

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1 · 11011 Berlin

Juni 2026

Fragen zu Schutzlücken und Stellungnahme zum Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Kabinettsentwurf)

Telefonische und digitale Ersteinschätzung, Triage und Patientensteuerung als strukturelle Schutzlücken 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.

Die Notfallversorgung ist ein Hochrisikobereich: Eine falsche Einschätzung ist hier nicht nur eine Teilhabefrage, sondern kann unmittelbar gesundheits- oder lebensgefährdend sein. Wer in der Krise atypisch kommuniziert, Schmerz oder Belastung nicht „lesbar“ ausdrückt oder den telefonischen bzw. digitalen Steuerungspfad nicht bedienen kann, wird falsch eingeschätzt. Aus unserer Prüfung ergeben sich fünfzehn prüfpflichtige Schutzrisiken.

Zur Wirkungslogik: Der Entwurf macht die strukturierte telefonische oder digital unterstützte Ersteinschätzung zum zentralen Steuerungselement — an den Akuteitstellen (116117), in den Integrierten Notfallzentren (INZ) und über die Patientensteuerung zwischen den Versorgungsebenen. Eine Steuerung, die Dringlichkeit überwiegend über beobachtbare, abfragbare und sprachlich vermittelbare Symptome erfasst, kann nicht sichtbare Behinderungen mittelbar benachteiligen. 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 den Ausschuss

1. Mit welcher Norm wird sichergestellt, dass die standardisierten, telefonischen, digitalen oder algorithmischen Ersteinschätzungsverfahren für atypisch präsentierende und nicht sichtbare Behinderungen validiert sind und Fehltriage (diagnostic overshadowing) vermieden wird?
2. Welche gleichwertigen, rund um die Uhr verfügbaren, barrierefreien und nicht nachrangigen text-, chat- und gebärdten-/relaisbasierten Zugänge zur Akuteitstelle (116117) sind verbindlich vorgesehen?
3. Wie wird der barrierefreie Zugang zum Notruf 112 für gehörlose, schwerhörige und taubblinde Menschen verbindlich gesichert (Notruf-App nora mit Echtzeittext und Gebärdensprach-Video, 24-Stunden-Relaisdienst) — und wird diese vom Deutschen Gehörlosen-Bund und Deutschen Schwerhörigenbund seit Jahren angemahnte Lücke mit der Reform geschlossen?

4. Besteht in der Ersteinschätzungsstelle ein Anspruch auf baulich barrierefreie, reizarme, sensorisch und kommunikationsangepasste sowie chemisch belastungsarme Einschätzung, einschließlich Begleitperson, schriftlicher Kurzabfrage und ruhigem Raum (Art. 9 UN-BRK)?
5. Wie wird Suizidalität in 116117/Akuteleitstelle aktiv abgefragt, welche Fachkompetenz steht zur Verfügung, welche Eskalationswege zu psychiatrischen Krisendiensten, Sozialpsychiatrischem Dienst, Krisenambulanzen und 112 sind verbindlich, und wie wird verhindert, dass Betroffene als „nicht akut genug“ nach Hause verwiesen werden?
6. Welche verbindlichen Eskalations- und Rückkopplungsregeln gelten an der Schnittstelle 116117/112, wenn Menschen ihre Symptome unvollständig, atypisch oder nicht telefonisch kommunizieren können?
7. Wie wird verhindert, dass Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen bei rettungsdienstlicher Versorgung ohne Transport aufgrund atypischer Präsentation, Masking, Dissoziation, Schmerzunterausdruck oder Fatigue falsch als nicht transportbedürftig eingeschätzt werden?
8. Welche Rückkehr-, Wiederkontakt- und Eskalationsrechte bestehen, wenn eine Person nach Ersteinschätzung an eine niedrigere Versorgungsebene verwiesen wird, dort aber keine Versorgung erreicht oder sich der Zustand verschlechtert?
9. Werden Fehlsteuerungen, Wiederkontakte, spätere stationäre Aufnahmen, Kriseneskalationen und Suizidversuche nach Ersteinschätzung differenziert nach Behinderung, psychischer Krise, neurodivergentem Profil und Kommunikationsbarriere evaluiert (Art. 31 UN-BRK)?
10. Besteht ein Anspruch, bei Ersteinschätzung, Triage und Verweisung eine Begleitperson oder Kommunikationsassistentin einzubeziehen?
11. Welche Vorgaben gelten in INZ und Ersteinschätzungsstellen zu Duftstoffen, Desinfektionsmittelbelastung, Latex und Reinigungsmitteln für Menschen mit MCAS, MCS, Asthma oder Migräne?
12. Wie werden Kinder und Jugendliche mit Autismus, FASD, Angststörungen, Epilepsie, chronischen Schmerzen, ME/CFS, Long Covid oder Kommunikationsbehinderungen vor Fehltriage und Fehlverweisung geschützt?
13. Welche niedrigschwelligen Beschwerde-, Korrektur- und Qualitätsprüfverfahren bestehen, wenn Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen nach Ersteinschätzung falsch verwiesen, nicht ernst genommen oder nicht aufgenommen wurden?
14. Sieht der Entwurf eine verpflichtende Bias-Prüfung der Ersteinschätzung sowie ein garantiertes menschliches Override- und Wiedereinschätzungsrecht vor?
15. Wie wird sichergestellt, dass die von den Fachgesellschaften geforderte Wirksamkeit und Messbarkeit der Reform auch die Treffsicherheit der Steuerung für atypisch präsentierende und nicht sichtbar behinderte Menschen umfasst, und über welche Gesundheitsleitstellen-Funktion wird die psychosoziale und suizidpräventive Notfallversorgung verbindlich und barrierearm erreichbar?
16. 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?
17. 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 parlamentarischen Beratung (1. Lesung 10. Juli 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 — Ersteinschätzung, Triage und Steuerung

■ **A1 Ersteinschätzungsverfahren (INZ/Akutleitstelle); Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG [N·P·C·S]** Standardisierte Ersteinschätzungs- und Triage-Instrumente können überwiegend auf beobachtbare, abfragbare und sprachlich vermittelte Symptome angewiesen sein. Atypische Präsentationen — gedämpfter oder paradoxer Schmerzausdruck bei Autismus, post-exertionelle Verschlechterung bei ME/CFS, Dissoziation bei Trauma — können unterschätzt werden (diagnostic overshadowing). Eine formal einheitliche Triage kann mittelbar behinderungsbedingt benachteiligend wirken, wenn sie Masking, Schmerzunterausdruck, Dissoziation, Fatigue oder neurokognitive Einschränkungen nicht als prüfrelevante Faktoren berücksichtigt. Das ist ein vorhersehbares und deshalb prüfpflichtiges Risiko der Verfahrensgestaltung. [1][2]

■ **A2 Patientensteuerung / Verweisung [P·N·S]** Bei Menschen mit belastenden Vorerfahrungen, psychischen Erkrankungen, Trauma, Autismus oder chronischer Fehlversorgung kann Verweisung als Abweisung erlebt werden. Steuerung kann zum Zugangshindernis werden, wenn Verweisung nicht mit Rückkehrrecht, Eskalationsoption und tatsächlich erreichbarer Anschlussversorgung verbunden ist.

B — Erreichbarkeit und Kommunikation

■ **B1 Akutleitstelle 116117; Art. 21 UN-BRK [N·P·C·S]** Eine Akutleitstelle, deren Erstkontakt in der Praxis wesentlich telefonisch geprägt ist, ist für viele nicht sichtbar behinderte Menschen eine harte Barriere: Mutismus unter Stress, auditive Verarbeitungsstörung, Telefonangst, Gehörlosigkeit. Auch wenn digitale Zugänge vorgesehen sind, sind sie nur dann gleichwertig, wenn sie verbindlich, barrierefrei, rund um die Uhr, niedrigschwellig, text-, gebärden-/relaisfähig und nicht langsamer normiert sind.

■ **B2 Begleitperson / Kommunikationsassistentz [N·P·C·S]** Viele Menschen mit Autismus, FASD, ME/CFS, Trauma oder kognitiver Beeinträchtigung brauchen im Notfall eine Begleitperson oder Kommunikationsassistentz. Ein ausdrücklicher Anspruch, diese in Ersteinschätzung, Triage und Verweisung einzubeziehen, fehlt.

C — Setting der Ersteinschätzungsstelle

■ **C1 Gemeinsame Ersteinschätzungsstelle (INZ); Art. 9 UN-BRK [C·N·P·S]** Die Ersteinschätzungsstelle ist selbst ein Setting mit Licht, Lärm, Gedränge, Wartedruck und offenen Fragen. Erforderlich sind: reizarmes Warte- und Einschätzungssetting, schriftliche Kurzabfrage, Zulassung einer Begleitperson, ein ruhiger Raum, sensibilisiertes Personal, eine Trigger- und Kommunikationsnotiz und keine Sanktionierung atypischen Verhaltens.

■ **C2 Chemische Barrieren [C·S]** Für Menschen mit MCAS, MCS, Asthma oder Migräne sind Desinfektionsmittel, Parfum, Latex, Reinigungsmittel, Infusionsmaterial und Kontrastmittel relevante Barriere- und Reaktionsquellen. Vorgaben hierzu fehlen für INZ und Ersteinschätzungsstellen.

D — Psychische und suizidale Krisen

■ **D1 Sektorenübergreifende Steuerung / Krisenversorgung; Art. 2 Abs. 2 GG [P·N·S]** Psychische und suizidale Krisen können unterpriorisiert werden, wenn standardisierte Abfragen somatische, sichtbare oder gut verbalisierbare Symptome stärker erfassen als suizidale, dissoziative oder atypisch ausgedrückte Krisen. Erforderlich sind aktive Suizidalitätsabfrage, entsprechende Fachkompetenz in der Akutleitstelle und verbindliche Eskalationswege zu psychiatrischen Krisendiensten, Sozialpsychiatrischem Dienst, Krisenambulanzen und 112. Der Entwurf muss sich hier an der staatlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 GG messen lassen. [4][5]

E — Schnittstellen, Rettungsdienst, Rückkontakt

■ **E1 Schnittstelle 116117 / 112 [N·P·C·S]** Wird eine Person an der Schnittstelle 116117/112 falsch eingeordnet, weil sie atypisch, unvollständig oder nicht telefonisch kommuniziert, braucht es verbindliche Eskalations- und Rückkopplungsregeln und eine klare Verantwortlichkeit.

■ **E2 Rettungsdienst ohne Transport [N·P·C]** Soweit der Entwurf rettungsdienstliche Versorgung ohne Transport ermöglicht, besteht das Risiko, dass Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen wegen Masking, Dissoziation, Schmerzunterausdruck oder Fatigue falsch als nicht transportbedürftig eingeschätzt werden.

■ **E3 Wiederkontakt und Dokumentation [alle]** Es fehlen Rückkehr-/Wiederkontaktrechte nach Verweisung sowie eine differenzierte Dokumentation und Evaluation von Fehlsteuerungen (spätere stationäre Aufnahmen, Kriseneskalationen, Suizidversuche) nach Behinderung und Kommunikationsbarriere (Art. 31 UN-BRK).

F — Standardisierte/algorithmische Ersteinschätzung

■ **F1 Digital gestützte Ersteinschätzung [N·P]** Standardisierte, digital unterstützte oder algorithmische Ersteinschätzung ohne verpflichtende Bias-Prüfung, ohne Transparenz und ohne Widerspruchs-/Eskalationsrecht verschiebt Fehlentscheidungen in eine schwer nachvollziehbare Entscheidungslogik. Algorithmischer Bias im Gesundheitswesen ist belegt; ein menschliches Override und ein Recht auf erneute Einschätzung bei Verschlechterung müssen garantiert sein. [3]

G — Governance, Kinder, Beschwerde

■ **G1 § 44 GGO; Art. 4 Abs. 3, 11, 25 UN-BRK [alle]** Aus der Begründung ist nicht erkennbar, dass eine spezifische Prüfung der Auswirkungen auf Menschen mit nicht sichtbaren, psychischen, neurodivergenten, chronischen oder fluktuierenden Behinderungen erfolgt ist; eine verbindliche Beteiligung an Triage-Standards und Erreichbarkeitsvorgaben fehlt. Art. 11 UN-BRK (Schutz in Gefahrensituationen) und Art. 25 UN-BRK sind einschlägig.

■ **G2 Kinder und Jugendliche [N·P·C·S]** Kinder und Jugendliche mit Autismus, FASD, Angststörungen, Epilepsie, chronischen Schmerzen, ME/CFS, Long Covid oder Kommunikationsbehinderungen sind in der Notfallversorgung besonders gefährdet und werden im Entwurf nicht spezifisch geschützt.

■ **G3 Beschwerde und Korrektur [alle]** Niedrigschwellige Beschwerde-, Korrektur- und Qualitätsprüfverfahren für Fehltriage und Fehlverweisung fehlen — gerade für Menschen, die Fehlentscheidungen behinderungsbedingt schwerer anfechten können.

Formulierungsvorschläge — zur Übernahme oder Anpassung

Fünf Ergänzungen, die das Schutzniveau ohne Systembruch heben:

→ **Triage-Validierung:** Ersteinschätzungsverfahren sind vor Einführung für atypisch präsentierende und nicht sichtbare Behinderungen zu validieren; diagnostic overshadowing ist als Fehlerquelle ausdrücklich zu adressieren.

→ **Gleichwertige Zugänge + Begleitperson:** Die Akutleitstelle (116117) ist verbindlich text-, chat- und gebärdensprachlich/relaisbasiert, rund um die Uhr und nicht nachrangig vorzuhalten; auf Wunsch sind Begleitperson und Kommunikationsassistentin in Ersteinschätzung und Verweisung einzubeziehen.

→ **Reizarme, chemisch belastungsarme Ersteinschätzung:** Es besteht Anspruch auf reizarme, kommunikationsangepasste und chemisch belastungsarme Ersteinschätzung (Begleitperson, schriftliche Kurzabfrage, ruhiger Raum).

→ **Rückkehr- und Eskalationsrecht:** Jede Verweisung ist mit Rückkehr-, Wiederkontakt- und Eskalationsrecht verbunden; Fehlsteuerungen werden disaggregiert dokumentiert und evaluiert.

→ **Override + Krisenverzahnung:** Gegen die Ersteinschätzung bestehen menschliches Override, Eskalations- und Wiedereinschätzungsrecht; suizidale Krisen werden aktiv abgefragt und verbindlich an Krisendienste eskaliert.

Anschluss an die Fachverbände

Der Reformdebatte fehlt die Betroffenenperspektive. Fachgesellschaften und Körperschaften fordern Nachbesserungen — die DGINA (Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin) verlangt, die Reform „wirksam, messbar und nachhaltig“ zu machen; die KBV kritisiert, der Entwurf „strotze vor ministeriellen Wunschfantasien, die an der Versorgungsrealität scheitern“. Diese Kritik betrifft Steuerbarkeit

und Finanzierung — ob die Steuerung für atypisch präsentierende und nicht sichtbar behinderte Menschen treffsicher ist, stellt in der Verbändedebatte bislang niemand.

Der Entwurf führt 112 und 116117 in Gesundheitsleitstellen zusammen, über die auch psychosoziale Notfallversorgung erreichbar sein soll. Gerade deshalb müssen die Triage-Validierung (A1), die gleichwertigen Zugänge (B1) und die verbindliche Verzahnung mit der Krisen- und Suizidprävention (D1) jetzt mitgeregelt werden — sonst entsteht eine messbare, aber für diese Gruppe blinde Steuerung.

Zur strukturellen Verantwortung

Notfallsteuerung ist der Punkt, an dem eine falsche Einschätzung am schnellsten tödlich wird. Ein System, das auf lesbare Symptome und telefonische Erreichbarkeit kalibriert ist, kann genau jene Menschen benachteiligen, deren Not nicht normgerecht kommunizierbar ist.

Deutschland hat für digitale Barrierefreiheit eine Verordnung mit Prüfpflicht und Vollzug. Für die Barrieren, die in der Akutsteuerung wirken, fehlt ein vergleichbarer Standard. 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.

Vor der parlamentarischen Beratung (1. Lesung am 10. Juli 2026) bitten wir 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] Jones, S., Howard, L. & Thornicroft, G. (2008). „Diagnostic overshadowing“: worse physical health care for people with mental illness. Acta Psychiatrica Scandinavica, 118(3), 169–171. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x

Design: Konzeptpapier/Editorial mit Evidenzbezug | Qualität: Hoch — etablierter Fachbegriff. Direkte Evidenz: körperliche Symptome werden bei vorbestehender psychischer Diagnose systematisch fehlattribuiert. Übertragung: stützt Fehltriage-/Overshadowing-Risiko in der Notfallversorgung.

[2] Nicolaidis, C. et al. (2015). Comparison of healthcare experiences in autistic and non-autistic adults: a cross-sectional online survey. Journal of General Internal Medicine, 30(10), 1453–1461. DOI: 10.1007/s11606-015-3763-6

Design: Querschnittsbefragung | Qualität: Hoch. Direkte Evidenz: autistische Erwachsene berichten erheblich häufiger Kommunikationsbarrieren und schlechtere Versorgungserfahrungen, auch in Notaufnahmen. Übertragung: Kommunikations-/Sensorikbarrieren in der Akutversorgung.

[3] Obermeyer, Z., Powers, B., Vogeli, C. & Mullainathan, S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. Science, 366(6464), 447–453. DOI: 10.1126/science.aax2342

Design: Empirische Analyse eines real eingesetzten Versorgungs-Algorithmus (n=50.000) | Qualität: Sehr hoch. Direkte Evidenz: systematischer algorithmischer Bias gegen unterrepräsentierte Gruppen in der Gesundheitsversorgung. Übertragung: belegt Bias-Risiko algorithmischer Steuerung/Ersteinschätzung.

[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 burdens 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.

[6] 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.

[7] 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.

[8] 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.

[9] 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.

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*