

Das Konvera Kaskaden-Modell

Suizidalität als möglicher Endpunkt struktureller Überlastung

Eine These und ihre wissenschaftliche Begründung

Rebecca Lefèvre · gemeinsam zusammen e.V. · Initiative Stille Stunde — Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen sichtbar machen. · März 2026

Die These

Für mehrere Gruppen von Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen sind erhöhte suizidale Risiken international dokumentiert; ein erheblicher Teil dieser Risiken ist nicht allein durch Diagnosen oder Primärpathologie erklärbar. Strukturelle Fehlpassung, chronische Überlastung und Versorgungsversagen sind mitverursachende Faktoren, die in Prävention und Forschung bislang unzureichend berücksichtigt werden.

KONVERA beschreibt, wie diese Erschöpfung entsteht und warum sie sich kumulieren kann. Zentrale Aussage ist, Prävention bereits am Beginn der Kaskade strukturell zu etablieren — ähnlich der psychoonkologischen Versorgung, also bevor eine Krise entsteht.

Das Modell erhebt keinen Anspruch auf wissenschaftliche Abgeschlossenheit. Es ist ein präventionswissenschaftlicher Impuls, der bestehende Präventionsansätze um bislang unzureichend berücksichtigte strukturelle und funktionale Faktoren erweitern soll.

Es soll Verantwortlichen und Präventionsprogrammen eine evidenzinformierte Grundlage dafür geben, relevante strukturelle und funktionale Faktoren in Präventionsmaßnahmen systematisch zu berücksichtigen.

Woher diese These kommt

LIORA ist ein Gesamtmodell, das die Lücke im System für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen aufzeigt. KONVERA ist das Grundlagendokument, das die Kaskade beschreibt. Sie ist aus drei Jahren Feldarbeit entstanden — aus wiederkehrenden Beobachtungen in Gesprächen mit Menschen, über 250 Kommunen, Wirtschaft, Politik, Einrichtungen und Multiplikatoren. Diese Beobachtungen begründen keinen Beweis, wohl aber einen Prüfauftrag: ein wiederkehrendes Muster funktionaler Überlastung, Barrierenexposition und Versorgungslücken wissenschaftlich einzuordnen. Die Initiative und das LIORA-Modell sind aus demselben Beobachtungsraum entstanden.

<https://www.stille-stunde.com/uebrigens/deutschland-wird-barrierefrei/>

Wir haben dieses Muster formalisiert. Wir haben geprüft, ob es wissenschaftliche Unterstützung findet. Sie findet sich — in unterschiedlicher Stärke, für unterschiedliche Gruppen, an unterschiedlichen Stellen der Kaskade. Das Ergebnis liegt in diesem Dokument vor.

I. Das Modell — die Kaskade, einfach erklärt

Worum es geht, in einem Satz:

Wer dauerhaft auf einem erschöpften Nervensystem lebt, in einer Umgebung, die invisible Barrieren kaum kennt und daher wenig Rücksicht nimmt, und dabei wiederholt von Versorgungssystemen nicht erreicht oder falsch verstanden wird, kann in eine Situation geraten, aus der kein Ausweg mehr erreichbar erscheint — und genau dort beginnt das suizidale Risiko klinisch relevant zu werden.

Die Zielgruppe

KONVERA beschreibt Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen, bei denen eine dauerhafte funktionale Belastungslage entsteht, die mit erhöhter Überlastungs-, Versorgungs- und Entrapment-Anfälligkeit einhergeht. KONVERA behauptet dabei keine identische Ätiologie der einbezogenen Gruppen, sondern beschreibt vergleichbare funktionale Belastungslagen mit ähnlichen Barrieren- und Eskalationsrisiken, aufgrund fehlender struktureller, nicht-diagnoseorientierter Definitionsbegriffe im Präventionskontext.

Diese Belastungslage kann auf zwei prototypischen Wegen entstehen:

A · Kongenitale Vulnerabilität	B · Erworbene Überlastung
z. B. Autismus, ADHS, FASD	z. B. ME/CFS, PTBS, Fibromyalgie, Demenz, Endometriose, chronische Migräne

Beide Wege können zu einer vergleichbaren funktionalen Belastungslage führen. Maßgeblich ist deshalb nicht primär die Diagnose, sondern die Frage, ob die Alltagsfunktion dauerhaft und teilhaberelevant beeinträchtigt ist — insbesondere in den Bereichen Reizregulation, Exekutivfunktionen, Schmerzverarbeitung und Stresstoleranz.

Achse	Beschreibung
I · Reizregulation	Wie das Gehirn sensorische Signale verarbeitet. Bei Überlastung: Hypervigilanz, Reizflut, Rückzug.
II · Exekutivfunktionen	Planung, Entscheidung, Handlungssteuerung. Bei Überlastung: Lähmung, kognitive Erschöpfung.
III · Schmerzverarbeitung	Chronischer Schmerz senkt Reizschwellen und verhindert Erholung. Eigenständiger Suizidrisikofaktor.
IV · Stresstoleranz	Regulationskapazität unter Belastung. Verstärkt die Kaskade, wenn Erholung dauerhaft ausbleibt.

Diese funktionale Definition ist eine präventionsbezogene Arbeitsgrundlage: Entscheidend ist die dauerhafte Kombination aus Belastungsprofil, Barrierenexposition und Versorgungsanfälligkeit. Ungleichheit hebt strukturelles Handeln nicht auf; vielmehr sollten Prävention und Barrierefreiheit gerade auf den Schutz vulnerabler Gruppen ausgerichtet werden.

Die Kaskade

Stufe 1

Invisible Barrieren verhindern Erholung

Mit invisible Barrieren sind in KONVERA sensorische (visuell, gustatorisch, olfaktorisch, auditiv, taktil, kinästhetisch), chemische (z. B. Innenraumschadstoffe/VOC, Reinigungsmittel, Kontrastmittel, Umweltgifte), kommunikative (z. B. erwartete oder komplexe Kommunikation, Informationsdichte, wechselnde Bezugspersonen) und soziale (z. B. Abläufe, Nähe, fehlende Rückzugsmöglichkeiten, Stigma, fehlende Glaubwürdigkeit) Anforderungen oder Umweltbedingungen gemeint, die funktionale Überlastung verlässlich auslösen, verstärken oder Erholung verhindern, ohne als klassische Barriere erkannt zu werden.

Diese Barrieren wirken täglich auf die vier Achsen. Sie sind nicht sichtbar, aber sie sind messbar in ihrer Wirkung: Wer sich nicht erholen kann, akkumuliert Belastung. Allostatistische Last — der biologische Preis chronischer Stressexposition — steigt.

McEwen 1998, NEJM · Na et al. 2025, JAMA Psychiatry

Stufe 2

Die Erschöpfung wird biologisch

Chronische Belastung kann biologische Stress- und Entzündungsprozesse mit beeinflussen. Für KONVERA dient dies als Plausibilisierung einzelner Kaskadenglieder, nicht als Beweis des Modells.

Biologische Prozesse sind hier mögliche Mitvermittler — kein Beleg des Gesamtmodells, wohl aber eine ergänzende Einordnung einzelner Belastungsdynamiken.

Slavich & Irwin 2014, Psychological Bulletin · Miller & Raison 2016, Nature Reviews Immunology

Stufe 3

Psychische Folgen entstehen oder verstärken sich

Psychische Symptome und Erkrankungen können in diesen Gruppen sowohl primär bestehen als auch durch anhaltende Überlastung, Invalidierung und Versorgungslücken verstärkt oder mitbedingt werden; KONVERA beschreibt damit keine Alternative zur Psychiatrie, sondern eine zusätzliche, veränderbare Präventionsebene. Das Modell will keine medizinische Behandlung ersetzen, sondern ergänzt bestehende klinische Ansätze um eine strukturelle Präventionsperspektive.

Diemer et al. 2025, Autism Research

Stufe 4

Strukturelles Entrapment entsteht

Wenn Versorgung wegbriecht, Teilhabe schwindet und Hilferuf auf Unverständnis trifft, entsteht eine reale Ausweglosigkeit. Nicht als Kognitionsfehler — als tatsächliche Situation. Die Suizidforschung nennt das Entrapment und identifiziert es als zentralen Auslöser suizidaler Gedanken. KONVERA überträgt dieses Konzept auf Konstellationen, in denen reale Versorgungs-, Kommunikations- und Teilhabebarrieren das Erleben von Ausweglosigkeit mitprägen können.

Diese Übertragung verschiebt den Fokus von einem rein psychologischen Erleben auf seine strukturellen Mitbedingungen — eine konzeptuelle Erweiterung, die eigener empirischer Prüfung bedarf und hier als solche benannt wird.

Die direkte Messung institutioneller Barrieren als Entrapment-Auslöser ist noch nicht vollständig belegt. Das ist das zentrale offene Forschungsfeld des Modells.

O'Connor & Kirtley 2018, Phil Trans Royal Society B · Joiner 2005 · Melzer et al. 2024

Endpunkt

Suizidalität als möglicher Kaskadenendpunkt

Nicht zwingend der Ausgangspunkt, sondern in vielen Konstellationen ein möglicher Endpunkt kumulativer Überlastung. Erreichbar, weil an mehreren vorherigen Stufen nicht interveniert wurde. Erhöhte Suizidrisiken sind für mehrere dieser Gruppen international dokumentiert. KONVERA interpretiert dieses Risiko als möglichen Endpunkt einer Kaskade, die an modifizierbaren Stellen hätte unterbrochen werden können.

II. Was die Wissenschaft dazu sagt

Die Kaskade ist nicht vollständig empirisch belegt — das wäre für ein so weitreichendes Erklärungsmodell auch nicht realistisch. Was vorliegt: robuste Belege für einzelne Glieder, internationale Evidenz für erhöhte Risiken in den Zielgruppen, und etablierte Theoriemodelle, an die KONVERA direkt anschließt.

Theoretische Verankerung

Modell	Kern	Verbindung zu KONVERA
IMV-Modell	O'Connor & Kirtley 2018: Entrapment ist der zentrale Mechanismus suizidaler Motivation.	KONVERA beschreibt die strukturellen Bedingungen, unter denen Entrapment entsteht.
Interpersonal Theory	Joiner 2005: Zugehörigkeitsverlust und Belastungserleben treiben suizidalen Wunsch an.	Beide entstehen hier durch systemische Fehlpassung — nicht primär psychologisch.
Allostatic Load	McEwen 1998: Chronische Belastung hat messbare biologische Kosten.	Invisible Barrieren sind biologisch relevante Stressoren.
WHO LIVE LIFE	WHO 2021: Suizidprävention ist multisektoral — nicht nur Akutpsychiatrie.	KONVERA operationalisiert diesen Anspruch für barriereexponierte Gruppen.

Empirische Belege — nach Gruppen

Die Evidenz ist asymmetrisch: stark für neurodivergente Gruppen, konvergent plausibel für andere. Diese Asymmetrie ist Teil des Modells — und einer der Gründe, warum wir weiterforschen müssen.

Neurodivergente Profile

Gruppe	Befund	Quelle
Autismus	Deutlich erhöhte Suizidsterblichkeit, Überrepräsentation unter Suizidtoten	Hirvikoski 2016 · Santomauro 2024
Autismus Jugendliche	Ca. 25 % Suizidgedanken, ca. 8 % Versuche (Metaanalyse)	O'Halloran 2022
ADHS	Hochsichere Evidenz; Behandlung reduziert Risiko messbar	Kang 2024 · Zhang 2025, BMJ
FASD	Hohe Suizidgedankenraten; mittlere Lebenserwartung ca. 34 J.	O'Connor 2019

Chronische Erkrankungen

Gruppe	Befund	Quelle
ME/CFS	39,3 % Suizidgedanken; Suizid als relevante Todesursache	König 2024 · Johnson 2022
Epilepsie	Signifikant erhöhtes Risiko (Metaanalyse)	Rafati 2025
Chronischer Schmerz	Eigenständiger Suizidrisikofaktor unabhängig von Diagnose	Racine 2018
Long COVID	Depression, Angst, Suizid tendenz als Outcomes	Bidhendi-Yarandi 2025
Endometriose	Erhöhte Raten psychischer Erkrankungen, insbesondere Depression und Angststörungen (Populationsstudie); direkte Suizidsterblichkeit bislang nicht gesondert erhoben	Thiel 2024

Hinweis: Für Endometriose liegen bislang keine Studien zur Suizidsterblichkeit vor. Die erhöhte psychische Erkrankungslast ist als indirekter Risikofaktor in die Kaskade einzuordnen.

Strukturebene

Gruppe	Befund	Quelle
Ausgrenzung, Versorgungsbrüche	Soziale Ausgrenzung und Versorgungsbrüche als soziale Determinanten zeigen großen, konsistenten Effekt auf Suizidalität (50+ Studien) — Invisible Barrieren als Unterform dieser Determinanten sind damit plausibel einzuordnen, nicht direkt gemessen.	Na et al. 2025, JAMA Psychiatry
Versorgungsbarrieren Autismus	Versorgungsvermeidung und Fehlinterpretation als Risikofaktoren	Doherty 2022 · Raymaker 2017

III. Was wir nicht wissen

Die Kaskade ist als Gesamtverlauf bislang nicht longitudinal belegt; die vier Belastungsachsen sind eine präventionsbezogene Arbeitsheuristik und keine extern validierte Struktur. Für einzelne Gruppen — insbesondere Autismus und ADHS — ist die suizidspezifische Evidenz deutlich stärker als für andere, und auch die direkte Messung institutioneller Barrieren als Auslöser strukturellen Entrapments ist noch unzureichend. KONVERA beansprucht daher keine abgeschlossene Beweisführung, sondern markiert einen ernstzunehmenden Forschungs- und Präventionsaspekt, der weiter geprüft werden muss.

Die hier beschriebenen Zusammenhänge sind empirisch weiter zu prüfen; für Prävention und Versorgung reicht die vorliegende Evidenz jedoch aus, um diese Dimension nicht länger auszublenden.

IV. Was folgt, wenn die These stimmt

Wenn strukturelle Fehlpassung die Kaskade auslöst — dann ist Prävention dort möglich, wo die Fehlpassung entsteht. Nicht erst in der Akutkrise.

Die aus KONVERA folgende Präventionslogik ähnelt in ihrer Struktur der Psychoonkologie: Sie setzt nicht erst am Krisenendpunkt an, sondern begleitet erhöhte Belastungslagen frühzeitig, interdisziplinär und kontinuierlich. Die Analogie zur Psychoonkologie bezieht sich auf die Logik früher, begleitender und interdisziplinärer Unterstützung, nicht auf eine Gleichsetzung von Evidenzlage oder Krankheitsmechanismen. Ziel ist es, Überlastung, Isolation, Fehlinterpretation und Versorgungsabbrüche präventiv zu reduzieren, bevor sich suizidale Dynamiken verfestigen.

Alle Präventionsangebote müssen sprachlich, kommunikativ, sensorisch und organisatorisch so gestaltet sein, dass sie auch für Menschen mit abweichender Sprachverarbeitung, wörtlicher Interpretation, reduzierter Ambiguitätstoleranz oder erhöhter kommunikativer Überlastbarkeit zugänglich und wirksam sind.

Hebel	Konsequenz
Barriereabbau in Versorgungsumgebungen	Reizreduzierte, kommunikativ angepasste Kliniken, Praxen und Behörden können Behandlungsabbrüche reduzieren und Kaskadenverläufe abschwächen. Für diesen Bereich besteht bislang keine übergreifende strukturelle Strategie zum Abbau von Invisible Barrieren.
Frühere funktionale Erkennung	Frühe Erkennung funktionaler Überlastung, präzise Diagnostik und belastungssensible Einordnung ermöglichen Interventionen vor Chronifizierung, sozialem Rückzug und suizidaler Zuspitzung.
Entrapment-Reduktion als Präventionsziel	Case Management, angepasste Kommunikation und die Übernahme von Koordinationsleistungen können dazu beitragen, strukturell mitgeprägte Ausweglosigkeit zu verringern.
Vorhersagbarkeit als Schutzfaktor	Routinen, Reizreduktion, asynchrone Zugangswege und klare Abläufe sind pragmatische, settingspezifische Anpassungen mit potenziell hoher präventiver Relevanz.
Kommunikationssensible Prävention	Präventions-, Beratungs- und Krisenangebote müssen sprachlich, sensorisch und organisatorisch so gestaltet sein, dass sie auch für Menschen mit besonderer Sprachverarbeitung oder erhöhter Kommunikationsbelastung wirksam zugänglich sind.
Suizidprävention als Querschnittsaufgabe	Barrierefreiheit für nicht-sichtbare Behinderungen ist keine reine Komfortfrage, sondern in bestimmten Konstellationen eine gesundheitlich hochrelevante Schutzdimension.

Ergo

Der Abbau von invisible Barrieren und strukturelle Prävention sind präventiv relevante Faktoren der Suizidprävention, weil sie an modifizierbaren Bedingungen der Kaskade ansetzen und nicht erst am Endpunkt.

KONVERA markiert einen bislang unzureichend berücksichtigten, wissenschaftlich plausiblen und empirisch prüfbareren Präventionsaspekt — formuliert aus Beobachtung, gestützt durch Forschung, die einzelne Modellglieder stützt. KONVERA reduziert Suizidalität nicht auf strukturelle Faktoren, sondern hebt eine bislang unzureichend berücksichtigte, modifizierbare Dimension innerhalb eines multifaktoriellen Geschehens hervor.

Die vorliegenden Befunde reichen nicht aus, um jede Mechanik des Modells abschließend zu bestätigen. Sie reichen jedoch aus, um funktionale Überlastung, invisible Barrieren, strukturelle Fehlpassung und daraus entstehendes Entrapment als ernstzunehmenden Gegenstand von Prävention, Versorgung und Forschung zu behandeln. Diese Dimension in zukünftigen Präventionsstrategien und Forschungsdebatten weiter auszublenken, erscheint fachlich und gesundheitspolitisch nicht verantwortbar.

Literaturverzeichnis

Neurodivergenz und Suizidalität

- Cassidy, S. et al. (2022). Autism and autistic traits in those who died by suicide in England. *British Journal of Psychiatry*, 221(5), 683–691. doi:10.1192/bjp.2022.21
- Diemer, M. C. et al. (2025). Comparative Analysis of Autistic Women Across the Lifespan. *Autism Research*, 18(8), 1651–1663. doi:10.1002/aur.70073
- Gagliano, A. et al. (2024). Suicide risk in children and adolescents with neurodevelopmental disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-024-02345-1
- Hirvikoski, T. et al. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 232–238. doi:10.1192/bjp.bp.114.159426
- Kang, J. et al. (2024). Umbrella review on ADHD and suicide-related outcomes. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2024.01.187
- O'Connor, M. J. et al. (2019). Suicide risk in adolescents with fetal alcohol spectrum disorders. *Birth Defects Research*, 111(12), 822–828. doi:10.1002/bdr2.1528
- O'Halloran, L. et al. (2022). Suicidal ideation and attempts in autistic youth: Meta-analysis. *Psychological Medicine*. doi:10.1017/S0033291722002458
- Santomauro, D. F. et al. (2024). Global burden of suicide mortality in people on the autism spectrum. *The Lancet Psychiatry*. doi:10.1016/S2215-0366(24)00101-5
- Zhang, L. et al. (2025). ADHD medication and risk of suicidal behaviours: Target trial emulation. *BMJ*, 388, e081823. doi:10.1136/bmj-2024-081823
- Kreiser, N. L. & White, S. W. (2014). ASD in females: Are we overstating the gender difference? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(1), 67–84. doi:10.1007/s10567-013-0148-9 [*Bezug: Unterdiagnose als Versorgungsbarriere, Stufe 1*]

Chronische Erkrankungen

- Bidhendi-Yarandi, R. et al. (2025). Long COVID and suicide tendency: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2025.01.042
- Johnson, M. L. et al. (2022). Risk factors for suicide in chronic fatigue syndrome. *Death Studies*, 46(3), 738–744. doi:10.1080/07481187.2020.1776789
- König, R. et al. (2024). Mental health burden in ME/CFS patients in Switzerland. *Heliyon*, 10(5), e27031. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e27031
- Racine, M. (2018). Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology*, 87, 269–280. doi:10.1016/j.pnpbp.2017.08.020
- Rafati, A. et al. (2025). Elevated suicide risk in individuals with epilepsy: Meta-analysis. *Epilepsia*. doi:10.1111/epi.18236
- Thiel, L. W. et al. (2024). Endometriosis and mental health: Population-based cohort study. *BJOG*. doi:10.1111/1471-0528.17742

Theoretische Rahmenmodelle

- Joiner, T. E. (2005). *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press.
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179. doi:10.1056/NEJM199801153380307
- Melzer, N. et al. (2024). Suicide Crisis Syndrome: A systematic review. *Psychological Medicine*. doi:10.1017/S0033291724000764

- Miller, A. H. & Raison, C. L. (2016). The role of inflammation in depression. *Nature Reviews Immunology*, 16(1), 22–34. doi:10.1038/nri.2015.5
- O'Connor, R. C. & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 373(1754). doi:10.1098/rstb.2017.0268
- Slavich, G. M. & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder. *Psychological Bulletin*, 140(3), 774–815. doi:10.1037/a0035302
- World Health Organization (2021). LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. WHO.

Versorgungsbarrieren und soziale Determinanten

- Doherty, M. et al. (2022). Barriers to healthcare and adverse outcomes for autistic adults. *Autism*, 26(5), 1311–1325. doi:10.1177/13623613211050237
- Hickling, L. M. et al. (2024). Stigma and chronic pain outcomes: Systematic review. *Pain Medicine*. doi:10.1093/pm/pnad148
- Na, P. J. et al. (2025). Social determinants of health and suicide-related outcomes: Umbrella review. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.4241
- Raymaker, D. M. et al. (2017). Barriers to healthcare: Autistic adults vs. adults without disabilities. *Autism*, 21(8), 972–984. doi:10.1177/1362361316661261

Kontakt: Rebecca Lefèvre · post@stille-stunde.com · gemeinsam zusammen e.V. · www.stille-stunde.com