

Stellungnahme

Positionspapier der AG Neurodivergenz &
neurologische Vielfalt innerhalb der Nationalen
Arbeitsgemeinschaft für Suizidprävention
(NaSPro)

zum Entwurf eines Gesetzes zur
Stärkung der nationalen Suizidprävention

08/2025



www.naspro.de
neurodivergenz@naspro.de

Sprecherinnen der AG:
Rebecca Lefèvre
Milena Wolf

Inhaltsverzeichnis

- 1. Einleitung**
- 2. Stärken und Empfehlungen zur Verbesserung aus Sicht der AG NNV**
 - 2.1 Stärken des Gesetzentwurfs
 - 2.2 Kurzfassung der Strategien zur Verbesserung
- 3. Hintergrund: Suizidalität und erhöhte Risiken bei NNV-Profilen**
 - 3.1 Autismus-Spektrum-Störung
 - 3.2 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
 - 3.3 Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS)
 - 3.4 Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD)
- 4. Hintergrund: Strukturelle Risikofaktoren und Versorgungslücken**
 - 4.1 Allgemeine Versorgungslücken
 - 4.2 Fehlende Modernisierung (u. a. ICD-11)
 - 4.3 Persistente Fehlkonzepte
 - 4.4 Besondere Risikokonstellationen in Kindheit und Jugend
 - 4.5 Diagnostische und therapeutische Unterversorgung
 - 4.6 Gesundheitssystem: Fehlende Sensibilität und NNV-Kompetenz
 - 4.7 Geschlechtsspezifische Diskriminierung
 - 4.8 Arbeitswelt und Sozialraum
 - 4.9 Konsequenzen für die Suizidprävention
 - 4.10 Pflicht zum Handeln
- 5. Unsere Empfehlungen**
 - § 1 Abs. 2: Ergänzung der Zielgruppenspezifizierung
 - § 3: Einführung einer verpflichtenden Fortbildung für Kontaktberufe
 - § 5: Erweiterung der Aufgaben der Bundesfachstelle
 - § 15: Differenzierte Evaluation und Einführung eines anonymisierten Suizidregisters
- 6. Fazit**
- 7. Kontakt**
- 8. Literaturverzeichnis**

1. Einleitung

Die AG Neurodivergenz & neurologische Vielfalt innerhalb der Nationalen Arbeitsgemeinschaft für Suizidprävention (NaSPro) begrüßt den Gesetzesentwurf zur Stärkung der Suizidprävention ausdrücklich. Die gesetzgeberische Initiative ist ein bedeutsamer Schritt zur rechtlichen und organisatorischen Verankerung suizidpräventiver Maßnahmen auf Bundesebene.

Ergänzender Fokus:

Diese Stellungnahme versteht sich als konstruktive Ergänzung, die eine bislang unterrepräsentierte Risikogruppe sichtbar macht.

Zielgruppe NNV Menschen mit Neurodivergenz und Neurologischen Vielfaltsprofilen:

Unter Neurodivergenz und neurologischer Vielfalt (NNV) fassen wir international anerkannte Risikoprofile zusammen – etwa Autismus, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, Fette Alkoholspektrumstörungen, Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom sowie Post-COVID oder über- oder unterdurchschnittlichen Intelligenzprofile. Der gemeinsame Nenner liegt nicht in der Diagnosebiologie, sondern in den strukturellen Gemeinsamkeiten: sogenannte invisible Barrieren (sensorische und soziale Überforderung), Informations- und Kommunikationsbarrieren, Versorgungslücken im Gesundheitswesen sowie mangelndes Verständnis spezifischer Lebensrealitäten.

Die Arbeitsdefinition NNV wird von uns im Kontext der Suizidprävention verwendet. Sie ist keine medizinische Klassifikation und ersetzt oder erweitert bestehende Systeme wie ICD-11 oder DSM-5 nicht. Vielmehr dient sie als analytische Sammelkategorie, um Personengruppen sichtbar zu machen, die nachweislich ein erhöhtes Suizidrisiko tragen.

Der Fokus liegt auf der relativen Wahrscheinlichkeit eines erhöhten Suizidrisikos, die in vielen dieser Gruppen wissenschaftlich belegt ist. Wir sind uns bewusst, dass die unter NNV gefassten Profile ein breites Spektrum darstellen und dass nicht alle Betroffenen in gleicher Weise oder mit gleicher Intensität präventiver Unterstützung bedürfen.

Ziel dieser Arbeitsdefinition ist es, systematische Schutzlücken evidenzbasiert zu erfassen und darauf aufbauend gezielte Präventionsstrategien zu entwickeln. Damit wird eine Grundlage geschaffen, bestehende Strukturen zu präzisieren und die Suizidprävention wirksam, barrierefrei und inklusiv weiterzuentwickeln.

2. Stärken und Empfehlungen zur Verbesserung aus Sicht der AG NNV

2.1 Stärken des Gesetzentwurfs:

Die AG Neurodivergenz & neurologische Vielfalt begrüßt ausdrücklich die gesetzgeberische Initiative zur Stärkung der Suizidprävention. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf (BT-Drs. 20/14987) eine verbindliche Basis geschaffen, um Suizidprävention dauerhaft zu strukturieren und auf eine verlässliche Grundlage zu stellen. Damit erhält das Thema einen Stellenwert, der seiner gesellschaftlichen Bedeutung entspricht.

Bundesweiter Rechtsrahmen (§ 1)

Mit dem Gesetz wird erstmals ein bundesweiter Rahmen für Suizidprävention geschaffen. Damit erhält Suizidprävention einen klaren gesundheitspolitischen Stellenwert.

Einrichtung einer Bundesfachstelle (§ 4)

Von besonderer Bedeutung ist die Einrichtung einer Bundesfachstelle beim Bundesministerium für Gesundheit. Dies ist ein Novum und schafft erstmals eine zentrale Struktur für Koordination und Wissensaufbereitung.

Gesamtgesellschaftlicher Anspruch

Der Entwurf hebt Suizidprävention ausdrücklich über den engeren Gesundheitsbereich hinaus und verankert sie als Querschnittsaufgabe. Damit wird erstmals klargestellt, dass Suizidprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist.

„Von entscheidender Bedeutung ist, dass Suizidprävention stets eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist und bleibt.“ (Begründung zu § 4 SuizidPrävG)

Aufgaben der Bundesfachstelle (§ 5)

Die Aufgaben der Bundesfachstelle sind umfassend geregelt. Damit werden Koordination, Beratung, Informationssammlung und Qualitätssicherung verbindlich festgelegt.

Partizipation durch Fachbeirat (§ 6)

Positiv hervorzuheben ist auch die partizipative Haltung: Mit der Einrichtung eines Fachbeirats wird die Einbindung von Akteuren aus Wissenschaft, Praxis und Zivilgesellschaft gesichert. Dies fördert Transparenz und Beteiligung.

Verpflichtende Evaluation (§ 15)

Ein entscheidender Fortschritt ist die regelmäßige Evaluation. Damit wird ein strukturelles Instrument für kontinuierliche Qualitätssicherung und evidenzbasierte Weiterentwicklung geschaffen.

Fazit: Mit diesen Ansätzen schafft der Gesetzentwurf wesentliche Grundlagen für eine systematische Suizidprävention in Deutschland. Damit wird ein Meilenstein in der gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Suizidalität gesetzt.

2.2 Kurzfassung der Strategien zur Verbesserung:

Gleichzeitig möchte die AG Neurodivergenz & neurologische Vielfalt diesbezüglich vertiefte Strategien zur Verbesserung der Suizidprävention mit besonderem Fokus auf die bislang unberücksichtigte Risikogruppe der und neurologisch vielfältigen Personen (NNV) einbringen.

Auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und internationaler Vorbilder empfiehlt die AG Neurodivergenz und neurologische Vielfalt unter anderem:

- §1: Ergänzung um die explizite Benennung neurodivergenter und neurologisch vielfältiger Personen (NNV) als Hochrisikogruppe im Kontext der Suizidprävention.
- §3: Verpflichtende Fortbildung für Berufsgruppen mit systemischem Kontakt zu vulnerablen Personen (z. B. im Gesundheits-, Bildungs- und Verwaltungswesen) – mit Fokus auch auf NNV- Kommunikations- und Wahrnehmungsprofile.
- §5: Ausbau der Bundesfachstelle, insbesondere:
 - Bedarfserhebungen auf Grundlage realer Versorgungsindikatoren
 - Koordination als Querschnittsaufgabe zur diskriminierungsfreien Leistungsgewährung
 - Entwicklung partizipativ erarbeiteter Qualitätsstandards
- §5: Verankerung sensorischer, kommunikativer und kognitiver Barrierefreiheit in allen Informations-, Hilfs- und Versorgungsstrukturen, u. a. durch Orientierung an bestehenden Standards.
- §5: Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Diagnostik- und Versorgungslücken, insbesondere bei Frauen und nicht-binären Personen mit NNV-Profilen insbesondere durch gender-sensible Diagnostik und Versorgungsplanung in Umsetzung von ICD-11 und UN-BRK.
- §5: Strukturierte Einbindung von Peer-Expert:innen nicht nur in Modellprojekten, sondern dauerhaft in Entwicklung, Evaluation und Qualitätssicherung.
- §15: Aufbau eines Suizidregisters mit anonymisierten oder pseudonymisierten Variablen, die NNV-relevante Merkmale abbilden unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

- §15: Evaluation bestehender Hilfen auf Zielgruppenangemessenheit, unter besonderer Berücksichtigung neurodivergenter Bedarfe und atypischer Ausdrucksformen.
- §5 i. V. m. §15: Stärkere Aufsichtspflichten bei strukturellen Pflichtverletzungen von Leistungsträgern sowie Ausweitung des Verbandsklagerechts.
- §15: Evaluierung unter Einbeziehung bestehender und ggf. neu zu entwickelnder Modellregionen; wissenschaftliche Begleitung neurodivergenzsensibler, barriereärmer Krisendienste mit Peer-Beteiligung und gemeindenaher Steuerung.

Diese Maßnahmen können bestehende Schutzlücken für die Risikogruppe NNV schließen. Die Vorschläge orientieren sich an geltendem Recht (GG Art. 2 Abs. 2, UN-BRK Art. 25, WHO "Live Life Toolkit"). Eine differenzierte, barrierefreie und partizipative Suizidprävention ist notwendig, um strukturelle Ursachen von Suizidalität wirksam anzugehen. Eine umfassende Erläuterung finden Sie im Folgenden.

3. Hintergrund Suizidalität

Wir haben uns bewusst entschieden, einen umfassenden gesamtgesellschaftlichen Hintergrund zu den Lebensrealitäten der NNV-Gruppe darzustellen. Zwar existieren bereits vereinzelte Ansätze und Aufklärungsbewegungen, doch wir sind überzeugt, dass nur eine ganzheitliche Betrachtung der Situation tatsächliche Veränderung ermöglichen kann.

Die im Folgenden dargestellten Studien sind ein Auszug der aktuellen Forschungslage. Sie weisen – trotz unterschiedlicher Methodik – übereinstimmend auf ein signifikant erhöhtes Risiko suizidaler Entwicklungen bei Personen mit NNV-Profilen hin. Diese Evidenzlage verdeutlicht die besondere Handlungsrelevanz für den Gesetzgeber, da hier eine systematisch unversorgte Hochrisikogruppe sichtbar wird.

3.1 Autismus-Spektrum-Störung (ASS):

- Bei Menschen im Autismus-Spektrum ist das Suizidrisiko deutlich erhöht (ca. 9-10-fach). (Hirvikoski u.a. 2016; Cassidy u.a. 2020).
 - Studien zeigen komplexe Wechselwirkungen von Depression, Angst, Einsamkeit und Camouflaging (Pelton u.a. 2023; Hull u.a. 2021; Cassidy u.a. 2018; Chen u.a. 2017)
 - 10 % der durch Suizid verstorbenen, untersuchten Menschen waren Autist:innen oder wiesen autistische Merkmale auf. Nicht diagnostizierte autistische Personen könnten dabei ein noch höheres Suizidrisiko haben als diagnostizierte (Cassidy u.a. 2022). – deutlich höher als die erwartete Prävalenz in der Bevölkerung (~1 %)
-

3.2 Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS):

- Jugendliche mit ADHS weisen, insbesondere bei komorbid Störungen, ein signifikant erhöhtes Suizidrisiko auf (Oh u.a. 2024; Rother u.a. 2025).
- Auch Erwachsene mit ausgeprägter Unaufmerksamkeit zeigen ein eigenständiges Risiko, unabhängig von psychiatrischen Begleiterkrankungen (Di Salvo u.a. 2024).
- Studien zeigen ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS. (Huang u.a. 2018)

3.3 Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS):

- Eine retrospektive Analyse identifizierte Suizid als eine der führenden Todesursachen bei ME/CFS (Chu u.a. 2021)
- 39,3 % der ME/CFS Patient:innen berichteten mindestens einmal Suizidgedanken gehabt zu haben. Die Suizidgedanken waren nicht zwingend mit klinischer Depression verknüpft. (König u.a., 2024)
- In einer retrospektiven Analyse von 64 Todesfällen bei ME/CFS-Betroffenen waren 27 % durch Suizid bedingt. Bemerkenswert ist, dass Suizide nicht ausschließlich mit klinischer Depression assoziiert waren, sondern vielfach mit fehlender Versorgung, sozialer Isolation und chronischer funktionaler Einschränkung in Zusammenhang standen (Johnson et al., 2022).
- Menschen mit ME/CFS sind sozial deutlich stärker beeinträchtigt als Betroffene anderer chronischer Erkrankungen. Fehlende Anerkennung, Isolation und unsupportive Interaktionen erhöhen nachweislich das Risiko für Suizidgedanken; bis zu 97 % der Betroffenen berichten über soziale Isolation. (Shortland u.a. 2024)

Betroffen sind v. a. „housebound“-Personen mit geringer Anerkennung der Erkrankung, fehlender Hilfe und starker sozialer Isolation (Muirhead u.a. 2024).

- Die Studie definiert ME/CFS als eine schwerwiegende, komplexe und bislang vernachlässigte Erkrankung, die durch multifaktorielle biologische Mechanismen gekennzeichnet ist. Bis zu ein Drittel der Betroffenen verschlechtert sich im Verlauf so stark, dass sie zeitweise vollständig an das Haus oder Bett gebunden sind – eine Extrem situation mit schwerster funktionaler Einschränkung, sozialer Isolation und gravierenden Versorgungslücken, die als Risikoverstärker für Depression und Suizidalität einzustufen ist (Arron u.a. 2024).

3.4 Fetales Alkoholspektrumstörungen (FASD):

- Die mittlere Lebenserwartung von Menschen mit FASD liegt bei 34 Jahren und somit deutlich unter der der Allgemeinbevölkerung. Die häufigsten Todesursachen sind "externe Ursachen" (44 %), zu denen Suizid (15 %), Unfälle (14 %), Vergiftungen durch illegale Drogen oder Alkohol (7 %) und andere externe Ursachen (7 %) gehören (Thanh & Jonsson 2016).
 - Adoleszente mit FASD sind erheblich gefährdet: 35,2 % berichten Suizidgedanken und 13 % mindestens einen schweren Suizidversuch im letzten Jahr – insbesondere männliche Jugendliche mit FASD haben ein bis zu 20-fach erhöhtes Risiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (O'Connor u.a. 2019)
 - In einer kanadischen Studie berichteten 25,9 % der Teilnehmenden von Suizidgedanken bzw. Suizidversuchen. Jugendliche mit strafrechtlichen Auffälligkeiten, wiesen besonders hohe Suizidraten auf (51,2 %) (Flannigan u.a. 2021).
-

4. Hintergrund Risikofaktoren

Kapitel 3 verdeutlicht, dass Menschen mit neurodivergenten und neurologisch vielfältigen Profilen (NNV) ein signifikant erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und suizidales Verhalten tragen.

Diese Gefahr entsteht nicht isoliert, sondern ist das direkte Resultat einer strukturellen Unterversorgung und systematischen Ausgrenzung – von der frühen Kindheit über Schule, Ausbildung und Arbeitswelt bis ins hohe Alter. Fehlbehandlungen, mangelndes Wissen oder Verständnis in medizinischen, pädagogischen und sozialen Kontexten sowie fehlende barrierefreie Zugänge verstärken die Suizidgefahr in sämtlichen Lebenslagen.

Daraus folgt: Suizidprävention muss in allen Lebensbereichen ansetzen. Sie darf nicht auf einzelne Institutionen oder Lebensphasen begrenzt bleiben, sondern erfordert einen durchgängigen, strukturell verankerten Ansatz, der die Menschenrechte bewahrt.

Im Folgenden wird anhand aktueller Studien dargelegt, wie die bestehenden Versorgungssysteme selbst als Risikofaktor wirken. Behandelt werden dabei: allgemeine Versorgungslücken, fehlende Modernisierung, persistente Fehlkonzepte, Risikokonstellationen in Kindheit und Jugend, diagnostische und therapeutische Unterversorgung, mangelnde Sensibilität im Gesundheitssystem, geschlechtsspezifische Diskriminierung sowie Barrieren in Arbeitswelt und Sozialraum.

4.1 Allgemeine Versorgungslücken

- Die gegenwärtige Versorgungsrealität in Deutschland ignoriert weitgehend die spezifischen Bedarfe neurodivergenter Menschen. Es fehlen sowohl ambulante als auch stationäre Anlaufstellen mit NNV-Kompetenz. In der psychiatrischen Regelversorgung dominieren reizüberflutende Umgebungen, schwer umsetzbare Gruppentherapien und mangelndes Verständnis für NNV-spezifische Verhaltensweisen. Umfassende barrierefreie Therapieangebote – im Sinne von § 4 BGG (Definition Barrierefreiheit) und § 12a BGG (barrierefreie Informationstechnik) – sind bislang nicht vorhanden.
 - Analysen zeigen, dass ein erheblicher Anteil suizidaler Menschen vor ihrem Tod keinen Zugang zu stationären Versorgungseinrichtungen hatte. Das Fehlen niedrigschwelliger, reizreduzierter und NNV-kompatibler Angebote wirkt dadurch suizidverschärfend. Dies beginnt bereits beim Hausarztbesuch, der für viele Betroffene aufgrund invisibler Barrieren (sensorische Überlastung, soziale Barrieren durch Kommunikationshürden, unzureichende Schulung des Personals) kaum wahrnehmbar ist.
 - Das Gutachten zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung bzw. Autismus-Spektrum-Störungen in Nordrhein-Westfalen bestätigt gravierende Versorgungslücken (FOGS 2023). Diese Defizite sind bundesweit anzunehmen und betreffen auch weitere Gruppen aus dem Bereich NNV.
-

4.2 Fehlende Modernisierung

- Obwohl die ICD-11 (z. B. Kategorie 6A02 Autismus-Spektrum-Störung) erstmals neurodivergente Kategorien unter einheitlichen diagnostischen Kriterien differenziert abbildet (WHO, 2022), bleibt die flächendeckende Anwendung in Deutschland bislang aus.
- Die ICD-11 wurde bereits 2019 von der Weltgesundheitsversammlung offiziell verabschiedet und ist seit dem 1. Januar 2022 weltweit in Kraft. In Deutschland wurde ihre verbindliche Einführung jedoch auf 2027 verschoben. Das bedeutet, dass Patient:innen in den kommenden fünf Jahren keinen gesicherten Anspruch auf Versorgung nach den international anerkannten medizinischen Standards haben. Zwar beginnen einzelne Ärzt:innen und Einrichtungen bereits freiwillig mit der Umstellung, eine flächendeckende und rechtlich verbindliche Anwendung ist jedoch erst ab 2027 gewährleistet. Dies steht im Widerspruch zu Artikel 25 UN-BRK (Recht auf Gesundheit) sowie zu Artikel 2 Abs. 2 GG (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) und untergräbt den Anspruch auf diskriminierungsfreie, aktuelle medizinische Versorgung – besonders für die Gruppe der NNV-Personen.

Betroffen sind insbesondere Diagnostik, Therapieplanung, Versorgungssteuerung und die fachliche Schulung von Personal.

4.3 Persistente Fehlkonzepte

Wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zur Gruppe NNV werden häufig nicht in die Versorgungspraxis übertragen. Stattdessen persistieren veraltete oder defizitorientierte Konzepte. Dazu gehören:

- die Anwendung ableistischer Sprache und normativer Zuschreibungen, die zu Fehldiagnosen, Stigmatisierung und Therapieabbrüchen führen (Bottema-Beutel u.a. 2021).
 - Fortbestehende Mythen wie die psychosomatische Deutung von ME/CFS, die Vorstellung, ADHS sei lediglich eine Modeerscheinung oder „verwachse“ im Erwachsenenalter, oder die Annahme, Überforderung bei Neurodivergenz bzw. FASD sei Ausdruck mangelnden Willens. Diese Konzepte verhindern eine adäquate, evidenzbasierte Versorgung und erhöhen das Risiko retraumatisierender Erfahrungen.
-

4.4 Besondere Risikokonstellationen

Kindheit und Jugend

- Kinder und Jugendliche mit Autismus, ADHS oder Intelligenzminderung haben ein deutlich erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten (Gagliano et al., 2024).
- Autistische Kinder zeigen bereits im Grundschulalter ein rund drei- bis fünffach erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und suizidales Verhalten im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Autismus: In einer Längsschnittstudie berichteten Eltern bei 9,6 % Suizidgedanken und bei 14,6 % suizidales oder selbstverletzendes Verhalten; systematische Übersichten nennen Prävalenzen zwischen 11 % und 73 %, wobei bislang keine validierten Erhebungsinstrumente für diese Altersgruppe existieren (Hunsche et al. 2020; Oliphant et al. 2020; Cassidy et al. 2020).
- Eine Studie mit 791 autistischen Kindern ergab, dass 13,8 % suizidale Gedanken oder Versuche aufwiesen – davon 10,9 % mit Suizidgedanken und 7,2 % mit Versuchen. Damit war das Risiko 28-fach höher als bei gleichaltrigen neurotypischen Kindern (0,5 %). Meta-Analysen zeigen, dass bei autistischen Jugendlichen etwa 25 % suizidale Gedanken aufweisen (95 %-Konfidenzintervall: 18,2 – 33,8 %), und 8,3 % einen Suizidversuch unternommen haben (O'Halloran u. a., 2022).
- Kommunikative Missverständnisse, sensorische Überlastung und soziale Isolation in frühen Bildungssettings fördern ein Klima chronischer Selbstverunsicherung, das stark mit späterer Depression und suizidaler Dynamik korreliert. (Crane u.a. 2019; Pelton u.a. 2023)
- Das kognitive Masking (strategische Anpassung an neurotypische Erwartungen) sowie fehlende Trauma-Kompetenz in Schulen erschweren die frühzeitige Hilfeannahme (Moseley et al. 2020).
- Jugendliche mit FASD sind nicht nur durch neurobiologische Faktoren, sondern auch durch strukturelle Bedingungen besonders suizidgefährdet: verspätete oder fehlende Zugänge zu jugendpsychiatrischen Hilfen, mangelndes FASD-spezifisches Fachwissen, unzureichende Kontinuität in der Jugendhilfe, Stigmatisierung sowie soziale Isolation durch Mobbing und fehlende Anerkennung. Studien zeigen, dass Suizidalität bei Kindern mit FASD bereits im Grundschulalter auftritt und dass die bestehenden Versorgungsstrukturen die besonderen Bedarfe bislang nicht adäquat auffangen (Harding u. a. 2022)
- Jugendliche mit ME/CFS weisen hohe Raten psychischer Komorbiditäten auf: 20 % erfüllen Kriterien einer Depression, 27 % einer Angststörung, insgesamt 35 % mindestens eine psychische Erkrankung. 18 % berichteten über suizidale Gedanken. Nur rund 10 % besuchen die Schule vollzeitig – Isolation und Bildungsabbrüche sind häufig. Strukturell fehlen valide Screeninginstrumente und geschultes Fachpersonal, sodass das Suizidrisiko oft unerkannt bleibt. (Loades u. a., 2021)

Diagnostische und therapeutische Unterversorgung

- Die Studie belegt eine Diskrepanz zwischen objektiv hohem Versorgungsbedarf und subjektiv unzureichender Versorgungsrealität. Menschen im Autismus-Spektrum haben erheblich höhere Gesundheitskosten, erhalten aber gleichzeitig ungeeignete oder inadäquate Behandlungen, was zu hohen Abbruchraten und verschlechterter Lebensqualität führt. Dies führt neben der Unterversorgung, trotz hoher quantitativer Versorgung, zusätzlich zu Kosten. (Innovationsfondsprojekt BarrierefreiASS, Ergebnisbericht 2025)
- Die Zunahme von ADHS- und Entwicklungsstörungsdiagnosen bei Erwachsenen im BARMER Gesundheitsreport 2023 verweist somit indirekt auf die jahrzehntelange Versorgungslücke: Viele Betroffene erhalten erst spät im Leben eine zutreffende Diagnose – nach langer Phase unbehandelter Belastung. Das legt nahe, dass bisherige Strukturen neurodivergente Bedarfe systematisch übersehen haben und ein erheblicher Nachholbedarf in Diagnostik, Aufklärung und Versorgung besteht. Gleichzeitig bedeutet es, im Gegensatz zu Depressionen, oft eine langandauernde medizinische und therapeutische Begleitung. Diese strukturelle Ausrichtung ist ein relevanter Bereich der Suizidprävention.
- Die strukturelle Relevanz wird auch durch von unterschiedlichen Akteuren gestützt. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) betont: „Suizidprävention kann nur gelingen, wenn suizidgefährdete Patient:innen unmittelbar einen Therapieplatz erhalten.“ (Benecke 2024)
- Eine deutsche Übersichtsarbeit betont, dass FASD trotz hoher Prävalenz zum Großteil nicht oder fehldiagnostiziert wird. Dadurch fehlen den betroffenen Kindern und Familien adäquate Förderung, Therapie und Unterstützung, und die Chancen von Sekundär- und Tertiärprävention werden verspielt. Auch die Kenntnisse vieler Fachkräfte sind unzureichend, was zur systematischen Unterversorgung beiträgt (Moder u. a. 2021).
- Eine internationale Studie zeigt, dass über ein Viertel der Menschen mit ME/CFS dauerhaft an das Haus gebunden ist und bis zu 16 % dieser Gruppe vollständig bettlägerig sind (Conroy u. a., 2021). Diese Patient:innen haben faktisch keinen Zugang zum regulären Gesundheitssystem, da notwendige Haus- oder Facharztbesuche nicht möglich sind. Auf das deutsche Versorgungssystem übertragen bedeutet dies: Ohne spezifische Hausbesuchsmödelle, digitale Konsultationen und spezialisierte mobile Versorgung bleiben die Schwerstbetroffenen unsichtbar. Während sie die höchste Behandlungsintensität benötigen, sind sie gleichzeitig am stärksten von struktureller Unterversorgung, Fehldeutung ihrer Erkrankung und fehlender Forschung erfasst. Damit verfehlt das aktuelle System seinen Versorgungsauftrag gerade gegenüber der vulnerabelsten Patient:innengruppe.

Gesundheitssystem: fehlende Sensibilität

- Im somatischen Bereich berichten Betroffene regelmäßig über nicht ernst genommene Beschwerden, unpassende Kommunikation und fehlende Reizschutzangebote. Über 60 % autistischer Erwachsener vermeiden medizinische Behandlungen, weil sie sich nicht verstanden fühlen (Raymaker et al. 2017).
- Das FOGS-Gutachten stellte zudem fest, dass über 90 % der Fachärzt:innen keine spezifische Zusatzqualifikation für den Umgang mit NNV besitzen (FOGS, 2023).
- FASD wird trotz hoher Prävalenz zum Großteil nicht oder fehldiagnostiziert. Dies führt zu inadäquater Förderung und fehlender Unterstützung, und die Chancen von Sekundär- und Tertiärprävention werden verspielt (Moder u. a., 2021).
- Für Erwachsene mit FASD gibt es kaum spezialisierte Anlaufstellen. Zudem existiert keine spezifische Leitlinie für diese Personengruppe, was v. a. an der geringen Zahl an Studien liegt.
- Die S3-Leitlinie von 2025 stellt einen wichtigen Meilenstein dar, da sie erstmals systematische Standards für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit FASD setzt (AWMF, 2025). Auch das Konsenspapier für Erwachsene trägt dazu bei, bestehende Lücken zu schließen (Schecke et al., 2024). Gleichwohl verhindert es bislang nicht, dass Ärzt:innen und Psycholog:innen die Kriterien unterschiedlich streng anwenden oder Versorgungsstellen unterschiedliche Schwellenwerte ansetzen – ein Umstand, der die Notwendigkeit einer verbindlichen Leitlinie für Erwachsene unterstreicht.
- In Deutschland wurde ME/CFS über Jahrzehnte nicht ernst genommen und war im Gesundheitssystem kaum sichtbar. Eine Leitlinie existiert bisher nicht. Mit dem D-A-CH-Konsensus-Statement (Hoffmann u. a., 2024) liegt eine interdisziplinäre Empfehlung vor, die die Kanadischen Konsensuskriterien mit Fokus auf das Leitsymptom Post-Exertionelle Malaise (PEM) betont und Pacing als zentrale Therapieform empfiehlt. Gleichwohl bleibt die Umsetzung uneinheitlich; Schulung der Fachkräfte und die Versorgung schwerer Verläufe sind nicht gewährleistet.

Geschlechtsspezifische Diskriminierung

- Zahlreiche Studien belegen, dass bestehende diagnostische und therapeutische Systeme stark an männlichen Normen ausgerichtet sind. Autistische Mädchen, Frauen und nicht-binäre Personen mit neurodivergenten oder neurologisch vielfältigen Profilen (NNV) bleiben dadurch häufig fehldiagnostiziert, unterdiagnostiziert oder werden erst deutlich verspätet erkannt (vgl. Kreiser & White, 2014; Diemer et al., 2025).
- Trotz der Neuregelung der Autismus-Spektrum-Störung in der ICD-11, die differenziertere diagnostische Kriterien vorsieht – unter anderem für sensorische Merkmale und Schweregrade bei Autismus –, orientieren sich viele diagnostische Verfahren weiterhin überwiegend an männlich geprägten Symptomprofilen. Die Diagnoserate für Autismus oder ADHS liegt bei Mädchen und Frauen teils bis zu 50 % unter derjenigen von Jungen und Männern, obwohl retrospektiv vergleichbare Symptomverläufe festgestellt werden (D'Mello et al., 2022).
- Das FOGS-Gutachten Nordrhein-Westfalen (2023) belegt, dass depressive Komorbiditäten bei Autistinnen und Personen mit Intelligenzminderung signifikant häufiger auftreten – ohne dass dies in der fachärztlichen Versorgung systematisch berücksichtigt wird.
- Eine aktuelle Langzeitstudie zeigt: Autistinnen, die erst im Erwachsenenalter diagnostiziert wurden, erhielten ihre Diagnose im Schnitt mit 31,8 Jahren – im Gegensatz zu 9,6 Jahren bei früh diagnostizierten Frauen. Die Differenz beträgt mehr als 22 Jahre. Besonders alarmierend: 34,1 % der befragten autistischen Frauen berichteten über Suizidgedanken, 20,7 % über Selbstverletzungen oder Suizidversuche – signifikant über dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung. (Diemer et al., 2025).

Arbeitswelt und Sozialraum

- Fehlende Standards für autismusgerechte Arbeitsplätze und mangelnd angepasste Unterstützung in Beschäftigungskontexten verschärfen die Belastung. Standardisierte Maßnahmen und fehlende Anpassungen überfordern viele autistische Personen; das Gefühl permanenter Überforderung und Unverständseins fördert erlernte Hilflosigkeit und Rückzugstendenzen – bekannte Risikofaktoren für Suizidalität (Crane u. a., 2019; Petty, 2022).
- Nicht reizreduzierte, unstrukturierte oder ausschließende Freizeit- und Teilhabeangebote führen dazu, dass viele autistische Personen aus dem gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen bleiben. Studien zeigen: Fehlende soziale Teilhabe ist ein unabhängiger Prädiktor für Suizidalität (Cassidy u. a., 2020).

- Eine internationale Befragung von 468 Erwachsenen mit FASD zeigt, dass Arbeit und Freizeit massiv beeinträchtigt sind: 63 % gaben an, nur in Teilzeit arbeiten zu können, meist aufgrund von Überforderung oder gesundheitlicher Verschlechterung; über zwei Drittel berichteten mehrfach entlassen oder freiwillig gekündigt zu haben. Viele Betroffene beschreiben, dass sie nach der Arbeit zu erschöpft für Freizeitaktivitäten waren. Hinzu kommen erhebliche Belastungen durch soziale Konflikte am Arbeitsplatz, Stigmatisierung und die Notwendigkeit, die Diagnose geheimzuhalten (Hargrove u. a., 2024).
-

4.5 Konsequenzen für die Suizidprävention

Es ist erkennbar, dass der Bedarf wahrgenommen wird. Einzelne Fortschritte sind zu würdigen – etwa die Einführung der G-BA-Richtlinie Long-/Post-COVID, Wir spüren, dass der Bedarf inzwischen gesehen wird das Innovationsprojekt BarrierefreiASS, die neuen S3-Leitlinien für FASD im Kindes- und Jugendalter, eine erweiterte Bedarfsplanung für Kinder und Jugendliche sowie Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit junger Menschen o.ä..

Gleichwohl fehlt bislang ein kohärentes Gesamtkonzept, das Ausbildung, Weiterbildung, Zulassungsbedingungen und Wartezeiten systematisch miteinander verzahnt und die spezifischen Bedarfe von Menschen mit Neurodivergenz und neurologischer Vielfalt (NNV) verbindlich berücksichtigt. Die bestehende strukturelle Inkompatibilität der Versorgungssysteme führt bei Betroffenen zu wiederholten retraumatisierenden Erfahrungen, Therapieabbrüchen, Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug.

Die Folgen sind chronische Sekundärbelastungen – darunter Depression, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Suchterkrankungen – die in der Gesamtschau ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko begründen. Eine nachhaltige Suizidprävention erfordert deshalb nicht nur punktuelle Projekte, sondern die verbindliche Integration NNV-spezifischer Bedarfe in alle Ebenen der Versorgungsplanung und -steuerung.

4.6 Pflicht zum Handeln

Die WHO (Live Life Toolkit, 2021) und die UN-BRK (Art. 25, 12, 17) verpflichten Staaten, strukturell inklusive, barrierefreie und evidenzbasierte Hilfesysteme bereitzustellen. Für Deutschland bedeutet dies, dass eine kultursensible, differenzierte und neurodivergenzgerechte Suizidprävention nicht nur politisch geboten, sondern völkerrechtlich verpflichtend ist.

5. Unsere Empfehlungen

Im Folgenden finden Sie unsere Empfehlungen zur Präzisierung einiger Punkte im Suizidpräventionsgesetz. Dabei haben wir versucht, Begründungen zu recherchieren. Diese sind nicht juristisch geprüft, sondern können als Basis zur Debatte gesehen werden.

§1 Abs. 2 – Ergänzung der Zielgruppenspezifizierung

Ein besonderes Augenmerk ist auf Personengruppen mit nachgewiesen erhöhtem Suizidrisiko zu richten, insbesondere die Gruppe **NNV**, also auf Menschen mit neurodivergenten Profilen, darunter Personen mit Autismus-Spektrum-Störung, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD), ausgeprägten sensorischen Besonderheiten sowie multiplen chronisch-neurologischen Erkrankungen wie Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS), Post-COVID-Syndrom (Long COVID) sowie überdurchschnittlicher oder unterdurchschnittlicher Intelligenz.

Begründung: Artikel 2 Absatz 2 GG schützt das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. UN-BRK Artikel 25 verlangt spezialisierte gesundheitliche Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen. Die WHO empfiehlt in ihrem "Live Life Toolkit" (2021) die systematische Berücksichtigung vulnerabler Gruppen in nationalen Suizidpräventionsstrategien. Die wissenschaftliche Evidenz für erhöhte Suizidalität in diesen Gruppen ist durch multiple Studien belegt (siehe Abschnitt 3).

§3 – Einführung einer verpflichtenden Fortbildung für Kontaktberufe

Berufsgruppen mit regelmäßiger Kontakt zu potenziell suizidgefährdeten Personen – insbesondere Fachkräfte im Gesundheitswesen, pädagogischen Bereich, der öffentlichen Verwaltung, bei Polizei, Justiz und Rettungsdiensten – sind regelmäßig und spezifisch zu suizidpräventivem Handeln im Umgang mit Menschen mit kognitiven, sensorischen oder kommunikativen Besonderheiten fortzubilden.

Begründung: Die staatliche Schutzwicht nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG sowie Art. 25 lit. d UN-BRK fordern die Schulung von Fachkräften, die mit Menschen mit Behinderungen arbeiten. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergibt sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG (Gesundheitsschutz). Der bestehende §95d SGB V etabliert bereits berufsgruppenbezogene Fortbildungspflichten im Gesundheitswesen. Die WHO empfiehlt in ihrem 'Live Life Toolkit' (2021) explizit die systematische Fachkräftebildung als Kernbaustein nationaler Suizidpräventionsstrategien. Die Einbeziehung von Fachpersonal, das mit Menschen der Gruppe NNV arbeitet oder pädagogisch Einfluss nimmt, ist verhältnismäßig: Sie ist geeignet, die Krisenintervention wirksam zu verbessern, erforderlich, da mildere Mittel nicht ersichtlich sind, und angemessen, da es um den überragend wichtigen Schutz des Lebens geht.

§5 – Erweiterung der Aufgaben der Bundesfachstelle

Qualitätsstandards

Die Bundesfachstelle erarbeitet unter verbindlicher Einbeziehung von Selbstvertretungen Qualitätsstandards zur barrierearmen, partizipativen und NNV-sensiblen Suizidprävention. Diese Standards berücksichtigen insbesondere invisible Barrieren wie sensorische, kommunikative und soziale Hindernisse. Die Standards sind bei der Konzeption und Umsetzung aller Maßnahmen verbindlich anzuwenden.

Begründung: §§ 4, 12a BGG sowie § 17 SGB I verpflichten bereits heute zur barrierefreien Leistungserbringung. Das WHO "Live Life Toolkit" (2021) empfiehlt explizit partizipativ entwickelte nationale Qualitätsstandards unter Einschluss vulnerabler Gruppen. § 5 SuizidPrävG sieht zwar Qualitätssicherung vor, konkretisiert jedoch nicht die partizipative Entwicklung und barrierefreie Gestaltung für NNV-spezifische Bedarfe, da NNV-Profile bisher nicht als eigenständige Risikogruppe berücksichtigt werden. Die Schließung dieser Regelungslücke gewährleistet eine diskriminierungsfreie Suizidprävention für alle Zielgruppen."

Bedarfe

Die Bundesfachstelle lässt regelmäßig bundesweite Versorgungslücken im Bereich der suizidpräventiven Hilfen erheben, um sicherzustellen, dass die Maßnahmenplanung auf empirisch belegte und aktuelle Bedarfe ausgerichtet wird (im Gegensatz zu ermittelten Bedarfen mit historischem Datenbezug). Dies umfasst insbesondere Wartezeiten, Ablehnungsquoten sowie strukturelle Barrieren vulnerabler Gruppen. Die realen Bedarfe in der psychotherapeutischen, psychiatrischen und neurologischen Versorgung sind entsprechend der tatsächlichen Nachfrage zu erfassen. Besonderheiten neurodivergenter Personen sowie weiterer Hochrisikogruppen sind explizit zu berücksichtigen. Die Bedarfserhebung muss dynamisch erfolgen und gesellschaftliche sowie epidemiologische Entwicklungen vorausschauend einbeziehen. Dies ermöglicht eine bedarfsgerechte Planung angemessener Versorgungskapazitäten und deren dauerhafte Finanzierung.

Begründung:

§5 Abs. 10 SuizPrävG bezieht sich auf Information und Koordination. Eine explizite Erhebung und Lenkung nach realem Bedarf (z. B. NNV-spezifisch) in der Gesundheitsversorgung stärkt die Steuerungswirkung. **UN-BRK Art. 25, WHO Live Life Toolkit, und SGB V §92a** bekräftigen evidenzbasierte, zielgruppengerechte Angebotsplanung.

Suizidprävention als Querschnittsaufgabe rechtskonformer Leistungserbringung

Die Bundesfachstelle Suizidprävention etabliert das Thema Suizidprävention als verbindliche Querschnittsaufgabe in der Sozial- und Gesundheitsverwaltung. Ziel ist die rechtmäßige, diskriminierungsfreie und zeitnahe Umsetzung bestehender gesetzlicher Leistungsansprüche nach SGB I, V, IX, XI sowie dem sozialen Entschädigungsrecht

Begründung:

Bestehende Ansprüche auf Leistungen, wie zum Beispiel Leistungen der Agentur für Arbeit/des Jobcenters, der Krankenkasse, der Rentenversicherung, der Unfallversicherung, der Jugendhilfe der Eingliederungshilfe, der Pflege, der Sozialhilfe oder des sozialen Entschädigungsrechts müssen niedrigschwellig flächendeckend zügig erfüllt werden (vgö- schon jetzt § 17 Abs. 1 SGB I). Diese Leistungen tragen wesentlich zur Lebensqualität der Betroffenen bei. Die aktuelle Situation, in der Leistungen regelhaft erst in kräftezehrenden Widerspruchs- und Klageverfahren erstritten werden müssen, ist untragbar.

Streitigkeiten um Zuständigkeiten zwischen Behörden dürfen nicht zu Lasten der Betroffenen gehen. Es sind großzügig vorläufige Leistungen zu erbringen, um (mutmaßliche) Bedarfe zügig zu decken. Das gilt selbst um den Preis, im Einzelfalle zunächst mehr bewilligt zu haben als rückblickend richtig gewesen wäre. Die Vereinfachungen im Verwaltungsverfahren wiegen dies mehr als auf.

Bestehende Rechtsgrundlagen

Bereits jetzt bestehen Regelungen, die eine zügige, unkomplizierte Bewilligung und Erbringung von Sozialleistungen zum Ziel haben (vgl. z.B.-§ 2 Abs. 2 Satz 2g SGB I; § 16 SGB I; §§ 42, 43 SGB I; §§ 14ff. SGB IX; § 9 SGB X; § 28 SGB X; §§ 102ff. SGB X; § 18c Abs. 5 Satz 1 SGB XI, die Liste ist nicht abschließend). Diese Vorschriften sind jedoch zu wenig bekannt und werden zu selten beachtet.

Zusammenhang mit Suizidprävention

Viele suizidale Menschen, insbesondere die Zielgruppe NNV haben keine Kraft für diese oft langwierigen Verfahren, die zudem oft stigmatisierend und entwürdigend erlebt werden und in denen sich die Betroffenen in eine Bittsteller Position gedrängt fühlen anstatt wie Bürger*innen, die ihnen rechtlich zustehende Leistungen selbstverständlich in Anspruch nehmen. Dies fördert die Wahrnehmung des "zur Last Fallens" - eine häufiger Risikofaktor für suizidale Menschen.

Aufsichtspflicht und strukturelle Konsequenzen

Bund und Länder müssen ihrer Aufsichtspflicht wirksam nachkommen. Wenn Leistungsträger wiederholt Leistungen unrechtmäßig ablehnen, überlange Bearbeitungszeiten verursachen oder strukturelle Zuständigkeitskonflikte zwischen Institutionen bestehen bleiben, muss dies strukturelle Konsequenzen nach sich ziehen.

Das Verbandsklagerecht ist deutlich auszuweiten. Die bestehenden Möglichkeiten des Verbandsklagerechts (z.B. nach Behindertengleichstellungsgesetz und Allgemeinem Gleichbehandlungsgesetz) sind bekannter zu machen. Gleichermaßen gilt für die Möglichkeit, eigene Rechtsansprüche durch Verbände durchsetzen zu lassen (vgl. § 85 SGB IX)

§15 – Differenzierte Evaluation und Einführung eines anonymisierten Suizidregisters

Evaluation

Die Evaluation der Maßnahmen erfolgt auch unter besonderer Berücksichtigung strukturell vulnerabler Gruppen. Die Bundesfachstelle führt hierzu eine datengestützte Wirksamkeitsprüfung auf Grundlage folgender Aspekte durch:

Differenzierte Datenerhebung

Zur Erfassung suizidpräventiver Wirkung sind strukturierte Datenerhebungen zu Suiziden und Suizidversuchen durchzuführen. Eine datenschutzkonforme, partizipativ gestaltete und methodisch differenzierte Datenerhebung bildet einen wesentlichen Baustein wirksamer Suizidprävention – insbesondere für bislang untererfasste Risikoprofile wie NNV-Personen.

Die Datenerhebung erfolgt grundsätzlich anonymisiert. Um Prävention und Forschung umzusetzen und Datenschutzrechtkonforme Datenerhebung zu garantieren könnten in Regionen mit geringen Fallzahlen geografische Einheiten zusammengefasst werden und statistische Schutzverfahren (Differential Privacy, Mindestfallzahlen) angewendet, um Rückschlüsse auf Einzelpersonen zu verhindern. Ergänzend können in begründeten Einzelfällen pseudonymisierte Erhebungen z.B. mit verstärkten technischen und organisatorischen Schutzmaßnahmen (z.B. zeitversetzte Verschlüsselung) eingesetzt werden.

Begründung: Nach Art. 9 Abs. 2 lit. j) DSGVO ist die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten zu wissenschaftlichen Zwecken unter angemessenen Garantien zulässig. Erwagungsgrund 52 DSGVO unterstreicht, dass statistische Verarbeitung zu öffentlichen Zwecken mit geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen erfolgen kann. Art. 31 UN-BRK verpflichtet zur systematischen Datensammlung über Menschen mit Behinderungen.

Ungeachtet unserer bewussten Entscheidung, an dieser Stelle noch keine ethische oder rechtspolitische Bewertung des assistierten Suizids vorzunehmen, ist festzuhalten:

Die systematische Auswertung der Daten zu Anträgen, bestätigten und durchgeführten Fällen ist unerlässlich, um strukturelle Risikofaktoren zu erkennen und die vollständige Erbringung aller gesetzlich vorgesehenen Unterstützungsleistungen sicherzustellen.

Aufbau eines anonymisierten Suizidregisters

Auf den Daten basierend und zur gezielten Erfassung von Risikokonstellationen bei neurodivergenten Personen enthält das Suizidregister ergänzende ggf. pseudonymisierte Variablen, darunter:

Anonymes Register von Suiziden und ebenso Suizidversuche mit folgenden Hintergründen:

- Wohnort, Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund
- Diagnosen und Verdachtsdiagnosen
- Zugang zur oder fehlende Diagnostik bei den unterschiedlichen Profilen
- Wartezeiten und regionale Angebotsverfügbarkeit (z. B. Therapie, Diagnostikzentren)
- Erfahrungen mit Ausschluss aus Versorgungssystemen (z. B. abgelehnte Reha, stationäre Aufnahmeverweigerung)
- nonverbale Ausdrucksformen, dokumentiertes Masking, bekannte Missverständnisse
- Kommunikationsmodus (z. B. assistiv, schriftbasiert, Vermeidung)
- Diskriminierungserfahrungen in Schule, Arbeit, Behörden oder Hilfssystemen

Begründung: Eine Studie von Cassidy [CASS14] zeigt, dass 10 % der durch Suizid Verstorbenen autistische Züge aufwiesen, ohne dass eine formale Diagnose vorlag. Moseley [MOSE20], Pelton [PELT23] und Crane [CRAN19] belegen, dass sprachliche Missverständnisse, soziale Isolation und fehlende NNV-Kompetenz starke Prädiktoren suizidaler Dynamiken sind. Nur durch NNV-spezifische Variablen im Suizidregister lassen sich solche Zusammenhänge erkennen und in präventive Strukturen überführen. Die WHO und UN-BRK (Art. 25, 12, 17) fordern explizit die Identifikation struktureller Barrieren als Voraussetzung wirksamer Suizidprävention.

Analyse von Wartezeiten und Versorgungszugängen

Es sind bundesweite Daten zu Wartezeiten auf Diagnostik, Krisendienste, Psychotherapie sowie Ablehnungszahlen zu erfassen.

Begründung: Das FOGS-Gutachten belegt erhebliche Versorgungsdefizite für Menschen mit Autismus und Intelligenzminderung. Fehlende Kapazitäten und lange Wartezeiten verzerren die Wirksamkeit präventiver Angebote fundamental und führen zu Versorgungsausschlüssen.

Prüfung der Angemessenheit bestehender Angebote

Die Evaluation hat zu klären, ob bestehende Hilfen in Inhalt, Struktur und Kommunikation den spezifischen Bedarfen vulnerabler Gruppen, in diesem Fall NNV- Bedarfe entsprechen.

Begründung: UN-BRK Art. 25 verpflichtet zur diskriminierungsfreien, bedarfsgerechten medizinisch-therapeutischen Versorgung. Reizreduktion, NNV-kompetente Sprache und barrierearme Kommunikation fehlen bislang systematisch (vgl. Moseley 2020; Crane 2019).

Begleitung von Modellregionen zur NNV-Prävention

Zusätzlich empfehlen wir, dass die Bundesfachstelle in Zusammenarbeit mit den zuständigen Bundes- und Landesministerien bestehende regionale Ansätze sowie ggf. neu zu entwickelnde Modellregionen in die Evaluierung einbezieht und wissenschaftlich begleitet.

Diese Modellregionen sollen der Evaluierung dienen und gezielt barrierearme, neurodivergenzsensible und partizipative Krisendienste erproben. Insbesondere durch regionale Ansätze lässt sich überprüfen, wie wirksam barrierefreie Strukturen in der Praxis umgesetzt werden können.

Begründung: *Angesichts der erheblichen gesellschaftlichen Veränderungen und der Zunahme psychischer Krisen ist es notwendig, die Wirksamkeit der Suizidprävention in realen Kontexten zu prüfen. Die WHO empfiehlt in ihrem 2021 veröffentlichten Leitfaden LIVE LIFE evidenzbasierte Interventionen zur Suizidprävention auf nationaler und lokaler Ebene.*

6. Fazit

Seit Jahren stagniert die Zahl der Suizidfälle in Deutschland. Wir begrüßen, dass die Politik das Ziel betont, Leben wirksam zu schützen. Die neue Betrachtung bislang kaum berücksichtigter Risikogruppen kann hier entscheidende Impulse geben – insbesondere für Menschen mit Neurodivergenz und neurologischer Vielfalt (NNV), die nachweislich ein erhöhtes Suizidrisiko tragen. Ohne gezielte Schutzmechanismen gibt es keine Ansätze, die Suizidzahlen in diesem Bereich zu reduzieren.

Daher sollte diese Versorgungslücke im Gesetzgebungsverfahren ausdrücklich berücksichtigt werden. Wir hoffen, dass NNV-Profile verbindlich als Risikogruppe in der nationalen Suizidpräventionsstrategie verankert werden und um bestehende Ausschlussmechanismen systematisch abzubauen.

Damit kann das erklärte Ziel des Gesetzes – Leben zu schützen – wirksam umgesetzt werden, auch für Gruppen, die bislang unsichtbar blieben. Auf Grundlage der Vielzahl internationaler und nationaler Studien sind wir überzeugt: Eine Stärkung von Prävention, Versorgung und Forschung mit Fokus auf diese vulnerable Gruppe kann wirksame Suizidprävention ermöglichen und endlich spürbare Veränderungen anstoßen.

7. Kontakt

NaSPro AG Neurodivergenz & neurologische Vielfalt

Sprecherinnen:

Milena Wolf und Rebecca Lefèvre
neurodivergenz@naspro.de
www.naspro.de/neurodivergenz

8. Literaturverzeichnis

Arron, H. E., Marsh, B. D., Kell, D. B., Khan, M. A., Jaeger, B. R., & Pretorius, E. (2024). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: the biology of a neglected disease. *Frontiers in Immunology*, 15, 1386607. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2024.1386607>

AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). (2025). S3-Leitlinie 022-025: Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD). Verabschiedet 2025. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>

Benecke, A. (2024). Ohne schnelle psychotherapeutische Versorgung keine nachhaltige Suizidprävention [Pressemitteilung]. Bundespsychotherapeutenkammer. Verfügbar unter: <https://www.bptk.de/pressemitteilungen/ohne-schnelle-psychotherapeutische-versorgung-keine-nachhaltige-suizidpraevention/> (Zugegriffen: 03.09.2025)

Brieger, P., Menzel, S., & Hamann, J. (2021). Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 65(1), 25–29. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03464-0>

Buckley, E., Pellicano, E., & Remington, A. (2022). “Knowing That I’m Not Necessarily Alone in My Struggles”: UK Autistic Performing Arts Professionals’ Experiences of a Mentoring Programme. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52, 5451–5470. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05394-x>

Cassidy, S., Bradley, L., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger’s syndrome. *Autism Research*, 7(1), 131–141. <https://doi.org/10.1002/aur.1361>

Cassidy, S., Bradley, L., Shaw, R., & Baron-Cohen, S. (2018). Risk markers for suicidality in autistic adults. *Molecular Autism*, 9, 42. <https://doi.org/10.1186/s13229-018-0226-4>

Cassidy, S., Au-Yeung, S., Robertson, A., et al. (2022). Autism and autistic traits in those who died by suicide in England. *The British Journal of Psychiatry*, 221(5), 683–691. <https://doi.org/10.1192/bjp.2022.21>

Chen, M.-H., Pan, T.-L., Lan, W.-H., et al. (2017). Risk of suicide attempts in adolescents and young adults with autism spectrum disorder: A nationwide longitudinal study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(9), e1174–e1179. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m11100>

Conroy, R. M., et al. (2021). Estimating the proportion of ME/CFS patients who are housebound or bedbound: A systematic review. *Journal of Translational Medicine*, 19, 404. <https://doi.org/10.1186/s12967-021-03032-3>

Crane, L., Adams, F., Harper, G., Welch, J., & Pellicano, E. (2019). ‘Something needs to change’: Mental health experiences of young autistic adults in England. *Autism*, 23(2), 477–493. <https://doi.org/10.1177/1362361318757048>

Diemer MC, Ros-Demarize R, Bradley CC, Kanne S, Kim SH, Parish-Morris J, Snyder LG, Wodka E; SPARK Consortium; Carpenter LA. Comparative Analysis of Autistic Women Across the Lifespan:

Childhood vs. Adulthood Diagnosis. *Autism Res.* 2025 Aug;18(8):1651-1663.
<https://doi.org/10.1002/aur.70073>

Di Salvo, G., Perotti, C., Filippo, L., et al. (2024). Assessing suicidality in adult ADHD patients: prevalence and related factors. *Annals of General Psychiatry*, 23(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12991-024-00528-8>

FOGS Forschungs- und Beratungsstelle. (2023). Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und/oder Autismus in NRW (IM/ASS). Abschlussbericht im Auftrag des MAGS NRW. https://www.fogs-gmbh.de/wp-content/uploads/2024/09/Gutachten-psychische-Versorgung-IM-und-ASS-in-NRW-Abschlussbericht_2023_barrierefrei_MAGS_FOGS.pdf Aufgerufen am 03.09.2025

Gagliano, A., Moavero, R., Operto, F. F., et al. (2024). Suicide risk in children and adolescents with neurodevelopmental disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02345-1>

Harding, K., Flannigan, K., McLachlan, K., & Pei, J. (2022). Suicide risk and fetal alcohol spectrum disorder: A review of the literature and clinical considerations. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 15(2), 87–110. <https://doi.org/10.1080/19315864.2021.2008730>

Hedley, D., Uljarević, M., Foley, K. R., Richdale, A., & Trollor, J. (2018). Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in autism spectrum disorder. *Depression and Anxiety*, 35(7), 648–657. <https://doi.org/10.1002/da.22759>

Hull, L., Mandy, W., & Petrides, K. V. (2021). Behavioural and cognitive sex/gender differences in autism spectrum condition and typically developing males and females. *Autism*, 25(3), 607–622. <https://doi.org/10.1177/1362361320952734>

Huang, K.-L., Wei, H.-T., Hsu, J.-W., et al. (2018). Risk of suicide attempts in adolescents and young adults with attention-deficit hyperactivity disorder: A nationwide longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 212(4), 234–238. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.8>

Johnson, M. L., Cotler, J., Terman, J. M., & Jason, L. A. (2022). Risk factors for suicide in chronic fatigue syndrome. *Death Studies*, 46(3), 738–744. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1776789>

König, R., Paris, D. H., Sollberger, M., & Tschopp, R. (2024). Identifying the mental health burden in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) patients in Switzerland: A pilot study. *Heliyon*, 10(5), e27031. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e27031>

Kreiser, N. L., & White, S. W. (2014). ASD in females: Are we overstating the gender difference in diagnosis? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(1), 67–84. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0148-9>

Loades, M. E., Rimes, K. A., Lievesley, K., Ali, S., & Chalder, T. (2021). The psychosocial impact of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome on adolescents: A qualitative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), 40–53. <https://doi.org/10.1177/1359104520954469>

Moder, M., et al. (2021). Fetal alcohol spectrum disorders: Challenges in diagnosis and treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(9), 1297–1308. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01602-3>

Moseley, R. L., Gregory, N. J., Smith, P., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2020). 'I can't cope with multiple inputs': A qualitative study of sensory sensitivities in autism spectrum disorder. *Autism in Adulthood*, 2(2), 122–131. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0079>

Muirhead, N. L., Vyas, J., Ephgrave, R., Singh, R., & Finlay, A. Y. (2024). Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: Quality of life (QoL). *Medicina*, 60(8), 1215. <https://doi.org/10.3390/medicina60081215>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022). NG225: Self-harm – assessment, management and preventing recurrence. London: NICE.

O'Connor, M. J., Portnoff, L. C., Lebsack-Coleman, M., & Dipple, K. M. (2019). Suicide risk in adolescents with fetal alcohol spectrum disorders. *Birth Defects Research*, 111, 822–828. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1528>

Oh, Y., Kim, Y., & Ryu, V. (2024). Heightened suicidal risk in ADHD and subthreshold ADHD: Understanding the role of psychiatric comorbidities. *Asian Journal of Psychiatry*, 102, 104277. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2024.104277>

Pellicano, E., Fatima, U., Hall, G., Heyworth, M., Lawson, W., Lilley, R., Mahony, J., & Stears, M. (2022). A capabilities approach to understanding and supporting autistic adulthood. *Nature Reviews Psychology*, 1. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00099-z>

Pelton, M. K., Crawford, H., Bul, K., et al. (2023). The role of anxiety and depression in suicidal thoughts for autistic and non-autistic people: A theory-driven network analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 53(1), 18–31. <https://doi.org/10.1111/sltb.12954>

Petty, S., Tunstall, L., Richardson, H., et al. (2023). Workplace adjustments for autistic employees: What is 'reasonable'? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53, 236–244. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05413-x>

Petty, S., Richardson, H., Eccles, N., & Tunstall, L. (2022). Supporting autistic employees: Understanding and confidence in UK workplaces. *Industry and Higher Education*, 37(3), 448-454. <https://doi.org/10.1177/0950422221124505>

Quadt, L., Csecs, J., Bond, R., et al. (2024). Childhood neurodivergent traits, inflammation and chronic disabling fatigue in adolescence: A longitudinal case-control study. *BMJ Open*, 14(7), e084203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084203>

Raymaker, D. M., McDonald, K. E., Ashkenazy, E., Gerrity, M., & Baggs, A. (2017). Barriers to healthcare: Instrument development and comparison between autistic adults and adults with and without other disabilities. *Autism*, 21(8), 972–984. <https://doi.org/10.1177/1362361316661261>

Rother Y, Orlando CM, Warren P, Flory K. (2025). ADHD and Suicidality in Adolescents: A Systematic Review of Moderators and Mediators. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2025 Jun 19. <https://doi.org/10.1007/s10567-025-00531-9> Epub ahead of print. PMID: 40536652.

Schecke, H., Jäger, D., Köhler, M., et al. (2024). Fetale Alkoholspektrumstörungen bei Erwachsenen – Konsens zur Diagnostik und Position zu Versorgung und Forschung in Deutschland. *SUCHT*, 70(5), 275–284. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000905>

Shortland, L., Moore, H., & Hatcher, S. (2024). Online communities as a response to stigma and isolation in people with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: A systematic review. *Health Expectations*, 27(3), 678–690. <https://doi.org/10.1111/hex.13845>

Thanh, N. X., & Jonsson, E. (2016). Life expectancy of people with fetal alcohol syndrome. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 23(1), e53–e59. PMID: 26962962

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2021). *Live Life: An implementation guide for suicide prevention in countries*. Genf: WHO.

Weltgesundheitsorganisation. (o. J.). *ICD-11 – Internationale Klassifikation der Krankheiten, 11. Revision*. Abgerufen am 15.07.2025 von <https://icd.who.int/en/>
