorisch, chemisch, kommunikativ und organisatorisch zugänglich sein: reizarme Rückzugsräume, Einzelzimmer, duftstoffarme Reinigung, Ruhe, klare Regeln, Assistenz- und Pflegefähigkeit. Sonst ist die Einrichtung selbst eine Barriere (Autismus, PTBS, MCS/MCAS, ME/CFS).

B — Gefährdungseinschätzung und Abhängigkeit

■ **B1 Gefährdungseinschätzung [P·N]** Atypische Traumareaktionen (flacher Affekt, Lachen unter Stress, Dissoziation, verzögerte Anzeige, Bindung an Täter, Detailverlust) können die Glaubwürdigkeit mindern, wenn Gefährdungseinschätzungen nicht trauma- und neurodivergenzsensibel ausgestaltet sind.

■ **B2 Täterkontakt über Pflege/Assistenz; SGB IX/XI-Schnittstelle [P·N·C·S]** Gewaltausübende Personen können zugleich Pflege-, Assistenz-, Kommunikations-, Transport- oder Finanzpersonen sein. Diese Abhängigkeit erhöht Gefährdung und erschwert Trennung; sie wird im Hilfesystem nicht systematisch erfasst.

C — Kinder, digitale Sicherheit, Justizzugang

■ **C1 Mitbetroffene Kinder; Art. 7 UN-BRK [N·P·C·S]** Mitbetroffene Kinder und Jugendliche mit Autismus, ADHS, FASD, Trauma, chronischen oder sensorischen Beeinträchtigungen brauchen eigene Schutz- und Beratungsstandards.

■ **C2 Digitale Gewalt/Sicherheit; Art. 22 UN-BRK [N·P]** Tracking, Smartphone-/E-Mail-Kontrolle und Datenzugriff gefährden Betroffene; sichere, diskrete und barrierearme Kontaktwege fehlen — für kognitiv erschöpfte oder neurodivergente Personen besonders.

■ **C3 Gewaltschutzverfahren; Art. 13 UN-BRK [N·P·C·S]** Der Zugang zu gerichtlichem Gewaltschutz (Anhörung, Glaubwürdigkeitsbewertung, Antragstellung) ist für nicht sichtbare Behinderungen nicht barrierefrei gestaltet.

D — Governance und Monitoring

■ **D1 § 44 GGO; Art. 4 Abs. 3, 31 UN-BRK [alle]** Barrierefreiheits-Standards als Qualitäts- und Finanzierungskriterium, Schulungen und ein Monitoring von Ablehnungen, Abbrüchen, Nichtaufnahmen und Weiterverweisungen nach Behinderung/Barrieregrund fehlen.

Formulierungsvorschläge — zur Übernahme oder Anpassung

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

→ **Mindeststandards invisible Barrieren:** Die Umsetzung des Rechtsanspruchs muss Mindeststandards für invisible Barrieren enthalten: reizarme Rückzugsräume, duftstoffarme Reinigung, Kommunikationsanpassung, sichere Textzugänge, Assistenz-/Pflegefähigkeit und Schulung zu atypischer Traumapäsentation.

→ **Frühzeitige Verankerung:** Barrierefreiheit für nicht sichtbare Behinderungen ist bereits ab 2027 verbindlicher Bestandteil von Ausbau, Bedarfsplanung, Finanzierung und Qualitätsstandards — nicht erst nach Inkrafttreten des Rechtsanspruchs 2032.

→ **Monitoring:** Ablehnungen, Abbrüche und Weiterverweisungen werden disaggregiert nach Behinderung und Barrieregrund ausgewertet.

Anschluss an die Fachverbände

Die Frauenhauskoordinierung fordert ausdrücklich inklusiven, barrierearmen Gewaltschutz: 2024 hatten 18 % der Frauen in Frauenhäusern eine Behinderung oder Beeinträchtigung, doch zu wenige Häuser sind barrierefrei und spezialisierte Unterstützung fehlt. Ein Jahr nach Inkrafttreten gilt: „Was sich gut liest, ist längst nicht umgesetzt“ — die Finanzierung deckt nicht einmal die laufenden Kosten (>1,6 Mrd./Jahr).

Das bestätigt A1/A2 und D1: Der Rechtsanspruch ab 2032 bleibt leer, wenn Barrierefreiheit nicht ab 2027 als verbindlicher Finanzierungs- und Qualitätsstandard verankert wird. Frauenhauskoordinierung warnt zudem, dass Sparvorhaben und SGB-VIII-Reform Kinder- und Gewaltschutz zugleich gefährden.

Zur strukturellen Ursache

Ein Schutzsystem, das man nicht erreichen oder nicht betreten kann, schützt die nicht, die es am dringendsten brauchen. Für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen ist die Barriere des Hilfesystems selbst Teil der Gefährdung — und ein Rechtsanspruch ohne barrierefreie Umsetzung bleibt formal bestehen, aber praktisch unerreichbar.

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 in der Umsetzung 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] Schröttle, M. et al. (2012). Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Berlin: BMFSFJ.

Design: Repräsentative Studie | Qualität: Hoch (BMFSFJ). Direkte Evidenz: Frauen mit Behinderungen erfahren körperliche/sexualisierte Gewalt rund zwei- bis dreifach häufiger als der Bevölkerungsdurchschnitt. Übertragung: Gewaltbetroffenheit, Gewalthilfe.

[2] 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.

[3] 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.

[4] 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.

[5] 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.

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*