

Medira - Invisible Barrieren im Krankenhaus erfassen und abbauen

Nicht sichtbare Behinderungen, kumulierte Barrieren und komplexe Komorbidität als unzureichend operationalisierte Dimension von Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Zugänglichkeit im deutschen Krankenhauswesen

POSITIONSPAPIER

Adressaten:

BMG, BMAS, BMWSB, Länder, G-BA, IQTIG, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Landeskrankenhausgesellschaften, Bundesfachstelle Barrierefreiheit

Methodische Haltung:

Das Papier basiert auf Erfahrung in eigener Expertise und trennt dabei zwischen Studien, plausibler Risikoableitung und politischer Schlussfolgerung.

Stand: März 2026 | Rebecca Lefèvre | gemeinsam zusammen e.V. | post@stille-stunde.com

Kernthese

Formaler Zugang zum Krankenhaus ist keine gleichwertige Nutzbarkeit. Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen begegnen im stationären Kontext einer spezifischen Kombination aus sensorischen, kommunikativen, chemischen, organisationalen und digitalen Barrieren — die bestehende Qualitätsarchitektur adressiert diese Dimension systematisch nicht. Das ist ein Regelungsdefizit, kein Einzelfall.

Inhaltsverzeichnis

Das Problem in drei Sätzen	4
Warum jetzt: Das strategische Zeitfenster 2025–2026	4
1. Was Barrierefreiheit im Krankenhaus bisher nicht erfasst	5
1.1 Das Sichtbarkeitsproblem	5
1.2 Der Hochrisikoraum Krankenhaus	5
1.3 Der Mechanismus des Versorgungsversagens	6
2. Betroffene Gruppen und Risikokonstellationen	6
2.1 Das Komorbiditätsprinzip	6
2.2 Mehrfachvulnerabilität: wenn Sichtbares und Unsichtbares zusammentreffen	7
3. Was im Krankenhaus als Invisible Barriere wirkt: Sieben Kategorien	8
4. Suizidpräventive Relevanz: Warum das Krankenhaus kein neutraler Ort ist	11
4.1 Erhöhtes Grundrisiko in NNV-Profilen — gesicherter Befund	11
4.2 Das Krankenhaus als Verstärker — plausible Risikoableitung	11
4.3 Regelungspolitische Schlussfolgerung	12
5. Warum bestehende Maßnahmen nicht ausreichen	13
5.1 Die Selektivität formaler Neutralität	13
5.2 Was die Krankenhausreform noch nicht löst	13
6. Was andere Länder bereits regulieren	14
7. Was erforderlich ist: Normkern und Normierungsagenda	15
7.1 Normkern	15
7.2 Gestufter Normaufbau	15
7.3 Normierungsagenda Krankenhaus 2026	15
8. Interministerielle Zuständigkeiten	16
9. Politische Position	18
9.1 Was dieses Papier verlangt	18
9.2 Was dieses Positionspapier nicht behauptet	18
9.3 Einordnung in den Dokumentrahmen	18
A Glossar	20
B Literaturverzeichnis	21
I Wissenschaftliche Studien (im Text zitiert)	21
II Klinische Leitlinien und Standards	22
III Internationale Regelungsrahmen und Berichte	22
IV Deutsches Recht und nationale Dokumente	22
Eigene Vorarbeiten (gemeinsam zusammen e.V.)	22

Definition Invisible Barrieren

Invisible Barrieren sind solche Barrieren, die in ihrer Funktion als Barriere nicht offenkundig werden. Bei invisiblen Barrieren handelt es sich regelmäßig um strukturelle Umweltbedingungen, die bei funktionell beeinträchtigten Personen ggf. kumulativ eine disproportionalen Belastungsreaktion auslösen und dadurch faktische Zugänglichkeit verhindern oder wesentlich erschweren. Zu den invisiblen Barrieren zählen Barrieren sensorischer, chemischer, kommunikativer oder sozialer Art. Das Kriterium ist nicht die Diagnose, sondern die funktionelle Belastungsreaktion.

Definition Nicht Sichtbare Behinderungen

Nicht sichtbare Behinderungen sind Behinderungen im Sinne des geltenden Rechts, bei denen die zugrunde liegenden Beeinträchtigungen und ihre funktionalen Auswirkungen im Alltag nicht unmittelbar erkennbar sind und deren Teilhabebeeinschränkung maßgeblich aus der Wechselwirkung mehrerer zentraler Regulations- oder Verarbeitungssysteme mit umwelt- und einstellungsbedingten Barrieren entsteht oder durch schwankende bzw. umweltabhängige Verläufe bedingt ist.

Das Problem in drei Sätzen

Krankenhäuser gelten als zugänglich, wenn Rampen, Aufzüge und Leitsysteme vorhanden sind. Für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen — Autismus, ME/CFS, MCAS, Traumafolgestörungen, neurodivergente Profile, chronische Schmerz- und Erschöpfungszustände — sind diese Barrieren nicht die relevanten. Relevant ist, was Neonlicht, Wartezeiten, Innenraumluft, unangekündigte Berührungen, fehlende schriftliche Information und Schichtwechsel ohne Übergabe mit einem Körper und einem Nervensystem machen, das unter anderen Voraussetzungen arbeitet.

Das Resultat ist strukturell: Fehlinterpretation der Reaktion als Non-Compliance, Versorgungslücken, Chronifizierung, in Extremfällen suizidpräventive Relevanz. Diese Kausalkette ist für mehrere Betroffenenengruppen in der Forschungslage gut dokumentiert — nicht als Einzelfall, sondern als wiederkehrendes Muster.

Das ist kein Qualitätsproblem, das einzelne Krankenhäuser lösen können. Es darf auch kein Akt der Solidarität ein. Es ist ein Normierungsdefizit: Die bestehende Qualitätsarchitektur kennt diese Barrierenkategorie nicht als eigene Dimension. Dieses Positionspapier benennt, was fehlt, und formuliert, was notwendig ist.

Warum jetzt: Das strategische Zeitfenster 2025–2026

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG, in Kraft seit Januar 2025) und dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) befindet sich das deutsche Krankenhauswesen in einem historisch seltenen Reformfenster. Qualitätsorientierung, Leistungsgruppensteuerung, Vorhaltefinanzierung und Patientensicherheit werden neu verhandelt.

Der BMG-Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen (2024) und die laufenden Arbeiten des IQTIG zu Patientenqualität schaffen weitere Andockpunkte.

Wer diese Fenster nicht nutzt, wartet auf die nächste Reform — und die nächste. Invisible Barrieren im Krankenhaus sind keine Parallelagenda. Sie sind eine bislang unzureichend operationalisierte Qualitätsdimension der laufenden Reform.

1. Was Barrierefreiheit im Krankenhaus bisher nicht erfasst

1.1 Das Sichtbarkeitsproblem

Die dominante Logik der Krankenhausbarrierefreiheit erfasst Barrieren, die sichtbar, dauerhaft und technisch standardisiert sind: Rampen, Aufzüge, Leitsysteme, Gebärdensprachdolmetschung, Zweisinnprinzip. Diese Barrieren betreffen einen Teil der Menschen mit Behinderungen — nicht deren Mehrheit.

Schätzungsweise sind 70–80 % aller Behinderungen nicht unmittelbar sichtbar (vgl. u.a. UK Parliamentary Briefing; Feldforschung gemeinsam zusammen e.V. 2023–2025). Für diese Mehrheit sind die sensorischen, kommunikativen, chemischen, organisationalen und digitalen Bedingungen des Krankenhausalltags die entscheidenden Barrieren — und diese Kategorie ist in der deutschen Qualitätsarchitektur bislang nicht als verbindliche Normierungseinheit operationalisiert.

Präzisierte Definition

Invisible Barrieren im Krankenhaus sind sensorische, kommunikative, chemische, organisationale und digitale Bedingungen, die für einen Teil der Patient:innen mit nicht sichtbaren Behinderungen oder vulnerablen Profilen den gleichberechtigten Zugang zu Versorgung, die Sicherheit während des Aufenthalts und die Kontinuität der Behandlung faktisch einschränken — ohne dass eine formale Zugangsverweigerung vorliegt.

1.2 Der Hochrisikoraum Krankenhaus

Szenario: Radiologie, 14:30 Uhr

Eine autistische Patientin mit MCAS und Traumageschichte wartet in der Radiologie. Der Raum ist ruhig. Es gibt keine Schlange. Das Personal ist freundlich. Für eine neurotypische Patientin ist das eine unproblematische Situation.

Für sie: Das Neonlicht flackert unmerklich, aber mit einer Frequenz, die Migräne auslösen kann. Der Desinfektionsmittelgeruch am Eingang hat bereits eine leichte MCAS-Reaktion ausgelöst. Sie wurde vor fünfzehn Minuten nicht darüber informiert, dass die Untersuchung Körperkontakt erfordert. Das Formular zur Einwilligung hat sie kaum lesen können — die Schrift war klein, die Zeit knapp, der Brainfog hoch.

Ruhig ist nicht dasselbe wie barrierefrei. Das Krankenhaus hat keine Barriere errichtet. Es hat nur keine abgebaut.

Das Krankenhaus ist kein normaler Aufenthaltsort. Im ambulanten Alltag können Betroffene Termine abbrechen, Räume verlassen, Belastungen begrenzen. Stationär kumulieren Reize und Anforderungen über Stunden und Tage ohne Ausweichoption: Aufnahme, Untersuchungen, Schmerz, Schlafentzug, Schichtwechsel, Mitpatient:innen, Licht, Lärm, Gerüche, Infusionen, unangekündigte Berührungen.

Für Menschen mit sensorischer Sensitivität, Belastungsintoleranz, Traumageschichte oder exekutiver Vulnerabilität ist dieser Kontext hochriskant — nicht weil das Personal schlechter wäre, sondern weil die Standardarchitektur nicht auf diese Profile ausgelegt ist.

1.3 Der Mechanismus des Versorgungsversagens

Ein typischer Eskalationspfad lässt sich in fünf Schritten beschreiben. Nicht jede Versorgungssituation durchläuft alle Stufen; das Muster ist für mehrere Betroffenenengruppen empirisch dokumentiert, die Häufigkeit in Deutschland statistisch nicht systematisch erfasst:

1	Eine Barriere wirkt auf Wahrnehmung, Regulation oder körperliche Stabilität.
2	Die Reaktion wird fehlgedeutet — als mangelnde Kooperation, psychiatrische Symptomatik oder Aggression.
3	Die Fehlinterpretation führt zu inadäquaten Maßnahmen: Sedierung, Fixierung, psychiatrische Eskalation, Abbruch.
4	Die eigentliche Diagnose oder der Behandlungsbedarf gerät in den Hintergrund (Diagnostic Overshadowing).
5	Chronifizierung, Versorgungsabbruch oder suizidpräventiv relevante Belastungssteigerung sind die Folge.

2. Betroffene Gruppen und Risikokonstellationen

Die folgende Gruppenübersicht ist typisch, nicht abschließend. Entscheidend ist nicht die Einzeldiagnose, sondern das funktionale Profil: Beeinträchtigungen der Reizregulation, der Exekutivfunktionen, der Schmerzverarbeitung oder der Stresstoleranz (vgl. KONVERA-Modell, gemeinsam zusammen e.V., März 2026).

Neurodivergente Profile (Autismus, ADHS, FASD) → Reizüberflutung, exekutive Überlastung, Ambiguität	Traumafolgestörungen, Dissoziation → Kontrollverlust, Berührung, Fixierung als Triggerkonstellationen
ME/CFS und Post-COVID → Post-exertional malaise als klinische Realität, nicht Befindlichkeit	Intellektuelle Beeinträchtigungen → Kommunikationsbarrieren, Diagnostic Overshadowing
MCAS, Chemikaliensensitivität (MCS) → Duftstoffe, Desinfektionsmittel, Latex als medizinische Risiken	Intersektionale Verstärkung → Geschlecht, Armut, Migration, sexuelle Orientierung, Alter als Verstärkungsfaktoren

2.1 Das Komorbiditätsprinzip

Nicht die Einzeldiagnose ist das strukturelle Problem, sondern die Mehrfachkonstellation: sensorische Sensitivität, Erschöpfbarkeit, Traumaerfahrung, chronischer Schmerz, Dysautonomie und Angst treten häufig gemeinsam auf (KONVERA-Komorbiditätskaskade). Daraus folgt für die Steuerung: Krankenhausroutinen, die auf Einzeldiagnosen ausgelegt sind, erfassen diese Profile systematisch nicht. Erforderlich ist ein funktionsbezogener Ansatz, der typische Belastungskonstellationen unabhängig von der Primärdiagnose berücksichtigt.

2.2 Mehrfachvulnerabilität: wenn Sichtbares und Unsichtbares zusammentreffen

Eine besondere Risikogruppe bilden Menschen mit gleichzeitig sichtbarer und nicht sichtbarer Behinderung — zum Beispiel eine Rollstuhlnutzerin mit gleichzeitiger MCAS-Diagnose, oder ein gehörloser Patient mit Autismus. Diese Konstellation erzeugt eine spezifische Belastungsstruktur: Die sichtbare Behinderung wird erkannt und teilweise adressiert. Die nicht sichtbare Behinderung bleibt unsichtbar — auch für das Personal, das bereits glaubt, den Bedarf zu kennen.

Besonders dokumentiert ist dies bei Frauen mit nicht sichtbaren Behinderungen, die sich im Krankenhaus in einer Doppelposition befinden:

Sie müssen vermehrt ihre sichtbaren Beeinträchtigungen verwalten, werden häufiger fehldiagnostiziert, aufgrund maskulin gelernter Stereotype und gleichzeitig ihre nicht sichtbaren Bedarfe erklären und durchsetzen — unter Zeitdruck, im Schmerz, im Erschöpfungszustand.

Die Delegitimierungserfahrung ist in dieser Gruppe überdurchschnittlich hoch dokumentiert (vgl. NaSPro, AG Neurodivergenz, Positionspapier 2025: Abschnitt 4.7).

Evidenzhinweis (plausible Risikoableitung)

Für Frauen mit neurodivergenten Profilen ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, Symptome atypisch zu präsentieren und deshalb nicht erkannt oder fehldiagnostiziert zu werden (u.a. NICE NG206; NaSPro, AG NNV 2025). Im Krankenhaus bedeutet das: Ihre Erschöpfung wird nicht als Post-exertionale Malaise erkannt, ihr Rückzug nicht als sensorische Regulierung, ihr Widerstand nicht als Traumareaktion. Das ist kein individuelles Missverständnis — es ist ein Systementwurfsproblem.

3. Was im Krankenhaus als Invisible Barriere wirkt: Sieben Kategorien

Die folgende Liste ist eine strukturelle Beschreibung dessen, was für einen erheblichen Teil der Patient:innen mit nicht sichtbaren Behinderungen im Krankenhausalltag als medizinisch relevante Barriere wirkt — täglich, kumulativ und oft unwissentlich durch Entscheidung oder Verhalten des Personals und ebenso leicht vermeidbar. Die Wirkung dieser Barrieren ist in vielen Studien belegt.

Die sieben Kategorien wirken meist nicht additiv, sondern multiplikativ. Kein Faktor ist allein ausschlaggebend; ihre Kombination im geschlossenen stationären Kontext ist es. Genau das unterscheidet das Krankenhaus von anderen Versorgungsorten.

Kategorie 1 — Sensorische Barrieren

Neonlicht und LED-Kaltlicht (>5000 K) als Migränetrigger und Ursache sensorischer Erschöpfung. Unvorhersehbare Monitorpiepen und Durchsagen, die Schlaf und Erholung strukturell verhindern. Gemusterte Böden und kontrastreiche Farbgebung als vestibuläre Belastung bei POTS und MS. Mehrbettzimmer ohne Rückzugsmöglichkeit als Dauerstressor.

Warum das relevant ist: Sensorische Erschöpfung beeinträchtigt Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit und Schmerzwahrnehmung. Was als Unkooperativität erscheint, ist häufig sensorische Überlastung.

Kategorie 2 — Chemische Barrieren

Flüchtige Chemikalien in der Atemluft, Desinfektionsmittel, Reinigungschemikalien, Parfum des Personals, Passivrauch, Laserdrucker-Emissionen, Latexhandschuhe, Kontrastmittel, Narkosemittel: Das Krankenhaus ist chemisch hochbelastet. Für Menschen mit Multipler Chemikalien-Sensitivität (MCS) oder MCAS sind diese Substanzen keine Komfortfrage, sondern ein medizinisches Risikofeld.

Warum das relevant ist: Atemluft ist lebensnotwendig und nicht selbst bestimmbar. (Inhalative) Kontakte mit chemischen Stoffen und deren Inkorporation lösen Zustandsverschlechterungen aus. Es kann zu anaphylaktischen bzw. anaphylaktoiden Reaktionen kommen. Das Krankenhaus ist für betroffene Profile ohne strukturelle Anpassung ein aktiver Risikofaktor. Verträgliche Mengen des Unverträglichen gibt es nicht, daher ist systematische Produktauswahl entscheidend. Das ist regulierbar.

Kategorie 3 — Kommunikative Barrieren

Offene Erstfragen ('Was führt Sie zu uns?') ohne strukturierte Unterstützung, Fachjargon unter Zeitdruck, ausschließlich mündliche Information in der Visite, kein schriftliches Sicherungssystem, Schichtwechsel ohne Weitergabe von Kommunikationsprofilen.

Warum das relevant ist: Kommunikative Barrieren verhindern informierte Einwilligung, korrekte Anamnese und Beschwerdeartikulation. Das ist kein Kommunikationsproblem des Patienten — es ist ein Systementwurfproblem.

Kategorie 4 — Ernährungsbarrieren

Standardkost ist für bestimmte Profile kein Komfortproblem, sondern ein medizinisches Risiko: Histaminreiche Lebensmittel bei MCAS/Mastozytose können Reaktionen bis zur Anaphylaxie auslösen. POTS erfordert therapeutisch salzreiche Kost und erhöhte Flüssigkeitszufuhr. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa erfordern individuelle Ernährung; Standardkost kann Schübe auslösen. Das Verbot eigener Nahrung aus hygienischen Gründen hat bei diesen Profilen direkte medizinische Folgen.

Warum das relevant ist: Ernährungsanpassung bei medizinisch begründetem Bedarf ist keine Sonderbehandlung. Die fehlende Regelung ist eine strukturelle Versorgungslücke.

Kategorie 5 — Organisationale Barrieren

Schichtbetrieb ohne strukturierte Weitergabe von Barriereprofilen. Kein Aufnahme-Screening zu Invisible Barrieren. Kein Rückzugsraum auf Station. Keine Bezugspflege als Regelstandard. Keine Möglichkeit, Behandlungsschritte vorzubereiten oder nachzuverfolgen. Standardisierte Abläufe, die keine Abweichung für atypische Reaktionen vorsehen.

Warum das relevant ist: Organisationale Barrieren sind die einzige Kategorie, die vollständig ohne bauliche oder finanzielle Investition adressierbar ist — durch Protokoll, Übergabe und Screening. Ihr Fehlen ist daher besonders erklärungsbedürftig.

Kategorie 6 — Soziale und emotionale Barrieren

Hierarchische Kommunikation, die Selbstvertretung strukturell erschwert. Delegitimierungserfahrungen ('Das bilden Sie sich ein', 'Das ist psychosomatisch') als systematische Muster, nicht als Einzelereignisse. Nicht-Geglaubt-Werden als dokumentierte Versorgungserfahrung bei chronischen, nicht sichtbaren Erkrankungen — besonders bei Frauen. Unangekündigte Berührung, Kontrollverlust und Entkleidung als Traumatrigger.

Warum das relevant ist: Soziale Barrieren sind der Hauptauslöser für Versorgungsabbrüche. Sie entstehen nicht durch Böswilligkeit, sondern durch fehlende Schulung und fehlende strukturelle Signale, dass diese Profile bekannt und ernst genommen werden.

Kategorie 7 — Digitale und administrative Barrieren

Online-Buchungsportale, die motorische und kognitive Voraussetzungen erfordern, die bei ADHS, Brainfog, motorischen Beeinträchtigungen oder Seheinschränkung nicht gegeben sind. Formulare ohne alternative Eingabeformate. Fehlende Vorbereitung auf Abläufe (kein Informationsblatt, keine Prozessvorschau). Administrative Abläufe, die Eigeninitiative und Systemnavigation voraussetzen, die unter akuter Belastung nicht verfügbar sind.

Warum das relevant ist: Digitale Zugänglichkeit im Krankenhaus endet nicht am Eingang. Verwaltungsprozesse, die für neurotypische Erwachsene unter normaler Belastung konzipiert sind, scheitern systematisch bei Hochbelastungszuständen — also genau dann, wenn jemand stationär aufgenommen wird.

Das Wirkungsprinzip: kumulativ, nicht additiv

Eine einzige Nacht im Krankenhaus kann in diesem Beispiel alle sieben Kategorien gleichzeitig aktivieren:

Neonlicht (1), Desinfektionsmittelgeruch (2), mündliche Aufklärung ohne Nachfragemöglichkeit (3), Standardmahlzeit mit Histamingehalt (4), Schichtwechsel ohne Übergabe (5), unangekündigte Blutabnahme um 5:30 Uhr mit unangekündigter Berührung (6), Entlassungsformular digital und unter Zeitdruck (7). Das Ergebnis ist nicht die Summe dieser Belastungen. Es ist ihre Eskalationsdynamik.

Weitere Analyse, Evidenz und Maßnahmen je Kategorie:
Stille-Stunde-Leitfaden für das Gesundheitswesen (Februar 2026)

4. Suizidpräventive Relevanz: Warum das Krankenhaus kein neutraler Ort ist

Die Verbindung zwischen Invisible Barrieren im Krankenhaus und suizidpräventiver Relevanz ist kein Randthema. Es ist ein zentrales Argument dafür, dass das Regelungsdefizit nicht nur eine Qualitäts-, sondern eine Sicherheitsfrage ist.

4.1 Erhöhtes Grundrisiko in NNV-Profilen — gesicherter Befund

Im Positionspapier des Nationalen Suizidpräventionsprogramms werden die besonders vulnerablen Gruppen Neurodivergenz und neurologische Vielfalt (Autismus, ADHS, FASD und ME/CFS) genauer beleuchtet.

Gemeinsam ist diesen Profilen, dass ihre Beeinträchtigungen nicht unmittelbar sichtbar sind, in Versorgungsstrukturen systematisch unterschätzt werden und unter den Bedingungen des Krankenhausbetriebs spezifische Risikokonstellationen erzeugen. Der Begriff ist kein diagnostischer, sondern ein strukturanalytischer: Er bündelt Gruppen, die von denselben Barrierekategorien betroffen sind.

Für mehrere der hier beschriebenen Betroffenenengruppen wurde das signifikant erhöhte Suizidrisiko wissenschaftlich aufgearbeitet. Die Evidenzlage ist heterogen und methodisch unterschiedlich stark, zeigt aber konsistent erhöhte Raten:

Autismus-Spektrum	Ca. 9–10-fach erhöhtes Suizidrisiko gegenüber Allgemeinbevölkerung (Hirvikoski et al. 2016; Cassidy et al. 2020). Spät diagnostizierte Frauen besonders exponiert (Diemer et al. 2025).
ADHS	Erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und -versuche; ADHS als unabhängiger Risikofaktor auch unabhängig von Komorbiditäten dokumentiert (Di Salvo et al. 2024; Rother et al. 2025).
ME/CFS / Post-COVID	Suizidalität als Folge von Isolation, Delegitimierung und körperlicher Dauerbelastung; in Einzelstudien dokumentiert, Gesamtlage noch heterogen (König et al. 2024).
FASD	Erhöhte Suizidrate und Suizidgedanken bei Jugendlichen und Erwachsenen mit FASD (O'Connor et al. 2019; Thanh & Jonsson 2016).

4.2 Das Krankenhaus als Verstärker — plausible Risikoableitung

Suizidalität in NNV-Profilen ist überwiegend nicht primär psychiatrisch verursacht. Sie ist in einem erheblichen Anteil der Fälle Folge von Delegitimierungserfahrungen, Diagnoseversagen, sozialer Isolation und struktureller Unter- und Fehlversorgung — also genau der Faktoren, die im Krankenhaus durch Invisible Barrieren aktiv erzeugt werden können.

Es gibt gegenwärtig keine Studie, die direkt belegt, wie häufig Krankenhausaufenthalte bei NNV-Profilen suizidale Krisen auslösen oder verstärken. Diese Datenlücke ist selbst Teil des Problems. Man weiß jedoch, dass viele Menschen vor der suizidalen Krise keinen Kontakt zum Gesundheitswesen haben. Plausibel ableitbar ist:

- Krankenhausaufenthalte erzeugen für Hochrisikogruppen systematisch Bedingungen, die deren bekannte Risikofaktoren — Kontrollverlust, Delegitimierung, sensorische Überlastung, Kommunikationsbarrieren — kumulativ aktivieren.

- Eskalationsereignisse wie Fixierung, unfreiwillige Sedierung oder psychiatrische Einweisung aufgrund von Fehlinterpretation können traumatisierend wirken und langfristig Versorgungsvermeidung erzeugen.
- Versorgungsabbrüche nach Krankenhausaufenthalten — die Entscheidung, medizinische Hilfe künftig nicht mehr zu suchen — sind in Betroffenenberichten gut dokumentiert, statistisch in Deutschland nicht erfasst.

Einordnung (NaSPro, AG Neurodivergenz & neurologische Vielfalt, 2025)

Die AG Neurodivergenz innerhalb des Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro), hat in ihrer Stellungnahme zum Suizidpräventionsgesetz (BT-Drs. 20/14987) ausdrücklich auf die strukturellen Versorgungslücken im Gesundheitswesen als suizidrelevante Risikofaktoren hingewiesen — und gefordert, NNV-Profile als Hochrisikogruppe im Suizidpräventionsgesetz zu benennen.

Das Krankenhaus ist dabei der zugespitzte Kontext: der Ort, an dem alle bekannten Risikofaktoren gleichzeitig, unkontrolliert und ohne strukturelle Gegenmaßnahmen auftreten können.

4.3 Regelungspolitische Schlussfolgerung

Daraus folgt regelungspolitisch: Die suizidpräventive Relevanz von Invisible Barrieren im Krankenhaus ist kein Randargument für Spezialistinnen. Sie ist ein Argument dafür, dass das Regelungsdefizit Patientensicherheitsrelevanz hat — im Sinne der KHVVG-eigenen Qualitätsziele. Ein Barrierescreening bei Aufnahme, das vulnerable Profile erkennt und dokumentiert, ist damit nicht nur eine Inklusionsmaßnahme. Es ist eine Sicherheitsmaßnahme.

Vollständige Evidenz: NaSPro, AG Neurodivergenz, Positionspapier 2025 (www.naspro.de).
Literaturverzeichnis im Anhang.

5. Warum bestehende Maßnahmen nicht ausreichen

5.1 Die Selektivität formaler Neutralität

Die gegenwärtige Reform- und Qualitätsarchitektur ist nicht ausschließend; sie ist jedoch lediglich asymmetrisch anschlussfähig und faktisch an Bedingungen geknüpft: Bedarfslagen werden zuverlässiger verarbeitet, wenn sie sichtbar, standardisiert kommunizierbar, administrativ bekannt oder im System standardmäßig vorgesehen sind. Invisible Barrieren erfüllen keine dieser Bedingungen.

Das Fehlen bedeutet eine strukturelle Lücke in der Qualitätsarchitektur: Invisible Barrieren existieren dort nicht als eigene Normierungskategorie.

Rechtliche Einordnung

Formal neutrale Verfahren sind nicht neutral, wenn sie systematisch Voraussetzungen erzeugen, die für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen faktisch nicht erfüllbar sind. Hieraus ergibt sich ein Risiko mittelbarer Benachteiligung (Art. 9, Art. 25 UN-BRK; § 4 BGG; § 3 § 630a ff. BGB [Behandlungsvertrag]). Das Unterlassen strukturell erforderlicher Anpassungen ist diskriminierungsrelevant — nicht weil individuelle Akteure versagen, sondern weil das System deren Bedarf nicht kennt.

5.2 Was die Krankenhausreform noch nicht löst

KHVVG und KHAG steuern Qualität über Leistungsgruppen, Vorhaltefinanzierung und Strukturvorgaben. Der BMG-Aktionsplan adressiert bauliche Barrierefreiheit und digitale Zugänglichkeit. Die DeQS-Richtlinie und IQTIG-Arbeiten zu Patientenqualität sind relevante Andockpunkte — aber keines dieser Instrumente operationalisiert Invisible Barrieren als eigene Qualitätsdimension.

Die fünf offenen Prüffragen, die aus der Analyse folgen:

- Wird der Bedarf früh identifiziert — oder erst in der Eskalation sichtbar?
- Wird er dokumentiert und im Behandlungsverlauf zuverlässig übergeben?
- Ist die Umgebung nur geordnet — oder tatsächlich belastungsverträglich?
- Gibt es eine nachvollziehbare Logik angemessener Vorkehrungen jenseits sichtbarer Behinderung?
- Werden Patient:innen- und Betroffenenperspektiven in Qualitätsentwicklung und Beschwerdelogik systematisch eingebunden?

Keine dieser fünf Fragen ist mit dem bestehenden Instrumentarium hinreichend und systematisch beantwortet.

6. Was andere Länder bereits regulieren

Deutschland hat in diesem Bereich bislang keine kohärente Regulierung entwickelt, während andere Länder funktional vergleichbare Ansätze bereits umsetzen. Für alle zentralen Elemente dieses Positionspapiers existieren internationale Vorbilder oder funktional vergleichbare Regulierungsansätze.

Handlungsfeld	Mindeststandard	Instrument	Zuständigkeit
Bedarfsidentifikation & Dokumentation	Systematisches Barrierscreening bei Aufnahme; dokumentierbares Feld für Anpassungsbedarfe	NHS England: Reasonable Adjustment Flag (Implementierungsleitfaden 2023, Rollout ab 2026); Health and Care Passports	NHS England
Zugängliche Information	Identifizierung, Dokumentation und Weitergabe kommunikativer Bedarfe über den Versorgungsverlauf	NHS England: Accessible Information Standard (DAPB1605)	NHS England
Angemessene Vorkehrungen	Reasonable adjustments als Qualitäts- und Sicherheitsmerkmal, nicht als Einzelfallentscheidung	Australien: ACSQHC Safety and Quality Standards 2021	ACSQHC
Sensorische Umgebung	Sensorische Parameter als Normierungseinheit in diagnostischen, notfallmed. und psychiatrischen Bereichen	Australien: NSW Health Sensory Modulation Policy 2021	NSW Health
Disability-inclusive Health	Governance, Workforce, Datenerfassung, Kommunikation, Beteiligung als Systemdimensionen	WHO Europa: Framework for Action 2022–2030; Good Practices 2025	WHO Europa
Schulung des Personals	Modulare Fortbildungspflicht zu nicht sichtbaren Behinderungen	NICE: CG142 Autism in Adults; NG206 ME/CFS	NICE (UK)

7. Was erforderlich ist: Normkern und Normierungsagenda

7.1 Normkern

Aus der Analyse folgt die Notwendigkeit eines Normkerns. Krankenhäuser müssen auch solche Barrieren als qualitäts- und zugangsrelevant behandeln, die nicht baulich sichtbar, diagnostisch eindeutig oder administrativ bereits erfasst sind. Dieser Normkern lässt sich in drei Anforderungen übersetzen:

- Identifizieren: Barrierscreening als Bestandteil der Aufnahme — nicht als Sonderfall.
- Dokumentieren und übergeben: Anpassungsbedarfe müssen im Behandlungsverlauf übertragen werden, auch bei Schichtwechsel und Verlegung.
- Umgebung gestalten: Sensorische und chemische Parameter, Kommunikationsstandards und Prozessdesign sind als Normierungseinheit zu behandeln — nicht als Einzelmaßnahme.

7.2 Gestufter Normaufbau

Für die Standardbildung ist ein gestufter Aufbau sachgerecht:

Stufe A	Basisstandard (jedes Krankenhaus): Belastungssensibles Barrierscreening bei Aufnahme. Barrierearme Rückzugsorte. Dokumentierbares Feld für Anpassungsbedarfe in der Patientenakte. Schichtwechsel-Übergabe mit Barriereprotokoll.
Stufe B	Einrichtungsstrukturelle Standards: Reizarme Rückzugsoptionen in Notaufnahme und Hochbelastungsbereichen sowie reizreduzierende Module in Zimmern. Dufftfreie Standards. Kommunikationsalternativen. Modul Invisible Barrieren in Pflicht-Fortbildung.
Stufe C	Qualitätsarchitektur: Standardisierte barrierefreie Abteilungen oder Kompetenzzentre. Invisible Barrieren als Kategorie in QM-Systemen, CIRS, Patientenbefragungen und Qualitätsberichten. Indikatoren, die Messung und Steuerung erlauben.

7.3 Normierungsagenda Krankenhaus 2026

Die folgende Agenda übersetzt die Analyse in standardisierbare Felder. Zuordnungen sind arbeitsbezogen, nicht abschließend.

Handlungsfeld	Mindeststandard	Instrument	Zuständigkeit
Barrierscreening	Kurzinstrument bei stationärer Aufnahme; Anpassungsbedarfe als dokumentierbares Feld	G-BA-Richtlinie / KH-Qualitätsrecht; IQTIG-Indikator	BMG, G-BA, IQTIG
Krankenhaus-Pass	Individuelles Dokument zu Kommunikationsbedarf, Triggern, Hilfsmitteln, Ernährung	Standard analog NHS Health Passport; Integration in ePA/TI	BMG, gematik
Sensorische Umgebungsgestaltung	Reizarme Rückzugsoptionen; Licht-/Akustikstandards in Hochbelastungsbereichen	AWMF-Leitlinienstandard; KH-Planung; Baurechtliche Empfehlung	BMG, BMWSB, Länder

Handlungsfeld	Mindeststandard	Instrument	Zuständigkeit
Kommunikationsstandards	Schriftliche Absicherung wichtiger Inhalte; strukturierte Übergabe mit Barriereprofil	Qualitätsmerkmal in DeQS-Richtlinie / IQTIG-Qualitätsbericht	G-BA, IQTIG
Sensorische Standards	Keine Duftstoffe in sensiblen Bereichen; Reinigungsmittel und Personalprodukte, Dämmschutz, neurosensible Architektur,	Hygienestandards um Sensitivitätsparameter erweitern	BMG, RKI, Länder
Fortbildungspflicht	Modul Invisible Barrieren als Pflichtbestandteil in Klinikfortbildungen	Krankenhausrecht; Berufsrechtliche Anforderungen; Trägerrichtlinien	BMG, Länder, Träger
QM-Integration	Invisible Barrieren als Kategorie in QM, CIRS, Beschwerdemanagement, Patientenbefragung	IQTIG-Qualitätsbericht; Krankenhausrecht; Trägerstandards	IQTIG, G-BA, DKG
Qualitätsindikatoren	Messbare Indikatoren: Screeningquote, Anpassungsquote, Schulungsquote, Beschwerdeauswertung	IQTIG-Konzept; Qualitätsberichtserstattung	BMG, IQTIG, G-BA

8. Interministerielle Zuständigkeiten

Die Thematik ist interministeriell, auch wenn das BMG das federführende Ressort ist. Die Zuständigkeitsmatrix folgt aus der Analyse:

Handlungsfeld	Mindeststandard	Instrument	Zuständigkeit
BMG	Krankenhausrecht (KHVVG, KHAG), Versorgungsqualität, Patientensicherheit, Aktionsplan Gesundheitswesen, Digitalisierungsstrategie	Federführend für Normkern und Qualitätsarchitektur	
BMAS	BGG-Novelle, Barrierefreiheit, SGB IX, Teilhabe, BFSG	Rechtlicher Rahmen für angemessene Vorkehrungen	
BMWSB	Bauplanung, DIN 18040, Krankenhausbaurecht	Sensorische Umgebungsstandards in Baurecht und -planung	
Länder	Krankenhausplanung, Krankenhausrecht auf Landesebene, Trägerverantwortung	Umsetzungsebene für Struktur- und Personalstandards	
G-BA / IQTIG	DeQS-Richtlinie, Qualitätsindikatoren, Patientenbefragungen, Qualitätsberichte	Operationalisierung und Messung der Standards	
DKG / LKG	Trägerrichtlinien, Qualitätsmanagement, Fortbildung, Beschwerdelogik	Einrichtungsebene; Umsetzungsträger ohne eigene Rechtssetzung	

9. Politische Position

9.1 Was dieses Papier verlangt

Dieses Positionspapier verlangt keine Sonderregelung neben der Krankenhausreform. Es verlangt, dass eine bislang nicht operationalisierte Qualitätsdimension als solche anerkannt und in die laufende Reformarchitektur eingebettet wird. Das ist inhaltlich geboten — nach Art. 9 und Art. 25 UN-BRK, nach § 4 BGG, nach § 630a ff. BGB sowie nach den Anforderungen, die die Krankenhausreform selbst an Qualität, Sicherheit und Zugänglichkeit stellt.

Es ist kein Mehr, das gefordert wird. Es ist die konsequente Anwendung dessen, was die Reform bereits will — auf eine Bevölkerungsgruppe, die das bestehende System systematisch nicht erfasst.

Kernforderung

Invisible Barrieren im Krankenhaus sind als eigenständige Qualitätsdimension in der deutschen Qualitätsarchitektur zu verankern. Dies umfasst:

- (1) ein verbindliches Barrierscreening als Aufnahmestandard,
- (2) sensorische, chemische und kommunikative Mindestvorgaben für Hochbelastungsbereiche,
- (3) eine Fortbildungspflicht für klinisches Personal,
- (4) die Integration als Messgröße in Qualitätsindikatoren und Qualitätsberichterstattung sowie
- (5) eine interministerielle Arbeitsstruktur unter BMG-Federführung.

9.2 Was dieses Positionspapier nicht behauptet

- Nicht jede negative Versorgungserfahrung ist monokausal auf eine Invisible Barriere zurückzuführen.
- Die Datenlage ist in Deutschland unvollständig — das spricht für Pilotierung und Register, nicht gegen Handeln.
- Einzelne Barrieren sind nicht als direkte Ursache suizidaler Krisen zu behaupten; die robuste Aussage lautet: Hochbelastungsgruppen mit erhöhtem Suizidrisiko erfahren im Krankenhaus strukturelle Muster, die das Risiko verstärken können.

9.3 Einordnung in den Dokumentrahmen

Dieses Positionspapier steht eigenständig. Es ist das Ergebnis mehrjähriger Feldarbeit, Betroffenenexpertise und internationaler Auswertung einschlägiger Regelungsansätze. Es setzt analytisch auf den Vorarbeiten auf — und ist ein fortschreibungsfähiges Arbeitsdokument, das auf die Reaktion der Adressaten wartet, nicht auf deren Erlaubnis:

- Leitfaden für das Gesundheitswesen (gemeinsam zusammen e.V., Februar 2026) — praktische Checklisten und Handlungsanleitung für Einrichtungen
- KONVERA-Modell (März 2026) — wissenschaftliches Rahmenmodell der funktionalen Konvergenz nicht sichtbarer Behinderungen

- NEXUS-Modell (März 2026) — interministerielle Strukturanalyse über alle 16 Bundesministerien
- Normierungsagenda Invisible Barrieren (März 2026) — vollständige Normierungsagenda mit 57 Normkandidaten

Dies ist keine Frage der Solidarität.

Es ist eine Frage des Rechtsstaats.

Eine Qualitätsarchitektur, die den größten Teil der Menschen mit Behinderungen in einer zentralen und bislang nicht normierten Barrierenkategorie strukturell nicht hinreichend erfasst, läuft Gefahr, den Anspruch auf gleichwertige Versorgung systematisch zu verfehlen.

**Rebecca Lefèvre | gemeinsam zusammen e.V. |
Initiative Stille Stunde –
Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen sichtbar machen.**

post@stille-stunde.com | www.stille-stunde.com

Anhang

Glossar zentraler Begriffe — Literaturverzeichnis

A Glossar

Die folgenden Begriffe werden in diesem Positionspapier in spezifischer Bedeutung verwendet. Die Erläuterungen richten sich an Leserinnen und Leser ohne Spezialisierung auf Behinderungsrecht oder Neurowissenschaften.

Angemessene Vorkehrungen

Notwendige und geeignete Änderungen oder Anpassungen, die keine unverhältnismäßige oder unbillige Belastung darstellen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt alle Menschenrechte ausüben können (Art. 2 UN-BRK). Im deutschen Recht derzeit nur eingeschränkt geregelt. Im Krankenhauskontext: Anpassungen wie Barrierecreening, strukturierte Übergaben oder reizarme Rückzugsoptionen, die nicht als Sonderfall, sondern als Qualitätsmerkmal behandelt werden sollen.

Barrierefreiheit (§ 4 BGG)

Nach § 4 BGG: der Zustand, bei dem bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung sowie andere gestaltete Lebensbereiche für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind. Das Positionspapier zeigt, dass sensorische, chemische, kommunikative und soziale Barrieren von diesem Begriff nicht systematisch erfasst werden — und dass dies ein Regelungsdefizit, kein Interpretationsproblem ist.

Chemische Barrierefreiheit

Zugänglichkeit in Bezug auf chemische Barrieren: Dazu zählen insbesondere vier Arten: Rauch, Duftchemikalien, Biozide (z.B. Schädlingsbekämpfungsmittel) und andere Flüchtige organische Verbindungen (VOC) in der Atem- und Umgebungsluft, wie Innenraumschadstoffe/VOC-Emissionen aus Baumaterialien und Möbeln. Chemische Barrieren sind gesundheitsrelevant und können bereits in geringen Dosen regelmäßig zu Zustandsverschlechterungen bei Betroffenen führen. Bloßes Reduzieren von unverträglichen Stoffen mündet in der Aufrechterhaltung von Barrieren. Entscheidend ist daher: Ansatzpunkt ist die diesbezügliche Prüfung der Beschaffenheit von verwendeten Produkten/Gegenständen und eine entsprechende Entscheidung entweder für Verzicht auf unverträgliche Stoffe bzw. Produkte oder für deren Ersatz durch verträgliche Produktvarianten. Für Einzelentscheidungen gilt: „Nicht (bloß) weniger, sondern anders“.

Diagnostic Overshadowing

Klinisches Phänomen, bei dem eine bekannte Diagnose (z. B. Autismus, intellektuelle Beeinträchtigung) dazu führt, dass neue oder andere Symptome nicht als eigenständiger Befund erkannt, sondern der Grunderkrankung zugeschrieben werden. Im Krankenhauskontext: sensorische Überlastungsreaktionen werden als psychiatrische Symptomatik fehlinterpretiert; körperliche Beschwerden werden nicht ernst genommen, weil „psychosomatisch“.

Invisible Barrieren / Nicht sichtbare Barrieren

Sensorische, kommunikative, chemische, organisationale und digitale Bedingungen, die für einen Teil der Patient:innen mit nicht sichtbaren Behinderungen oder vulnerablen Profilen den gleichberechtigten Zugang zu Versorgung, die Sicherheit während des Aufenthalts und die Kontinuität der Behandlung faktisch einschränken — ohne dass eine formale Zugangsverweigerung vorliegt. Englische Entsprechung für „nicht sichtbare Barrieren“; internationaler Fachbegriff im Kontext der UN-BRK (Definition: gemeinsam zusammen e.V., 2026).

MCAS — Mastzellaktivierungssyndrom

Erkrankung, bei der Mastzellen des Immunsystems übermäßig auf eine Vielzahl von Triggern reagieren (Duftstoffe, Desinfektionsmittel, Latex, Kontrastmittel, Temperatur, Stress). Reaktionen können von Haut- und Schleimhautsymptomen bis zur Anaphylaxie reichen. Das Krankenhaus ist für MCAS-Betroffene ohne strukturelle Anpassung ein aktiver Risikofaktor.

ME/CFS — Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom

Schwere neurologische Erkrankung mit Post-exertionaler Malaise (PEM): jede über die individuelle Belastungsgrenze hinausgehende Aktivität löst Zustandsverschlechterung aus, die Tage bis Wochen andauern kann. Im Krankenhaus ist die Standardanforderung (Mobilisierung, Untersuchungen, Lagerung) direkt kontraindiziert. Post-COVID verläuft teilweise nach demselben Mechanismus.

MCS — Multiple Chemikalien-Sensitivität

Schwere neuroimmunologische Erkrankung mit Intoleranz gegenüber chemischen Expositionen und Malaise nach Expositionen. Chemische Barrieren (Parfüm, Passivrauch, Innenraumschadstoffe) lösen Zustandsverschlechterungen aus und sind gesundheitsrelevant - auch in üblichen Alltagskonzentrationen, die für Gesunde harmlos erscheinen oder nicht wahrnehmbar sind. Führt zu Ausschluss aus öffentlichen Räumen und medizinischen Einrichtungen. Das Krankenhaus ist für MCS-Betroffene ohne strukturelle Anpassung ein aktiver Risikofaktor. In Kanada und Australien als Diskriminierungsschutzpflicht anerkannt; in Deutschland noch nicht geregelt.

NNV-Profile — Neurodivergenz und neurologische Vielfalt

Strukturanalytischer Oberbegriff für die in Abschnitt 2 beschriebenen Betroffenenengruppen: Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen, ADHS, FASD, ME/CFS, Post-COVID, MCAS, Chemikaliensensitivität sowie Traumafolgestörungen und chronischen Schmerzerkrankungen. Kein diagnostischer Begriff — er bündelt Gruppen, die von denselben Barrierekategorien betroffen sind. Verwendet durch gemeinsam zusammen e.V. und die AG Neurodivergenz im NaSPro.

Post-exertionale Malaise (PEM)

Klinisches Kernmerkmal von ME/CFS und Post-COVID: Verschlechterung aller Symptome nach körperlicher, kognitiver oder emotionaler Belastung, die über die individuelle Belastungsgrenze hinausgeht. Onset typischerweise 12–48 Stunden nach der Belastung. Nicht durch Erholung kompensierbar. Im Krankenhaus klinisch relevant bei jeder Mobilisierungs- und Untersuchungsplanung.

Sensorische Barrierefreiheit

Zugänglichkeit in Bezug auf sensorische Reizbelastung: Licht, Lärm, Gerüche, Temperatur, taktile Reize. Bisher nicht systematisch in § 4 BGG erfasst. Erste internationale Standards: BSI PAS 6463:2022 (UK), CAN/ASC-2.8:2025 (Kanada), NSW Health Sensory Modulation Policy 2021 (Australien).

Strukturelle Diskriminierung / Mittelbare Benachteiligung

Diskriminierung, die nicht auf individuelle Absicht, sondern auf institutionelle Regeln, Normen und Verfahren zurückgeht, die bestimmte Gruppen systematisch benachteiligen. Formal neutrale Verfahren können mittelbar diskriminierend sein, wenn sie für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen faktisch nicht erfüllbare Voraussetzungen erzeugen (Art. 9, Art. 25 UN-BRK; § 4 BGG; § 3 PatRG).

B Literaturverzeichnis

Zitierformat: APA 7. Es werden ausschließlich Quellen nachgewiesen, die im Text dieses Positionspapiers direkt zitiert oder als Beleggrundlage herangezogen werden.

I Wissenschaftliche Studien (im Text zitiert)

- Cassidy, S., Au-Yeung, S., Robertson, A. et al. (2020). Autism and autistic traits in those who died by suicide in England. *The British Journal of Psychiatry*, 219(5), 593–597.
- Di Salvo, G., Ninkovic, A., Babovic, A. et al. (2024). ADHD and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 352, 108–118.
- Diemer, M. A., Lunn, L., Mitchell, S. et al. (2025). Suicidality in late-diagnosed autistic women: a longitudinal analysis. *Autism in Adulthood*, 7(1), 44–55.
- Hirvikoski, T., Mittendorfer-Rutz, E., Boman, M. et al. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 232–238.
- König, A., Schmieder, M., Klinger, C. et al. (2024). Suizidales Erleben bei Long-COVID und ME/CFS: Ergebnisse einer qualitativen Betroffenenbefragung. *Psychiatrische Praxis*, 51(3), 141–148.

O'Connor, M. J., Quattlebaum, J., Castaneda, M. & Dipple, K. M. (2019). Alcohol-related neurodevelopmental disorder (ARND): phenotypic clusters and health outcomes. *Pediatrics*, 143(3), e20183798.

Rother, C., Banaschewski, T., Hohmann, S. et al. (2025). ADHS und Suizidalität: Ein unabhängiger Risikofaktor über Komorbiditäten hinaus. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 22–31.

Thanh, N. X. & Jonsson, E. (2016). Life expectancy of people with fetal alcohol spectrum disorder. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 23(1), e53–e59.

II Klinische Leitlinien und Standards

NICE (2012, aktualisiert 2022). CG142 — Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management. National Institute for Health and Care Excellence.

NICE (2021). NG206 — Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. National Institute for Health and Care Excellence.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Leitlinie ADHS im Erwachsenenalter (AWMF-Reg.-Nr. 028-045). Aktuelle Fassung: www.awmf.org

III Internationale Regulierungsrahmen und Berichte

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) (2021). National Safety and Quality Health Service Standards (3. Aufl.). ACSQHC.

NHS England (2023). Reasonable Adjustment Flag: National Implementation Guidance. NHS England.

NHS England (2017). Accessible Information Standard (DAPB1605). NHS England.

NSW Health (2021). Sensory Modulation in Mental Health Inpatient Units: Policy and Implementation Guide. NSW Ministry of Health.

Parliamentary Office of Science and Technology (POST) (2023). Hidden Disabilities. POST Note 681. UK Parliament.

World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2022). Framework for Action on Health and Disability 2022–2030. WHO/Europe.

World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe (2025). Good Practices for Health Inclusion of People with Disabilities. WHO/Europe.

IV Deutsches Recht und nationale Dokumente

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024). Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen. BMG.

Deutscher Bundestag (2024). Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Suizidprävention (BT-Drs. 20/14987).

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 19. Dezember 2024 (BGBl. I 2024, Nr. 426).

United Nations (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UN-BRK). UN Treaty Series, Vol. 2515.

Suizidprävention

NaSPro, AG Neurodivergenz & neurologische Vielfalt / Lefèvre, R. (2025). Positionspapier der AG Neurodivergenz zum Suizidpräventionsgesetz. Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. www.naspro.de

Eigene Vorarbeiten (gemeinsam zusammen e.V.)

gemeinsam zusammen e.V. / Lefèvre, R. (2026). KONVERA-Modell: Konvergenzrahmen struktureller Barrieren bei nicht sichtbaren Behinderungen (März 2026). Stille Stunde Initiative.

gemeinsam zusammen e.V. / Lefèvre, R. (2026). Leitfaden Invisible Barrieren für das Gesundheitswesen (Februar 2026). Stille Stunde Initiative.

gemeinsam zusammen e.V. / Lefèvre, R. (2026). Feldforschung und Betroffenenbefragungen 2023–2025 (unveröffentlichte Rohdaten). Stille Stunde Initiative.