

Bundesministerium für Gesundheit
Frau Bundesministerin Nina Warken
Friedrichstraße 108 · 10117 Berlin

Juni 2026

Fragen zu Schutzlücken und Stellungnahme zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen — Umsetzung (Gesetz und Verordnung)

Patientensicherheit und klinische Kommunikationskompetenz als Schutzlücke — in allen Anerkennungs- und Qualifizierungswegen

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.

Wir unterstützen das Ziel, Fachkräftegewinnung zu beschleunigen — Versorgungssicherheit ist auch ein Schutzgut dieser Gruppe. Die beschriebenen Defizite beim Erkennen nicht sichtbarer Behinderungen bestehen im deutschen Versorgungssystem insgesamt und betreffen auch in Deutschland ausgebildete Fachkräfte. Die folgenden Hinweise richten sich daher nicht gegen ausländische Berufsqualifikationen, sondern an die einheitliche Sicherung von Patientensicherheit in allen Anerkennungs- und Qualifizierungswegen — bewusst abwägend, mit Blick auf Anforderungsniveau, nicht auf Herkunft.

Da das Gesetz bereits weit fortgeschritten ist, richten sich die Hinweise insbesondere auf die Verordnung, Vollzugshinweise, Prüfungsstandards und das Monitoring. Aus unserer Prüfung ergeben sich sechs Schutzrisiken. 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. Mit welcher konkreten Prüfanforderung stellt die Verordnung sicher, dass Kenntnis-, Eignungs- und Fachsprachprüfung sowie Anpassungslehrgänge die Fähigkeit erfassen, Diagnostic Overshadowing, atypische Symptompräsentationen und nicht sichtbare Behinderungen zu erkennen — oder bleibt dies dem Ermessen der Prüfstellen überlassen?
2. Mit welcher Prüfanforderung wird in Fachsprach- und Kommunikationsprüfung nicht nur medizinische Terminologie, sondern auch verständliche, schriftlich unterstützte und behinderungssensible Kommunikation (Teach-back) verbindlich geprüft?
3. Welche Anforderungen gelten an Supervision, Anleitung und Qualitätssicherung, wenn Personen vor vollständiger Anerkennung oder während Anpassungsmaßnahmen (Berufserlaubnis) in der Versorgung tätig sind?

4. Ist vorgesehen, neurodivergenz-, trauma-, ME/CFS-, Long-Covid- und kommunikationssensible Versorgung als verbindlichen Bestandteil von Anpassungslehrgängen oder Nachqualifizierung aufzunehmen?
5. Welche Indikatoren werden erhoben, um zu erkennen, ob beschleunigte Anerkennungsverfahren Auswirkungen auf Kommunikationsfehler, Behandlungsfehler, Beschwerden oder Fehlversorgung vulnerabler Gruppen haben?
6. Wie wird sichergestellt, dass Länderbehörden und Anerkennungsstellen einheitliche Standards anwenden und nicht durch Vollzugspraxis unterschiedliche Qualitätsniveaus entstehen?
7. Plant das BMG, dieselben Kompetenzen (klinische Kommunikation, Erkennen nicht sichtbarer Behinderungen) auch in der inländischen Ausbildung und Fortbildung verbindlich zu stärken, damit die Anforderung nicht einseitig auf ausländische Fachkräfte bezogen bleibt?
8. Wird in Kenntnis-, Eignungs- und Kommunikationsprüfung auch die Fähigkeit erfasst, mit gehörlosen (Deutsche Gebärdensprache/Schrittdolmetschen), blinden und kognitiv beeinträchtigten Patient:innen verständlich zu kommunizieren?
9. 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 dem Erlass der Verordnung und der Vollzugshinweise.

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 — Qualitätssicherung im beschleunigten Verfahren

■ **A1 Kenntnis-/Eignungsprüfung, Dokumentenprüfung; Art. 25 UN-BRK [N·P·C]** Soweit Verfahren beschleunigt, standardisiert, digitalisiert oder stärker auf Dokumentenprüfung gestützt werden, muss verbindlich gesichert bleiben, dass die Kompetenz zum Erkennen atypischer, nicht sichtbarer und kommunikationssensibler Krankheitsbilder geprüft wird. Diagnostic Overshadowing — die Fehlattribution körperlicher Symptome an eine vorbestehende psychische Diagnose — ist ein dokumentiertes Versorgungsrisiko, das hier nicht aus dem Prüfumfang fallen darf. [2]

B — Klinische Kommunikationskompetenz

■ **B1 Fachsprachprüfung, klinische Kommunikationskompetenz, barrierearme Gesprächsführung [N·P·C·S]** Nicht sichtbare Behinderungen erfordern mehr als korrekte Fachsprache: barrierearme, trauma- und neurodiversitätssensible Gesprächsführung, Teach-back, schriftliche Sicherung und das Erkennen von PEM, Masking, Shutdown, Dissoziation und Schmerzunterausdruck. Kommunikationsprobleme erhöhen das Risiko vermeidbarer unerwünschter Ereignisse erheblich. [1][3]

C — Übergang, Supervision, Nachqualifizierung

■ **C1 Berufserlaubnis, Anpassungsmaßnahmen, Supervision [N·P·C]** Sind Personen vor vollständiger Anerkennung oder während Anpassungsmaßnahmen tätig, brauchen strukturierte Einarbeitung, Supervision und Qualitätssicherung verbindliche Standards. Eine Pflichtfortbildung zu neurodivergenz-, trauma-, ME/CFS- und Long-Covid-sensibler Versorgung sollte Bestandteil von Anpassungslehrgängen sein.

D — Monitoring, Vollzug und Governance

■ **D1 Patientensicherheits-Monitoring; § 44 GGO [alle]** Eine Folgenabschätzung sollte nicht nur die Verfahrensdauer, sondern auch Patientensicherheit, Kommunikationsqualität, Beschwerdelage und Versorgungsqualität für vulnerable Gruppen erfassen. Aus der Begründung ist eine solche Prüfung nicht erkennbar.

■ **D2 Länderumsetzung [alle]** Anerkennungs- und Prüfstellen liegen bei den Ländern. Ohne einheitliche Vollzugsstandards drohen durch die Verwaltungspraxis unterschiedliche Qualitätsniveaus.

■ **D3 Gleichwertigkeit der Standards; Art. 3 Abs. 3 S. 2, Art. 9, 21 UN-BRK [N·P·C·S]** Die Anforderungen an klinische Kommunikationskompetenz sollten für alle Herkunftsländer und für die inländische Ausbildung gleichermaßen gelten. Würden Qualitätsstandards abgesenkt und Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen dadurch häufiger fehlverstanden, könnte dies mittelbar behinderungsbezogen benachteiligen.

Formulierungsvorschläge — zur Übernahme oder Anpassung

Vier Ergänzungen für Verordnung und Vollzug — herkunftsneutral:

- **Kompetenzerhalt:** Kenntnis- und Eignungsprüfung erfassen verbindlich die Fähigkeit, Diagnostic Overshadowing, atypische Symptompräsentationen und nicht sichtbare Behinderungen zu erkennen — in allen Anerkennungswegen und in der inländischen Ausbildung.
- **Klinische Kommunikationskompetenz:** Geprüft werden nicht nur medizinische Terminologie, sondern auch verständliche, klare, schriftlich unterstützte und behinderungssensible Kommunikation (Teach-back, barrierearme Gesprächsführung).
- **Supervision + Pflichtfortbildung:** Während Anpassungsmaßnahmen/Berufserlaubnis gelten Supervision und Qualitätssicherung; neurodivergenz-, trauma-, ME/CFS- und kommunikationssensible Versorgung ist verbindlicher Fortbildungsbestandteil.
- **Monitoring:** Ein Patientensicherheits-Monitoring mit Indikatoren (Kommunikations-/Behandlungsfehler, Beschwerden, Fehlversorgung vulnerabler Gruppen) und Nachsteuerungspflicht wird eingeführt.

Zur strukturellen Abwägung

Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität sind beide Schutzgüter. Für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen entscheidet die fachliche und kommunikative Kompetenz der Behandelnden unmittelbar über Erkennung oder Übersehen. Beschleunigung ist legitim, solange sie diese Kompetenz nicht absenkt — und solange dieselben Standards für alle Anerkennungswege und die inländische Ausbildung gelten.

Wer Barrieren früh anerkennt, verhindert chronisches Leid und gesellschaftliche Folgekosten. Qualitätssicherung ist Teil des diskriminierungsfreien Gesundheitszugangs nach Art. 25 UN-BRK.

Wir bitten um Berücksichtigung in Verordnung und Vollzug 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] Bartlett, G. et al. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CMAJ*, 178(12), 1555–1562. DOI: 10.1503/cmaj.070690

Design: Kohortenstudie | Qualität: Hoch. Direkte Evidenz: Patient:innen mit Kommunikationsproblemen haben ein rund dreifach erhöhtes Risiko vermeidbarer unerwünschter Ereignisse. Übertragung: Kommunikationskompetenz als Patientensicherheitsfaktor (Berufsanerkennung).

[2] 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.

[3] 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.

[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] 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.

[6] 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*