

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

Juni 2026

Fragen zu Schutzlücken und Stellungnahme zur Gleichstellungsstrategie des Bundes — Fortführung, Monitoring und Indikatoren in der 21. Legislaturperiode

Frauen und Mädchen mit nicht sichtbaren Behinderungen als ressortübergreifende Querschnittsgruppe

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.

Frauen und Mädchen mit nicht sichtbaren Behinderungen fallen durch ein doppeltes Raster: Gleichstellungspolitik sieht oft Geschlecht ohne Behinderung, Behindertenpolitik oft Behinderung ohne Geschlecht, Gesundheitspolitik oft Diagnose ohne Gender Bias. Die Gleichstellungsstrategie wird ressortübergreifend fortgeführt — und ist damit besonders geeignet, diese Intersektion sichtbar zu machen. Sichtbarkeit ist hier die erste Gleichstellungsmaßnahme. Aus unserer Prüfung ergeben sich sechs Schutzrisiken.

Maßstab sind Art. 6 UN-BRK (Frauen mit Behinderungen, Mehrfachdiskriminierung), die UN-Frauenrechtskonvention (CEDAW) und — beim Gewaltaspekt — die Istanbul-Konvention. 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. 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, Jugendhilfverfahren (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?
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 Fortschreibung der Strategie.

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 — Intersektion und diagnostischer Gender Bias

- **A1 Art. 6 UN-BRK; CEDAW [P·N·C·S]** Diagnostischer Gender Bias betrifft u.a. Autismus, ADHS, ME/CFS, Long Covid, chronische Schmerzen, Endometriose, Autoimmunerkrankungen, Trauma und psychische Erkrankungen: deutlich spätere Diagnosen (im Einzelfall um viele Jahre), Fehldiagnosen, Somatisierungs- und Psychologisierungsvorwürfe, höhere Masking-Erwartung und Glaubwürdigkeitsentwertung. [2][3]
- **A2 Sorgearbeit; Art. 28 UN-BRK [P·C·S]** Sorgearbeit wirkt doppelt: Frauen mit nicht sichtbarer Behinderung leisten Pflege und Familienorganisation, während ihr eigener Unterstützungsbedarf unsichtbar bleibt. Überlastung und gesundheitliche Folgen bleiben unadressiert. [4]

B — Gewalt, Arbeit, Armut, Gesundheit

- **B1 Gewalt; Art. 16 UN-BRK; Istanbul-Konvention [P·N·C·S]** Frauen und Mädchen mit Behinderungen sind rund zwei- bis dreifach häufiger von Gewalt betroffen (Schrötte et al. 2012). Bei nicht sichtbaren Behinderungen kommen atypische Traumapräsentation, Kommunikationsbarrieren und Abhängigkeit von pflegenden/unterstützenden Personen hinzu; Gewaltschutz muss diese Intersektion ausdrücklich erfassen (Querbezug Gewalthilfegesetz). [1]
- **B2 Arbeit und Armut; Art. 27 UN-BRK [P·N·C·S]** Späte Diagnose, Offenlegungsrisiko, Teilzeit, Erwerbsminderung und Sorgearbeit erhöhen Armutsrisiken. Die Strategie benennt diese Gruppe nicht als arbeitsmarkt- und sozialpolitische Zielgruppe.
- **B3 Gesundheit / Gender Health Gap; Art. 25 UN-BRK [P·N·C]** Der Gender Health Gap trifft nicht sichtbare Behinderungen besonders: verzögerte und fehlattribuierte Diagnostik, unzureichende Forschung, Psychologisierung körperlicher Beschwerden. Maßnahmen dagegen fehlen.

C — Daten, Beteiligung, Ressortverantwortung

■ **C1 Indikatoren/Monitoring; § 44 GGO; Art. 31 UN-BRK [alle]** Gleichstellungsindikatoren erfassen nicht sichtbare Behinderung nicht; ohne disaggregierte Daten (Geschlecht, Behinderung, Barriere, Erwerbsstatus, Sorgearbeit, Armut, Gewaltbetroffenheit, Gesundheit) bleibt die Gruppe unsichtbar. Eine klare Ressortverantwortung für den Querschnitt fehlt.

■ **C2 Beteiligung; Art. 4 Abs. 3 UN-BRK [alle]** Eine verbindliche Beteiligung von Selbstvertretungen von Frauen und Mädchen mit nicht sichtbaren Behinderungen an der Strategieentwicklung ist nicht vorgesehen.

Formulierungsvorschläge — zur Übernahme oder Anpassung

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

→ **Querschnittsgruppe:** Die Strategie benennt Frauen und Mädchen mit nicht sichtbaren Behinderungen nicht nur als ressortübergreifende Querschnittsgruppe (Gesundheit, Arbeit, Gewalt, Pflege, Digitalisierung, Bildung, Justiz) mit klarer Ressortverantwortung, sondern macht sie in Zielwerten, Indikatoren, Ressortberichten und Monitoringdaten messbar.

→ **Handlungsfelder:** Aufzunehmen sind diagnostischer Gender Bias (Autismus, ADHS, ME/CFS, Long Covid, chronische Schmerzen, Endometriose, Trauma), Gewaltschutz (Art. 16 UN-BRK; Istanbul-Konvention), Arbeit/Armut (Art. 27 UN-BRK) und Sorgearbeit.

→ **Daten/Beteiligung:** Indikatoren werden um nicht sichtbare Behinderung erweitert und disaggregiert erhoben; Betroffene werden verbindlich beteiligt.

Zur strukturellen Ursache

Wer Gleichstellung ohne die Intersektion von Geschlecht und nicht sichtbarer Behinderung denkt, lässt die Gruppe doppelt unsichtbar — beim Kind als Erziehungsproblem, bei Frauen als Anpassungsleistung, Sorgearbeit oder psychosomatische Beschwerde. Sichtbarkeit ist hier die erste Gleichstellungsmaßnahme.

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] **Schrötte, 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] **Diemer, M.C. et al. (2025). Comparative Analysis of Autistic Women Across the Lifespan: Childhood vs. Adulthood Diagnosis. Autism Research. DOI: 10.1002/aur.70073; ergänzend Lai, M.-C. et al. (2015). Sex/gender differences and autism. JAACAP, 54(1), 11–24.**

Design: Vergleichsanalyse, n=1.424 autistische Frauen/AFAB; 2025 | Qualität: Hoch — peer-reviewed. Direkte Evidenz: diagnostischer Gender Bias — in der Kindheit unerkannte, erst im Erwachsenenalter diagnostizierte Frauen tragen höhere Raten von Angst, Depression, Essstörungen und Substanzgebrauch. Übertragung: spätere Diagnose bei Frauen (Autismus); keine fixe Verzugszahl behauptet.

[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] **Soh, X.C. et al. (2025). Prevalence of depression, anxiety, burden, burnout, and stress in informal caregivers: An umbrella review of meta-analyses. Archives of Gerontology and Geriatrics Plus, 2(3), 100197. DOI: 10.1016/j.aggp.2025.100197**

Design: Umbrella Review; Singapore Management University | Qualität: Hoch. Mediane Prävalenz: 33,35 % Depression, 35,25 % Angst, 49,26 % Belastungserleben. Für pflegende Angehörige relevant.

[5] 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.

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