

K O N Z E P T P A P I E R

# **Strukturelle Diskriminierung**

## von Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen im deutschen Gleichstellungsrecht

---

*Warum ein Gleichstellungsgesetz, das invisible Barrieren nicht adressiert, keine Gleichstellung herstellt.*

Analyse – Systematik – Lösungsrahmen

**Rebecca Lefèvre**

gemeinsam zusammen e.V. ·

Stille Stunde – Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen sichtbar machen.

[www.stille-stunde.com](http://www.stille-stunde.com) · [www.divergent-gefragt.de](http://www.divergent-gefragt.de)

Februar 2026

*Zur Vorlage bei der Antidiskriminierungsstelle des Bundes*

## Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

dieses Papier beginnt dort, wo institutionelle Antworten enden: an dem Punkt, an dem Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen erfahren, dass das Gleichstellungsrecht sie nicht meint. Die Novelle des BGG grenzt unsere Bedürfnisse aus und ist somit diskriminierend und darf nicht beschlossen werden.

Ich schreibe Ihnen als Aktivistin, als Betroffene, als Mit-Gründerin von gemeinsam zusammen e.V. und als Mensch, der in zweieinhalb Jahren Feldarbeit erlebt hat, was es bedeutet, wenn ein Staat Barrieren nicht kennt, die das Leben von Millionen Menschen bestimmen. Ich habe mit Menschen gesprochen, die Krankenhäuser meiden, weil Neonlicht Migräneattacken auslöst. Mit Eltern, deren Lehrer auf den Kindern gesessen haben, weil sie einen Meltdown nicht adäquat zu bewerten wissen, Menschen, die zu keiner Veranstaltung gehen, weil es keinen Ort der Reizreduktion gibt. Mit Erwachsenen, die ihre Karriere aufgeben, weil kein Arbeitgeber versteht, dass ein Großraumbüro eine sensorische Barriere ist.

Diese Menschen haben keine Rampe, die fehlt. Ihre Barrieren sind unsichtbar – und genau deshalb werden sie übersehen: vom Gesetzgeber, von der Verwaltung, von der Fachstelle Barrierefreiheit, die uns mitteilte, dass für dieses Thema nicht genügend Personal vorhanden sei. Noch letzte Woche erhielten wir auf die Anfrage eines reizarmen Angebots im Bürgerhaus die Antwort: „Bei so vielen Bürger:innen können wir nicht auf alles eingehen.“ Barrierefreiheit für uns schein ein solidarischer Akt.

Wir haben nicht gewartet. In den letzten zwei Jahren haben wir die Strukturen aufgebaut, die institutionell fehlen:

- Über 300 Präsentationen und Vorträge in Kommunen, Schulen, Unternehmen und Verbänden
- Praxisleitfäden für unterschiedliche Lebensbereiche – vom Gesundheitswesen über den Handel bis zur Architektur
- Den Tag der nicht sichtbaren Behinderungen als Aufklärungsinstrument etabliert
- Symbolik und Kommunikationshilfen entwickelt (Herz-Hirn-Symbol – inzwischen, die Nachricht erhalten, dass es ggf. ISO-konform aufgenommen werden soll –, Handzeichen, Ausweiskarte)
- Über 60 % der Bundestagsabgeordneten auf Gefahren und Wechselwirkungen hingewiesen
- Eine Petition zur interministeriellen Bearbeitung eingereicht
- Konkrete Korrekturvorschläge zu jedem relevanten Paragraphen der BGG-Novelle vorgelegt

Das Bundespräsidialamt hat unseren Einsatz zum Abbau von invisiblen Barrieren gewürdigt. Der Vorsitzende des Deutschen Ethikrats bestätigte das Recht auf Sichtbarkeit und den gleichberechtigten Abbau aller Barrieren. Und obwohl wir die Diskriminierung konkret dargelegt haben: Der BGG-Entwurf vom Februar 2026 enthält keinen Hinweis darauf, dass Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen überhaupt gesehen werden – nicht im Gesetzestext, nicht in den Maßnahmen, nicht einmal im Anschreiben.

Dieses Papier ist der dokumentierte Nachweis einer strukturellen Diskriminierung durch Unterlassung – mit konkreten Lösungen belegt. Wir erhoffen uns, dass die Gesetzgebung den Schritt vollzieht: weg von diagnostischen Einzelmaßnahmen, hin zu einer Gleichstellung, die die Strukturen von Barrierefreiheit modern, realitätsnah und unter Berücksichtigung aller Menschen mit Behinderungen umsetzt.

**Rebecca Lefèvre** gemeinsam zusammen e.V. · Stille Stunde Februar 2026

---

**Referenzierte Vorabdokumente:**

Gefahren und Wechselwirkungen: [stille-stunde.com/.../Gefahren-und-Wechselwirkungen.pdf](https://stille-stunde.com/.../Gefahren-und-Wechselwirkungen.pdf)

Petition zur interministeriellen Bearbeitung: [Petition 186559](#)

Stellungnahme zu den Paragrafen der Novelle: [divergent-gefragt.de/.../Stellungnahme-Paragrafen.pdf](https://divergent-gefragt.de/.../Stellungnahme-Paragrafen.pdf)

## Inhaltsverzeichnis

1. Zentrale These: Dieses Gesetz stellt keine Gleichstellung her.....	6
1.1 Der strukturelle Zirkelschluss .....	6
1.2 Völkerrechtliche Dimension.....	6
1.3 Adressierung und Ziel .....	7
2. Invisible Barrieren: Struktur statt Diagnose.....	8
2.1 Ausgangspunkt: Homogene Barrierestrukturen .....	8
2.2 Definition .....	8
2.3 Typologie.....	8
Kategorie 1: Sensorische Barrieren.....	8
Kategorie 2: Kommunikative Barrieren .....	9
Kategorie 3: Soziale Barrieren.....	9
Kategorie 4: Chemische Barrieren.....	9
2.4 Kumulative Wirkung .....	9
2.5 Normierungsproblem.....	9
2.6 Selektive Normierung: Der Staat erkennt Fragmente, aber nicht die Struktur .....	9
3. Wer ist betroffen – und warum wird die Gruppe strukturell verkannt? .....	10
3.1 Gesellschaftliche Realität.....	10
3.2 Fehlende konsistente Definition im Recht.....	10
3.3 Das Heterogenitätsargument als Diskriminierungsmechanismus .....	10
Diagnoseheterogenität versus Barrierestruktur .....	11
3.4 Unsichtbarkeit als strukturelles Risiko.....	11
3.5 Folgen der Nicht-Anerkennung: Suizidalität und verkürzte Lebenserwartung .....	11
3.6 Geschlechtsspezifische Dimension.....	12
3.7 Juristische Kernfrage.....	13
4. Unsichtbarkeit als strukturelles Machtproblem .....	14
4.1 Offenlegungsdruck und Rechtfertigungszwang.....	14
4.2 Individualisierung struktureller Probleme .....	14
4.3 Fehlende Datenerhebung als Diskriminierungsmechanismus .....	14
4.4 Politische Unsichtbarkeit in der Gesetzgebung.....	15
4.5 Symbolische Anerkennung versus rechtliche Verbindlichkeit .....	15
5. Der BGG-Entwurf 2026: Systemkritische Analyse.....	16
5.1 Erweiterung des Benachteiligungsbegriffs (§ 3 BGG).....	16
5.2 Präzisierung des Barrierefreiheitsbegriffs (§ 4 BGG).....	16
5.3 Barriereorientierte Kommunikation (§ 6 BGG) .....	16
5.4 Stärkung des Schutzes vor mittelbarer Ausgrenzung (§ 7 BGG).....	16
5.5 Öffnung des Barrierefreiheitsbegriffs (§ 8 BGG) .....	16
5.6 Institutionelle Zuständigkeit (§ 13 BGG).....	17
5.7 Verbindliche Partizipation.....	17

5.8 Brückenschlag zum AGG .....	17
6. Internationale Vergleichsperspektive .....	18
6.1 USA: Americans with Disabilities Act (ADA) .....	18
6.2 Kanada: Accessible Canada Act .....	18
6.3 Australien: National Autism Strategy und sensorische Zugänglichkeit .....	18
6.4 Großbritannien: Quiet Hour und sensorische Inklusion.....	19
6.5 Schlussfolgerung .....	19
7. Ministerielle Verantwortung: Barrieren, Strukturen und Handlungsbedarf.....	20
8. Existierende Lösungen als Verhältnismäßigkeitsbeweis .....	21
8.1 Stille Stunde im Handel .....	21
8.2 Veranstaltungen .....	21
8.3 Gesundheitswesen.....	21
8.4 Weitere Lebensbereiche .....	21
8.5 Strukturelle Bedeutung.....	22
9. Systemische Ursachen .....	23
9.1 Normzentrierte statt nutzerzentrierte Regulierung .. <b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>	
9.2 Fehlende interministerielle Koordination .....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
9.3 Dominanz traditioneller Behinderungsbilder.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
9.4 Politische Risikoaversion.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>
10. Lösungsrahmen .....	23
10.1 Erweiterung des Barrierebegriffs.....	23
10.2 Systematische Definition invisibler Barrieren .....	23
10.3 Institutionelle Verankerung: Kompetenzzentrum Invisible Barrieren.....	23
Kernaufgaben .....	23
10.4 Verbindliche Evaluation mit disaggregierten Daten.....	23
10.5 Integration der Leitfäden als Referenzrahmen .....	23
11. Umsetzung: Konkreter Fahrplan .....	24
12. Schlussfolgerung .....	24
12.1 Warum Nicht-Handeln Diskriminierung verstetigt.....	24
12.2 Politische Verantwortung.....	24
12.3 Barrierefreiheit als dynamischer Gleichstellungsauftrag .....	24
Anhang.....	25
A. Quellenverzeichnis der Leitfäden.....	25
B. Rechtliche Grundlagen .....	25
C. Wissenschaftliche Evidenz .....	26
D. Stellungnahmen zum BGG-Entwurf (Auswahl).....	26

# 1. Zentrale These: BGG stellt keine Gleichstellung her

**Ein Gleichstellungsgesetz, das die Barrieren der Mehrheit der Menschen mit Behinderungen weder benennt noch definiert noch normiert, verfehlt seinen eigenen Auftrag. Es stellt keine Gleichstellung her – es kodifiziert Ungleichstellung.**

Der am 11. Februar 2026 vom Bundeskabinett beschlossene Entwurf zur Änderung des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) definiert Barrierefreiheit primär über bauliche, technische und digitale Standards. Sensorische, soziale und chemische Barrieren – sogenannte invisible Barrieren – werden weder definiert noch systematisch adressiert; kommunikative Barrieren nur fragmentiert. Damit schließt das Gesetz strukturell die Personengruppe aus, die laut Studienlage die Mehrheit der Menschen mit Behinderungen in Deutschland ausmacht.

## 1.1 Der strukturelle Zirkelschluss

Die Einführung des Barrierebegriffs erzeugt einen geschlossenen Ausschlussmechanismus:

1. Der Barrierebegriff im BGG orientiert sich an „anerkannten Regeln der Technik“. Für invisible Barrieren existieren bislang keine technischen Normen im deutschen Recht – keine DIN, kein anerkannter Standard. Auf internationaler Ebene beginnt sich dies zu ändern: Das Herz-Hirn-Symbol für invisible Barrieren wird wahrscheinlich ISO-konform aufgenommen – ein erster Schritt, der die grundsätzliche Normierbarkeit belegt.
2. Was nicht normiert ist, kann nicht als Barriere anerkannt werden. Ohne Normierung fehlt die Grundlage für Prüfung, Evaluation und Durchsetzung.
3. Ohne Anerkennung als Barriere besteht kein Gleichstellungsanspruch.
4. Ohne Gleichstellungsanspruch entsteht kein politischer Handlungsdruck zur Entwicklung neuer Normen – der Kreislauf schließt sich.

**Dieses Papier zeigt, dass dieser Zirkelschluss kein Detailversäumnis, sondern ein Systemfehler im Gleichstellungsrecht ist.**

## 1.2 Völkerrechtliche Dimension

Der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat Deutschland 2023 ausdrücklich dafür kritisiert, dass das medizinische Modell von Behinderung in der Gesetzgebung vorherrscht.<sup>1</sup> Ein Barrierebegriff, der sensorische, kommunikative, soziale und chemische Barrieren nicht umfasst, entspricht nicht dem menschenrechtlichen Modell nach Art. 1 UN-BRK und

**verletzt** das Diskriminierungsverbot nach Art. 5 UN-BRK. Diese Formulierung ist bewusst gewählt: Die Nicht-Normierung ganzer Barrierenkategorien bei gleichzeitiger Normierung anderer erfüllt den Tatbestand der mittelbaren Diskriminierung durch Unterlassung.

---

<sup>1</sup>UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen: Abschließende Bemerkungen zum kombinierten zweiten und dritten Staatenbericht Deutschlands, CRPD/C/DEU/CO/2-3, Oktober 2023.

### **1.3 Adressierung und Ziel**

Dieses Papier richtet sich an die Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Es dokumentiert eine mittelbare strukturelle Diskriminierung durch Unterlassung und legt einen konkreten, umsetzbaren Lösungsrahmen vor.

## 2. Invisible Barrieren: Struktur statt Diagnose

### 2.1 Ausgangspunkt: Homogene Barrierestrukturen

Unabhängig davon, ob eine Person mit chronischer Migräne, Krebs, Autismus, ADHS, ME/CFS, kognitiver Beeinträchtigung oder seelischer Erkrankung lebt – die gesellschaftlichen Barrieren folgen wiederkehrenden Mustern. Unterschiedlich sind Forschung, Medizin und individuelle Bedarfe.

Homogen sind die strukturellen gesellschaftlichen Hürden: Reizüberlastung, Kommunikationskomplexität, Interaktionszwang, chemische Belastung, fehlende Rückzugsmöglichkeiten.

Der rechtliche Fokus auf Diagnosegruppen verkennt diesen strukturellen Zusammenhang. Für Gleichstellung ist nicht entscheidend, *welche* Diagnose vorliegt, sondern *welche Barriere wirkt*.

### 2.2 Definition

**Invisible Barrieren** sind strukturelle, sensorische, chemische, kommunikative, kognitive und systemische Hindernisse, die für die Mehrheit der Bevölkerung nicht wahrnehmbar sind, für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen jedoch den Zugang zu Versorgung, Teilhabe und Gleichstellung systematisch erschweren oder verhindern.

### 2.3 Typologie

#### Kategorie 1: Sensorische Barrieren

Sensorische Barrieren betreffen die Verarbeitung von Umweltreizen und wirken diagnoseübergreifend bei Autismus, Migräne, ADHS, PTBS, ME/CFS, MCAS, Epilepsie und weiteren Bedingungen.

Reizkanal	Beispiele	Wirkung	Praxishinweis
Visuell	Neonlicht, Flackern, spiegelnde Böden, grelle Farben	Migräne-Trigger, Konzentrationsverlust, Erschöpfung	Warmweißes Licht, matte Oberflächen, Sonnenbrille dulden
Auditiv	Parallele Gespräche, Pieptöne, Hall, Hintergrundmusik	Reizüberflutung, Anamneseblockade, Tinnitus-Verstärkung	Ruhige Zonen, Induktionsschleife, Kopfhörer akzeptieren
Haptisch	Unangekündigte Berührung, knisterndes Material, harte Stühle	Stressreaktion, Histaminausschüttung (MCAS), Abwehr	Berührungen ankündigen, Sitzoptionen anbieten
Olfaktorisch	Desinfektionsmittel, Parfum, Reiniger, Lösungsmittel	Migräne-Trigger, Mastzellaktivierung, Atemnot	Duftfreie Produkte, duftfreie Zonen

Vestibulär	Gemusterte Böden, enge Räume, Menschenmengen	Schwindel, Sturzgefahr (MS, POTS), Orientierungsverlust	Matte Böden, Wegeleitsysteme, Rückzugsmöglichkeiten
------------	--	---	---

## Kategorie 2: Kommunikative Barrieren

Offene Fragen, Fachjargon, Zeitdruck, fehlende schriftliche Sicherung und Telefonpflicht bilden kommunikative Barrieren. Sie betreffen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ebenso wie Menschen mit Brainfog, ADHS, Mutismus oder Angststörungen. Autisten, Menschen mit ADHS und Menschen mit Mutismus haben strukturelle kommunikative Barrieren, die in der bisherigen Normierung nicht berücksichtigt werden – auch nicht durch das geplante Kompetenzzentrum für Leichte Sprache und DGS.

## Kategorie 3: Soziale Barrieren

Hierarchische Gesprächsführung, Delegitimierung, Offenlegungsdruck und Interaktionszwang. Diese Barrieren wirken besonders in institutionellen Kontexten: Ämter, Arbeitgeber, Gesundheitsversorgung.

## Kategorie 4: Chemische Barrieren

Duftstoffe, Rauch, Lösungsmittel und Innenraumschadstoffe. Medizinisch relevante Reaktionen bei MCAS, MCS, Asthma und Migräne sind keine „Empfindlichkeit“, sondern gesundheitsgefährdende Barriereexpositionen.

## 2.4 Kumulative Wirkung

Invisible Barrieren wirken selten isoliert. Die Kombination aus Neonlicht, Hintergrundgeräuschen, Parfum und Zeitdruck in einer Arztpraxis erzeugt eine kumulative Belastung, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung de facto verhindert – ohne dass eine einzelne Barriere für sich genommen als unzumutbar erscheint.

## 2.5 Normierungsproblem

Während für bauliche und digitale Barrieren technische Standards existieren (DIN 18040, BITV 2.0, EN 301 549), fehlt ein vergleichbares Verfahren für invisible Barrieren. Die Abwesenheit einer Norm ist jedoch kein Beleg für die Abwesenheit einer Barriere – sondern für ein Regulierungsdefizit.

## 2.6 Selektive Normierung: Der Staat erkennt Fragmente, aber nicht die Struktur

Der BGG-Entwurf enthält durchaus Ansätze für nicht sichtbare Barrieren: Leichte Sprache adressiert kommunikative Barrieren bei kognitiven Beeinträchtigungen. Gebärdensprache adressiert kommunikative Barrieren bei Gehörlosen. Blindenleitsysteme adressieren sensorische Barrieren bei Sehbeeinträchtigungen.

**Das Problem liegt nicht im Vorhandensein dieser Maßnahmen, sondern in ihrer Systematik.** Der Staat normiert einzelne Werkzeuge für einzelne Diagnosen, aber nicht die zugrundeliegende Barriere-kategorie. Wer eine Diagnose mit normiertem Werkzeug hat,

erhält Zugang. Wer an derselben Barriere scheitert, aber eine andere Diagnose hat, fällt durch.

**Beispiel:** Ein Mensch mit kognitiver Beeinträchtigung erhält Zugang zu Leichter Sprache. Ein Mensch mit Autismus, der unter sensorischem Stress dieselben Verständnisschwierigkeiten hat, kann in Kindergarten, Schule, Arbeitswelt nicht mit standardisierter Schulung für neurodivergentes Coding rechnen – weil seine Diagnose nicht im normierten Werkzeug vorgesehen ist.

**Rechtliche Bewertung:** Diese selektive Normierung zu kommunikativen Barrieren verstößt gegen Art. 5 UN-BRK, der Diskriminierung auch *innerhalb* der Gruppe der Menschen mit Behinderungen verbietet. Sie erzeugt eine Zwei-Klassen-Hierarchie: normierte nicht sichtbare Behinderungen (mit Schutz) und nicht normierte (ohne Schutz).

### 3. Wer ist betroffen – und warum wird die Gruppe strukturell verkannt?

#### 3.1 Gesellschaftliche Realität

Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen leben mit neurologischen, psychischen, chronischen, immunologischen oder sensorischen Beeinträchtigungen, die im Kontakt nicht unmittelbar erkennbar sind. Sie bilden laut Mikrozensus und Schwerbehindertenstatistik die Mehrheit der Menschen mit Behinderungen in Deutschland – Schätzungen gehen von 70–75 % aus.

#### 3.2 Fehlende konsistente Definition im Recht

Im deutschen Recht existiert keine einheitliche, operationalisierbare Definition von „nicht sichtbaren Behinderungen“. Der offene Behinderungsbegriff des SGB IX wird in der Verwaltungspraxis dominant über sichtbare Einschränkungen operationalisiert. Dies hat direkte Konsequenzen: Was nicht definiert ist, kann nicht systematisch erfasst, geprüft und adressiert werden.

#### 3.3 Das Heterogenitätsargument als Diskriminierungsmechanismus

Institutionell wird argumentiert, die Gruppe der Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen sei „zu heterogen“, um sie einheitlich zu erfassen. Diese Argumentation ist bei näherer Analyse nicht nur unzutreffend, sondern selbst ein Diskriminierungsmechanismus.

**Erstens** bestätigt das Argument die Existenz der Gruppe. Man kann nur die einheitliche Erfassung einer Gruppe ablehnen, deren Existenz man als gegeben voraussetzt. Die institutionelle Antwort operiert also mit einer Gruppenkonstruktion, die sie gleichzeitig als nicht konstruierbar erklärt.

**Zweitens** wird das Heterogenitätskriterium selektiv angewendet. Mobilitätseinschränkungen umfassen Querschnittlähmung, Muskeldystrophie, Multiple Sklerose, Arthritis und Amputation – medizinisch äußerst heterogen, und dennoch existieren einheitliche DIN-Normen (DIN 18040). Sehbehinderungen reichen von Makuladegeneration über Retinopathie bis zum Glaukom – und dennoch gibt es Blindenleitsysteme, taktile Schriften

und akustische Ampeln. Die Heterogenität dieser Gruppen wird nicht als Ausschlussgrund verwendet.

**Drittens:** Wenn ein Kriterium nur bei einer bestimmten Gruppe als Ausschlussgrund herangezogen wird, obwohl es bei vergleichbaren Gruppen nicht gilt, dann ist die selektive Anwendung dieses Kriteriums die Definition von Diskriminierung.

### **Diagnoseheterogenität versus Barrierestruktur**

Autismus, Migräne, PTBS, ME/CFS, ADHS, Krebs-Fatigue, FASD – die Diagnosen sind verschieden. Aber die Barrieren sind strukturell vergleichbar: Neonlicht, Telefonpflicht, Interaktionszwang, fehlende Rückzugsräume, Duftstoffe. Die Verbindung liegt nicht in der Diagnose, sondern in der Barriere. Gleichstellung muss daher auch in dieser Gruppe barriereorientiert statt diagnoseorientiert gedacht werden.

### **3.4 Unsichtbarkeit als strukturelles Risiko**

Nicht-Sichtbarkeit erzeugt Offenlegungsdruck, Rechtfertigungszwang und systematische Nicht-Erfassung in Statistiken und Bedarfsplanungen. Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen werden regelmäßig z.B. an der Behindertentoilette diskriminiert, müssen ihre Behinderung offenlegen, um überhaupt als Zielgruppe wahrgenommen zu werden – und riskieren dabei Stigmatisierung und Pathologisierung.

### **3.5 Folgen der Nicht-Anerkennung: Suizidalität und verkürzte Lebenserwartung**

Die Konsequenzen struktureller Nicht-Anerkennung sind nicht abstrakt. Sie sind messbar – in Vermeidungsverhalten, Versorgungslücken, Chronifizierung, gesellschaftlicher Isolation und erhöhter Suizidalität:

- Autismus: 9- bis 10-fach erhöhte Suizidalität gegenüber der Allgemeinbevölkerung<sup>2, 3</sup>
- ME/CFS: 39,3 % Suizidgedanken bei Befragten einer Schweizer Studie; 27 % der ME/CFS-Todesfälle durch Suizid<sup>4</sup>
- ADHS: signifikant erhöhtes Suizidrisiko bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen<sup>5</sup>
- FASD: verkürzte Lebenserwartung um durchschnittlich 34 Jahre<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup>Hirvikoski et al. (2016): Premature mortality in autism spectrum disorder. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 232–238.

<sup>3</sup>Cassidy et al. (2014): Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(9), 1083–1093.

<sup>4</sup>König et al. (2024): Mental health and suicidal ideation in chronic fatigue patients in Switzerland. *Heliyon*, 10(5).

<sup>5</sup>Huang et al. (2018): Risk of suicide attempts in adolescents and young adults with ADHD. *British Journal of Psychiatry*, 212(4), 234–238.

<sup>6</sup>Thanh & Jonsson (2016): Life expectancy of people with fetal alcohol spectrum disorder. *J Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 23(1).

- Autistische Frauen: kumulative Belastung über die Lebensspanne mit steigendem Krisenpotenzial<sup>7</sup>

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) hat in seinem Positionspapier<sup>8</sup> zum Suizidgesetz auf die kumulierte Gefahr durch „Alltagsbarrieren“ im Lebenslauf insbesondere neurodivergenter Menschen als vulnerable Gruppe hingewiesen. Internationale Studien zeigen zudem, dass jeder zweite Insasse im Jugendstrafvollzug ADHS aufweist. Die fehlende Datenerhebung in Deutschland zu Vorerkrankungen, Medikation und Barrierewirkung verschleiert die strukturelle Ausgrenzung und verhindert effektive Prävention.

### 3.6 Geschlechtsspezifische Dimension

Invisible Barrieren wirken nicht geschlechtsneutral. Frauen und Mädchen mit nicht sichtbaren Behinderungen sind einer doppelten strukturellen Benachteiligung ausgesetzt: Sie werden sowohl durch das Gleichstellungsdefizit bei invisiblen Barrieren als auch durch geschlechtsspezifische Diskriminierungsmuster überproportional betroffen.

**Spätdiagnose und diagnostischer Gender-Bias:** Autismus, ADHS und weitere neurodivergente Bedingungen werden bei Frauen und Mädchen systematisch später oder gar nicht diagnostiziert. Diagnostische Kriterien wurden überwiegend an männlichen Präsentationen entwickelt. Die Folge: Frauen erhalten oft erst nach Jahrzehnten – häufig nach schwerwiegenden Krisen, Fehldiagnosen oder Zusammenbrüchen – eine korrekte Diagnose. Ohne Diagnose fehlt der Zugang zu Nachteilsausgleichen, angemessenen Vorkehrungen und Schutzrechten.

**Masking als geschlechtsspezifische Barriereverstärkung:** Frauen mit nicht sichtbaren Behinderungen passen ihr Verhalten überproportional an gesellschaftliche Erwartungen an (sogenanntes Masking oder Camouflaging). Dies führt zu erhöhter Erschöpfung, verzögerter Hilfesuche und einem systematisch falschen Bild der tatsächlichen Belastung. Masking verstärkt die Unsichtbarkeit der Barriere und erhöht das Risiko für Burnout, Depression und Suizidalität. (Die Nutzung gerade bei Autistinnen der Diagnoseverfahren des ICD-10 führt aufgrund des Fokus auf maskuline Stereotype strukturell zu Fehldiagnosen.)

**Kumulative Belastung über die Lebensspanne:** Diemer et al. (2025) zeigen, dass autistische Frauen über die Lebensspanne eine kumulative Belastung erfahren, die mit steigendem Alter nicht abnimmt, sondern zunimmt – insbesondere durch die Mehrfachrolle als Mutter, Pflegende und Arbeitnehmerin in Systemen, die ihre Barrieren nicht kennen. Die Forschungslage zu autistischen Frauen, Frauen mit ADHS und Frauen mit chronischen Erkrankungen wächst – und zeigt durchgängig: Die bestehende Gleichstellungssystematik berücksichtigt die Intersektionalität von Geschlecht und nicht sichtbarer Behinderung nicht.

**Rechtliche Dimension:** Art. 6 UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten ausdrücklich, anzuerkennen, dass Frauen und Mädchen mit Behinderungen mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind, und Maßnahmen zu ergreifen, die ihnen den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte sichern. Eine BGG-Novelle, die weder invisible Barrieren

---

<sup>7</sup>Diemer et al. (2025): Autistic women across the lifespan. *Autism Research*, 18(8).

<sup>8</sup>NaSPro-Positionspapier AG Neurodivergenz und nicht sichtbare Behinderungen (2025), im Kontext BT-Drs. 20/14987.

systematisch adressiert noch deren geschlechtsspezifische Wirkung berücksichtigt, verfäht diesen Auftrag doppelt.

### 3.7 Juristische Kernfrage

Art. 5 UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten zur Gewährleistung von Gleichheit und Nichtdiskriminierung. Diskriminierung liegt auch dann vor, wenn *scheinbar neutrale Regelungen* bestimmte Personengruppen unverhältnismäßig benachteiligen (mittelbare Diskriminierung).

Wenn Barrieren nicht an Diagnosen, sondern an strukturellen Umweltfaktoren anknüpfen – etwa Reizintensität, Kommunikationsformat oder Interaktionszwang –, dann ist eine diagnosezentrierte Gleichstellungssystematik unzureichend. Sie adressiert Symptome, nicht Ursachen.

**Die zentrale juristische Frage lautet daher nicht:** Wer gehört zu welcher Diagnosegruppe? **Sondern:** Wird die tatsächliche Barrierewirkung normativ erfasst?

Solange der Gesetzgeber Barrierefreiheit primär diagnose- oder symbolgruppenbezogen operationalisiert, (z.B. seelische Gesundheit) statt strukturell-barrierebezogen, besteht mittelbare Diskriminierung durch Unterlassung. Die Nicht-Normierung homogen wirkender Barrieren bei gleichzeitig selektiver Anerkennung einzelner Gruppen stellt eine strukturelle Ungleichbehandlung dar, die sowohl das Gleichheitsgebot der UN-BRK als auch den verfassungsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatz berührt.

Die Frage:

***Handelt es sich um Diskriminierung, wenn die Novelle des BGG beim Begriff der Barrierefreiheit sensorische Barrieren außen vor lässt, oder entspricht dies einer Exklusion, die dem Recht auf Sichtbarkeit und Gleichstellung widerspricht?***

## 4. Unsichtbarkeit als strukturelles Machtproblem

### 4.1 Offenlegungsdruck und Rechtfertigungszwang

Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen müssen ihre Beeinträchtigung aktiv offenlegen, um überhaupt als Zielgruppe von Gleichstellungsmaßnahmen wahrgenommen zu werden. Diese Offenlegung ist mit Risiken verbunden: Stigmatisierung, Pathologisierung, Arbeitsplatzverlust, Delegitimierung („Das sieht man Ihnen aber nicht an“). Das Recht auf Nicht-Offenlegung steht in direktem Konflikt mit dem Zwang zur Offenlegung als Voraussetzung für Schutz. Regelmäßig werden Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen sogar an der Behindertentoilette im öffentlichen Raum diskriminiert und zur Offenlegung gezwungen. Wir wurden daraufhin von einer Kommune gebeten, ein diskriminierungsfreies WC Schild zu entwickeln. [https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2025/08/WC-SCHILD\\_200-x-200-mm.pdf](https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2025/08/WC-SCHILD_200-x-200-mm.pdf)

### 4.2 Individualisierung struktureller Probleme

Invisible Barrieren werden systemisch als individuelle Defizite umgedeutet: Vermeidungsverhalten als mangelnde Motivation, Reizüberflutung als Überempfindlichkeit, Kommunikationsschwierigkeiten als Non-Compliance, Erschöpfung als mangelnder Wille. Diese Umdeutung verlagert die Verantwortung von der Struktur auf die Person – und entzieht dem Problem seine politische Dimension.

### 4.3 Fehlende Datenerhebung als Diskriminierungsmechanismus

Es existiert keine systematische Datenerhebung zu unsichtbaren Barrieren in Deutschland. Ohne disaggregierte Daten gibt es keine Gesetzesfolgenabschätzung, ohne Gesetzesfolgenabschätzung keinen politischen Handlungsdruck. Der UN-Fachausschuss hat Deutschland 2023 explizit dafür kritisiert, dass disaggregierte Daten zu Menschen mit Behinderungen fehlen.<sup>9</sup> Die Abwesenheit von Daten ist selbst ein Akt struktureller Diskriminierung.

Gleiches gilt für die Suizidprävention: Autisten haben eine 10-fach erhöhte Suizidalität, ADHS ist massiv erhöht, bei FASD und vielen weiteren nicht sichtbaren Behinderungen zeigen sich dramatisch erhöhte Zahlen in den Bereichen Sucht, Justiz, Wohnungslosigkeit und Suizid. Dennoch gibt es keine systematische Datenerhebung zu Vorerkrankungen oder Barrierewirkung bei Suiziden oder Suizidprävention. Die Nicht-Anerkennung der Barrieren und die fehlende Datenerhebung machen die mangelnde staatliche Verantwortungsübernahme deutlich.

#### **4.4 Politische Unsichtbarkeit in der Gesetzgebung**

Der BGG-Entwurf vom Februar 2026 enthält keine Gesetzesfolgenabschätzung für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen. Die Beispiele in der Gesetzesbegründung beziehen sich auf Rollstühle, mobile Rampen und Vorlesen von Speisekarten – durchweg auf sichtbare, physische oder taktile Barrieren. Invisible Barrieren werden weder als strukturelles Problem benannt noch als Lösungsgegenstand adressiert. Diese Abwesenheit ist Ausdruck der Dominanz traditioneller Behinderungsbilder in der politischen Wahrnehmung.

#### **4.5 Symbolische Anerkennung versus rechtliche Verbindlichkeit**

Der Entwurf sieht ein Bundeskompetenzzentrum für Leichte Sprache und DGS vor – wichtige und notwendige Maßnahmen. Sie adressieren jedoch einzelne Ausprägungen kommunikativer Barrieren, nicht die diagnoseübergreifend wirkenden sensorischen, sozialen und chemischen Barrierekonstellationen.

Autisten, Menschen mit ADHS und Menschen mit Mutismus haben ebenfalls strukturelle kommunikative Barrieren. Ein Kompetenzzentrum für Leichte Sprache ist ein Baustein – aber keine Antwort auf die gesetzliche Lücke im Barrierebegriff. Solange kein institutionell verankertes Kompetenzzentrum für die systematische Erarbeitung, Normierung und Evaluation invisibler Barrieren existiert, entsteht eine „Zwei-Klassen-Barrierefreiheit“: normierte Teilbereiche werden adressiert, strukturell wirksame Barrieren bleiben unbeachtet.

## 5. Der BGG-Entwurf 2026: Systemkritische Analyse

Die Bundesregierung wurde auf die Diskriminierung hingewiesen. Eine detaillierte Stellungnahme mit konkreten Korrekturen zu jedem relevanten Paragraphen wurde vorgelegt (vgl. Punkt V in [Stellungnahme Paragraphen](#)). Die Novelle hat diese Peer-Resonanz nicht berücksichtigt. Die folgenden Reformforderungen zielen darauf ab, die Gesetzeswirklichkeit mit dem menschenrechtlichen Anspruch der UN-BRK in Einklang zu bringen.

Die fehlende Sichtbarkeit und Gleichstellung wirkt gleichermaßen - vom Anschreiben über die Gesetzestexte hin zu den Maßnahmen.

### 5.1 Erweiterung des Benachteiligungsbegriffs (§ 3 BGG)

**Problem:** Der derzeitige § 3 erfasst formale Diskriminierungen, berücksichtigt jedoch nicht die Wechselwirkung zwischen Umwelt- und Gestaltungseinflüssen und Benachteiligung.

**Forderung:** Aufnahme eines Barriere- und Umweltbezuges in den Benachteiligungsbegriff. Der Behinderungsbegriff muss explizit kommunikative, soziale und sensorische Beeinträchtigungen umfassen, um sicherzustellen, dass Sinnesbeeinträchtigungen auch sensorische Verarbeitungsstörungen einschließen.

### 5.2 Präzisierung des Barrierefreiheitsbegriffs (§ 4 BGG)

**Problem:** Barrierefreiheit wird in der Praxis überwiegend mit baulichen und technischen Normen gleichgesetzt, nicht mit tatsächlicher Zugänglichkeit für Menschen mit nicht sichtbaren Barrieren.

**Forderung:** Eine definitionsöffnende Formulierung, die Zugänglichkeit unabhängig von der Diagnose oder Sichtbarkeit der Barriere sicherstellt.

### 5.3 Barriereorientierte Kommunikation (§ 6 BGG)

**Problem:** Kommunikationsbarrierefreiheit ist aktuell auf bestimmte Gruppen und Systeme (z. B. Leichte Sprache, DGS) beschränkt.

**Forderung:** Aufnahme strukturbezogener Kommunikationsstandards und Fortbildungsverpflichtungen für alle öffentlichen Stellen.

### 5.4 Stärkung des Schutzes vor mittelbarer Ausgrenzung (§ 7 BGG)

**Problem:** Pauschale Ausschlüsse bei angemessenen Vorkehrungen konterkarieren das Gleichbehandlungsgebot und schaffen Rechtsunsicherheit.

**Forderung:** Einzelfallprüfungsstandards, die den Schutz vor mittelbarer Diskriminierung gewährleisten.

### 5.5 Öffnung des Barrierefreiheitsbegriffs (§ 8 BGG)

**Problem:** Die starke Bindung an „anerkannte Regeln der Technik“ führt dazu, dass nicht normierte Barrieren systematisch unberücksichtigt bleiben.

**Forderung:** Eine Öffnungsklausel, die Normerfüllung nicht als Ausschlusskriterium für tatsächliche Barrierefreiheit interpretiert.

## 5.6 Institutionelle Zuständigkeit (§ 13 BGG)

**Problem:** Für nicht normierte Barrieren existiert keine klar adressierte Zuständigkeit.

**Forderung:** Klare gesetzliche Zuweisung an die Bundesfachstelle Barrierefreiheit sowie Einrichtung einer Kompetenzstelle für invisible Barrieren.

## 5.7 Verbindliche Partizipation

**Problem:** Beteiligung findet punktuell und freiwillig statt, nicht systematisch im Gesetzgebungs- und Evaluationsprozess.

**Forderung:** Verpflichtende Beteiligungsstruktur gemäß Art. 4 Abs. 3 UN-BRK.

## 5.8 Brückenschlag zum AGG

Die Antidiskriminierungsstelle operiert auf Basis des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG). Invisible Barrieren erzeugen nicht nur Gleichstellungsdefizite im Sinne des BGG, sondern auch mittelbare Diskriminierung im Sinne des § 3 Abs. 2 AGG:

- Wenn ein Arbeitgeber ausschließlich Online-Bewerbungsgespräche anbietet, ist das eine dem Anschein nach neutrale Vorschrift, die Menschen mit Autismus, ADHS, Mutismus oder sozialer Angststörung unverhältnismäßig benachteiligt.
- Wenn ein Gesundheitsanbieter keine reizarmen Wartebereiche bietet mit einer sozialen und kommunikativen Erwartungshaltung, ist das eine dem Anschein nach neutrale Gestaltung, die Menschen mit Migräne, Autismus, PTBS oder ME/CFS vom Zugang zu Versorgung abhält.
- Wenn Behörden ausschließlich telefonische Kontaktaufnahme vorsehen, ist das eine dem Anschein nach neutrale Kommunikationsform, die Menschen mit auditiver Verarbeitungsstörung, Mutismus oder Angststörung vom Zugang zu staatlichen Leistungen ausschließt.

Dieser Zusammenhang muss systematisch für alle Lebensbereiche benannt und in die Prüfpraxis der Antidiskriminierungsstelle integriert werden.

## 6. Internationale Vergleichsperspektive

Deutschland ist international nicht isoliert mit dem Problem invisibler Barrieren. Der entscheidende Unterschied liegt darin, dass andere Staaten bereits strukturelle Antworten entwickelt haben.

### 6.1 USA: Americans with Disabilities Act (ADA)

Der ADA kennt „reasonable accommodations“, die explizit nicht auf bauliche Standards beschränkt sind. Sensorische Anpassungen, flexible Kommunikationsformen und organisatorische Maßnahmen sind als angemessene Vorkehrungen anerkannt. Die Definition von „disability“ umfasst explizit nicht sichtbare Beeinträchtigungen. Entscheidend: Die ADA-Systematik stellt auf die Barriereinteraktion ab, nicht auf die Sichtbarkeit der Behinderung.

### 6.2 Kanada: Accessible Canada Act

Der Accessible Canada Act (2019) definiert „barrier“ als „anything – including anything physical, architectural, technological or attitudinal, anything that is based on information or communications or anything that is the result of a policy or a practice“, das die volle und gleichberechtigte Teilhabe hindert.<sup>10</sup> Die Definition von „disability“ schließt ausdrücklich sensorische, kognitive und kommunikative Beeinträchtigungen ein – unabhängig davon, ob sie sichtbar sind („evident or not“).

Kanada geht darüber hinaus: Die Canadian Human Rights Commission hat chemische Intoleranzen (Multiple Chemical Sensitivity) als anerkannte Behinderung klassifiziert und verpflichtende Leitfäden für duftfreie Arbeitsumgebungen entwickelt.<sup>11</sup> Accessibility Standards Canada hat technische Leitfäden veröffentlicht, die sensorische Umweltbarrieren – einschließlich Beleuchtung, Akustik, Luftqualität und chemischer Belastungen – systematisch in Beschaffungs- und Zugangskriterien integrieren.<sup>12</sup>

### 6.3 Australien: National Autism Strategy und sensorische Zugänglichkeit

Australiens Disability Discrimination Act (1992) definiert Behinderung breit als „any physical, sensory, intellectual, psychiatric, neurological or learning disability“.<sup>13</sup> Die National Autism Strategy 2025–2031 verfolgt einen neurodiversitätsbejahenden Ansatz und adressiert gezielt sensorische Barrieren im Gesundheitswesen, am Arbeitsplatz und in öffentlichen Räumen.<sup>14</sup>

Auf normativer Ebene hat das British Standards Institute (BSI) mit PAS 6463:2022 einen Standard für „Design for the Mind“ entwickelt, der Neurodiversität in der gebauten Umwelt

---

<sup>10</sup>Accessible Canada Act (S.C. 2019, c. 10), Section 2: Definitions.

<sup>11</sup>Canadian Human Rights Commission (2024): Environmental Sensitivities and Scent-Free Policies. HR4-124/2024E-PDF.

<sup>12</sup>Accessibility Standards Canada: Procurement of Accessible Goods – Technical Guide, Section 3: Context (Environmental Barriers).

<sup>13</sup>Australian Disability Discrimination Act 1992, Section 4(1): Definition of Disability.

<sup>14</sup>Australia's Disability Strategy 2021–2031; National Autism Strategy 2025–2031.

berücksichtigt – einschließlich Beleuchtung, Akustik, Wayfinding und thermischem Komfort.<sup>15</sup> Dieser Standard wird zunehmend auch in Australien angewendet.

## 6.4 Großbritannien: Quiet Hour und sensorische Inklusion

Großbritannien und Neuseeland haben mit der Quiet Hour im Einzelhandel ein Modell reizreduzierter Öffnungszeiten etabliert, das in Deutschland durch die Stille Stunde adaptiert wurde. Die flankierende Einbettung in den Equality Act 2010 und die dort verankerte Pflicht zu „reasonable adjustments“ zeigt: Sensorische Barrieren sind international längst als Gleichstellungsthema anerkannt.

## 6.5 Schlussfolgerung

**Deutschland hinkt im internationalen Vergleich bei der Anerkennung invisibler Barrieren erheblich hinterher** – und dies trotz eigener völkerrechtlicher Verpflichtungen aus der UN-BRK. Die Existenz funktionierender internationaler Modelle widerlegt das Argument, dass invisible Barrieren nicht systematisch adressiert werden könnten. Kanada, Australien und Großbritannien zeigen: Es ist eine Frage des politischen Willens, nicht der Machbarkeit.

---

<sup>15</sup>BSI PAS 6463:2022 – Design for the mind: Neurodiversity and the built environment.

## 7. Ministerielle Verantwortung: Barrieren, Strukturen und Handlungsbedarf

Invisible Barrieren sind kein sektorales Phänomen, sondern Ergebnis staatlicher Strukturentscheidungen. Die Verantwortung ist daher ministeriell zu verorten. Die folgenden Ressorts sind unmittelbar betroffen:

Ressort	Beispielhafte Barrieren	Folgen	Handlungsbedarf
Bundesministerium für Gesundheit	Reizintensive Versorgungsumgebungen, Telefonpflichten, fehlende Prozessklarheit	Fehlversorgung, Vermeidungsverhalten, erhöhte Suizidalität	Sensorische und kommunikative Mindeststandards in Qualitätsrichtlinien
Bundesministerium für Arbeit und Soziales	Präsenznorm, Open-Space, starre Leistungsmodelle	Arbeitsunfähigkeit, Frühverrentung, Fachkräftemangel	Diagnoseübergreifende Leitlinien zu angemessenen Vorkehrungen
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	Überstimulierende Bildungs- und Betreuungseinrichtungen	Traumatisierung, familiäre Überlastung, soziale Isolation	Neuroinklusive Architektur- und Betreuungskonzepte
Bundesministerium für Digitales und Verkehr	Reizüberlastende Infrastruktur, fehlende Rückzugsräume	Mobilitätsausschluss, digitale Exklusion	Reizarme Infrastrukturstandards, Vereinfachungsprinzipien
Bundesministerium für Bildung und Forschung	Fehlende disaggregierte Daten, geringe Forschungsförderung	Evidenzlücken, Entscheidungsunsicherheit	Forschungsprogramme zu sensorischen und sozialen Barrieren
Bundesministerium der Justiz und des Innern	Standardisierte Verfahren ohne Anpassung, Interaktionszwang	Fehlinterpretation, Eskalation, Überrepräsentation	Verfahrensanpassungen, Schulungsprogramme
Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz	Fehlende sensorische Standards im Handel und Dienstleistungsbereich	Ausschluss vom Konsum, wirtschaftliche Folgekosten	Integration in Vergabekriterien, Förderprogramme
Staatsministerin für Kultur und Medien	Reizüberflutende Veranstaltungen, fehlende Rückzugsräume	Kulturelle Exklusion, Isolation	Sensorische Standards für Veranstaltungen und kulturelle Einrichtungen

Für jedes dieser Ressorts liegen praxiserprobte Leitfäden vor, die unter [www.stille-stunde.com](http://www.stille-stunde.com) abrufbar sind. Diese dokumentieren nicht nur die Barrieren, sondern auch die Lösungen – und belegen damit die Verhältnismäßigkeit der geforderten Maßnahmen.

Die ministerielle Aufgabe besteht nicht in der Neuerfindung von Lösungen, sondern in der **Anerkennung, Normierung, Skalierung und Evaluation** bereits existierender Ansätze. Daher wurde eine Petition zur interministeriellen Bearbeitung des Themas eingereicht (vgl. [Petition 186559](#)).

## 8. Existierende Lösungen als Verhältnismäßigkeitsbeweis

*Die Existenz praxiserprobter, kostengünstiger Lösungen eliminiert das Argument der Unverhältnismäßigkeit. Was bereits funktioniert, kann nicht als unzumutbar gelten.*

Die folgenden Leitfäden wurden durch gemeinsam zusammen e.V. entwickelt, mit über 200 Teilnehmenden erprobt und öffentlich zugänglich gemacht. Sie belegen, dass der Abbau invisibler Barrieren in allen Lebensbereichen mit vertretbarem Aufwand möglich ist:

### 8.1 Stille Stunde im Handel

Seit 2023 systematisiert ein umfassender Leitfaden Maßnahmen in den Kategorien visuell, akustisch, haptisch, olfaktorisch, organisatorisch, strukturell und kommunikativ. Die meisten Maßnahmen sind kostenneutral: Licht dimmen, Musik ausschalten, Waren nicht verräumen. Fast 300 Teilnehmende setzen sie bundesweit um. Es ist nicht nachvollziehbar, warum der barrierefreie Zugang durch Abbau sensorischer Barrieren nicht als gesetzlicher Anspruch, sondern als freiwilliger solidarischer Akt behandelt wird.

### 8.2 Veranstaltungen

Ein umfassender Maßnahmenkatalog deckt sensorische, kommunikative, soziale, chemische, propriozeptive und klimatische Barrieren systematisch ab und bietet konkrete, priorisierte Checklisten. Weder Aktion Mensch noch die Fachstelle Barrierefreiheit berücksichtigen die Barrieren von Menschen mit invisiblen Behinderungen. Stadtfeste ohne Rückzugsort und Gebärdensprache sind nicht barrierefrei. Suizidalität steigt mit Isolation und Ausgrenzung.

### 8.3 Gesundheitswesen

Ein Leitfaden für barrierefreie Gesundheitsversorgung dokumentiert, dass ein Krankenhaus ohne eine Abteilung, die den Zugang für reizempfindliche Menschen sowie den Abbau sozialer und kommunikativer Barrieren mitdenkt, nicht barrierefrei ist.<sup>16</sup>

### 8.4 Weitere Lebensbereiche

Ergänzende Leitfäden existieren für: Arbeitsleben (Neurodivergenz im Arbeitsleben, BECs-Konzept), Architektur und öffentlichen Raum (Impulse für Neuroarchitektur), Gastronomie, Kindergärten und Spielplätze sowie Kommunikationshilfen (Handzeichen, Herz-Hirn-Symbol, Ausweiskarte).

---

<sup>16</sup>Raymaker et al. (2017): Barriers to healthcare for autistic adults. *Autism*, 21(8), 972–984.

## 8.5 Strukturelle Bedeutung

Diese Leitfäden sind auf ehrenamtlicher Basis entstanden. Sie sind jedoch nicht nur Praxishilfen – sie sind der **empirische Beweis**, dass Lösungen existieren, umsetzbar, kostenarm und wirksam sind.

Im juristischen Diskurs über „angemessene Vorkehrungen“ und „Verhältnismäßigkeit“ dreht sich alles um die Frage: Ist die Maßnahme zumutbar? Die Existenz praxiserprobter Lösungen beantwortet diese Frage.

Sie müssen als Umsetzungsinstrumente in die Gesetzgebung integriert werden – nicht als freiwillige Ergänzung, sondern als standardisierte Umsetzung von Barrierefreiheit.

## 9. Lösungsrahmen

### 9.1 Erweiterung des Barrierebegriffs

Der Barrierebegriff in § 3 BGG muss um sensorische, kommunikative, soziale und chemische Barrieren als eigenständige Strukturkategorien erweitert werden. Der Maßstab muss von der technischen Normierbarkeit zur tatsächlichen Nutzbarkeit verschoben werden. Dies erfordert keine revolutionäre Neudefinition, sondern eine Ergänzung, die den Barrierebegriff an das menschenrechtliche Modell von Behinderung anpasst, wie es die UN-BRK und der UN-Fachausschuss fordern.

### 9.2 Systematische Definition invisibler Barrieren

Es bedarf eines DIN-ähnlichen Normierungsverfahrens für invisible Barrieren. Vorgeschlagen wird eine interministerielle Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Betroffenenorganisationen, die innerhalb von 24 Monaten einen Normierungsvorschlag vorlegt. Die existierenden Leitfäden bilden die empirische Basis.

### 9.3 Institutionelle Verankerung: Kompetenzzentrum Invisible Barrieren

Erforderlich ist die gesetzliche Einrichtung eines eigenständigen Kompetenzzentrums für Invisible Barrieren innerhalb der Fachstelle Barrierefreiheit, ergänzt durch eine dauerhaft finanzierte Fachposition mit klarer Zuständigkeit. Dieses Kompetenzzentrum darf nicht lediglich beratende Funktion haben, sondern muss mit definierten Aufgaben, Ressourcen, Initiativrecht und Berichtspflichten ausgestattet werden.

#### Kernaufgaben

- **Strukturanalyse:** Systematische Erfassung von Barrieren in allen Ressorts
- **Wissenschaftliche Fundierung:** Bündelung und Aktualisierung der Studienlage
- **Normierungsvorbereitung:** Entwicklung verbindlicher Kriterienkataloge als Grundlage für ein DIN-ähnliches Verfahren
- **Standardentwicklung:** Bundesweit einheitliche Leitlinien für angemessene Vorkehrungen
- **Leitfadenintegration:** Überführung bestehender Leitfäden in ministerielle Standards und Förderrichtlinien
- **Evaluationskoordination:** Aufbau eines ressortübergreifenden Monitoringsystems

### 9.4 Integration der Leitfäden als Referenzrahmen

Die existierenden Praxisleitfäden müssen als Referenzrahmen für „angemessene Vorkehrungen“ im Sinne der UN-BRK anerkannt werden. Sie bilden die Grundlage für Vergabekriterien, Förderrichtlinien und Schulungsprogramme.

## 10. Schlussfolgerung

### 11.1 Warum Nicht-Handeln Diskriminierung verstetigt

**Jedes Gesetz, das invisible Barrieren nicht adressiert, normalisiert den Ausschluss der Mehrheit der Menschen mit Behinderungen.** Nicht-Handeln ist keine neutrale Position – es ist die aktive Fortschreibung struktureller Diskriminierung.

### 11.2 Politische Verantwortung

Deutschland hat sich durch die Ratifizierung der UN-BRK verpflichtet, umfassende Barrierefreiheit herzustellen. Der UN-Fachausschuss hat 2023 deutliche Handlungsempfehlungen gegeben. Der aktuelle BGG-Entwurf bleibt hinter diesen Verpflichtungen zurück – nicht nur im Bereich der Privatwirtschaft, wie von zahlreichen Verbänden kritisiert, sondern fundamental im Barrierebegriff selbst.

### 11.3 Barrierefreiheit als dynamischer Gleichstellungsauftrag

Barrierefreiheit ist kein statischer Zustand, sondern ein dynamischer Prozess. Die gesellschaftliche Erkenntnis über Barrieren entwickelt sich weiter – das Recht muss mitziehen. Die Anerkennung invisibler Barrieren ist der nächste notwendige Schritt in dieser Entwicklung.

**Die Lösungen existieren. Die Evidenz existiert. Die völkerrechtliche Verpflichtung existiert.** Was fehlt, ist der politische Wille, den Erkenntnissen aus Frühberentung, Suizidalität – vor allem bei Jugendlichen und neurodivergenten Menschen – Taten folgen zu lassen.

---

*„Inklusion wird nicht komplizierter, wenn invisible Barrieren anerkannt werden – sie wird vollständiger.“*

---

## Anhang

### A. Quellenverzeichnis der Leitfäden

Stille Stunde im Handel [https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2025/08/Leitfaden-zur-Umsetzung-der-Stillen-Stunde\\_05\\_25.pdf](https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2025/08/Leitfaden-zur-Umsetzung-der-Stillen-Stunde_05_25.pdf)

Veranstaltungen <https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/02/Konzept-Neu-Veranstaltungen.pdf>

Gesundheitswesen [https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/02/Leitfaden\\_Gesundheitswesen.pdf](https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/02/Leitfaden_Gesundheitswesen.pdf)

Gastro <https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/02/Leitfaden-zur-Umsetzung-der-Stillen-Stunde-in-der-Gastronomie.pdf>

Umsetzung reizarme Momente im Handel  
[https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2025/08/Leitfaden-zur-Umsetzung-der-Stillen-Stunde\\_05\\_25.pdf](https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2025/08/Leitfaden-zur-Umsetzung-der-Stillen-Stunde_05_25.pdf)

Herz-Hirn-Symbol (gemeinsam zusammen e.V., 2026) – ISO-konforme Aufnahme in Vorbereitung  
<https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/02/Icon-Herz-Hiern-Infos.pdf>

Handzeichen [https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/02/Infos\\_Handzeichen.pdf](https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/02/Infos_Handzeichen.pdf)

Leitfaden Gastronomie  
<https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/02/Leitfaden-zur-Umsetzung-der-Stillen-Stunde-in-der-Gastronomie.pdf>

Rückmeldung zum BGG  
<https://www.divergent-gefragt.de/vorschlaege-zum-gleichstellungsgesetz/>

Sämtliche Leitfäden abrufbar unter: [www.stille-stunde.com](http://www.stille-stunde.com)

### B. Rechtliche Grundlagen

UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), insb. Art. 1, 2, 5, 9, 25

Abschließende Bemerkungen des UN-Fachausschusses zu Deutschland (CRPD/C/DEU/CO/2-3, Oktober 2023)

Behindertengleichstellungsgesetz (BGG), insb. §§ 3, 4, 7, 8, 13

Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG), insb. § 3 Abs. 2

Referentenentwurf BGG-ÄndG (November 2025) / Kabinettsentwurf (Februar 2026)

Accessible Canada Act (S.C. 2019, c. 10)

Australian Disability Discrimination Act 1992

BSI PAS 6463:2022 – Design for the Mind

Stellungnahme Rebecca Lefèvre zu den Paragrafen des BGG-Entwurfs  
([PDF](#))

## C. Wissenschaftliche Evidenz

NaSPro-Positionspapier AG Neurodivergenz und nicht sichtbare Behinderungen (2025), mit Literaturverzeichnis: [naspro.de/dl/2025-Positionspapier](https://naspro.de/dl/2025-Positionspapier)

Hirvikoski et al. (2016): Premature mortality in autism spectrum disorder. *BJPsych*, 208(3), 232–238.

Cassidy et al. (2014): Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome. *Research in ASD*, 8(9).

Cassidy et al. (2022): Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular Autism*, 13(1).

Raymaker et al. (2017): Barriers to healthcare – instrument development for autistic adults. *Autism*, 21(8), 972–984.

König et al. (2024): Mental health and suicidal ideation in ME/CFS patients in Switzerland. *Heliyon*, 10(5).

Diemer et al. (2025): Autistic women across the lifespan. *Autism Research*, 18(8).

Huang et al. (2018): Risk of suicide attempts in adolescents and young adults with ADHD. *BJPsych*, 212(4), 234–238.

Thanh & Jonsson (2016): Life expectancy of people with FASD. *J Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 23(1).

## D. Stellungnahmen zum BGG-Entwurf (Auswahl)

Sozialverband VdK Deutschland (Januar/Februar 2026)

Deutsches Institut für Menschenrechte / Monitoring-Stelle UN-BRK (Februar 2026)

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Februar 2026)

AbilityWatch e.V. (Februar 2026)

Antidiskriminierungsbeauftragte Ferda Ataman (Februar 2026)

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband (Februar 2026)