

Bundesministerium für Gesundheit

Frau Bundesministerin Nina Warken
Friedrichstraße 108 · 10117 Berlin

Juni 2026

Fragen zu Schutzlücken und Stellungnahme zur Umsetzung der Krankenhausreform (KHVVG/KHAG) — Qualität, Patientensicherheit und Monitoring

Barrierearme Versorgung als Qualitäts- und Patientensicherheitsdimension 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.

Das KHVVG ist seit 2025 in Kraft; das KHAG (Bundestag 06.03.2026) dient der praktischen Umsetzbarkeit. Die folgenden Hinweise richten sich daher an Umsetzung, Leistungsgruppenprüfungen, Qualitätskriterien (G-BA/IQTIG), Landeskrankenhausplanung, Entlassmanagement und Monitoring. Barrierearme Versorgung ist dabei keine Komfortfrage, sondern Patientensicherheit. Aus unserer Prüfung der Umsetzung 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. Werden die Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen (§ 135a, §§ 136 ff. SGB V; G-BA/IQTIG) um barrierearme, reizarme, kommunikationsangepasste und entlasssichere Versorgung ergänzt, und werden nicht sichtbare Behinderungen als Patientensicherheitsrisiko in Fehlermanagement und Beschwerdesystemen erfasst?
2. Wie wird sichergestellt, dass Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a SGB V) bei ME/CFS, Long Covid, Autismus, FASD, Trauma, MCS/MCAS und psychischen Krisen Verlaufsrisiken, Belastungsgrenzen und Nachsorgefähigkeit berücksichtigt (Anschlussversorgung, Medikationsplan, Hilfsmittel, Transport, Reha) — und werden Entlassinformationen kognitiv barrierefrei, schriftlich nachvollziehbar und ohne Telefon-/App-Zwang ausgehändigt (BMG-Querschnitt Aufklärung/Information; Art. 9, 12 UN-BRK)?
3. Welche Ausgleichsmechanismen bestehen bei Leistungskonzentration und längeren Wegen (Transport, dezentrale Nachsorge, barrierefreie Telemedizin, Lotsen, wohnortnahe Kooperation)?

4. Wie werden reizarme, chemisch belastungsarme und kommunikationsangepasste Versorgung, Begleitperson und Rückzugsmöglichkeiten als Bestandteil der bundesrechtlichen Qualitätsanforderungen (§§ 136 ff. SGB V; G-BA/IQTIG) verankert — und wie wird die bauliche/sensorische Barrierefreiheit über die Landeskrankenhausplanung gesichert, statt sie als Zuständigkeitsfrage offenzulassen?
5. Werden Wiederaufnahmen, Behandlungsabbrüche, Beschwerden, Fehltriagen, Wartezeiten, Entlasslücken und Patientenerfahrungen (PREM/PROM) nach Behinderung und Barriereart disaggregiert erhoben (Art. 31 UN-BRK)?
6. Welche Mindeststandards sichern im Krankenhaus die Kommunikation für gehörlose und schwerhörige (Deutsche Gebärdensprache/Schriftdolmetschen, Höranlagen), blinde (barrierefreie Unterlagen) und kognitiv beeinträchtigte Patient:innen (Leichte Sprache) — bei Aufnahme, Aufklärung und Entlassung?
7. 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 nächsten Umsetzungs-/Evaluationsschritt (Bund-Länder).

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 — Qualität als Patientensicherheit

■ **A1 § 135a, §§ 136 ff., § 136b SGB V; Leistungsgruppen; G-BA/IQTIG [C·N·P·S]** Wenn Qualitätskriterien vor allem Struktur-, Personal-, Geräte-, Fachabteilungs- und Mengenmerkmale erfassen, ohne barrierearme Versorgung als Qualitätsdimension, entstehen Patientensicherheitsrisiken: Fehltriage, Fehldiagnostik (diagnostic overshadowing), Therapieabbruch, Delir-/Overload-Risiko, Medikationsfehler, Entlasslücke, Re-Traumatisierung und PEM-bedingte Verschlechterung. Barrierearme Versorgung ist Patientensicherheit, nicht Komfort. [1][2]

■ **A2 Krankenhaussetting; Art. 9, 25 UN-BRK [C·S·N·P]** Krankenhäuser sind für viele nicht sichtbar behinderte Menschen Hochbelastungsräume (Licht, Lärm, Desinfektionsmittel, Mehrbettzimmer, Schlafunterbrechung, unvorhersehbare Abläufe). Mindeststandards zu reizarmen/chemisch belastungsarmen Bereichen, Begleitperson, schriftlicher Kommunikation, Rückzugsräumen und planbaren Abläufen fehlen. [3]

B — Entlassmanagement und Leistungskonzentration

■ **B1 § 39 Abs. 1a SGB V (Entlassmanagement) [N·P·C]** Patient:innen wirken bei Entlassung „stabil“, brechen aber zu Hause zusammen, wenn Anschlussversorgung, Medikationsplan, Hilfsmittel, Transport, Pflege, Reha oder Arzttermine nicht angepasst sind. Entlassmanagement muss bei ME/CFS, Long Covid, Autismus, FASD, Trauma, MCS/MCAS und psychischen Krisen Verlaufsrisiken, Belastungsgrenzen und Nachsorgefähigkeit berücksichtigen.

■ **B2 Leistungskonzentration; Landeskrankenhausplanung [C·S·P]** Leistungskonzentration kann Qualität verbessern; sie muss aber bei energetisch-limitierten, reizempfindlichen und chronisch kranken Menschen durch Transport-, dezentrale Nachsorge-, telemedizinische (barrierefreie) und Lotsen-/Kommunikationsstrukturen flankiert werden.

C — Notfall-Schnittstelle und Governance

■ **C1 INZ / Ersteinschätzung (Querbezug Notfallreform) [N·P]** Die im Krankenhaus verortete Ersteinschätzung teilt die Triage-Schutzlücke der Notfallreform (Fehltriage atypischer Präsentation).

■ **C2 Evaluation; § 44 GGO; Art. 4 Abs. 3, 31 UN-BRK [alle]** Die Evaluation sollte nicht nur Struktur- und Finanzdaten, sondern Zugangs-, Entlass-, Wiederaufnahme-, Fehltriage-, Wartezeit- und Patientenerfahrungsdaten (PREM/PROM) nach Behinderung und Barriereart auswerten; G-BA/IQTIG-Indikatoren sind entsprechend zu ergänzen.

Formulierungsvorschläge — zur Übernahme oder Anpassung

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

- **Qualitätsindikatoren:** Die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen (G-BA/IQTIG) umfassen barrierearme, reizarme, kommunikationsangepasste und entlasssichere Versorgung als Patientensicherheitsdimension.
- **Entlassmanagement:** Das Entlassmanagement berücksichtigt Verlaufsrisiken, Belastungsgrenzen und Nachsorgefähigkeit; Anschlussversorgung, Medikationsplan, Hilfsmittel, Transport und Reha sind schriftlich und barrierearm zu sichern.
- **Evaluation:** Wiederaufnahmen, Behandlungsabbrüche, Beschwerden, Fehltriagen, Wartezeiten, Entlasslücken und Patientenerfahrungen werden nach Behinderung und Barriereart disaggregiert erhoben.

Zur strukturellen Ursache

Eine Strukturreform, die Qualität an messbaren Struktur- und Mengenmerkmalen misst, aber das Setting für nicht sichtbare Behinderungen ignoriert, verbessert die Versorgung an dieser Gruppe vorbei. Barrierearme Versorgung ist Patientensicherheit.

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] 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] 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 Herzkrankung.
- [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.
- [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