

Die Krise, die man kommen sehen könnte

— Autismus · ADHS · FASD · ME/CFS

Warum **vier Risikoprofile** im blinden Fleck der Suizidprävention liegen — und warum daraus ein vorhersehbares Muster wird.



Eine Fachbroschüre der Arbeitsgruppe
Neurodivergenz & neurologische Vielfalt
im Nationalen Suizidpräventionsprogramm
für Deutschland

VERNETZEN.
INFORMIEREN.
AKTIVIEREN.



AG NEURODIVERGENZ
& NEUROLOGISCHE VIelfALT

NATIONALES
SUIZIDPRÄVENTIONS
PROGRAMM

WER WIR SIND
& WARUM

Wir machen sichtbar, wer bisher übersehen wird

Wir sind eine Arbeitsgruppe im Nationalen Suizidpräventionsprogramm. Wir machen besonders gefährdete neurodivergente Gruppen dort hörbar, wo über Prävention entschieden wird.

Manche Behinderungen sieht man nicht. Und was man nicht sieht, schützt man oft nicht. Menschen mit Neurodivergenz und neurologischer Vielfalt tragen ein erhöhtes Suizidrisiko — und bleiben im Hilfesystem weitgehend unversorgt. Wir arbeiten partizipativ: Betroffene sind bei uns nicht nur Zielgruppe, sondern Autor:innen.

Diese Broschüre zeigt, warum Sichtbarkeit und der Abbau von Barrieren für diese Gruppe über Leben entscheiden können. Sie ist keine wissenschaftliche Arbeit: Wir untermauern mit Studien, damit es verständlich wird — nicht, um die Belege gegeneinander zu wägen.

VIER PROFILE IM FOKUS DER AG

ADHS · Autismus · FASD · ME/CFS

DREI BEGRIFFE,
PRÄZISE

Neurodivergenz

Eine Abweichung vom statistischen Durchschnitt darin, wie ein Nervensystem Reize und Informationen verarbeitet. Nicht besser, nicht schlechter: anders.

Nicht sichtbare Behinderung

Beeinträchtigung und Alltagsfolgen sind von außen nicht unmittelbar erkennbar. Das Kriterium ist die anhaltende funktionale Belastung, nicht die Diagnose.

NNV

Neurodivergenz und neurologische Vielfalt. Eine Arbeitskategorie der Suizidprävention. Sie ersetzt keine medizinische Diagnose.

WAS WO STEHT

Hintergründe — Begriffe, Risikogruppe, Kaskade	3–5
Wer gemeint ist — Profile, Überlappungen, Überlastung	6–9
Sichtbarkeit als Hilfsmittel — das Cor.System	10
Für das Gesundheitswesen	11–12
Für das Umfeld — Angehörige und Nahestehende	13
Für Führung und Betriebe	14
Für Politik — Kommune, Land, Bund	15

DIE RISIKOGRUPPE

Nicht sichtbar heißt nicht: nicht da

Vier Profile stehen im Fokus dieser Broschüre, weil für sie ein erhöhtes Suizidrisiko nachgewiesen ist. Was sie verbindet, ist nicht die Biologie, sondern die Lage: dauerhaft eingeschränkte Belastbarkeit in einer Umgebung, die diese Einschränkung nicht kennt.

Autismus

früh angelegt

ADHS

früh angelegt

FASD

vorgeburtlich erworben

ME/CFS

im Leben erworben

Die Gruppe ist größer: Post-COVID, Intelligenzminderung, Tic-Störungen, Epilepsie, chronischer Schmerz und demenzielle Erkrankungen bringen vergleichbare Barrieren mit. Wir beschränken uns auf vier, weil hier die Studienlage am dichtesten ist — nicht, weil die anderen weniger zählen.

FUNKTIONEN
UNTER DAUERLAST**Reizregulation**

Filtern, was ankommt

Kognitive LastPlanen, beginnen,
durchhalten, verstehen,
interpretieren**Schmerzverarbeitung**Reizschwelle und
Erholung**Stresstoleranz**Regulation unter
BelastungUNSICHTBARE
BARRIEREN

Eine Rampe sieht man. Diese Barrieren nicht — wir nennen sie im Folgenden *invisible Barrieren*. Sie wirken trotzdem — täglich, gleichzeitig und kumulativ. Deshalb fällt es selbst Betroffenen schwer zu benennen, was gerade zu viel ist: Es ist selten eine Sache, sondern die Summe vieler kleiner.

Sensorisch

Licht und Flackern, Lärm und Stimmengewirr, Enge, Berührung, Gerüche, Mundgefühl. Reize, die andere ausblenden, kommen ungefiltert an.

Chemisch

Reinigungs- und Desinfektionsmittel, Rauch, Duftstoffe — oft unterhalb der bewussten Geruchsschwelle. Hier kommt zur neurologischen eine körperliche Belastung hinzu.

Kommunikativ

Gesprochene statt schriftliche Information, Tempo, Telefonpflicht, Ironie und Andeutungen, unausgesprochene Erwartungen an Ton und Mimik.

Sozial

Small Talk, Blickkontakt, Händedruck, Nähe ohne Ausweichmöglichkeit, fehlende Rückzugsorte — und die Erfahrung, dass die eigene Wahrnehmung ständig infrage gestellt wird. Drei Formen sind Unterkategorien davon:

Kognitiv-exekutiv

Mehreres gleichzeitig, nichts zum Nachlesen, Entscheidungen unter Zeitdruck, unklare Reihenfolge von Schritten.

Zeitlich-energetisch

Takt und Termindichte ohne Erholungsfenster, keine Pausen ohne Rechtfertigung, Belastung ohne Ausgleich.

Systemisch

Fristen, Anträge, wechselnde Zuständigkeiten, Nachweispflichten für eine Behinderung, die man nicht sieht.

DIE VERBORGENE
ACHSE

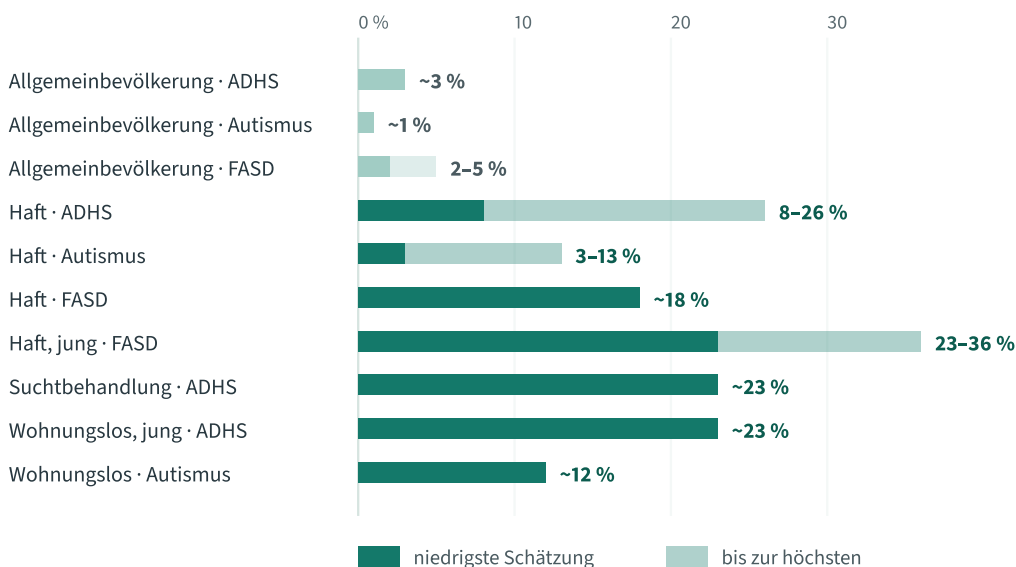
Kernpunkt 1

Neurodivergenz steckt in fast jeder bekannten Risikogruppe

Die Suizidprävention kennt ihre Risikogruppen: Haft, Sucht, Wohnungslosigkeit, queeres Leben. Selten mitgedacht wird, wie stark neurodivergente Menschen in genau diesen Gruppen überrepräsentiert sind.

ABBILDUNG 1

Jeder Balken nennt eine Diagnose und eine Gruppe — die Werte sind nicht untereinander addierbar. Die Spannen entstehen durch unterschiedliche Erhebungsmethodik. Studien aus Europa, Nordamerika und Australien.



Haft: ADHS 8–26 %, Autismus 3–13 %³⁶, FASD ~18 %, bei jungen Inhaftierten 23–36 %⁵². Suchtbehandlung: ADHS 23 %³⁷. wohnungslose Kinder und Jugendliche: ADHS 23 %³⁸. wohnungslose Erwachsene: Autismus 12 %⁴⁰. Ohne Prozentwert darstellbar: **trans und nicht-binäre Personen erhalten drei- bis sechsmal häufiger eine Autismusdiagnose**³⁹; Menschen mit FASD und Straftaten-bezogenen rechtlichen Problemen berichten zu 51,2 % Suizidgedanken oder -versuche⁷. Für weitere naheliegende Gruppen — Jugendhilfe und Heimerziehung, Langzeitarbeitslosigkeit, Menschen mit Gewalt- und Missbrauchserfahrung — fehlen belastbare Prävalenzdaten. Auch das ist ein Befund.

Überrepräsentation ist keine Ursache

Diese Zahlen sagen nicht, dass Neurodivergenz zu Haft, Sucht oder Wohnungslosigkeit führt. Sie zeigen, dass dieselben Erkennungs- und Zugangsfehler in all diesen Lebenslagen wirken — und dass Prävention dort auf dieselbe Gruppe trifft, ohne sie zu erkennen.

Wer nicht erkannt wird, wird mitgezählt — aber nicht mitgedacht

In Haftanstalten, Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe wird selten auf ADHS oder Autismus geprüft. Wer dort untergeht, taucht in der Statistik selten als neurodivergent auf. Die Lücke im Wissen ist selbst Teil des Präventions-Problems.

Für Deutschland wird nicht ausgewertet

Fast alle Risikozahlen hier stammen aus Skandinavien, Großbritannien, Kanada und den USA. Deutsche Daten gibt es durchaus — Kassen-Routinedaten, KV-Abrechnungen, amtliche Gesundheitsberichte, Landesgutachten⁴⁵,²⁴. Nur lassen sie sich nicht verknüpfen: Kassendaten, Todesursachenstatistik und Meldewesen sind getrennte Systeme — ein Record Linkage wie in Skandinavien gibt es hier nicht. Die Daten liegen vor. Zusammengeführt hat sie niemand. Was sie zeigen, wenn man hinsieht: Die Erstdiagnosen von ADHS bei Erwachsenen sind zwischen 2015 und 2024 um 199 % gestiegen — eine Aufholbewegung nach jahrzehntelanger Unterdiagnose, kein Trend⁵³.

KERNPUNKT 1

Nicht sichtbare Behinderungen sind keine Nische neben den bekannten Risikogruppen. Sie sind eine Achse quer durch sie hindurch — wer sie mitdenkt, verbessert die Prävention in allen diesen Gruppen zugleich.

DIE KASKADE

Wie aus Dauerbelastung eine Krise wird

Suizidalität steht selten am Anfang. Sie kann am Ende einer Kette stehen, die sich über Jahre aufbaut — und die an jeder Stelle unterbrechbar ist. Auf jeder Stufe wirken auch Schutzfaktoren; sie machen den Übergang zur nächsten unwahrscheinlicher.

VIER STUFEN



WECHSELWIRKUNG

Die Kaskade verläuft zirkulär, nicht linear.

Psychische Erschöpfung senkt die Reizschwelle, sodass dieselben invisible Barrieren stärker belasten als zuvor³²; wegbrechende Versorgung erhöht zugleich die Last auf allen vorgelagerten Achsen³⁰. Für die Prävention ist gerade dies bedeutsam: Jede früh entlastete Stufe dämpft die Rückkopplung auf die übrigen.

Was belegt ist und was nicht. Die einzelnen Glieder sind gut belegt^{31,33}, die erhöhten Risiken der Gruppen ebenfalls. Der Gesamtverlauf über Jahre ist nicht longitudinal untersucht — er ist ein Forschungsauftrag, keine bewiesene Kausalkette³⁴.

EINORDNUNG

„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)

ANGEBOREN

1 VON 2

Autismus und ADHS: hohes Risiko, andere Anzeichen

Autistische Menschen und Menschen mit ADHS tragen ein vielfach erhöhtes Suizidrisiko — und zeigen es oft anders, als das System es erwartet.

Autismus

früh angelegte Variante der Wahrnehmung und Verarbeitung

OR 9,4 Suizidtod, ohne Intelligenzminderung¹

Signatur. Die Krise geht häufig nach innen: Rückzug, Verstummen, Shutdown. Ein ruhiger, geordneter Eindruck ist keine Entwarnung. Anpassung (Masking) kostet unsichtbare Energie und verdeckt die Not.

Barriere. 80 % berichten Schwierigkeiten beim Hausarztbesuch, 34 % blieben trotz potenziell lebensbedrohlicher Erkrankung unbehandelt⁴³; auch in Deutschland berichten autistische Erwachsene umso geringere Lebensqualität, je mehr Versorgungsbarrieren sie erleben⁴⁷ — Wartezimmer, Small Talk und unklare Abläufe werden zur Überlastung.

erwarteter Ausschlag fehlt



Schematisch · waagrecht Zeit, senkrecht Intensität der Krisenreaktion

ADHS

früh angelegte Variante der Aufmerksamkeits- und Handlungssteuerung

OR 6,7 Suizidtod³ · Versuche OR 2,4

Signatur. Kurze Handlungslatenz: Eine Krise kann reiz- oder krankungstriggert in Minuten entstehen, nicht über Wochen. Das Risiko bleibt eigenständig, auch wenn man für Depression rechnet⁴.

Barriere. Der Zugang zur Hilfe verlangt genau die Planung, die schwerfällt. Leitliniengerechte Medikation senkt das Risiko im Mittel eher, als sie es erhöht⁵ — sie ersetzt aber nicht die individuelle Verlaufskontrolle, besonders in der Einstellphase.

Und mehr als Suizid. Die Übersterblichkeit bei ADHS geht überwiegend auf äußere Ursachen zurück²⁸: deutlich mehr Verkehrsunfälle²⁹, häufigere Alkohol- und Drogenprobleme samt Folgeerkrankungen. Diese Todesfälle sind Teil derselben Versorgungslücke.

kurzes Fenster



Schematisch · waagrecht Zeit, senkrecht Intensität der Krisenreaktion

HÄUFIG ÜBERSEHEN
2 VON 2FASD und ME/CFS:
Not wird umgedeutet

Bei FASD gilt Not als Regelverstoß, bei ME/CFS als „psychosomatisch“ — zwei Wege, auf denen echte Gefährdung unsichtbar bleibt.

FASD

vorgeburtlich
erworbene,
alkoholbedingte
Schädigung der
Hirnentwicklung

19,5×

12-Monats-Prävalenz ernster Suizidversuche, männl.
Jugendliche mit FASD (29,2 % vs. 1,5 %) ⁶

Signatur. Impulsives Verhalten wird als „Regelverstoß“
gedeutet, nicht als Not. Die verbale Fassade ist oft besser als das
Verständnis — Unfähigkeit wird als Unwilligkeit gelesen.

Barriere. Bei FAS, der Vollbild-Ausprägung innerhalb des FASD-
Spektrums, liegt die mittlere Lebenserwartung bei rund 34
Jahren; Suizid ist mit 15 % die häufigste Einzeltodesursache ⁴⁹.
Die Mehrheit ist äußerlich unauffällig und wird selten erkannt.
Bei Straftaten-bezogenen rechtlichen Problemen berichten 51,2
% Suizidgedanken oder -versuche ⁷.



als Verhalten gelesen

Schematisch · waagrecht Zeit,
senkrecht Intensität der
Krisenreaktion

ME/CFS

erworbene, oft
postinfektiöse
Multisystemerkrankung ·
rund 60 % der
Betroffenen sind Frauen

~39 %

mindestens einmal seit Krankheitsbeginn · Pilotstudie ⁸

Signatur. Die Not ist oft „nüchtern“ begründet: erschöpfte
Belastungsgrenze, fehlende Perspektive — nicht Traurigkeit im
depressiven Sinn. Post-Exertional Malaise (PEM): Schon der
Termin kann den Zustand für Tage verschlechtern.

Barriere. Bis zu ein Drittel ist zeitweise haus- oder
bettgebunden ⁹; die Abwertung als „psychosomatisch“ hält
Menschen aus der Versorgung fern.

der Termin selbst



Schematisch · waagrecht Zeit,
senkrecht Intensität der
Krisenreaktion

SCHWERSTER VERLAUF

Bei sehr schweren Verläufen sind Menschen bettgebunden und pflegebedürftig. Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben berichtete auf einer Pressekonferenz von einer auffälligen Häufung sehr junger Antragstellender mit ME/CFS ²⁵. Betroffenenverbände führen das auf fehlende Forschung, fehlende Versorgungszentren und die Fehldeutung als psychisch bedingt zurück und fordern: **Vorrang der Versorgung vor der Suizidhilfe.**

DIE GEMEINSAME
KLAMMER

Drei früh angelegte und eine im Leben erworbene Bedingung — verbunden nicht durch dieselbe Biologie, sondern durch dasselbe Muster ²³: invisible Barrieren, Lücken in der Versorgung — und: Die Beschwerden werden psychologisiert statt anerkannt und oft fehlbehandelt.

Die Kennzahlen der vier Profile sind **nicht direkt vergleichbar**: Sie messen unterschiedliche Endpunkte — Sterblichkeit, Versuche oder Häufigkeit von Suizidgedanken — in unterschiedlichen Alters- und Vergleichsgruppen. Sie zeigen Gefährdung, keine Rangfolge.

WER ZUSÄTZLICH
BENACHTEILIGT IST

Kernpunkt 2

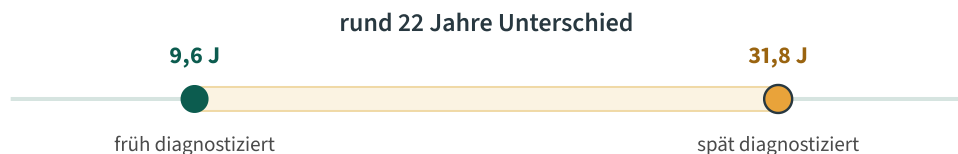
Jung, weiblich, arm: noch später erkannt

Geschlecht und soziale Lage verschieben nicht nur das Risiko, sondern auch, wie ein Signal überhaupt gedeutet wird.

Diagnosealter autistischer Frauen — 22 Jahre Unterschied

ABBILDUNG 2

Mittelwerte innerhalb einer Stichprobe autistischer Frauen und geschlechtsdiverser Erwachsener²⁰ — Größenordnung, kein Vergleich zwischen Geschlechtern.



Geschlecht

Autismus und ADHS werden bei Frauen oft spät erkannt; Beschwerden werden häufiger psychologisiert, Masking verdeckt die Not. In derselben Registerstudie, aus der die Autismus-Kennzahl auf Seite 6 stammt, ist die Suizidmortalität bei Frauen am höchsten¹. Dass rund 73 % der Suizide auf Männer entfallen, ist keine Rangordnung des Leids — es zeigt: Prävention muss an beiden Enden ansetzen.

Soziale Lage

Zu den stärksten sozioökonomischen Markern gehören Schulden¹⁸. Früh einsetzende Belastungen wirken lebenslang nach²¹. Belastende Bescheide sind ein Ereignis mit Datum: Um Sanktionen herum steigen Suizide — auf Ebene ganzer Regionen belegt, kein Beweis für den Einzelfall¹⁹. Umgekehrt wirkt Bildung schützend¹⁷ — der am besten belegte Zusammenhang hier.

Jugend

Das Risiko beginnt früh: Ein Viertel der autistischen Jugendlichen berichtet Suizidgedanken, 8 % einen Versuch — und zwar häufiger, als die Eltern es wissen⁴¹. Bei ADHS aus der Kindheit ist das Risiko für Versuch und Tod rund 3- bis 4-fach erhöht⁴². Bei FASD-Jugendlichen 35 % Suizidgedanken, 13 % ein ernster Versuch — Betreuende berichten Suizidalität ab dem Grundschulalter⁶.

DIESELBEN TORE,
VIELE LEBENSLAGEN

Wo dasselbe Rettungstor versagt — die Zelle nennt den Erkennungsfehler, nicht das Ausmaß des Leids.

Lebenslage	Blockiertes Tor	Fehlerklasse
FASD im Justizkontext	Erkennung	Not wird als Charakter gelesen
Frauen mit Spätdiagnose	Ausdruck · Erkennung	„schwierige Patientin“, Borderline
queere & neuroqueere Menschen	Banalisierung	zwei innere und zwei äußere Coming-outs, Trauma
Armut & Sanktionen	Zugang · Kontinuität	das schützende Verfahren wird unbewältigbar
Kinder & Jugendliche	Erkennung · Ausdruck	Not gilt als Pubertät oder Verhaltensproblem
Alter	Erkennung	Rückzug als „Alterserscheinung“
Gewalt, auch in Einrichtungen	fehlende oder Überkommunikation	aktiv verschlossener Weg

KERNPUNKT 2

Merkmale wirken nicht nur nebeneinander — jedes verschiebt, wie die anderen gedeutet werden. Aus „neurodivergent“ und „weiblich“ kann ein Erkennungsfehler entstehen, den kein Merkmal allein erklärt. Wie stark das zusammenwirkt, ist für diese Gruppen nicht quantifiziert; dass es geschieht, ist aus der Versorgungsforschung gut beschrieben. Nicht sichtbare Behinderungen sind deshalb keine Nische, sondern eine Linse auf einen gemeinsamen Erkennungsfehler.

ÜBERLASTUNG
ERKENNEN

Der 35. Hilferuf zählt genauso wie der erste

Bei anhaltender Überforderung kommen Signale nicht einmal, sondern immer wieder.

Wiederholung ist keine Entwarnung. Wenn die Überlastung dauerhaft ist, sind auch die Äußerungen dauerhaft — „nicht mehr können“, „keinen Sinn mehr sehen“. Jede einzelne davon ist ernst zu nehmen, auch beim 35. Mal. Suizidgedanken schwanken über Stunden und Tage¹² — aus einer wiederholten Äußerung folgt kein gleichbleibendes Risiko. Gewöhnung an die Überforderung ist hier der eigentliche Risikofaktor.

WIE ÜBERLASTUNG
AUSSIEHT

Vor dem Kipppunkt

Reizempfindlichkeit steigt, Sprache und Verhalten verändern sich — knapper, einsilbiger, ungewohnt —, Termine werden abgesagt, Routinen werden starrer, Wiederholungsbewegungen nehmen zu. Der Rückzug ist kein Desinteresse — er ist der Versuch, die Last zu senken.

Meltdown und Shutdown

Die Begriffe stammen aus der Betroffenen-Community und beschreiben präzise, was klinisch kaum benannt wird: Der Meltdown ist die nach außen sichtbare Entladung, der Shutdown das Gegenteil — Erstarren, Verstummen, Nicht-mehr-reagieren. Beides ist keine Wut und keine Verweigerung, sondern ein überlastetes Nervensystem. Beides ist auch nicht steuerbar — Ermahnen verlängert es.

Danach

Nach der Entladung folgt oft tiefe Erschöpfung und Scham, manchmal über Tage — und weil die Belastbarkeit dann noch geringer ist, beginnt hier bereits die nächste Runde. Genau in dieser Phase entstehen Sätze über Sinnlosigkeit — und genau hier wird sie am seltensten erfragt.

ERST
UNTERSCHIEDEN

ÜBERLASTUNGSKRISE IST NICHT SUIZIDKRISE

Die folgenden Schritte gelten für sensorische Überlastung. Bei Hinweisen auf eine **akute Suizidkrise** — konkreter Plan, klare Absicht, Zugang zu Mitteln, Abschiedshandlungen — gilt das Gegenteil: **nicht allein lassen, Mittel entfernen, direkt fragen, Hilfe holen**. Bei unmittelbarer Gefahr **112**, sonst psychiatrischer Krisendienst oder ärztlicher Bereitschaftsdienst **116117**. Direkt zu fragen erhöht das Risiko nicht¹¹.

BEI ÜBERLASTUNG

Erst Belastung senken

Licht, Lärm, Menschen und Anforderungen reduzieren. Keine langen Erklärungen verlangen, keine Entscheidungsserien abfordern. Kurze Sätze oder Schweigen. Nähe nur, wenn sie erwünscht ist. Bei zusätzlicher Impulsivität — etwa bei ADHS — kann aus Überlastung ohne Vorlauf eine Handlung werden: dann nicht allein lassen.

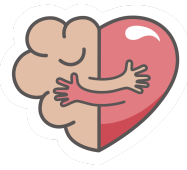
Den vereinbarten Ausstieg nutzen

Ein vorher abgesprochenes Zeichen, mit dem jemand eine Situation ohne Begründung verlassen kann, entlastet oft mehr als jedes Gespräch danach.

Später nachbesprechen — und dann fragen

Wenn die Belastung abgeklungen ist: was vorher zu viel war, was beim nächsten Mal früher greifen soll. Und ausdrücklich nach Suizidgedanken fragen — auch dann, wenn die Lage gerade ruhig wirkt.

DAS COR.SYSTEM



Ein Zeichen für das, was man nicht sieht

Für Rollstuhl, Sehen, Hören und Assistenzhund gibt es seit Langem bekannte Zeichen. Für invisible Barrieren gibt es bislang vor allem das **Sunflower Lanyard** — seit 2016 international verbreitet, in Deutschland aber kaum bekannt, markenrechtlich gebunden und ohne Aussage darüber, was gebraucht wird⁵⁰. Das Cor.System⁵¹ setzt daran an und schafft eine gemeinfreie gemeinsame Sprache — unabhängig von Diagnose, Behinderung und Einsatzort: privat, im Unternehmen, in der Behörde. Als Symbol, als Geste, als Safeword „Cor.“

WIE DAS ZEICHEN
GEBAUT IST

Halb Herz, halb Hirn

Links ein Hirn — das Wissen. Rechts ein Herz — das Verständnis. Sie stehen nicht nebeneinander, sondern verschmelzen zu einer Form. Weil Wissen allein kalt ist und Mitgefühl allein hilflos. Die Naht dazwischen ist die Stressachse — beide Hälften legen sich um sie und schützen genau die Stelle, an der im Alltag die Anspannung sitzt.

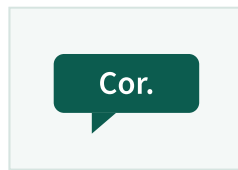
Warum „Cor.“

Lateinisch *cor*, das Herz — für die Römer zugleich Sitz von Verstand, Mut und Erinnerung. Die Wurzel teilen viele Sprachen: *cœur*, *corazón*, *cuore*, *cor*, *coração*. Ein Wort, das fast mehr Laut als Wort ist — und deshalb ggf. auch unter eingeschränkter Sprachfähigkeit noch sagbar⁵¹.

EIN ZEICHEN,
VIER WEGE

Sichtbar

Das Handzeichen — kein Material, keine App. Auch einhändig nacheinander zeigbar.



Hörbar

Das Safeword „Cor.“ — einsilbig, auch bei Erschöpfung sagbar, als Kurznachricht tippbar.



Lesbar

Ausweis, Karte, Anstecker — und Türschilder, die zeigen, welche Barrieren abgebaut sind.



Übertragbar

Die für Kommunen vorgesehene Variante — gestaltet nach den Grundsätzen von ISO 7001, DIN 32975 und DIN 1450. Eine Normung steht aus.

Warum das zur Suizidprävention gehört. Drei Punkte, die diese Broschüre als Risikofaktoren beschreibt, setzen genau hier an. **Sichtbarkeit:** Bei einem einzigen Arztbesuch können bis zu 25 Barrieren zusammenkommen — Bus, Licht und Lärm, Parfüm und Reinigungsmittel, Fachsprache, unklare Abläufe, Warten ohne Rückzugsort. Wer sie senkt, entlastet auf der ersten Stufe der Kaskade³⁴. **Anerkennung:** Dass die eigene Wahrnehmung infrage gestellt wird, geht mit erhöhter Belastung einher⁸ — ein Zeichen macht Belastung sichtbar und besprechbar, ohne dass sich jemand rechtfertigen muss. **Kommunikation in der Krise:** Bei Meltdown, Shutdown oder Erschöpfung versagt die Sprache oft genau dann, wenn Hilfe nötig wäre. Geste, Karte und ein einsilbiges Wort halten den Kanal offen — und geben Rettungs- und Ordnungskräften einen anderen Deeskalationsweg.

UND AUSDRÜCKLICH: WAS ES NICHT IST

Kein Diagnose-, Notfall- oder Berechtigungsnachweis. Es ersetzt keine ärztliche Einschätzung und keinen Notruf, und es bringt keine Vergünstigung. Vor allem: **Das Zeichen darf nie Voraussetzung für Unterstützung werden.** Niemand muss sich offenbaren, um Teilhabe zu bekommen.

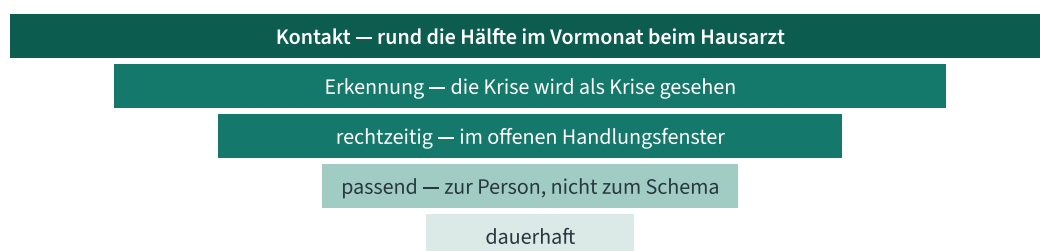
DRINNEN
ANGEKOMMEN

Angekommen — und trotzdem nicht versorgt

Rund die Hälfte der durch Suizid Verstorbenen war im Monat davor beim Hausarzt¹⁰ — bei jungen Menschen und Männern deutlich seltener. Der Kontakt bestand. Die Krise wurde dort nicht sichtbar. Deutsche Hausärzt:innen benennen dafür fehlende Protokolle, Zeit und Anschlussangebote⁴⁶; autistische Patient:innen berichten dieselben Barrieren von der anderen Seite².

ABBILDUNG 3

Nur die oberste Stufe ist beziffert¹⁰; die Breiten sind schematisch.



DREI RISIKOFAKTOREN

Unterversorgung

Es fehlen Angebote mit der nötigen Fachkenntnis. In Hamburg halten über 86 % der befragten Psychotherapeut:innen Diagnostik und Therapie bei Autismus für unzureichend, die von ihnen berichtete mittlere Wartezeit liegt bei 27,5 Wochen⁴⁵; in Nordrhein-Westfalen ist der Bedarf laut Landesgutachten „bei Weitem nicht gedeckt“²⁴ — für FASD, ADHS und ME/CFS ist von vergleichbaren Lücken auszugehen; für Erwachsene mit FASD gibt es kaum spezialisierte Anlaufstellen.

Gaslighting

Beschwerden werden angezweifelt, umgedeutet oder für eingebildet erklärt — ME/CFS über Jahrzehnte als „psychosomatisch“, FASD als Regelverstoß, ADHS als Modeerscheinung — obwohl deutsche Kassendaten das Gegenteil zeigen: Erwachsene mit ADHS-Diagnose machen dort 0,2–0,4 % aus, die geschätzte Prävalenz liegt bei rund 2,5 %⁵³. Fehlende Anerkennung und abwertende Reaktionen gehen mit häufigeren Suizidgedanken einher⁸.

Fehldiagnosen

Was falsch eingeordnet wird, wird falsch behandelt. Autistische Menschen verursachen erheblich höhere Gesundheitskosten und erhalten trotzdem häufig ungeeignete Behandlungen — mit hohen Abbruchraten²⁷. Die Lücke ist keine Frage der Menge, sondern der Passung. Auch die Instrumente tragen dazu bei: Bei ME/CFS werden körperliche Symptome fälschlich als Depressions-Symptome gewertet, bei Autismus wirken Rückzug und reduzierte Mimik depressiv, gehören aber zur üblichen Ausdrucksweise. Standard-Fragebögen sind hier oft nicht gültig — in beide Richtungen.

KERNPUNKT 3 — UND AUSDRÜCKLICH KEIN TEST

Das Frühwarnzeichen ist nicht die Abweichung von einer Norm, sondern die Abweichung von der **eigenen Grundlinie**: plötzlich ruhiger, weniger Kommunikation, Dinge werden geordnet, Hilfen abgesagt. Diese Zeichen *können* auf Belastung hinweisen — sie sind kein Test. Im Zweifel ruhig und direkt nachfragen. Und: Wer hier ankommt, hat auf dem Weg schon Dutzende einzelne Barrieren überwunden. Der ruhige Eindruck im Sprechzimmer ist oft der Rest der Kraft, nicht ihr Maß.

IN DER PRAXIS

Vier Diagnosen, vier Anpassungen — ein Prinzip

Was verbindet, ist die Barriere; was hilft, ist diagnosespezifisch. Und ein großer Teil davon verschwindet durch Änderungen, die nichts kosten: Klarheit, Vorhersehbarkeit, Zeit.

THERAPIE

Was für alle gedacht ist, passt hier oft nicht

Bei autistischen Erwachsenen wurden erhebliche Versorgungsbarrieren sowie höhere direkte und indirekte Kosten als in der Allgemeinbevölkerung festgestellt²⁷. Ob Standardverfahren kausal zu mehr Abbrüchen oder schlechteren Ergebnissen führen, ist damit nicht allgemein belegt — aber nicht die Menschen scheitern an der Therapie, die Therapie ist oft nicht auf sie zugeschnitten. Für Traumafolgen gibt es angepasste, gut untersuchte Verfahren²².

Autismus — Reizschutz, feste Abläufe, Schriftlichkeit, konkrete statt gedeutete Sprache.

ADHS — Struktur von außen, kurze Intervalle, Erinnerungen; leitliniengerechte Medikation senkt das Risiko eher⁵.

FASD — konkrete Handlungsanleitung statt Einsicht-Appell; Unterstützung dauerhaft, nicht befristet.

ME/CFS — Pacing statt Aktivierung; Hausbesuch, Telefon- und Videokontakt statt Klinikweg⁹.

Was der Körper nicht meldet. Bei vielen neurodivergenten Menschen ist die Körperwahrnehmung verändert: Schmerz, Hitze, Kälte, Hunger, Durst und Harndrang werden abgeschwächt, verzögert oder gar nicht bemerkt — bei anderen umgekehrt verstärkt — und unter Stress zusätzlich überlagert. Ein ruhiges „Mir geht es gut“ ist deshalb kein Befund. Aktiv und einzeln erfragen, äußere Zeichen prüfen, Skalen anbieten statt nach Empfinden fragen.

Entkräftung ist keine Müdigkeit. Bei ME/CFS beschreibt Fatigue einen Zusammenbruch der Belastbarkeit, der sich durch Schlaf nicht bessert und nach Anstrengung oft erst ein bis zwei Tage später eintritt (Post-Exertional Malaise, PEM). Wer das als Müdigkeit oder Antriebslosigkeit einordnet, empfiehlt Aktivierung — und verschlechtert den Zustand.

SPRACHE

Neun Regeln, die sofort umsetzbar sind

Kurz und wörtlich sprechen. Keine Ironie, keine Doppeldeutigkeit, keine Andeutungen.

Jeden Schritt ankündigen. Was passiert jetzt, wie lange dauert es, was kommt danach.

Mindestens zehn Sekunden auf Antwort warten. Keine Antwort ist keine Zustimmung.

Auf Small Talk verzichten. Er erschwert es, das Wesentliche herauszuhören.

Blickkontakt und Handschlag nicht erwarten. Ihr Fehlen ist keine Ablehnung.

Schriftlich anbieten. Terminvergabe, Rückfragen und das Wichtigste zum Nachlesen.

Verhalten nicht deuten. Sachliche Sprache, wenig Mimik oder Rückzug sagen nichts über die Belastung.

Direkt nachfragen. Bei Wesensveränderung Suizidgedanken ruhig und ausdrücklich ansprechen — auch, wenn akut nichts darauf hindeutet.

Belastung mitdenken (Pacing). Termine, Wege und Informationsmenge so takten, dass die Erschöpfung nicht erst Tage später eskaliert. Keine Schonung, sondern Belastungsökonomie — und es verhindert Abbrüche.

ZU HAUSE

Prävention beginnt lange vor der Krise

Nicht: Was tun, wenn es akut wird. Sondern: Wie ein Alltag aussieht, in dem es gar nicht erst so weit kommt. Vier Prinzipien tragen dabei fast alles.

VIER PRINZIPIEN



Validieren

Glauben, was geschildert wird — auch wenn man es selbst nicht nachvollziehen kann und nichts zu sehen ist. „Das kann ich mir nicht vorstellen, aber ich glaube dir“ ist eine vollständige Zustimmung — sie muss nicht durch Verstehen verdient werden. Dass die eigene Wahrnehmung infrage gestellt wird, geht mit erhöhter Belastung einher⁸; wiederholte Invalidierung im engsten Umfeld wirkt stärker als anderswo.

Deeskalation vereinbaren — vorher

Ein abgesprochenes Zeichen, mit dem jede Person Überforderung anzeigen oder beim Gegenüber abfragen kann — und eine Situation verlassen kann, ohne sich zu erklären. Dafür gibt es seit Kurzem ein gemeinfreies Zeichen: das **Cor.System** mit dem Herz-und-Hirn-Symbol, einem Handzeichen und dem Safewort „Cor.“⁵¹ — sagbar, zeigbar und tipptbar, auch wenn Sprechen gerade nicht geht. Dazu ein Rückzugsort, der immer verfügbar ist, und die Regel, dass Abbruch kein Scheitern ist. Wer weiß, dass er jederzeit raus kann, kippt seltener.

Klare Strukturen

Vorhersehbare Abläufe, feste Zeiten, Änderungen früh und schriftlich ankündigen. Eine Sache nach der anderen. Erwartungen aussprechen statt voraussetzen. Struktur ist keine Enge — sie spart die Energie, die sonst das Ungewisse verbraucht.

Übersetzen

Zwischen der Außenwelt und dem eigenen Verarbeiten vermitteln: Andeutungen ausformulieren, Höflichkeitsfloskeln entschlüsseln, Behördenpost in konkrete Schritte übersetzen. Und umgekehrt: nach außen erklären, was gebraucht wird. Das entlastet mehr als jedes gute Zureden.

IM ALLTAG

Reizlast senken

Ein Raum mit dimmbarem Licht, ohne Lärm und ohne Ansprache. Gerüche, Reinigungsmittel und Hintergrundgeräusche reduzieren. Das ist keine Verwöhnung — es verhindert, dass sich Erschöpfung überhaupt aufbaut.

Erholung einplanen (Pacing)

Nach Terminen, Besuchen und Behördengängen bewusst Ruhe einplanen. Bei ME/CFS tritt die Verschlechterung oft erst ein bis zwei Tage später ein — die Erholung gehört zum Termin dazu.

An das erinnern, was der Körper nicht meldet

Schmerz, Hunger, Durst, Kälte und Erschöpfung werden oft abgeschwächt oder gar nicht bemerkt — manchmal auch überdeutlich. Trinken, Essen und Wärme aktiv anbieten, statt auf Signale zu warten.

Papierkram übernehmen

Anträge, Widersprüche und Telefonate sind für viele die härteste Barriere. Wer sie übernimmt, entlastet meist mehr als jedes Gespräch — und verhindert genau die Eskalationen, die aus Fristen und Bescheiden entstehen¹⁹.

Und wenn es doch eng wird: ruhig und direkt fragen — danach zu fragen erhöht das Risiko nicht. Gefährliche Mittel und Medikamentenvorräte vorher weniger zugänglich machen; den Zugang zu hochletalen Suizidmitteln zu beschränken gehört zu den am besten belegten Maßnahmen der Suizidprävention — wirksam in Kombination mit weiteren evidenzbasierten Strategien¹³. Was hilft und wer gerufen werden soll, gemeinsam aufschreiben, solange es ruhig ist. **Und sorgen Sie für sich selbst** — Angehörige brauchen eigene Entlastung.

WAS TRÄGT

Schutzfaktoren sind in der Suizidforschung eigenständig wirksam, nicht bloß das Gegenteil von Risiko. Sie lassen sich aufbauen — und zwar heute:

Zugehörigkeit — mindestens ein Mensch, der verlässlich da ist und nichts dafür verlangt.

Interessen und Autonomie — Zeit für das, was trägt, ohne Rechtfertigung; selbst entscheiden dürfen.

Peers — Menschen mit derselben Erfahrung, bei denen nichts erklärt werden muss.

Sicherheit und Perspektive — Geld, Wohnung und Versorgung, die nicht jedes Quartal neu erkämpft werden müssen.

AM ARBEITSPLATZ

Mensch & Arbeitskraft im Blick

Für viele ist der Arbeitsplatz der letzte verbliebene soziale Ort. Dauernde Überforderung dort erzeugt erlernte Hilflosigkeit und Rückzug — beides bekannte Risikofaktoren.

BECS — VIER HANDLUNGS- EBENEN

Betrieblicher Handlungsrahmen der Initiative Stille Stunde⁴⁸. Ergänzt BGM, BEM und Gefährdungsbeurteilung — ersetzt sie nicht. Vorschlag der AG, nicht extern evaluiert.

B Barrierenabbau

Was hält Menschen konkret davon ab, gut zu arbeiten?

Die vier Barrierenfelder systematisch abbauen: Rückzugsraum und fester Arbeitsplatz, Kopfhörer ohne Erklärung, dimmbares Licht, unparfümierte Reinigungsmittel, Aufgaben und Prioritäten schriftlich, Meetings mit Agenda.

E Empowerment

Was brauchen Menschen, um ihre Bedarfe sagen zu können?

Werkzeuge, die ohne Diagnose und ohne Scham funktionieren: ein schriftliches Blatt mit den eigenen Arbeitsbedingungen (Access Rider), anonyme Bedarfsumfragen, Ampel-Feedback, Peer-Strukturen. Offenlegung darf nichts kosten — sonst wird sie unterlassen.

C Chancengleichheit

Wer kommt gar nicht erst rein — und warum?

Ausschluss beginnt vor dem ersten Tag. Stellenanzeigen ohne verdeckte Sozialanforderungen, Fragen vorab schriftlich, Probezeit mit Anpassungsgespräch. 63 % der Erwachsenen mit FASD können nur Teilzeit arbeiten³⁵.

S Strukturwandel

Was muss sich ändern, damit Einzelmaßnahmen wirken?

Betriebsvereinbarung, benannte Zuständigkeiten, Wirkungsmessung. Sonst hängt das Ergebnis an einzelnen Führungskräften statt am Betrieb.

NEURODIVERSES ARBEITSUMFELD SCHAFFEN

Überlastungsprotokoll — Frühwarnsignale für Schlüsselpersonen sichtbar machen, mit klarer Eskalationskette.

Individueller Krisenplan — Kontaktperson, Notfall-Homeoffice, vereinbarte Schritte. Liegt beim Menschen, nicht in der Akte.

Barrieren abbauen — Mutebox, Rückzugsraum, stille Mensa, stille Stunde, Kommunikationspat:innen: reizarme Optionen, die ohne Anmeldung und ohne Begründung nutzbar sind.

Deeskalations-Schulung — was Masking, Meltdown und Shutdown sind, und was man dann tut und lässt.

Verhalten nicht deuten. Wenig Blickkontakt, knappe Mails, sachlicher Ton, Rückzug in der Pause — das sagt nichts über Motivation oder Loyalität. Nachfragen statt interpretieren. Leistungsschwankungen sind Teil des Profils, nicht Ausdruck mangelnder Disziplin.

Die Werkzeuge gibt es schon. Angemessene Vorkehrungen (UN-BRK, AGG), BEM, Schwerbehindertenvertretung, Inklusionsamt und Integrationsfachdienste gelten auch für nicht sichtbare Behinderungen. Sie werden nur selten genutzt.

UNSERE
FORDERUNGEN

Das lässt sich ändern — und so geht es

Weil Gefährdung im Zusammenspiel von Mensch und System entsteht, ist sie veränderbar. Jede Ebene hat dafür eigene Hebel.

WER WAS
ENTSCHEIDEN KANN

Kommune

Erreichbar werden. Krisendienstleistungen schriftlich, asynchron und aufsuchend anbieten; Termine ohne Telefonpflicht.

Reizarm werden. Stille Zeiten in Ämtern, Praxen und Kliniken; ruhige Wartebereiche.

Vor Ort erproben. Modellregionen mit Peer-Beteiligung und gemeindenaher Steuerung²⁶.

Land

Kontaktpersonen schulen. Kita, Schule, Jugendhilfe, Polizei, Rettungs- und Ordnungskräfte — auf atypische Krisenzeichen und Kommunikation ohne Deutung. Wirksam nur mit erreichbarem Angebot dahinter¹⁶.

Bedarf messen. Wartezeiten, Ablehnungsquoten und Versorgungsausschlüsse erheben statt Zahlen fortzuschreiben²⁴.

Leitlinien umsetzen. FASD und ME/CFS in die Fläche — mit Fortbildung, Vergütung und Aufsicht.

Bund

Strukturell wahrnehmen. Nicht sichtbare Behinderungen als eigene Gruppe im Behinderungsbegriff der Versorgungs- und Präventionsplanung führen.

In Aktionspläne aufnehmen. Bundes- und Landesaktionspläne zur UN-BRK sowie die nationale Suizidpräventionsstrategie um diese Gruppe ergänzen.

Normieren. Barrierefreiheit auch sensorisch, kommunikativ und kognitiv definieren — in DIN-Normen, Bau- und Beschaffungsvorgaben, nicht nur baulich.

Sichtbar machen. In Statistiken, Registern und der Forschung erfassbar machen, was bisher nicht gezählt wird²⁶.

WAS DIE AG DARÜBER HINAUS FORDERT

Begleiten ab der Diagnose

Strukturierte Begleitung als Regelangebot der Diagnosegruppe — nach dem Vorbild der Psychoonkologie, automatisch angeboten statt auf Antrag.

Früh stärken

Frühe Diagnose als Schutz, wirksame Schulprogramme, Anti-Mobbing, freiwillige Resilienz-Checks.

Übergänge absichern

Verbindliches Übergangsmanagement nach Klinik und Haft: In den ersten Wochen nach Entlassung ist das Risiko am höchsten¹⁴, und schon kurze Kontaktangebote senken es¹⁵ — eine der am besten belegten und günstigsten Einzelmaßnahmen.

Bescheide fair machen

Härtefallprüfung und Beratungshinweis bei belastenden Bescheiden; Begutachtung ohne mittelbare Benachteiligung; Folgenabschätzung vor jeder Kürzung.

Über allem: nichts über uns ohne uns. Betroffene und Peer-Expertise verbindlich einbinden — UN-BRK Art. 4 Abs. 3.

Rechtlicher Anker: Schutzpflicht für das Leben (Art. 2 Abs. 2 GG, Untermaßverbot), Benachteiligungsverbot (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG), UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 9, 25, 4 Abs. 3). **Was im System entsteht, lässt sich im System ändern.**

QUELLEN (AUSWAHL)

Belege

Hochzahlen im Text verweisen auf diese Liste. §§-Nummern des Suizidpräventionsgesetzes bewusst offen gelassen, solange nur ein Referentenentwurf vorliegt.

Was von uns stammt. Drei Elemente sind Vorschläge der AG und nicht extern validiert: das Kaskadenmodell (Seite 5), das Cor.System (Seite 10) und BECS (Seite 14). Wir halten sie für tragfähig, weil jedes einzelne Glied auf gesicherten Befunden aufsetzt und weil sie prüfbar formuliert sind — als Rahmen für Forschung und Praxis, nicht als Ergebnis.

Wozu diese Liste dient. Diese Broschüre ist keine wissenschaftliche Arbeit — sie nimmt keine systematische Evidenzsynthese und keine Qualitätsbewertung der Studien vor; die Liste dient dem Weiterlesen. Die Zahlen stammen aus unterschiedlichen Altersgruppen, Endpunkten und Vergleichsgruppen: Sie zeigen Gefährdung, keine Rangfolge zwischen den Diagnosen.

- 1 Hirvikoski T et al. (2016): Premature mortality in autism spectrum disorder. Br J Psychiatry 208(3):232–238 — schwedische Registerkohorte; Odds Ratio für Suizidtod 9,40 ohne Intelligenzminderung, 7,55 in der Gesamtkohorte, bei Frauen am höchsten.
- 2 Raymaker DM et al. (2017): Barriers to healthcare — autistic adults. Autism 21:972–984.
- 3 Septier M et al. (2019): Suicidality and ADHD — systematic review/meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev 103:109–118. Gepoolte OR: vollendeter Suizid 6,69 · Versuche 2,37 · Gedanken 3,53.
- 4 Di Salvo G et al. (2024): ADHD and suicidal spectrum disorders in adult psychiatric patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci — ADHS als eigenständiger Risikofaktor, unabhängig von Komorbidität.
- 5 Zhang L et al. (2024): ADHD medication and risk of suicide attempt — schwedische Registerkohorte, Within-Individual-Design. BMJ 384:e076105.
- 6 O'Connor MJ et al. (2019): Suicide Risk in Adolescents with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Birth Defects Res 111(12):822–828 — Beginn bereits im Kindesalter, ergänzend Flannigan K et al. (2022), Front Psychiatry 13:931528.
- 7 Flannigan K et al. (2022): Suicidality and Associated Factors Among Individuals Assessed for FASD Across the Lifespan in Canada. Can J Psychiatry 67(5):361–370. DOI: 10.1177/07067437211053288.
- 8 König RS et al. (2024): Suicidal ideation in ME/CFS. Heliyon 10:e27031 — Gesamtstichprobe n=169, davon 122 Frauen; 57 von 145 gültigen Antworten (39,3 %) berichteten mindestens einmal seit Krankheitsbeginn Suizidgedanken, bezogen auf die Gesamtstichprobe 33,7 %; sekundäre Depression bei 14,8 %.
- 9 Arron HE et al. (2024): Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome — the biology of a neglected disease. Front Immunol 15:1386607. DOI: 10.3389/fimmu.2024.1386607.
- 10 Luoma JB, Martin CE, Pearson JL (2002): Contact with health care before suicide. Am J Psychiatry 159:909–916.
- 11 Zur Frage danach: Dazzi T et al. (2014). Psychol Med 44:3361–3363; DeCou CR, Schumann ME (2018); Blades CA et al. (2018) — Nachfragen erhöht Suizidgedanken nicht (g = –0,13). Zu den Grenzen der Vorhersage: Franklin JC et al. (2017), Psychol Bull 143:187–232; Belsler BE et al. (2019). JAMA Psychiatry 76:642–651 — Grenzen der Einzelvorhersage.
- 12 Kleiman EM, Nock MK (2018): Real-time assessment of suicidal thoughts. Curr Opin Psychol 22:33–37.
- 13 Zalsman G et al. (2016). Lancet Psychiatry 3:646–659; Hawton K et al. (2013), BMJ 346:f403 — Mittelrestriktion.
- 14 Chung DT et al. (2017): Suicide after discharge from psychiatric facilities. JAMA Psychiatry 74:694–702.
- 15 Motto JA, Bostrom AG (2001): Postcrisis suicide prevention (caring contacts). Psychiatr Serv 52:828–833.
- 16 Wasserman D et al. (2015): School-based suicide prevention (SEYLE/YAM), cluster-RCT. Lancet 385:1536–1544.
- 17 Rosoff DB et al. (2020): Educational attainment and suicide attempt — Mendelsche Randomisierung.
- 18 Richardson T, Elliott P, Roberts R (2013): Unsecured debt and mental health. Clin Psychol Rev 33:1148–1162.
- 19 Barr B et al. (2016), J Epidemiol Community Health 70:339–345; Wickham S et al. (2020), Lancet Public Health — Sozialreformen (ökologisch).
- 20 Diemer MC et al. (2025): Comparative Analysis of Autistic Women Across the Lifespan. Autism Research 18(8):1651–1663. DOI: 10.1002/aur.70073 — mittleres Diagnosealter 31,83 Jahre bei Spätdiagnose gegenüber 9,67 Jahren bei Frühdiaagnose innerhalb derselben Stichprobe. Ergänzend Cassidy S et al. (2018), Mol Autism 9:42.
- 21 Hughes K et al. (2017): Adverse childhood experiences and health outcomes — meta-analysis. Lancet Public Health 2:e356–e366.
- 22 Schauer M, Neuner F, Elbert T: Narrative Expositionstherapie (NET/KIDNET); trauma-informierte Prävention.
- 23 Gagliano A et al. (2024): Neurodevelopmental disorders and suicide — narrative review. J Clin Med 13:1627.
- 24 FOGS (2023): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und/oder Autismus in NRW. Gutachten im Auftrag des MAGS NRW.
- 25 BVerfG, Urteil vom 26.02.2020 – 2 BvR 2347/15 u. a. Zur Lage bei ME/CFS: Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben, Pressekonferenz Berlin vom 27.11.2025 — auffällige Häufung sehr junger Antragstellers mit ME/CFS; Forderung des Betroffenenvereins PIER Schleswig-Holstein e. V. nach einem Vorrang der Versorgung vor der Suizidhilfe.
- 26 NaSPro-AG Neurodivergenz & neurologische Vielfalt (2025): Positionspapier zum Suizidpräventionsgesetz (BT-Drs. 20/14987).
- 27 Innovationsfondsprojekt BarrierefreiASS (2025): Ergebnisbericht — Versorgungsbedarf, Kosten und Behandlungsabbrüche bei Autismus.
- 28 Dalsgaard S et al. (2015): Mortality in children, adolescents and adults with ADHD. Lancet 385:2190–2196.
- 29 Chang Z et al. (2014): ADHD and risk of serious transport accidents. JAMA Psychiatry 71:319–325.
- 30 McEwen BS (1998): Protective and damaging effects of stress mediators — allostatic load. NEJM 338:171–179.
- 31 Slavich GM, Irwin MR (2014), Psychol Bull 140:774–815; Miller AH, Raison CL (2016), Nat Rev Immunol 16:22–34 — Stress, Entzündung, Depression.
- 32 Woolf CJ (2011): Central sensitization. Pain 152(3 Suppl):S2–S15.
- 33 O'Connor RC, Kirtley OJ (2018): The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. Phil Trans R Soc B 373:20170268.
- 34 KONVERA-Kaskadenmodell (Lefèvre 2026, gemeinsam zusammen e. V.) — Strukturmodell; einzelne Glieder belegt, Gesamtverlauf als Forschungsauftrag benannt.
- 35 Hargrove E et al. (2024): FASD: The Living Experience of People with Fetal Alcohol Spectrum Disorder — Results of an Anonymous Survey. Disabilities 4:332–347.
- 36 ADHS in Haft: Baggio S et al. (2018), Front Psychiatry 9:331 (26,2 %); Fazel S, Favril L (2024), Crim Behav Ment Health 34(3):339–346 (8,3 % bei strengerem Kriterien). Autismus in Haft: Chester V et al. (2022), BJPsych Open 8(S1):S45–S46, DOI: 10.1192/bjo.2022.179 — Prävalenzangaben je nach Setting stark streuend.
- 37 van Emmerik-van Oortmerssen K et al. (2012): ADHD in substance use disorder patients — Metaanalyse. Drug Alcohol Depend 122:11–19.
- 38 Ayano G et al. (2020): Prevalence of ADHD in homeless children and adolescents — systematische Übersicht und Metaanalyse. Ann Gen Psychiatry 19:21.
- 39 Warrier V et al. (2020): Elevated rates of autism diagnoses among transgender and gender-diverse adults. Nat Commun 11:3959.
- 40 Churchard A, Ryder M, Greenhill A, Mandy W (2019): The prevalence of autistic traits in a homeless population. Autism 23(3):665–676.
- 41 O'Halloran L et al. (2022): Suicidality in autistic youth — systematic review and meta-analysis (29 Studien, 34.011 Jugendliche). Clin Psychol Rev.
- 42 Garas P, Takacs ZK, Balázs J (2025): Longitudinal suicide risk in children and adolescents with ADHD — systematic review and meta-analysis. Brain Behav 15:e70618.
- 43 Doherty M et al. (2022): Barriers to healthcare and self-reported adverse outcomes for autistic adults — cross-sectional study. BMJ Open 12:e056904 (80 % Schwierigkeiten beim Hausarztbesuch; 34 % blieben trotz potenziell lebensbedrohlicher Erkrankung unbehandelt).
- 44 Robert Koch-Institut (2022): Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. JoHM 7(1), GEDA 2014/2015-EHIS, n=23.372 — depressive Symptomatik 27,1 % gegenüber 7,5 %.
- 45 Psychotherapeutenkammer Hamburg (2026): Versorgung von Menschen mit (Verdacht auf) Autismus in Hamburg. Kammerbefragung, 561 Antworten, Rücklauf 21,7 %.
- 46 Mayer L et al. (2025): Barriers to suicide prevention in primary care — qualitative Interviews mit deutschen Hausärzt:innen. Prev Med Rep.
- 47 David N et al. (2024): Healthcare barriers and health-related quality of life in autistic adults, bundesweite Onlinebefragung, n=311; Duckert S et al. (2023): Barriers and needs in mental healthcare of autistic adults in Germany.
- 48 BECS-Konzept (Lefèvre 2026, gemeinsam zusammen e. V. / Initiative Stille Stunde) — betrieblicher Handlungsrahmen; Konzeptdokument der AG, nicht extern validiert.
- 49 Thanh NX, Jonsson E (2016): Life expectancy of people with fetal alcohol syndrome. J Popul Ther Clin Pharmacol 23(1):e53–e59 — mittlere Lebenserwartung rund 34 Jahre; Suizid 15 % der Todesfälle.
- 50 Hidden Disabilities Sunflower (seit 2016, Gatwick Airport / Hidden Disabilities Sunflower Scheme Ltd.) — internationales Erkennungszeichen für nicht sichtbare Behinderungen; markenrechtlich geschützt, Abgabe über lizenzierte Stellen.
- 51 Cor.System / Herz & Hirn (2026, gemeinsam zusammen e. V.) — gemeinfreies Zeichen für invisible Barrieren: Symbol, Handzeichen, Safewort. Konzeptdokument, nicht extern evaluiert.
- 52 Popova S et al. (2011): FASD prevalence in correctional systems — systematische Übersicht; Bower C et al. (2018), BMJ Open 8:e019605 — 36 % bei jungen Inhaftierten (Westaustralien); Flannigan K et al. (2018) — rund 18 % bei Erwachsenen in kanadischer Haft; Allgemeinbevölkerung Nordamerika 2–5 %.
- 53 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2025): ADHS-Erstdiagnosen bei Erwachsenen 2015–2024. Dtsch Arztebl Int — Inzidenz von 8,6 auf 25,7 je 10.000 (+199 %); administrative Prävalenz 0,2–0,4 % gegenüber geschätzten 2,5 %.



neurodivergenz@naspro.de · naspro.de/neurodivergenz

Wenn es Ihnen oder jemandem, den Sie begleiten, nicht gut geht: **TelefonSeelsorge** — rund um die Uhr, kostenlos und anonym: 0800 111 0 111 · 0800 111 0 222 · Chat und Mail: telefonseelsorge.de

VERNETZEN.

INFORMIEREN.

AKTIVIEREN.

IMPRESSUM · Herausgeberin: Arbeitsgruppe Neurodivergenz & neurologische Vielfalt (AG NNV) im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) · Redaktion und Konzept: Lefèvre, Wolf, Kerbeck für die AG NNV · Stand: Version 1.0, August 2026 · Kontakt: neurodivergenz@naspro.de · Abbildungen: Cor.System / Herz & Hirn, gemeinsam zusammen e. V. (frei nutzbar). Diese Broschüre ist keine Leitlinie und ersetzt keine ärztliche oder therapeutische Einschätzung. Alle Zahlen sind vor Weiterverwendung an der jeweiligen Primärquelle zu prüfen.