

Bundesministerium für Gesundheit

Frau Bundesministerin Nina Warken
Friedrichstraße 108 · 10117 Berlin

Juni 2026

**Fragen zu Schutzlücken und Stellungnahme zum GKV-
Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG, Kabinettsentwurf)**

Ausgabendämpfung als verdeckte Lastenverschiebung — prüfpflichtige Schutzlücken für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen

Sehr geehrte Frau Bundesministerin Warken,

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.

Für viele Betroffene ist nicht der stationäre Aufenthalt, sondern die ambulante, kontinuierliche und häufig niedrigfrequente Versorgung der entscheidende Stabilitätsanker: Heilmittel, häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel und Krankengeld bei fluktuierenden Verläufen. Aus unserer Prüfung des Kabinettsentwurfs ergeben sich vierzehn prüfpflichtige Schutzrisiken.

Zur Wirkungslogik: Der Entwurf macht die Grundlohnrate in zahlreichen Vergütungsvereinbarungen des SGB V wieder zur festen Obergrenze und erfasst dabei auch versorgungskritische ambulante Leistungsbereiche; zugleich hebt er Zuzahlungen an und ändert das Krankengeld- und Familienversicherungsrecht. Wo reale Kostensteigerungen über den zulässigen Vergütungssteigerungen liegen, kann eine formal neutrale Regel mittelbar benachteiligend wirken — bei Gruppen mit dauerhaft höherem Versorgungsbedarf ist das rechtfertigungs- und prüfbedürftig. Was im Namen „Beitragssatzstabilisierung“ wie eine technische Finanzregel erscheint, ist der Sache nach eine Lastenverteilung.

Wir sind nicht grundsätzlich gegen Konsolidierung: In unserer Rückmeldung an die Finanzkommission Gesundheit (LIORA-FKG, 04/2026) tragen wir zahlreiche FKG-Maßnahmen ausdrücklich mit (u.a. Krankengeld-Fallmanagement und Entfall des Konsiliarantrags als suizidpräventiv wirksam). Die globale Begrenzung (FKG-Maßnahme 1) ist jedoch nur mit Schutzklausel vertretbar — barrierefreie und versorgungskritische Spezialisierung ist auszunehmen. 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. Ist aus der Begründung erkennbar, dass nach § 44 GGO eine behinderungsspezifische Prüfung der Auswirkungen der Grundlohnrate-Obergrenze auf Heilmittel (§ 125 SGB V) und häusliche Krankenpflege (§ 37

i.V.m. § 132a SGB V) für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen erfolgt ist? Die im IFG-Schreiben (Brief 2/5, Frage 3) gestellte Frage ist bislang unbeantwortet.

- 2.** 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?
- 3.** 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)?
- 4.** 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?
- 5.** 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)?
- 6.** Welche barrierefreien Kommunikationsstandards gelten für die Kontaktaufnahme der Krankenkassen nach § 44 SGB V (Anspruch auf schriftliche, nicht-telefonische, reizreduzierte Kommunikation)?
- 7.** 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?
- 8.** 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?
- 9.** 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?
- 10.** 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?
- 11.** 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?
- 12.** Hat das BMG die kumulative Belastung aus BStabG, PNOG, Krankenhausreform und Notfallreform für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen geprüft?
- 13.** 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?
- 14.** 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?

15. 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?

16. 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 Schlussabstimmung am 26. Juni 2026.

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 — Grundlohnrate als feste Obergrenze: Querschnittswirkung

Die Bindung zahlreicher Vergütungen an die Grundlohnrate (§ 71 SGB V) trifft die ambulante Dauerversorgung überproportional.

■ **A1 § 71 i.V.m. § 125 SGB V (Heilmittel) [P·N·C·S]** Heilmittel (Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Stimm-/Schlucktherapie) sind für viele Menschen mit neurologischen, chronischen, sprachlichen, sensorischen oder schmerzbezogenen Beeinträchtigungen zentrale Dauerleistungen. Eine Deckelung der Vergütung kann zu Anbieterrückzug, längeren Wartezeiten und faktischem Leistungsabbau führen — nicht als normierte Kürzung, sondern mittelbar. Dieses Risiko ist jedenfalls prüfpflichtig, weil der Entwurf selbst Minderausgaben im Heilmittelbereich erwartet und zugleich keine behinderungsspezifische Folgenabschätzung ausweist. [6]

■ **A2 § 37 i.V.m. § 132a SGB V (häusliche Krankenpflege) [N·P·S]** Der Leistungsanspruch nach § 37 SGB V wird über die Vergütungs- und Versorgungsverträge nach § 132a SGB V realisiert, die ebenfalls von der Obergrenze erfasst werden. Häusliche Behandlungspflege ist für schwer Betroffene (z.B. schwere ME/CFS) versorgungskritisch; die Begründung „ohne Einschränkung der Versorgungsqualität“ ist nicht mit einer vulnerabilitätsspezifischen Folgenabschätzung unterlegt.

■ **A3 Begr. B. „moderate Leistungsanpassung“ [alle]** „Anpassung“ kann hier Leistungseinschränkung bedeuten. Für Gruppen mit dauerhaftem, niedrigschwelligem Bedarf können sich kleine Einschnitte zu strukturellem Versorgungsverlust summieren. Das Fehlen einer Quantifizierung für diese Gruppe ist kein Beleg für ihr Fehlen — es ist ein Prüfdefizit.

■ **A4 § 87a/§ 87b SGB V — Rückführung der ambulanten Psychotherapie in die MGV [P·N·C·S]** Der Entwurf führt die ambulante Psychotherapie in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) zurück und lässt die bisherige extrabudgetäre Vergütung entfallen; Leistungen über ein bestimmtes Volumen würden nur noch gemindert oder gar nicht vergütet, Kurzzeittherapie-Zuschläge sollen zum 01.01.2027 wegfallen. Faktische Budgetierung trifft unmittelbar Menschen mit psychischen, neurodivergenten und traumabezogenen — also überwiegend nicht sichtbaren — Beeinträchtigungen: weniger Therapieplätze, längere Wartezeiten, mehr Chronifizierung. Der Bundesrat verlangt den Erhalt der vollständigen extrabudgetären Vergütung. [1]

B — Zuzahlungen und Belastungsgrenze

■ **B1 §§ 61, 62 SGB V [P·N·C·S]** Der Entwurf hebt die Zuzahlungen an (Mindest-/Höchstbeträge von 5/10 auf 7,50/15 Euro; je Verordnung bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege von 10 auf 15 Euro) und dynamisiert sie über die Grundlohnrate — eine Mehrbelastung der Versicherten von rund 1,9 Mrd. Euro allein 2027. Die Belastungsgrenze (2 %, 1 % bei schwerwiegend chronisch Kranken nach Chroniker-Richtlinie) bleibt formal bestehen — sie schützt aber nur wirksam, wenn die betroffene Person die Voraussetzungen kennt, nachweisen kann und die formale Anerkennung erreicht. Viele nicht sichtbare chronische

Erkrankungen erfüllen die Chroniker-Kriterien nicht zuverlässig und tragen daher die volle 2 %-Grenze bei dauerhaftem Bedarf. [1][7]

■ **B2 § 55 SGB V (Festzuschüsse Zahnersatz) [P·C]** Die Festzuschüsse für Zahnersatz werden auf das Vor-2021-Niveau abgesenkt; Härtefallregelungen bleiben erhalten. Für Menschen mit psychischen, neurologischen und chronischen Erkrankungen können zahnmedizinische Folgekosten krankheits- oder medikamentenbedingt erhöht sein (u.a. Mundtrockenheit, Bruxismus). Der Entwurf enthält hierzu keine vulnerabilitätsspezifische Folgenabschätzung; offen bleibt zudem der reale Zugang dieser Gruppe zur Härtefallregelung.

C — Krankengeld (am Entwurf entlang)

■ **C1 § 44 SGB V — Kontaktaufnahme/Kommunikation [N·P·C·S]** Die vorgesehene Kontaktaufnahme der Krankenkassen zur Beratung und Wiedereingliederung kann für Menschen mit Autismus, Angst- und Traumafolgestörungen, Brainfog, ME/CFS oder Long Covid selbst eine Barriere sein, wenn sie telefon- und druckbasiert erfolgt. Barrierefreie Kommunikationsstandards (schriftlich, reizreduziert) sind nicht gesichert.

■ **C2 § 51 SGB V — Vier-Wochen-Frist [N·P·C]** Die Verkürzung der Frist zur Beantragung von Reha-/Teilhabeleistungen von zehn auf vier Wochen kann Menschen mit fluktuierenden, neurokognitiven oder erschöpfungsbedingten Erkrankungen benachteiligen, wenn Antragsfähigkeit, Befundbeschaffung und Entscheidungsfähigkeit krankheitsbedingt eingeschränkt sind.

■ **C3 §§ 44c, 44d SGB V — Teilkrankengeld [N·P·C]** Teilkrankengeld kann hilfreich sein, birgt aber bei Erkrankungen mit Post-Exertional Malaise (ME/CFS, Long Covid) und fluktuierender Belastbarkeit das Risiko, teilweise Arbeitsfähigkeit schematisch als belastbar verwertbare Restarbeitsfähigkeit zu missdeuten.

■ **C4 § 47 SGB V — Begrenzung nach Beschäftigungsende [P·C·N]** Die Begrenzung des Krankengeldes nach Ende des Beschäftigungsverhältnisses kann Menschen treffen, deren Arbeitsverhältnis während längerer Erkrankung endet — bei psychischen Erkrankungen, Long Covid, ME/CFS und chronischen Schmerzsyndromen ein realistisches Szenario.

D — Familienversicherung und pflegende Angehörige

■ **D1 § 10 SGB V i.V.m. neuem § 242b SGB V [P·N·C·S]** Der Entwurf führt einen Beitragszuschlag von 2,5 Prozentpunkten auf den Beitragssatz für Mitglieder mit familienversichertem Ehe-/Lebenspartner ein (Kinder bleiben beitragsfrei). Ausgenommen sind u.a. Haushalte mit Kindern, mit Kindern mit Behinderung und mit Pflege Angehöriger ab Pflegegrad 2 in bestimmtem Umfang. Erwachsene mit nicht sichtbarer Behinderung ohne anerkannten Pflegegrad — eine große Gruppe wegen der Anerkennungslücke — fallen nicht unter die Ausnahme. Der Zuschlag belastet damit Haushalte, die informelle Unterstützung leisten. [3]

■ **D2 § 242b SGB V i.V.m. SGB XI-Begutachtung [N·P·C]** Die Ausnahme koppelt an die Pflegegrad-Feststellung (mindestens Pflegegrad 2, Mindeststundenzahl) und übernimmt damit die im PNOG benannten Begutachtungsdefizite (Stichtagslogik, Masking, fehlende Verlaufsdokumentation) als EingangsfILTER — die Schutzlücke wird weitergereicht.

E — Prävention und Governance

■ **E1 § 20 SGB V; angekündigte präventive Einnahmeinstrumente [alle]** Soweit der Entwurf oder die begleitende Kommunikation zusätzliche präventive Einnahmeinstrumente (z.B. Zuckerabgabe) vorsieht, fehlt eine Zweckbindung für vulnerable Gruppen und barrierefreie Prävention. Echte Systemersparnis entsteht über das Verursacherprinzip, nicht über Kürzungen bei den Schwächsten.

■ **E2 § 44 GGO; Art. 4 Abs. 3 UN-BRK [alle]** Aus der Begründung ist nicht erkennbar, dass eine spezifische Prüfung der Auswirkungen auf Menschen mit Behinderungen — insbesondere mit nicht sichtbaren und fluktuierenden Behinderungen — erfolgt ist. Insbesondere ist nicht erkennbar, dass Art. 4 Abs. 3 UN-BRK durch Beteiligung einschlägiger Selbstvertretungen umgesetzt wurde; der Entwurf beruht auf Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit.

■ **E3 Kumulation BStabG × PNOG × KH × Notfallreform [alle]** Die kumulative Wirkung der gleichzeitig laufenden Reformen auf dieselbe Gruppe ist nicht bilanziert. Jede Reform mag „moderat“ wirken; in der Summe entsteht ein erheblicher Versorgungs- und Belastungseffekt.

Formulierungsvorschläge — zur Übernahme oder Anpassung

Vier Ergänzungen, die ohne Systembruch integrierbar sind:

- **§ 125 SGB V — Schutzklausel versorgungskritische Heilmittel:** Für Heilmittel und häusliche Krankenpflege, die für Menschen mit chronischen oder nicht sichtbaren Behinderungen die kontinuierliche Hauptversorgung bilden, gilt die Grundlohnrate nicht als starre Obergrenze, soweit dadurch die flächendeckende Versorgung gefährdet würde (Globale Begrenzung nur mit Schutzklausel).
- **§ 62 SGB V — Anerkennungsbrücke:** Bei dauerhaftem, durch fluktuierende nicht sichtbare Erkrankungen bedingtem Versorgungsbedarf ist die abgesenkte Belastungsgrenze (1 %) auch dann anzuwenden, wenn die formalen Kriterien der Chroniker-Richtlinie aufgrund der Eigenart der Erkrankung nicht erfüllt werden.
- **§ 44 SGB V — Barrierefreie Kassenkommunikation:** Die Kontaktaufnahme der Krankenkasse erfolgt auf Wunsch der versicherten Person in schriftlicher, nicht-telefonischer und reizreduzierter Form; ein Telefon- oder Interaktionszwang ist ausgeschlossen.
- **§ 51 SGB V — Fristenschutz:** Die Vier-Wochen-Frist ist zu hemmen oder zu verlängern, soweit Antragsfähigkeit, Befundbeschaffung oder Entscheidungsfähigkeit krankheitsbedingt eingeschränkt sind.

Anschluss an die Fachverbände

Unsere Kritik steht nicht allein. VdK und Sozialverband Deutschland (SoVD) lehnen die Kernregelungen ab — eine „Sanierung der GKV auf dem Rücken der Versicherten“, die gezielt Geringverdienende, Einverdienerfamilien und chronisch Kranke belastet; der DGB rügt, dass das Gesetz den Bundeshaushalt über höhere Zuzahlungen, Leistungskürzungen und neue Lasten für Arbeitnehmer und Familien stabilisiert; KBV und vdek warnen vor Gefährdung der ambulanten Versorgung. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat in der öffentlichen Anhörung am 22. Juni 2026 vor einer massiven Verschlechterung der psychotherapeutischen Versorgung durch die geplante Budgetierung gewarnt (Therapieplatzverlust, längere Wartezeiten, Chronifizierung); der Bundesrat fordert den Erhalt der vollständigen extrabudgetären Vergütung. Genau diese belasteten Gruppen umfassen überproportional Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen.

Bezeichnend ist das Verfahren: Der Referentenentwurf wurde am 16. April 2026 mit Frist bis zum 20. April 2026, 9:00 Uhr übermittelt — weniger als vier Tage inklusive Wochenende. SoVD, Paritätischer Gesamtverband und ver.di haben dies als unzureichende Beteiligung gerügt. Wenn schon die großen Sozialverbände faktisch nicht beteiligt werden konnten, waren Selbstvertretungen von Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen erst recht ausgeschlossen (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK).

Zur strukturellen Ursache

Ausgabendämpfung „in allen Bereichen“ ist nicht neutral. Sie trifft dort am stärksten, wo die Versorgung am dünnsten und die Betroffenen am wenigsten sichtbar sind.

Invisible Barrieren erzeugen sichtbare Kosten. Eine Ausgabendämpfung ohne Schutzklausel spart nicht, sie verschiebt: Frühberentung, Langzeitkrankschreibung, Krisenversorgung, Sucht, Wohnungslosigkeit und Suizidalität tauchen später und an anderer Stelle der Statistik wieder auf. Verschiebung ist kein Sparen.

Echte Systemersparnis entsteht über das Verursacherprinzip, nicht über Kürzungen bei den Schwächsten: dynamisierte Tabak-, Alkohol- und Zuckerabgaben, eine Glücksspielabgabe sowie die Regulierung chemischer Innenraumbelastung (duftstoffarme Standards) erzeugen Einnahmen und Prävention zugleich.

Deutschland hat für Rollstuhlrampen eine Norm, für digitale Barrierefreiheit eine Verordnung mit Prüfpflicht und Vollzug. Für die Barrieren, die die Mehrheit der Menschen mit Behinderungen ausschließen, gibt es das nicht. Wir antworten darauf nicht mit einer Beschwerde, sondern mit einer Architektur (LIORA): messbarer Standard, Prüfpflicht, Vollzug.

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 Verfahren und stehen für ein Hintergrundgespräch vor der Schlussabstimmung am 26. Juni 2026 gern zur Verfügung.

Studien und Quellen

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

- [1] 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.

- [2] 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.

- [3] 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.

- [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] 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.

- [6] 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.

- [7] Sinnott, S.J. et al. (2013). **The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured populations: a systematic review and meta-analysis. PLoS ONE, 8(5), e64914. DOI: 10.1371/journal.pone.0064914**

Design: Systematisches Review + Meta-Analyse | Qualität: Hoch. Direkte Evidenz: höhere Zuzahlungen/Eigenbeteiligung senken die Therapieadhärenz. Übertragung: Cost-Sharing-Wirkung bei dauerhaftem Versorgungsbedarf — stützt das Zuzahlungs-/Belastungsargument.

- [8] 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.

- [9] Thanh, N.X. & Jonsson, E. (2016). **Life Expectancy of People with Fetal Alcohol Syndrome. Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology, 23(1), e53–e59. PMID: 26962962.**

Design: Retrospektive Kohortenstudie, Verwaltungsdaten Alberta 2003–2012 | Qualität: Mittel. Direkte Evidenz: Lebenserwartung bei Fetalem Alkoholsyndrom (FAS) rund 34 Jahre (95%-KI 31–37), etwa 42 % der Allgemeinbevölkerung; führende Todesursache „äußere Ursachen“ inkl. Suizid (15 %). Übertragung: FAS-spezifisch (engste Diagnose im FASD-Spektrum).

- [10] **gemeinsam zusammen e.V. / Initiative Stille Stunde (2026). LIORA-Rückmeldung zu den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit (FKG-Gesamtpapier), April 2026. www.stille-stunde.com**

Dreiebenenanalyse (Versorger-, Betroffenen-, Systemebene). Kernthese: „Verschiebung ist kein Sparen“ — Ausgabendämpfung ohne Schutzklausel erzeugt Folgekosten (Frühberentung, Krisenversorgung, Suizidalität). Stützt FKG-Maßnahme 1 (Globale Begrenzung) nur mit Schutzklausel; Verursacherprinzip.

- [11] Steinemann, A. (2019). **International prevalence of chemical sensitivity. Air Quality, Atmosphere & Health, 12, 519–527. DOI: 10.1007/s11869-019-00672-1**

Design: Bevölkerungsrepräsentative Surveys | Qualität: Mittel-Hoch. Direkte Evidenz: hohe Prävalenz chemischer Sensitivität (MCS); Grundlage für duftstoffarme Standards. Übertragung: chemische Barrierekatégorie.

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