



KONVERA · Ein Modul des LIORA-Modells · gemeinsam zusammen e.V.

KONVERA-Kaskadenmodell

Suizidalität als möglicher Endpunkt struktureller Überlastung

Eine These und ihre Begründung, wissenschaftlich untermauert.

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

post@stille-stunde.com
März 2026



KONVERA-Kaskadenmodell

Suizidalität als möglicher Endpunkt struktureller Überlastung

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Die These	3
Woher diese These kommt	3
Stimmen	4
weitere Statements finden Sie hier	4
I. Das Modell — die Kaskade, einfach erklärt	5
Die Zielgruppe	5
Vorschlag zur Definition:	6
Hintergrund:	6
Die Kaskade	7
II. Was die Wissenschaft dazu sagt	10
Theoretische Verankerung	10
Empirische Belege — nach Gruppen	10
Drei Evidenzgrade	10
Neurodivergente Profile	11
Chronische Erkrankungen	11
Strukturebene	11
III. Was wir nicht wissen	12
IV. Was folgt, wenn die These stimmt	12
Literaturverzeichnis	14
Neurodivergenz und Suizidalität	14
Chronische Erkrankungen	14
Theoretische Rahmenmodelle	14
Versorgungsbarrieren und soziale Determinanten	15



Zusammenfassung

KONVERA ist ein präventionswissenschaftliches Strukturmodell, kein abgeschlossenes medizinisches Kausalmodell. Es beschreibt, wie bei Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen anhaltende Belastung auf vier Funktionsachsen — Reizregulation, Exekutivfunktionen, Schmerzverarbeitung und Stresstoleranz — über vier Stufen (invisible Barrieren, biologische Erschöpfung, psychische Folgen, strukturelles Entrapment) in Suizidalität als möglichen Endpunkt münden kann. Die Stufen verlaufen nicht linear, sondern zirkulär und verstärken sich wechselseitig.

Die Evidenz ist nach drei Graden geordnet: direkte Suizidevidenz (u. a. Autismus, ADHS, ME/CFS, Epilepsie, chronischer Schmerz), indirekte Risikoevidenz (u. a. Endometriose, Long COVID, Versorgungsbarrieren) und Modellplausibilität. Das Modell beansprucht keine abgeschlossene Beweisführung; der Gesamtverlauf ist longitudinal nicht belegt und wird ausdrücklich als Forschungsauftrag benannt.

Zentrale Schlussfolgerung: Weil individuelle Suizidprädiktion kaum verlässlich möglich ist, gewinnt Verhältnisprävention an Gewicht. Der Abbau invisible Barrieren und eine früh ansetzende, barrierearme Versorgung sind modifizierbare und damit präventiv relevante Faktoren — anschlussfähig für Forschung, Versorgungsgestaltung und gesundheitspolitische Planung.

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.



Stimmen

7

- Reizregulation,
- Kognition und Exekutivfunktionen,
- Schmerzverarbeitung sowie
- Stresstoleranz und Belastungsanhäufung.

„



„Ihr Modell liefert einen wichtigen Diskussionsbeitrag für gesundheitspolitische Forderungen. Es verdeutlicht, dass sensorische und kommunikative Barrieren als suizidrelevante Stressoren mitgedacht werden müssen.“

Prof. Dr. med. Ute Lewitzka

Professur für Suizidologie und Suizidprävention

Zentrum für Psychische Gesundheit, Universitätsklinikum Frankfurt - Goethe Universität

„Die Verbindung von Diagnostik, invisiblen Barrieren und Suizidprävention in einem Modell zu denken, ist ein relevanter Schritt. Diese Verknüpfungen bei der Prävention im Blick zu halten muss Teil einer modernen Präventionsarbeit sein.“

Prof. Dr. Reinhard Lindner, Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)

weitere Statements finden Sie [hier](#)



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 vier Achsen sind keine abschließende neurobiologische Taxonomie. Sie bündeln wiederkehrende Funktionsbereiche, die in Versorgung, Barrierefreiheit und Prävention praktisch beobachtbar, kommunizierbar und interventionsrelevant sind. Weitere



Dimensionen wie Schlaf, Fatigue, autonome Dysregulation oder soziale Kognition können je nach Diagnosegruppe hinzutreten.

Vorschlag zur Definition:

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 Teilhabeeinschränkung maßgeblich aus der Wechselwirkung mehrerer zentraler Regulations- oder Verarbeitungssysteme mit umwelt- und einstellungsbedingten Barrieren entsteht oder durch schwankende bzw. umweltabhängige Verläufe bedingt ist.

Hintergrund:

Neuro-Legitimität als Staatspflicht

Neuro-Legitimität — präziser: institutionelle Legitimität nicht sofort lesbarer Bedarfe — bedeutet: Der Staat erkennt an, dass neurologisch und funktional bedingte Barrieren strukturell wirken, und übernimmt die Pflicht, diese Strukturen zu ändern. Nicht aus Solidarität. Nicht als Ermessen. Als rechtliche Verpflichtung aus Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG und Art. 9 UN-BRK.



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 funktional messbar oder operationalisierbar in ihrer Wirkung: Wer sich nicht erholen kann, akkumuliert Belastung. Allostatische 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 mitbeeinflussen. 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 wegbreicht, 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 Teilhabebarrrieren das Erleben von Ausweglosigkeit mitprägen können. Der entscheidende Unterschied: Während Entrapment in der Suizidforschung überwiegend als inneres Erleben modelliert wird, benennt KONVERA strukturelle Mitbedingungen dieses Erlebens — real fehlende Ausweichmöglichkeiten, die nicht allein im Denken der Person, sondern auch in der gestalteten Umwelt liegen und daher veränderbar bleiben.

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. Erhöhte Suizidrisiken sind für mehrere dieser Gruppen international dokumentiert. KONVERA versteht Suizidalität hier als möglichen Endpunkt einer kumulativen Belastungskaskade, deren Verlauf an mehreren modifizierbaren Stellen möglicherweise hätte abgeschwächt oder unterbrochen werden können.

Wichtige Präzisierung, (Hinweis von Frau Prof. Dr. Lewitzka): Die Kaskade ist nicht linear — sie verstärkt sich selbst

Die vier Stufen bilden keine strikt einsinnige Abfolge, sondern wirken in der Realität wechselseitig aufeinander zurück. Psychische Erschöpfung (Stufe 3) senkt die Reizschwelle und verringert die Erholungskapazität, sodass dieselben invisible Barrieren (Stufe 1) stärker belasten als zuvor; wegbrechende Versorgung (Stufe 4) erhöht zugleich die Last auf allen vorgelagerten Achsen.

Zwei etablierte Mechanismen stützen diese Rückkopplung: die Akkumulation allostatischer Last, die den biologischen Preis chronischen Stresses kumulieren lässt (McEwen 1998), und die zentrale Sensibilisierung, bei der anhaltende Belastung die Reiz- und Schmerzschwelle messbar absenkt (Woolf 2011). Beide erklären, warum dieselbe Barriere nach längerer Exposition stärker belasten kann als zuvor. Dass die Kaskade als Ganzes ein sich selbst verstärkender Kreislauf statt einer linearen Abfolge ist, folgt daraus plausibel, bleibt als Gesamtverlauf aber empirisch zu prüfen. Weitere Rückkopplungen verlaufen analog: chronischer Schmerz kann Erholung verhindern, Versorgungslücken können Teilhabeverlust verstärken, und Teilhabeverlust kann wiederum Entrapment und psychische Belastung erhöhen. Die Stufen sind daher als analytische Ordnung zu verstehen, nicht als starre zeitliche Abfolge. Für die Prävention ist gerade dies bedeutsam: Jede früh entlastete Stufe dämpft zugleich die Rückkopplung auf die übrigen.

EINGANGSEBENE



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.

Drei Evidenzgrade

KONVERA vermischt die Gruppen nicht, sondern ordnet sie nach Evidenzgrad. Maßgeblich ist, welche Art von Beleg jeweils vorliegt:

Evidenzgrad	Gruppen und Bereiche
Direkte Suizidevidenz	Autismus, ADHS, FASD, ME/CFS, Epilepsie, chronischer Schmerz
Indirekte Risikoevidenz	Endometriose, Long COVID, Versorgungsbarrieren, soziale Determinanten
Modellplausibilität	Invisible Barrieren als strukturelle Unterform sozialer Determinanten

Direkte Evidenz: erhöhte Suizidalität ist für die Gruppe selbst dokumentiert. Indirekte Evidenz: erhöhte psychische Erkrankungslast bzw. belegte Versorgungsbarrieren ohne gesondert erhobene Suizidsterblichkeit. Modellplausibilität: theoretisch begründete, empirisch noch zu prüfende Übertragung.



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	Septier 2019 · 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, Suizidtendenz 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 vorliegende Evidenz reicht nicht aus, um die KONVERA-Kaskade als abgeschlossen validiertes Modell zu behandeln. Sie reicht aber aus, um funktionale Überlastung, Barrierenexposition und Versorgungsabbrüche als relevante Prüf- und Präventionsdimensionen in Forschung, Versorgungsgestaltung und gesundheitspolitischer Planung systematisch zu berücksichtigen.

IV. Was folgt, wenn die These stimmt

Wenn strukturelle Fehlpassung eine solche Kaskade mit auslöst oder verstärkt — 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.

Hinzu kommt ein suizidologisches Grundproblem, das diese strukturelle Logik zusätzlich stützt: Auch etablierte klinische Modelle können suizidales Verhalten auf individueller Ebene bislang kaum verlässlich vorhersagen. Gerade weil die individuelle Krise schwer prognostizierbar ist, gewinnt die Verhältnisprävention an Gewicht — die barrierearme, reizregulierte und kommunikativ zugängliche Gestaltung der Umwelt, die Belastungskaskaden gar nicht erst entstehen lässt. Die Unvorhersehbarkeit des Einzelfalls ist damit kein Argument gegen Prävention, sondern das stärkste Argument für eine strukturelle, nicht auf individuelle Risikoprädiktion angewiesene Präventionsebene.

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 prüfbaren 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). Neurodevelopmental disorders and suicide: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(6), 1627. doi:10.3390/jcm13061627
- Hirvikoski, T. et al. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 232–238. doi:10.1192/bjp.bp.114.160192
- Septier, M. et al. (2019). Association between suicidal spectrum behaviors and ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 103, 109–118. doi:10.1016/j.neubiorev.2019.05.022
- 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/bdr2.1465
- O'Halloran, L. et al. (2022). Suicidality in autistic youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 93, 102144. doi:10.1016/j.cpr.2022.102144
- Santomauro, D. F. et al. (2024). The global burden of suicide mortality among people on the autism spectrum. *Psychiatry Research*, 340, 116150. doi:10.1016/j.psychres.2024.116150
- Zhang, L. et al. (2025). ADHD drug treatment and risk of suicidal behaviours: Emulation of target trials. *BMJ*, 390, e083658. doi:10.1136/bmj-2024-083658
- 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). Prevalence of depression, anxiety, stress and suicide tendency among individuals with long COVID: Systematic review and meta-analysis. *PLOS One*, 20(1), e0312351. doi:10.1371/journal.pone.0312351
- 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: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurology*, 272(3), 232. doi:10.1007/s00415-025-12961-0
- Thiel, P. S. et al. (2024). Endometriosis and mental health: A population-based cohort study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 230(6), 649.e1–649.e19. doi:10.1016/j.ajog.2024.01.023

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, L. et al. (2024). Suicide Crisis Syndrome: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54(3), 556–574. doi:10.1111/sltb.13065
- 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
- Woolf, C. J. (2011). Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152(3 Suppl), S2–S15. doi:10.1016/j.pain.2010.09.030
- 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 self-reported adverse outcomes for autistic adults: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(2), e056904. doi:10.1136/bmjopen-2021-056904
- Hickling, L. M. et al. (2024). A systematic review with meta-analyses of the association between stigma and chronic pain outcomes. *Pain*, 165(8), 1689–1701. doi:10.1097/j.pain.0000000000003243
- 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