

# **Schritte zu einer Professionalisierung der Trauerversorgung in Deutschland**

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Humanbiologie  
des Fachbereichs Medizin  
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Heidi Müller  
aus Ingolstadt

Gießen 2024

**Aus dem Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen**

Medizinische Klinik und Poliklinik II

Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, Gastroenterologie, Nephrologie,  
internistische Intensivmedizin und Palliativmedizin

Gutachter/in:

Professor Dr. Ulf Sibelius

Gutachter/in:

Professor Dr. Johannes Kruse

Tag der Disputation:

28. Januar 2025

**Für K**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	1
<b>2. Die Trauerversorgung als Untersuchungsgegenstand</b> .....	7
2.1 Zusammenfassung Publikation 1: Komplizierte Trauer erfassen: Ein systematischer Review .....	7
2.2 Zusammenfassung Publikation 2: Trauerversorgung in Deutschland. Entwurf eines gestuften Versorgungsmodells .....	8
2.3 Zusammenfassung Publikation 3: Bevor die Diagnose kam ... Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland.....	9
2.4 Zusammenfassung Publikation 4: Als die Diagnose kam ... Wo steht die deutsche Trauerversorgung im Jahr 2020/2021? .....	10
<b>3. Publikation 1:</b> Komplizierte Trauer erfassen: Ein systematischer Review.....	11
<b>4. Publikation 2:</b> Trauerversorgung in Deutschland. Entwurf eines gestuften Versorgungsmodells .....	29
<b>5. Publikation 3:</b> Bevor die Diagnose kam . . . Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland.....	35
<b>6. Publikation 4:</b> Als die Diagnose kam... Wo steht die deutsche Trauerversorgung im Jahr 2020/2021? .....	43
<b>7. Diskussion</b> .....	52
<b>8. Zusammenfassung</b> .....	66
<b>9. Abstract</b> .....	68
<b>10. Literaturverzeichnis</b> .....	70
<b>11. Anhang zum Eigenanteil Publikation 1</b> .....	80
<b>12. Anhang zum Eigenanteil Publikation 2</b> .....	86
<b>13. Anhang zum Eigenanteil Publikation 3</b> .....	92
<b>14. Anhang zum Eigenanteil Publikation 4</b> .....	99
<b>15. Ehrenwörtliche Erklärung</b> .....	105
<b>16. Danksagung</b> .....	106

## 1. Einleitung

Verluste sind Teil des menschlichen Lebens. Verursacht etwa durch Kriege, Unfälle, Klimaveränderungen oder Krankheit können Menschen schwerwiegende Verluste erleiden. Sie können ihre Heimat, ihre Gliedmaßen, die Hoffnung auf eine Zukunft oder auch eine Bezugsperson verlieren. Alle Verluste ziehen eine Reaktion nach sich, die als Trauer bezeichnet wird. Darunter ist die „natürliche Reaktion auf das Erleben eines Verlustes bzw. die Bewältigung einer Verlusterfahrung“ (Wittkowski, 2010, S. 197) zu verstehen. Prinzipiell können alle Verlusterfahrungen als schwerwiegend erlebt werden, jedoch wird insbesondere der Tod einer Bezugsperson als besondere Herausforderung wahrgenommen und mit dem Thema Trauer assoziiert. Das zeigt sich beispielsweise in zahlreichen kulturellen und künstlerischen Werken von der Antike bis in die postmoderne Welt. So setzte sich etwa der Philosoph Platon in seiner um 380 v. Christus verfassten Schrift „Phaidon“ mit den Themen Sterben, Tod und Trauer einer nahestehenden Person auseinander (Platon, 2007), während Edvard Munch 1885/86 in dem Gemälde „Das kranke Kind“ versuchte, seiner Trauer über den Tod seiner Schwester Ausdruck zu verleihen. Eric Clapton vertonte 1991 seine Trauer über den Verlust seines Sohnes in dem Song „Tears in heaven“. Erklären lässt sich die Bedeutsamkeit eines Verlustes gerade von Bezugspersonen durch das soziale Spannungsfeld, das Menschen in sich vereinen. Sie gehen Bindungen ein, um ihr (Über-)Leben zu sichern (Bowlby, 2006). Doch werden diese Personen, zu denen sie eine Bindung aufgebaut haben, früher oder später sterben und die Angehörigen und Freunde somit trauern. Der Kontrast von (Über-)Leben und Tod wurde in der Vergangenheit und wird in der Gegenwart vielfach in Wissenschaft, Literatur, Kunst oder Musik adressiert. Auflösen lässt sich dieser nicht. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Form des Umgangs eine Gesellschaft damit findet, denn diese hat Auswirkungen darauf, wie sich das Verhältnis der Menschen zu den Themen Sterben, Tod und Trauer gestaltet.

### *Das distanzierte Verhältnis zu Sterben, Tod und Trauer*

Im 19. Jahrhundert starben die Menschen in Deutschland vor allem an Infektionskrankheiten wie Cholera, Tuberkulose, Diphtherie und Wundinfektionen (Robert Koch Institut, 2018). Die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer um 1891/1900 betrug etwa 40 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2021a). Die Personen

starben überwiegend plötzlich und im Kreis ihrer Familie, ohne Anwesenheit eines Arztes bzw. einer Ärztin (Lofland, 2019). Selbst im Jahr 1950 starb nur etwa ein Fünftel der Menschen an Kreislauf- und noch weniger an Krebserkrankungen (Luy, 2004). Beide zählen heute zu den Haupttodesursachen (Statistisches Bundesamt, 2022b). Sterben und Tod waren noch bis 1950 Lebensereignisse, die mit festen Traditionen und Ritualen in der Gemeinschaft verankert waren. Das Waschen und Herrichten des toten Körpers war Aufgabe der Familie. Das Gedenken an die verstorbene Person und die Abschiednahme fanden in der großen Gemeinschaft und nicht wie heutzutage im engsten Familienkreis statt. Seit den 1950er Jahren lassen sich zahlreiche Veränderungen bezüglich der Todesursachen und Sterbeorte, des durchschnittlichen Sterbealters sowie den zuständigen Personen, die Schwerstkranke und Sterbende versorgen, beobachten. Maßgebliche Gründe hierfür sind die gesamtgesellschaftlichen Veränderungen wie etwa der medizinisch-technische Fortschritt, die zunehmende Hygiene, die Verbesserungen der Wohn- und Ernährungssituation, der steigende Wohlstand, aber auch der Wandel von Familien, der zunehmende Bedeutungsverlust von Religion sowie die Beschleunigung der Gesellschaft (Walter, 2020; Rosa, 2018). So liegt die Lebenserwartung für Männer heute bei 78,6 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2022c). Plötzliche Todesfälle sind selten, die überwiegende Mehrheit der Personen stirbt nach längerer Krankheit (Statistisches Bundesamt, 2022e). Im Jahr 2020 machten Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems 34,3% aller Todesfälle aus, gefolgt von bösartigen Neubildungen (Krebs) mit 23,5% (Statistisches Bundesamt, 2022b) und entgegen ihres Wunsches stirbt die Mehrzahl der Menschen in Kliniken, Alten- und Pflegeheimen und nicht zuhause (Dasch, 2017). Diese Veränderungen trugen maßgeblich dazu bei, dass Sterben und Tod heute Lebensereignisse darstellen, die nicht mehr in der Mitte der Gesellschaft verankert, sondern vor allem eine Domäne von Gesundheitsfachkräften sind. Entsprechend resümiert Walter „Dying becomes a medical event“ (2017, S. 18). Damit hat sich jedoch auch das Verhältnis der Menschen zu den Themen Sterben und Tod gewandelt. In dem Maße, wie diese Erfahrungsbereiche institutionalisiert und Teil des Gesundheitswesens wurden, hat sich die Allgemeinbevölkerung von den Themen distanziert. Sterben und Tod sind heute für die meisten Menschen unsichtbar geworden, der Umgang mit Sterbenden und Toten ist ihnen wenig vertraut (Walter, 2020).

Stattdessen wenden Industrieländer wie Deutschland zwischen 8% und 11,2% ihres jährlichen Gesundheitsbudgets für weniger als 1% der Personen auf, die in dem Jahr stirbt (Sallnow et al., 2022). Das Leben wird so lange wie möglich erhalten. Der Tod wie auch das Leben erscheinen beherrsch- und kontrollierbar. So empfinden es einige Mediziner\*innen als persönliches Versagen, wenn ein\*e Patient\*in stirbt. Angehörige wiederum begegnen dem Tod eines jüngeren Familienmitglieds oder plötzlichen Todesfällen mit großer Fassungslosigkeit. Aus diesem Grunde begleiten nicht zuletzt heutzutage häufig Sinn- und Schuldfragen den Trauerprozess. Während die Beantwortung insbesondere von Sinnfragen früher Aufgabe der Religion und der Gemeinschaft war, sind es heutzutage die Betroffenen selbst, die eine Antwort für sich finden müssen. Dabei haben sie zu beachten, dass die Trauer geräuschlos und im Privaten zu erfolgen hat, damit sie andere nicht stört und der Verarbeitungsprozess dem Wachstumsstreben der Gesellschaft nicht entgegensteht (Müller et al., 2022; Walter, 2020). Die trauerspezifisch geltenden Normen sind zu hinterfragen, zeigen doch Studien eine Verbindung von Verlusterfahrung und Substanzmissbrauch (Drabwell et al., 2020; Pitman et al., 2020) und Suizid (Baranowsky & Schmidt, 2013) oder auch Compassion Fatigue und Burnout (Barnett et al., 2022). Trauer als Lebenserfahrung wird heute als ‚unnormal‘ und ‚nicht zum Leben gehörend‘ erlebt. Soziale Netzwerke allein reichen zahlreichen Betroffenen nicht aus, um Verluste verarbeiten zu können (Jakoby, 2014). Auf diesen Bedarf haben Privatpersonen und gesellschaftliche Akteur\*innengruppen reagiert und so entstanden in Deutschland in den 1980er Jahren zahlreiche Angebote für Trauernde, deren Ziel es war und ist, Betroffene im Umgang mit Verlusten zu unterstützen. Die Angebote tragen Bezeichnungen wie etwa Trauerbegleitung, Trauerberatung oder Trauertherapie.

### *Die Versorgung Trauernder*

Im Jahr 2021 starben in Deutschland mehr als eine Millionen Menschen, darunter waren alle Altersgruppen vertreten (Statistisches Bundesamt, 2022a). Verdery et al. (2020) gehen davon aus, dass jeder Todesfall durchschnittlich neun Personen betrifft. Allein die Anzahl von ca. neun Millionen Hinterbliebenen führt dazu, dass das Gesundheitswesen dem Thema Trauer zunehmend Beachtung schenkt. Denn Verluste erhöhen das Risiko, gesundheitliche Probleme zu entwickeln (Stroebe et al., 2007) und drohen die Sozialversicherungssysteme zu belasten (Becker

et al., 2021). Damit wird die Versorgung Trauernder zunehmend Gegenstand der Gesundheitsversorgung, wobei sie immer noch ein Nischendasein fristet. Dennoch haben die trauerspezifischen Belastungen mit der Aufnahme der Diagnose „Prolonged Grief Disorder“ (PGD) in die 11. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (ICD-11) in der Gesundheitsversorgung Anerkennung gefunden. Intensive Sehnsucht sowie fortwährende gedankliche Beschäftigung mit der verstorbenen Person bilden die zentralen Symptome der Diagnose, die frühestens sechs Monate nach Versterben gestellt werden sollte (Prigerson et al., 2021). Denn die zentralen Symptome können in den ersten Monaten nach dem Verlust auch bei unproblematischen Trauerverläufen auftreten. Liegt eine PGD vor, hat sich in Studien bisher vor allem die Kognitive Verhaltenstherapie als wirksam gezeigt (Eddinger et al., 2019). Überzeugende Wirkeffekte durch die Einnahme von Medikamenten wie zum Beispiel Benzodiazepinen konnten dagegen bisher nicht nachgewiesen werden (Colvin & Ceide, 2021). Nach einem Verlust erlebt die Mehrheit der Betroffenen einen sogenannten resilienten Trauerverlauf (Bonanno & Malgaroli, 2020). Das heißt, dass sich diese Betroffenen durch die Verlusterfahrung kaum beeinträchtigt fühlen. Ein geringerer Anteil zeigt moderate Belastungen, die aber nach ein bis zwei Jahren deutlich abnehmen (Wittkowski & Scheuchenpflug, 2015). 4,2% der Hinterbliebenen – so zeigt eine repräsentative Umfrage in Deutschland – entwickeln jedoch Belastungen, die gemäß der trauerspezifischen Diagnose der ICD-11 als klinisch auffällig bezeichnet werden können (Rosner et al., 2021). Ausgehend von neun Millionen Hinterbliebenen im Jahr 2021 würde es bedeuten, dass 378.000 der Hinterbliebenen eine trauerspezifische Störung entwickelt haben. Gemessen an der Zahl von etwa 50.000 zur Verfügung stehenden psychologischen Psychotherapeut\*innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen (Statistisches Bundesamt, 2022f) und 17,8 Millionen Menschen, die pro Jahr von anderen psychischen Erkrankungen betroffen sind (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., 2018), ist davon auszugehen, dass der Großteil der Hinterbliebenen unterversorgt ist.

Aoun et al. (2015) gehen davon aus, dass die Mehrheit der Betroffenen (60%) den Verlust allein unter Zuhilfenahme ihres sozialen Umfeldes verarbeiten wird, 30%

hingegen einen erhöhten Unterstützungsbedarf aufweisen und 10% professionelle psychotherapeutische Unterstützung benötigen. Von zentraler Bedeutung innerhalb der Trauerversorgung ist es, den Bedarf Betroffener mittels standardisierter und validierter Verfahren zu erfassen und Trauernde bedarfsorientiert zu versorgen. Denn Interventionen ohne spezifische Indikation können für Betroffene schadhaft sein (Schut et al., 2007). Entsprechend sollte differenziert werden, ob überhaupt eine Intervention nötig ist und falls ja, welche Form der Intervention angezeigt ist.

Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland zahlreiche Betroffene Angebote der Trauerbegleitung, Trauerberatung, Trauertherapie wahrnehmen. Es ist jedoch wenig über Einzelheiten der Trauerversorgung bekannt wie etwa, welche Berufsgruppen in dem Bereich tätig sind, welche Betroffenenengruppen versorgt werden, welche Konzepte dabei zur Anwendung kommen und auch, ob und wenn ja, welche standardisierten Instrumente zur Diagnostik eingesetzt werden, um insbesondere die Betroffenen identifizieren zu können, die klinisch auffällige Trauerverläufe aufweisen.

Bekannt ist, dass Probleme, die infolge eines Verlustes auftreten, unterschiedlicher Natur sind und in vielen Fällen eine interdisziplinäre Versorgung notwendig machen. So können Betroffene neben gesundheitlichen Problemen auch von finanziellen Sorgen oder der Notwendigkeit eines Wohnortwechsels betroffen sein. Das macht Trauer zu einem Querschnittsthema und Fachkräfte der Sozialen Arbeit können bei der Versorgung Hinterbliebener ebenso wichtig sein wie Mediziner\*innen, Psycholog\*innen, Seelsorger\*innen oder etwa Trauerberater\*innen.

### *Die Trauerversorgung als Teil der Gesundheitsversorgung*

Die Versorgung Hinterbliebener kann als Teil der Gesundheitsversorgung angesehen werden. So sieht etwa die erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin vor, dass auch Angehörige Schwerstkranker Anspruch auf trauerspezifische Versorgung haben und problematische Trauerverläufe zu identifizieren sind (Bruns, 2019). Somit lassen sich auch Ansprüche an diesen Bereich der Gesundheitsversorgung stellen, wie etwa, dass die Diagnostik mittels standardisierter, validierter Inventare und nicht nach Augenscheinprinzip erfolgt und die Interventionen nicht intuitiv, sondern auf evidenzbasierten Methoden beruhen. Diese Ansprüche finden

sich im Konzept der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung (evidence-based health care) wieder. Eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung sieht vor, dass bei Entscheidungen neben dem Erfahrungswissen sowie den Wünschen der betroffenen Person auch der Stand der Wissenschaft Berücksichtigung findet (Dietsche, 2018). In Bezug auf den Forschungsstand sind vor allem solche Studien nützlich, die Fragen der Kausalität valide beantworten. So lässt sich etwa nach erfolgter Intervention in der Trauerversorgung fragen, ob sich Betroffene wegen der erfolgten Intervention besser fühlen oder ob, und wenn ja, welche anderen Gründe (z.B. das Vergehen der Zeit) dafür vorliegen könnten. Ebenso bereichernd für eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung sind wissenschaftliche Untersuchungen, die danach fragen, ob Studienerkenntnisse überhaupt in die Praxis übertragbar sind. Finden alle drei Aspekte, Stand der Wissenschaft, Erfahrungswissen sowie die Wünsche der Betroffenen, in der Versorgung Berücksichtigung, kann neues Wissen generiert, bestehende Lehrmeinungen ergänzt und damit die Versorgung verbessert werden (Dietsche, 2018). Zudem bindet ein solches Vorgehen die Sichtweisen unterschiedlicher Akteur\*innen eines Versorgungsfeldes mit ein. Aktuelle Studien zeigen, dass die trauerspezifischen Inhalte in deutschsprachigen Lehrbüchern für Mediziner\*innen und Psycholog\*innen nicht auf dem aktuellen Stand sind (Corr, 2021). Die Gründe für dieses scheinbare Desinteresse sind nicht erforscht, sind aber unter anderem auf die fehlende Adaptation internationaler Erkenntnisse an den deutschen Sprachraum zurück zu führen („language bias“; Wagner, 2019; Wittkowksi, 2013). Zusammengefasst lassen die derzeitigen Erkenntnisse jedoch Raum für Verbesserungen hinsichtlich der Qualität der erbrachten Leistungen innerhalb der Trauerversorgung.

Mit Blick auf qualitätssicherungsbezogene Fragen lassen sich noch weitere Fragen an die Trauerversorgung stellen. So schlägt Donabedian (1980) vor, drei Qualitätsdimensionen, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, zu unterscheiden. Materielle und personelle Ausstattungsaspekte gehören ebenso wie die fachliche Qualifikation der behandelnden Personen zur Ebene der Strukturqualität, die Prozessqualität bezieht sich auf eine möglichst effektive Verzahnung aller Behand-

lungen und Vorgänge, wohingegen die Ergebnisqualität die Prozesse kritisch evaluiert und zu Verbesserungen anregt<sup>1</sup> (Donabedian, 1980). Der Rückgriff auf Bewertungsmaßstäbe aus dem medizinischen Leistungsbereich ist hoch gegriffen, dennoch haben Angehörige von Schwerstkranken und Sterbenden laut erweiterter S3-Leitlinie Palliativmedizin Anspruch auf trauerspezifische Versorgung (Bruns, 2019). Vor dem Hintergrund lässt sich die allgemeine Frage stellen, wie es um die Verzahnung von klinischer Versorgung und trauerspezifischer Versorgung bestellt ist, so dass die Versorgung der trauernden Angehörigen während der Behandlungsphase, jedoch auch nach Versterben der Bezugsperson gewährleistet ist.

## **2. Die Trauerversorgung als Untersuchungsgegenstand**

Mit Blick auf eine bedarfsorientierte Versorgung Trauernder bereitet die derzeitige Unübersichtlichkeit und Qualität des Versorgungsfeldes Trauer Anlass zur Sorge. Für die Versorgungssituation in Deutschland kann bislang nicht angenommen werden, dass sich die Versorgung so ausdifferenziert und professionell darstellt, wie es erforderlich wäre, um eine bedarfsgerechte Versorgung leisten zu können (Wagner, 2019; Wittkowski, 2013). Da für Trauernde aufgrund der gesundheitlichen Risiken, die mit Verlusterfahrungen einhergehen, jedoch ein Versorgungsangebot vorgehalten werden muss, beschäftigt sich diese Dissertation zum einen mit der Untersuchung der Frage, wie sich die trauerspezifische Versorgung in Deutschland darstellt. Zum anderen unternimmt sie den Versuch, einen Beitrag zur Erhöhung der Versorgungsqualität und Bedarfsgerechtigkeit zu leisten.

### 2.1 Zusammenfassung Publikation 1: *Komplizierte Trauer erfassen: Ein systematisches Review.*

Für einige Betroffene gehen Verlusterfahrungen mit langanhaltenden, hohen Belastungen einher. Aus diesem Grunde ist es notwendig, diejenigen Personen sicher

---

<sup>1</sup> Die Idee Donabedians (1980) ist nicht unumstritten. Laut Schrappe & Pfaff (2017) vernachlässigt er den Bezug zur Alltagsversorgung. Die Idee dient dazu, den kurzfristigen, individuellen Erfolg zu messen, sollte jedoch auch den langfristigen Nutzen für die Bevölkerung erfassen. Zudem wird die Kausalität der drei Qualitätsebenen angezweifelt (Hannich & Piontek, 2018). Beide Einwände sind an dieser Stelle zu vernachlässigen. Denn der Rückgriff auf die Idee Donabedians dient nur dazu, an dieser Stelle ein Defizit in der Trauerversorgung zu erläutern. Es geht nicht darum, tieferliegende Prozesse innerhalb dieses Versorgungsbereiches zu analysieren.

identifizieren zu können, deren Belastung klinische Auffälligkeiten aufweist. Darüber hinaus ist es entscheidend, den differenzierten therapeutischen Bedarf zu ermitteln, damit Betroffene auch die Unterstützung erhalten, die sie benötigen. Im besten Falle erfolgt die Bedarfsermittlung durch den Einsatz validierter und standardisierter Verfahren vor und auch nach dem Verlust. Die Früherkennung spielt in den Fällen, in denen Angehörige beispielsweise pflegerisch tätig sind, eine besondere Rolle, denn zahlreiche Risikofaktoren zeigen sich bereits vor Versterben des Angehörigen (Mason et al., 2020). Bisher ist unklar, wie viele Verfahren zur Erfassung problematischer Trauerverläufe im angloamerikanischen und angelsächsischen Raum sowie in deutscher Sprache vorliegen. Der systematische Literaturreview von Müller, H., Berthold, D., Bongard, S., Gramm, J., Hauch, H., & Sibelius, U. (2020). *Komplizierte Trauer erfassen: Ein systematischer Review*. *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 70(12), 490–498 schließt diese Forschungslücke. Es konnten insgesamt zwei Verfahren zur Früherkennung, elf Verfahren zur Akutdiagnostik und neun Verfahren speziell zur Erfassung problematischer Trauerreaktionen identifiziert werden. Für den deutschen Sprachraum liegen insgesamt drei akutdiagnostische und drei spezielle Verfahren vor. Mit dem Multiprofessionellen Fragenbogen (MFT) wird derzeit ein Verfahren der Früherkennung an den deutschen Sprachraum angepasst. Diesem Instrument kommt besondere Bedeutung zu, stellt es doch ein Verfahren dar, dass die Verzahnung von klinischer, insbesondere palliativer, und trauerspezifischer Versorgung fördert.

## 2.2 Zusammenfassung Publikation 2: *Trauerversorgung in Deutschland. Entwurf eines gestuften Versorgungsmodells.*

Hinterbliebene weisen unterschiedliche Bedarfe auf. Diese gilt es nicht nur systematisiert zu erfassen. Es ist auch von zentraler Bedeutung, Versorgungsstrukturen zu etablieren, anhand derer Kriterien für die Versorgungssteuerung ableitbar sind, so dass etwa Fachkräfte wissen, an wen sie Betroffene weiterverweisen können. Das britische National Institute for Clinical Excellence (NICE) hat einen solchen Versorgungsrahmen skizziert. Der Beitrag von Müller, H., Münch, U., Bongard, S., Hauch, H., Sibelius, U., & Berthold, D. (2021). *Trauerversorgung in Deutschland. Entwurf eines gestuften Versorgungsmodells*. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 162, 40–44 schlägt einen

von dem NICE-Modell abgeleiteten Versorgungsrahmen vor, um die Trauerversorgung in Deutschland systematisch auf- und auszubauen. So beschreibt die Arbeit mittels eines Stepped-Care-Modells drei Versorgungsstufen, die anhand unterschiedlicher Bedarfe, Interventionsangebote und Leistungserbringer zu unterscheiden sind.

### 2.3 Zusammenfassung Publikation 3: *Bevor die Diagnose kam ... Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland.*

Bislang existiert keine Studie, die die bundesdeutsche Trauerversorgungslandschaft untersucht hat. Der Auf- und Ausbau der Trauerversorgung in Deutschland kann jedoch nur gelingen, wenn empirische Erkenntnisse über das Feld der Trauerversorgung vorliegen. Die Arbeit von Müller, H., Zwingmann, C., Krämer, S., Hauch, H., Sibeliuss, U., Pedrosa Carrasco, A., & Berthold, D. (2022). *Bevor die Diagnose kam ... Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland. ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 168, 75-81* trägt dazu bei, diese Forschungslücke zu schließen. Mittels explorativer Online-Erhebung wurde untersucht, welche Akteur\*innen in der Versorgung tätig sind, wie sie ihre Tätigkeit bezeichnen, welche Aus- und Weiterbildungshintergründe vorliegen, ob und wenn ja, welche diagnostischen Instrumente eingesetzt und wie häufig weiterverwiesen wurde. Zudem wurde untersucht, welche Betroffenengruppen versorgt werden und welche Konzepte den Interventionen unterliegen. Mit Einführung der Diagnose PGD im Januar 2022 ist zu erwarten, dass es in der Folgezeit einen Umbruch im Bereich der Trauerversorgung geben wird. Vor diesem Hintergrund stellt diese Teilstudie aus den Jahren 2009 und 2010 den ersten Erhebungszeitraum der dreiphasig angelegten prospektiven Trendstudie dar. Die zweite Erhebung erfolgte im Jahr 2020, die Dritte ist nach einem angemessenen Zeitraum der Etablierung der trauerspezifischen Diagnose vorgesehen. Im Ergebnis zeigt die Studie, dass tatsächlich Entwicklungsbedarf bei der Versorgung Trauernder besteht. Hierauf weisen insbesondere die Ergebnisse hinsichtlich der Aspekte Qualifikation und Professionalisierungsgrad, Bezeichnung der Tätigkeit sowie Diagnostik und Intervention hin.

#### 2.4 Zusammenfassung Publikation 4: *Als die Diagnose kam ... Wo steht die deutsche Trauerversorgung im Jahr 2020/2021?*

Im Jahr 2009/2010 wies die bundesdeutsche Trauerversorgung erheblichen Entwicklungsbedarf auf. Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung des Feldes nach Verabschiedung der ICD-11-Diagnose „Prolonged Grief Disorder“ (PGD) steht aus. Für die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung ist es wichtig zu erfahren, wie sich das Feld nach Verabschiedung der ICD-11-Diagnose PGD darstellt. Die Arbeit von Müller, H., Zwingmann, C., Hanewald, B., Hauch, H., Sibeliuss, U., Berthold, D. (in press). *Als die Diagnose kam ... Wo steht die deutsche Trauerversorgung im Jahr 2020/2021? ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* trägt dazu bei, diese Forschungslücke zu schließen. Vorliegende explorative Studie stellt den Entwicklungsstand der Trauerversorgung in Deutschland in der zweiten Erhebungsphase einer dreiteilig angelegten Trendstudie dar. Die erste Untersuchungsphase erfolgte in den Jahren 2009/2010. Die zweite Erhebung fand in den Jahren 2020/2021 statt. Es wurden erneut Trauerversorgende auf unterschiedlichen Organisationsebenen per Online-Erhebung anonym befragt. Die Fragestellung orientierte sich an der ersten Erhebung. Sie wurde durch Fragen ergänzt, die sich spezifisch auf die bevorstehende Einführung der ICD-11-Diagnose PGD beziehen. Die Zusammenschau der Ergebnisse aus den Jahren 2009/2010 und 2020/2021 zeigt leicht positive Trends im Sinn einer Weiterentwicklung der Trauerversorgungslandschaft. Daneben besteht Weiterbildungsbedarf bezüglich der Diagnose PGD. Deren Auswirkungen auf die Trauernden und die Gesellschaft werden im Feld negativ gesehen. Positive Auswirkungen werden dagegen in Form einer Zunahme an trauerspezifischer Forschung und einer erhöhten Qualität von Fort- und Weiterbildungen erwartet.

### **3. Publikation 1: *Komplizierte Trauer erfassen: Ein systematischer Review***

Müller, H.\* , Berthold, D.\* , Bongard, S., Gramm, J., Hauch, H., & Sibelius, U. (2020). Komplizierte Trauer erfassen: Ein systematischer Review. *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 70(12), 490–498.

\*geteilte Erstautorenschaft

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

**4. Publikation 2: Trauerversorgung in Deutschland. Entwurf eines gestuften Versorgungsmodells**

Müller, H., Münch, U., Bongard, S., Hauch, H., Sibelius, U., & Berthold, D. (2021). Trauerversorgung in Deutschland. Entwurf eines gestuften Versorgungsmodells. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 162, 40–44.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

**5. Publikation 3: *Bevor die Diagnose kam ... Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland.***

Müller, H., Zwingmann, C., Krämer, S., Hauch, H., Sibelius, U., Pedrosa Carrasco, A., & Berthold, D. (2022). Bevor die Diagnose kam ... Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 168, 75-81.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

**6. Publikation 4: *Als die Diagnose kam... Wo steht die deutsche Trauerversorgung im Jahr 2020/2021?***

Müller, H.\*, Zwingmann, C.\*, Hanewald, B., Hauch, H., Sibelius, U.,  
Berthold, D. (in press). Als die Diagnose kam . . . Wo steht die deutsche  
Trauerversorgung im Jahr 2020/2021? *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz,  
Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.*

\*geteilte Erstautorenschaft

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

Aus lizenzrechtlichen Gründen kann der Artikel hier nicht veröffentlicht werden.

## 7. Diskussion

Stirbt eine Bezugsperson, wünschen sich viele Menschen Unterstützung außerhalb ihres sozialen Umfeldes. So sind Freunde und Familienangehörige nicht immer ansprechbar oder zeigen kein Interesse an den Nöten – auch möchten Hinterbliebene diese nicht mit ihren Sorgen belasten (Jakoby, 2014). Dabei sind Gespräche von zentraler Bedeutung, um das Erlebte zu realisieren und sinnhaft in die eigene Weltsicht einordnen zu können. Betroffenen stehen aus diesem Grunde Angebote der Trauerversorgung (Trauerbegleitung, Trauerberatung, Trauertherapie) zur Verfügung. Die strukturelle Unübersichtlichkeit und intransparente Qualität dieser Angebote im bundesdeutschen Versorgungsraum stellten den Anlass dar, diese Dissertation zu verfassen. Ziel war es, einen tiefergehenden Einblick in dieses Feld zu erhalten und nicht zuletzt erste Schritte in Richtung einer zunehmenden Professionalisierung anzuregen.

Beim Bereich der Trauerversorgung handelt es sich um ein vergleichsweise junges Feld der Gesundheitsversorgung. Es ist jedoch von zentraler Bedeutung, die Versorgung Trauernder zu systematisieren. Denn einerseits stellt sich eine Über- bzw. Unterversorgung für die Betroffenen selbst als nachteilig dar (Schut et al., 2007), andererseits belasten Folgeerkrankungen nicht erfolgter oder schadhafter Interventionen die Sozialversicherungssysteme (Becker et al., 2021).

Die Ergebnisse der retrospektiv durchgeführten Untersuchung der bundesdeutschen Trauerversorgungslandschaft lassen den Schluss zu, dass eine bedarfsorientierte Versorgung in Deutschland nicht gewährleistet ist und die Ansprüche einer zumindest evidenzorientierten Gesundheitsversorgung kaum erfüllt werden. So zeigt sich etwa die Aus- und Weiterbildungslandschaft als äußerst heterogen. Da das Thema Trauer bisher kaum Eingang in die Wissenschaftssysteme gefunden hat, obwohl es ein Querschnittsthema darstellt und zahlreiche Studiengänge bereichern könnte, sind Fachkräfte bezüglich des Wissenserwerbs auf Aus- und Weiterbildungen angewiesen. Diese Weiterbildungen können an über 71 Einrichtungen in Deutschland erworben werden. Es gibt jedoch keine übergeordnete und unabhängige Zertifizierungsstelle, die die Inhalte und methodischen Ansätze der Aus- und Weiterbildungen wissenschaftlich begründet und die Angebote vergleichbar macht. In anderen Ländern, wie etwa den USA, in dem

die trauerspezifische Forschung in zahlreiche unterschiedliche Fachgebiete wie etwa Soziologie, Psychologie, Medizin, Anthropologie eingebunden ist, existiert beispielsweise mit der Association for Death Education and Counseling (ADEC) eine solche Stelle. Deren Zertifikate, Certified in Thanatology (CT) und Fellow in Thanatology (FT), unterstützen Betroffene dabei, die Leistungen der Praktiker\*innen besser einzuschätzen zu können. Erste Ansätze, Aus- und Weiterbildungsinhalte qualitativ vergleichbarer zu machen, wurden in Deutschland durch den Bundesverband Trauerbegleitung (BVT) angestrebt. Dieser Verband vereint vor allem Praktiker\*innen. Doch lassen die formulierten Qualitätsstandards ebenso eine wissenschaftliche Fundierung vermissen, wie die intransparenten Regelungen der Zertifikatsvergabe darauf hinweisen, dass dieser Verband kaum als übergeordnete und unabhängige Instanz angesehen werden kann.

Neben der Aus- und Weiterbildung weisen auch die Diagnostik und die Erfolgskontrolle innerhalb der bundesdeutschen Trauerversorgung Schwächen auf. Diese erfolgen überwiegend nach Augenscheinprinzip, obwohl evaluierte Inventare zur Verfügung stehen. Neben dem Einsatz von Inventaren ist es dennoch von Bedeutung, etwa über halbstandardisierte Interviews, Faktoren abzufragen, die nicht immer in Inventaren abgebildet sind, darunter zum Beispiel die Todesumstände, die Familiendynamik, ungelöste Konflikte, offene Wünsche und die Beziehung zur verstorbenen Person (Breen et al., 2014, Wagner, 2019). So macht es beispielsweise hinsichtlich der Todesumstände einen Unterschied für die Trauerbewältigung, ob ein Todesfall plötzlich und unerwartet eingetreten ist oder erwartbar war, weil die Person schon seit längerer Zeit unter einer lebenslimitierenden Erkrankung litt (Wagner, 2019). Plötzliche Todesfälle etwa durch Unfälle und Suizid können als Risikofaktor angesehen werden (Lenferink et al., 2022). Eine dahingehende Systematisierung diagnostischer Strategien liegen für den bundesdeutschen Versorgungsraum bislang nicht vor.

Hinsichtlich der Interventionen lässt die retrospektive Untersuchung der Trauerversorgungslandschaft den Rückschluss zu, dass diese kaum evidenzbasierten Konzepten unterliegen. Mit dem Manual „Anhaltende Trauerstörung“ von Rosner et al. (2015) liegt in Deutschland zumindest ein evaluiertes Einzel-

und ein Gruppentherapeutisches Konzept bei Vorliegen einer Anhaltenden Trauerstörung vor. Dies richtet sich jedoch nur an jene 4,2% der Hinterbliebenen, bei denen sich in der Trauerbewältigung klinische Auffälligkeiten zeigen (Rosner et al., 2021). Evaluierbare Konzepte für weniger belastete Personen oder präventive Programme sind bis dato ausstehend. Anders verhält sich dies beispielsweise in den USA. Dort liegt etwa mit dem Family Bereavement Program (FBP) ein Präventiv-Programm vor, das sich an trauernde Familien als Ganzes richtet. Die Evaluierung zeigte, dass sich die positiven Effekte bei den Familien noch sechs Jahre später zeigten (Sandler et al., 2016). Das Erstellen von Konzepten und deren Evaluierung ist aufwändig und zeitintensiv. Dennoch ist dieser Prozess nötig, um negative Effekte von Interventionen ausschließen zu können. Mit Durchführung entsprechender Studien stellen sich jedoch auch Finanzierungsfragen. So zeigten O'Connor et al. (2009), dass selbst in Ländern wie Australien und den USA, in denen der Bereich der Trauerversorgung seit Jahrzehnten anerkannter Bestandteil der Gesundheitsversorgung ist, dieser mit einem Anteil von 5% des Budgets für Palliativversorgung unterfinanziert ist. Fragen der Finanzierung werden im weiteren Verlauf der Professionalisierung der Trauerversorgung auch in Deutschland zu klären sein.

Die angesprochenen Probleme der Heterogenität und der fehlenden wissenschaftlichen Fundierung bzw. Evaluierung im Zusammenhang mit der Versorgung Trauernder sind auch aus anderen Studien bekannt. So führen etwa Überblicksarbeiten zum Thema „Wirkeffekte“ an, dass sie nur eingeschränkte Aussagen hinsichtlich bestehender Effekte machen können, da etwa große Heterogenität hinsichtlich der Interventionen besteht, diesen zudem häufig der theoretische Rahmen fehlt und die Interventionen selten evaluiert werden (Maass et al., 2022; Ainscough et al., 2019). Zusammenfassend können die bisher angesprochenen Aspekte – fehlende Interventionskonzepte, Diagnostik und Erfolgskontrolle sowie große Heterogenität in Aus- und Weiterbildung – aus Sicht einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung kaum als adäquat gelten und dienen an dieser Stelle dazu, beispielhaft den dringenden Entwicklungsbedarf der Trauerversorgung aufzuzeigen. Somit lässt sich vor diesem Hintergrund schlussfolgern, dass es von zentraler Bedeutung ist, eine zunehmende Professionalisierung des Versorgungsfeldes anzustreben.

In den Jahren 2020 und 2021 wurde eine zweite onlinebasierte Untersuchung der bundesdeutschen Trauerversorgungslandschaft durchgeführt. Ziel war es, explorativ zu ermitteln, ob und inwiefern sich das Tätigkeitsfeld nach Verabschiedung der ICD-11-Diagnose PGD zwischenzeitlich weiter profiliert hat. Dabei orientierte sich die Untersuchung an den Fragestellungen der ersten Erhebung. Sie wurden in der zweiten Erhebung durch Fragen ergänzt, die sich spezifisch auf die bevorstehende Einführung der ICD-11-Diagnose PGD beziehen.

Insgesamt stellt sich die Trauerversorgung leicht verändert dar. Die Probleme der Heterogenität und der wissenschaftlichen Fundierung bzw. Evaluierung der Trauerversorgungsangebote bestehen weiter. Doch positiv im Sinne einer Weiterentwicklung ist zu vermerken, dass bei der zweiten Erhebung insbesondere unter den ehrenamtlich und den hauptberuflich Tätigen deutlich mehr Personen angaben, über eine trauerspezifische Zusatzqualifikation zu verfügen. Da bis heute keine übergeordnete Zertifizierungsstelle existiert, lässt sich die Qualität der Fort- und Weiterbildungen nach wie vor nicht einschätzen und vergleichen. Verändert stellt sich weiterhin dar, dass im Gegensatz zur ersten Erhebung nur wenige der Befragten die Bezeichnung „Trauertherapie“ für ihre Versorgungsangebote verwendeten. Damit scheinen die Fachkräfte eine stärkere Abgrenzung zu therapeutischen Angeboten vorzunehmen. Dies dürfte die Orientierung für Betroffene verbessern. Zudem gab mehr als die Hälfte der Teilnehmenden an, ihre Tätigkeit anhand eines Konzepts im Sinn Beraterisch oder therapeutisch begründeter Interventionen zu verfolgen. Dieser Wert lag in der ersten Befragung deutlich niedriger. Auch darin sind Bestrebungen zu erkennen, die Tätigkeit fachlich begründet durchzuführen. Einschränkend muss allerdings gesagt werden, dass es den Konzepten mehrheitlich an Kohärenz fehlt. Anhand vorliegender Studie lässt sich nicht eindeutig klären, ob diese positiven Veränderungen im Zusammenhang mit der Verabschiedung der ICD-11 Diagnose PGD stehen. So zeigt sich in der zweiten Erhebung, dass die Mehrheit der Befragten kaum Auswirkungen der Diagnose auf die praktische Arbeit erwartet. Dennoch sind im Zusammenhang mit der Diagnose weltweit verschiedene Professionalisierungstendenzen zu beobachten, die auch hierzulande nicht unbemerkt bleiben dürften. Diese betreffen zum einen insbesondere die verbesserte Versorgung von

Betroffenen, die schwere Trauerverläufe aufweisen. So wurde beispielsweise für Eltern, deren Kind verstorben ist, eine App entwickelt, die eine Minderung der Risikofaktoren einer PGD zum Ziel hat (Eklund et al., 2022). Zum anderen zielen die Professionalisierungsbestrebungen auf die Verortung des Themas Trauer ab. So plädieren Abel et al. (2023) dafür, das Thema Trauer wieder in die Gesellschaft zurückzuholen, indem trauerspezifische Bildungsprogramme und nachweislich wirksame Präventionsprogramme eingerichtet werden. Denn die Versorgung Betroffener sollte Aufgabe aller Menschen und weniger trauerspezifischer Fachkräfte sein. Die Fachkräfte, so zeigt es die zweite Erhebung, befürchten allerdings, dass die Thematik zunehmend in den medizinisch-psychologisch-therapeutischen Bereich eingeordnet wird. Die Befürchtungen sind nicht neu und scheinen berechtigt. Bereits 1984 stellten Arney und Bergen in ihrem Buch, die Frage, ob die Bemühungen, die Medizin menschlicher zu machen, nicht gleichzeitig unbeabsichtigt dazu geführt haben, dass die Medizin immer mehr Bereiche „kolonialisiert“ hat. Aktuell scheint die trauerspezifische Forschung in Deutschland zuzunehmen und damit auch die Versorgungssituation in Deutschland stärker in den Blick zu geraten (z.B. Telaar et al., 2023). Dies wird, so die Ergebnisse der zweiten Erhebung, im Feld mehrheitlich begrüßt. Fachkräfte erhoffen sich dadurch eine höhere Anzahl und eine verbesserte Qualität in Bezug auf Fort- und Weiterbildungen. Damit zusammenhängend erscheint aber auch von Bedeutung, zukünftig zu untersuchen, welche Wissensinhalte für welche Gruppe von Fachkräften in der Praxis von zentraler Bedeutung sind. Insgesamt lässt sich vor dem Hintergrund der zweiten Erhebung schlussfolgern, dass es leicht positive Entwicklungen im Sinne einer erfolgten Professionalisierung gab. Es ist aber weiterhin von zentraler Bedeutung, eine zunehmende Professionalisierung des Versorgungsfeldes anzustreben, damit die Versorgung Betroffener im Sinne einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung als adäquat gelten kann.

### *Erste Schritte*

Mit dem systematischen Review zum Vorliegen englisch- sowie deutschsprachiger Trauerinventare wurde ein Schritt in Richtung Professionalisierung der Trauerversorgung unternommen. Mittels vorliegender Inventare können die Fachkräfte die trauerspezifischen Belastungen wie auch die erbrachten Interventionen transparent und nachvollziehbar für alle Beteiligten erfassen. Dies

macht eine bedarfsorientierte Versorgung wahrscheinlicher und stellt eine Entwicklung in Richtung evidenzbasierter Gesundheitsversorgung dar (Breen et al., 2014). Dabei ist anzumerken, dass deutschsprachige Inventare spezifisch zur Früherkennung problematischer Verläufe nicht vorliegen. Hingegen liegen für den englisch- wie auch für den deutschsprachigen Raum sowohl Inventare zur Erfassung von klinisch auffälligen Trauerverläufen wie auch der Trauer in ihrer Multidimensionalität vor. Somit sind Fachkräfte der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung im Vergleich zu anderen Ländern in Bezug auf das Vorliegen derartiger Inventare nicht schlechter gestellt. Damit stellt sich jedoch die Frage, warum diese nicht eingesetzt werden. Möglicherweise scheint in Ländern wie etwa Großbritannien oder den USA, die auf eine langjährige Tradition der Trauerforschung und eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis zurückblicken können, das Wissen um das Vorliegen derartiger Inventare größer und der Nutzen des Einsatzes der Inventare anerkannter zu sein, als das bislang in Deutschland der Fall ist.

Ein weiterer Schritt in Richtung zunehmender Professionalisierung bestand im Skizzieren eines Rahmens für den hiesigen Versorgungsraum. Dieser könnte die bedarfsorientierte Versorgung fördern, indem er die Versorgungslandschaft überschaubarer gestaltet und sich davon klare Anforderungen für die spezifischen Versorgungsstufen ableiten lassen. Dennoch muss betont werden, dass der vorgestellte Rahmen als Heuristik zu verstehen ist. So wurde der Nutzen einer diesbezüglichen Struktur durch die Ermittlung der unterschiedlichen Bedarfe Trauernder zwar für den australischen Versorgungsraum empirisch belegt (Aoun et al., 2015), ihr Nutzen für den bundesdeutschen Versorgungsraum muss jedoch erst in weiteren Studien nachgewiesen werden. Dabei gilt es nicht nur Bedarf und Bedürfnisse Betroffener zu erfassen. Von zentraler Bedeutung ist auch, den Nutzen und die Wirksamkeit von Interventionen, das Feld der Trauerversorgenden, die Verzahnung des Feldes mit unterschiedlichen Organisationen bzw. die Etablierung des Themas Trauer innerhalb dieser, aber auch das Feld im Spiegel der Rahmenbedingungen des Gesundheitssystem zu untersuchen (vgl. Schrappe & Pfaff, 2017). So kann der Nutzen eines solchen Rahmens empirisch belegt und bei dessen Vorliegen eine nachhaltige Trauerversorgung etabliert werden.

Vor dem Hintergrund, dass Freunde und Familien die wichtigsten Ansprechpartner\*innen in Verlustzeiten darstellen (Aoun et al., 2015), kann es im Rahmen der gestuften Versorgung beispielsweise Sinn machen, trauerspezifische Bildungsprogramme für die bundesdeutsche Bevölkerung zu etablieren. Die Forderungen nach umfassender trauerspezifischer Bildung der Bevölkerung sind nicht neu und international unter dem Begriff „grief literacy“ bekannt. Grief literacy ist „the capacity to access, process, and use knowledge regarding the experience of loss. This capacity is multidimensional: it comprises knowledge to facilitate understanding and reflection, skills to enable action, and values to inspire compassion and care. These dimensions connect and integrate via the interdependence of individuals within sociocultural contexts“ (Breen et al., 2020, S. 3). Dabei stellen persönliche Verlusterfahrungen nicht per se eine trauerspezifische Bildung dar. Es geht vielmehr darum, dass sich die Allgemeinbevölkerung spezifisches Wissen aneignet, um alle Betroffene unabhängig von ihrer religiösen, ethnischen, geschlechts-, alters- und milieuspezifischen Zugehörigkeit sowie ihren sozio-ökonomischen Möglichkeiten bestmöglich unterstützen zu können (Breen et al., 2020). Anschlussfähig wären solche trauerspezifischen Bildungsprogramme auch an die Forderung der Lancet Commission on the Value of Death, in dem diese die Menschen weltweit, aber vor allem in den Industrienationen, dazu aufruft, die Themen Sterben, Tod und Trauer wieder in das Leben zu integrieren und sie als natürliche sowie normale Lebenserfahrung zu betrachten (Sallnow et al., 2022). Erste Ansätze trauerspezifischer Bildung der Allgemeinbevölkerung lassen sich in Deutschland aktuell im Rahmen der „Letzte Hilfe“-Kurse finden. Mit der Teilnahme an diesen Kursen können interessierte Menschen lernen, wie sie sterbende und trauernde Menschen unterstützen können (Bollig et al., 2019). Obwohl dieser Ansatz in eine wünschenswerte Entwicklungsrichtung zeigt, wären vermutlich Programme geeigneter, die gemeinsam von Fachkräften und unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen entwickelt worden wären. Denn dies fördert die Identifikation von Themen, die für alle Gruppen von Bedeutung sind und öffnet Wege, diese Milieus auch zu erreichen (Breen et al., 2020). Da die „Letzte Hilfe“-Kurse von einer kleinen Expert\*innengruppe etabliert wurde, steht zu befürchten, dass diese keine umfassende Breitenwirkung erzielen, da zahlreiche gesellschaftliche Gruppen nicht erreicht werden. Zudem zeigt das Programm bei inhaltlicher Prüfung

Schwächen hinsichtlich der wissenschaftlichen Fundierung seiner trauer-spezifischen Inhalte. Gemessen an den bisher veröffentlichten Fachartikeln scheinen Studien auszustehen, die die langfristigen Effekte dieses Programms untersuchen. Kritisch angemerkt werden muss, dass der in dieser Dissertationsschrift vorgestellte Versorgungsrahmen Public Health-Ansätze – wie etwa trauerspezifische Bildungsprogramme – zwar als wichtig erachtet, diesen jedoch keinen eigenständigen Versorgungslevel zuordnet. Wie bedeutend die breitenwirksame Sensibilisierung der Öffentlichkeit ist, legt aktuell ein von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP, 2023) veröffentlichtes Positionspapier dar. Hierin schlägt die DGP eine vierstufige Trauerversorgung vor (Level 0: Gesellschaftliche Trauerkompetenz; Level 1: Ganzheitliche Unterstützung durch das soziale Umfeld; Level 2a: Lebenspraktische Unterstützung durch Trauerbegleitende, Level 2b: Psychoedukation, Verhaltens- und Problem-analyse durch Trauerberatende und Fachkräfte; Level 3: Trauerspezifische Psychotherapie durch approbierte Psychotherapeut\*innen). Wichtige gesellschaftliche Akteur\*innen auf Level 0 stellen beispielsweise Krankenkassen dar. Laut GKV-Spitzenverband (2022) ist die Mehrheit der Versicherten (69%) mit dem solidarischen Gesundheitssystem zufrieden. Krankenkassen sind wichtige Multiplikator\*innen in gesundheitsrelevanten Fragen. Leider dominieren auf den Webseiten einiger Krankenkassen (z.B. Techniker Krankenkasse, Barmer) nach wie vor veraltete und irreführende trauerspezifische Darstellungen wie Phasenmodelle, die zu Problemen bei den Betroffenen führen und bestehende Probleme eher noch verstärken können (Stroebe et al., 2017). Mittelfristige Aufgabe der wissenschaftlichen Trauerversorgungsforschung in Deutschland wird es sein, den aktuellen Forschungsstand sowohl der Öffentlichkeit als auch Verantwortlichen auf politischer und sozialversicherungsrechtlicher Ebene verwertbar und zugänglich zu machen. Hilfreiche Ansätze könnten dabei dem aufkommenden Fachgebiet der „Implementation Science“ entnommen werden, das unter anderem zum Ziel hat, den Wissenstransfer von der Forschung in die Praxis zu verbessern (Breen & Moullin, 2022).

Das Skizzieren eines Versorgungsrahmens und die damit zusammenhängende Ableitung von Anforderungen für unterschiedliche Intensitätsebenen der Versorgung kann Fachkräfte dazu anregen, Interventionen anzupassen und

beispielsweise auf eine wissenschaftliche fundierte Grundlage zu stellen. So kann von den unterschiedlichen Versorgungsebenen etwa abgeleitet werden, ob und wenn ja, welche diagnostischen Instrumente zum Einsatz kommen, welche Qualifikationen Fachkräfte auf einer spezifischen Ebene benötigen und auch, wo die Grenzen zwischen Trauerbegleitung und Trauerberatung liegen. Denn bislang existieren nur Definitionsansätze des Begriffs „Trauerberatung“ (Lamp & Smith, 2004), an dem sich qualifikatorische und methodische Anforderungen ausrichten lassen. Darüber hinaus kann der Rahmen auch die inner- sowie intersektorale Zusammenarbeit anregen. So erleben in Deutschland beispielsweise Angehörige von Personen, die palliativmedizinisch versorgt wurden, häufiger einen Betreuungsabbruch, nachdem die Bezugsperson gestorben ist. Angehörigen-gottesdienste, vereinzelt Nachsorgekontakte sowie Trauercafés reichen nicht aus, um diesem entgegenzuwirken bzw. dem Anspruch der S-3 Leitlinie Palliativmedizin, Trauernde bedarfsgerecht zu versorgen, gerecht zu werden (Müller et al., 2017). Die WHO sieht die Trauerversorgung als integralen Bestandteil der Palliativversorgung an – auch über den Tod hinaus (Sepulveda et al., 2002). Eine engere Verzahnung der Palliativ- mit der Trauerversorgung könnte diesem Anspruch gerechter werden und aus dem Betreuungsabbruch resultierende Belastungen mindern. Da in Deutschland die Mehrheit der Menschen in Kliniken, Alten- und Pflegeheimen stirbt, wäre vorstellbar, dass Instrumente zur Früherkennung von Risiken bei Angehörigen und entsprechende auf dieser Grundlage ausgesprochene Weitervermittlungen an Seelsorger\*innen oder Akteur\*innen der Trauerversorgung die inner- sowie intersektorale Zusammenarbeit erhöhen könnte.

Eine wichtige Position innerhalb des vorgestellten trauerspezifischen Versorgungsrahmens nehmen die Hausärzt\*innen ein. Sie sind unverzichtbar bei der Versorgung Trauernder, denn sie sind in aller Regel die ersten Ansprechpartner\*innen bei Fragen und Problemen von Betroffenen (O'Connor & Breen, 2014). Insbesondere die Vermittlung von Informationen sowie die Weiterleitung – etwa an Psychotherapeut\*innen – sind als weichenstellende Leistungen zu benennen, die Hausärzt\*innen im Umgang mit Trauernden erbringen. Insbesondere in diesem Zusammenhang ist die Entwicklung und der Einsatz von trauerspezifischen Screeningverfahren wünschenswert, denn diese könnten die

Weiterleitung an Fachkräfte einer spezifischen Versorgungsstufe (Level 1 bis 3) für Hausarzt\*innen vereinfachen. Hausarzt\*innen können zudem dazu beitragen, Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status, die kaum trauerspezifische Angebote in Anspruch nehmen, davon aber profitieren würden (Allen, 2007), mit diesbezüglichen Unterstützungsangeboten vertrauter zu machen. Hausarzt\*innen übernehmen somit für die intersektorale Zusammenarbeit eine wichtige Funktion. Es muss kritisch angemerkt werden, dass deren Schlüsselrolle in der vorliegenden Dissertationsschrift, aber auch in der einschlägigen Fachliteratur nicht ausreichend beleuchtet wird. Dies gilt es in zukünftigen Studien nachzuholen.

Auch Psychotherapeut\*innen sind wichtige Ansprechpartner\*innen, wenn es um das Thema Trauer geht. Aufgrund von zahlreichen Faktoren (z.B. Krieg in der Ukraine, Veränderungen durch den Klimawandel) hat in Deutschland der Bedarf an Psychotherapie zugenommen (Deutscher Bundestag, 2022). Eine immer älter werdende Bevölkerung könnte den Bedarf an psychologischer Beratung und Psychotherapie zukünftig weiter ansteigen lassen. So wird die Bevölkerung aufgrund ihres immer höheren Alters zunehmend mit den Themen Sterben, Tod und Trauer konfrontiert. Diese Themen sind jedoch vielen Menschen fremd und können Ängste auslösen (Walter, 2017), was eine Erhöhung des beraterischen und therapeutischen Versorgungsbedarfs zur Folge haben könnte. Mit Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2016 wurde eine ganze Reihe von Maßnahmen beschlossen (Multmeier, 2021), etwa um den Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu vereinfachen (Deutscher Bundestag, 2022). So besteht die Möglichkeit, eine psychotherapeutische Akutbehandlung von bis zu 24 Gesprächseinheiten à 25 Minuten zu erhalten. Da dieser Zugangsweg keine Bewilligung der Krankenkassen voraussetzt, gestalten sich akute Kriseninterventionen – etwa in Folge eines Verlustfalls – denkbar niederschwellig. Dennoch beträgt die Wartezeit auf einen Kurz- und Langzeittherapieplatz zwischen drei und neun Monaten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2022). Es fehlt eine ausreichende Anzahl an Therapieplätzen. Hinzu kommt, dass ein Drittel der Psychotherapeut\*innen nur in Teilzeit arbeiten und somit eine geringere Anzahl Patient\*innen annehmen können als Psychotherapeut\*innen, die Vollzeit tätig wären (Statistisches Bundesamt, 2021b). Diese versorgungsstrukturellen Bedingungen gilt es in den Blick zu nehmen, wenn es um den Auf- bzw. Ausbau

eines trauerspezifischen Versorgungsrahmens geht. Vorstellbar wäre auch, dass der Ausbau präventiver Maßnahmen wie etwa trauerspezifische Bildungs- und Aufklärungsprogramme oder der flächendeckende Aufbau von sorgenden Gemeinschaften den Bedarf mindern würde. Weitere Studien sind auch in diesem Zusammenhang wünschenswert.

Es steht zu vermuten, dass durch die Etablierung eines trauerspezifischen Versorgungsrahmens die Zufriedenheit der Hinterbliebenen mit der erhaltenen trauerspezifischen Leistung erhöht wird. Laut einer Studie des AOK-Bundesverbandes ist die Mehrheit der Menschen in Deutschland etwa mit den Leistungen der Hausärzt\*innen zufrieden (AOK-Bundesverband, 2022). Wie es sich speziell in Bezug auf die trauerspezifische Versorgung verhält, lässt sich derzeit weder für diese Berufsgruppe noch für andere Versorgergruppen in Deutschland valide einschätzen. Eine internationale Studie zum Thema Zufriedenheit mit der trauerspezifischen Unterstützung durch Fachkräfte zeigte, dass nahezu die Hälfte der Betroffenen in Irland und Australien die Unterstützung durch professionelle Fachkräfte wie Hausärzt\*innen, Psychiater\*innen, Psycholog\*innen, Trauertherapeut\*innen bzw. -berater\*innen sowie Sozialarbeiter\*innen als wenig hilfreich bewerteten und dies auch innerhalb von Trauergruppen erlebten (Aoun et al., 2020). Die Wissenschaftlerinnen begründen die Unzufriedenheit mit den fehlenden nationalen Standards für den Bereich der Trauerversorgung, denn auch in Irland und Australien variiert die Qualität der Versorgung und den Fachkräften mangelt es an aktuellem und wissenschaftlich fundiertem Wissen. Auch in Deutschland mangelt es an nationalen Standards und auch hierzulande zeigt sich etwa in medizinischen und psychologischen Fachbüchern ein Mangel an aktueller wissenschaftlicher Fundierung (Corr, 2021). In diesem Zusammenhang regen zahlreiche weitere Studien (Keegan et al., 2021; Breen et al., 2014) die Etablierung nationaler Standards bzw. geeigneter Versorgungsrahmen an. Die Corona-Pandemie hat deutlich gemacht, wie wichtig Maßnahmen auf nationaler Ebene sind, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Hinterbliebenen gerecht zu werden. So waren während der Corona-Pandemie Fachkräfte und Hinterbliebene mit zahlreichen existenziellen Herausforderungen in Zusammenhang mit Sterben, Tod und Trauer konfrontiert. Diese mussten sie auf Grund des Fehlens nationaler Standards mittels eigener Ressourcen

bewältigen, was für die Betroffenen zahlreiche negative Auswirkungen wie etwa gesundheitliche Probleme oder Armut mit sich brachte (Harrop et al., 2023, Moore, 2022, Scheinfeld et al., 2022). Es existieren keine Versorgungsrahmen auf nationaler Ebene, die einzige Ausnahme bildet Wales. Dort hat die Regierung im Jahr 2001 den National Framework for the Delivery of Bereavement Care etabliert, um die Versorgung Trauernder zu professionalisieren (Llywodraeth Cymru Welsh Government, 2021). Der Rahmen richtet sich in erster Linie an Gesundheitsämter, lokale Behörden und Trauerversorgende, dient aber auch Standesbeamten\*innen, Bestattungsunternehmer\*innen, Gerichtsmediziner\*innen und anderen, die Hinterbliebene unterstützen oder selbst von einem Verlust betroffen sind, als Orientierung. Um die Trauerversorgung zu optimieren, sieht der Rahmen die intersektorale Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialfürsorge vor (Llywodraeth Cymru Welsh Government (2021). Denn in zahlreichen Fällen sind Familien durch einen Verlustfall von Armut bedroht, etwa weil eines der Einkommen wegfällt (Corden & Hirst, 2013). Um Grenzen, Lücken und Ungleichbehandlungen in der Trauerversorgung identifizieren zu können, sieht der Rahmen eine kontinuierliche Evaluierung der Trauerversorgungslandschaft und der trauerspezifischen Leistungen vor (Llywodraeth Cymru Welsh Government, 2021). Obwohl wissenschaftliche Untersuchungen über die Auswirkungen des Rahmens auf die Trauerversorgung bislang ausstehen, steht zu vermuten, dass dieser von zentraler Bedeutung für eine wissenschaftlich fundierte Trauerversorgung ist.

Die Etablierung eines trauerspezifischen Versorgungsrahmens kann zum einen den Vorteil haben, dass er die Versorgungslandschaft überschaubarer macht und sich klare Anforderungen für eine bedarfsorientierte Versorgung ableiten lassen. Zum anderen kann ein solcher Rahmen von Bedeutung sein, da zahlreiche trauerspezifische Fachkräfte dazu neigen, Trauer zu pathologisieren, indem sie beispielsweise psychologische oder psychiatrische Interventionen für alle Verlustsituationen und Trauernden als notwendig erachten (Aoun et al., 2012). Dies ist – gemessen an den zahlreichen Betroffenen, die einen resilienten Trauerverlauf erleben, und den hohen Kosten, die mit der Versorgung einhergehen – weder gesundheitlich noch wirtschaftlich sinnvoll. Walter (1999) führt dies auf die fehlende wissenschaftliche Fundierung des Wissens vieler Fachkräfte zurück.

So basiert das Wissen der Fachkräfte häufig auf eigenen Verlusterfahrungen und dem bisher gesammelten Erfahrungswissen bei der Unterstützung Betroffener, jedoch basiert es weniger auf wissenschaftlichen Erkenntnissen (Walter, 1999). Dies führt in den Beratungs- und Begleitungssituationen häufig dazu, dass sich diese inhaltlich primär auf die Auseinandersetzung mit den Gefühlen konzentrieren. Gemessen an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen blendet diese einseitige Fokussierung jedoch zentrale Inhalte und wichtige Stressoren Betroffener aus. So haben Stroebe und Schut (2010) mit dem Dual Process Model of Coping with Bereavement (DPM) einen theoretischen Rahmen vorgelegt, der den unterschiedlichen Herausforderungen gerechter wird. Inzwischen liegt mit dem Beitrag von Fiore (2019) sogar eine erste Übersichtsarbeit vor, die die Studienergebnisse hinsichtlich des DPM zusammenfassend evaluiert. Als ein Resultat der Studie zeigte sich, dass Interventionen, die auf dem DPM basieren, wirksamer sein könnten als Therapien, die diesen Rahmen nicht berücksichtigten (Fiore, 2019).

Trauer und die Situation Trauernder bedürfen einer differenzierten Betrachtung. Hierfür ist es unerlässlich, dass Fachkräfte ihr Erfahrungswissen mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zusammenführen sowie in der Beratungssituation auch die Wünsche Betroffener berücksichtigen, wie es auch das Konzept der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung fordert. Diesem Konzept erweiterte Aufmerksamkeit zu schenken, ist auch von Bedeutung im Hinblick auf die Idee von Trauerfachkräften, zukünftig eine Kostenübernahme für trauerspezifische Begleitungen oder Beratungen etwa durch Krankenkassen oder auch andere Träger anzustreben. Bisher stellt sich diese Inanspruchnahme als eine privat zu zahlende Leistung dar. Einzige Ausnahme bilden Therapien durch approbierte Psychotherapeut\*innen; diese können ihre Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen (Münch, 2020). Soll erreicht werden, dass Interventionen der Trauerbegleitung sowie der Trauerberatung finanziert werden, ist es unerlässlich, dass in Deutschland Forschung und Praxis enger miteinander verzahnt werden. Denn nur auf diesem Weg lassen sich etwa die erforderlichen Nachweise bezüglich der Wirkeffekte derartiger Maßnahmen, der entstehenden Kosten einer Nichtbehandlung bzw. der Kostenreduktion durch präventive Interventionen erbringen. Auch an dieser Stelle muss betont werden, dass ein solches Ansinnen

einer umfassenden Untersuchung bedarf, denn der tatsächliche Nutzen einer regelhaften durch die Krankenkassen finanzierten Trauerbegleitung und Trauerberatung muss für verschiedene Ebenen (Betroffene, Fachkräfte, Organisationen, Gesundheitssystem) belegt sein (vgl. Schrappe & Pfaff, 2017).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Trauerversorgung in Deutschland noch „in den Kinderschuhen“ steckt. Diese Arbeit versuchte, tiefergehende Einblicke in die Landschaft der bundesdeutschen Trauerversorgung zu ermöglichen und Schritte hin zu einer Professionalisierung anzuregen, damit Betroffene wirkungsvolle und nachhaltige Unterstützung bei der Bewältigung ihres Verlustes erfahren.

## **8. Zusammenfassung**

Der Stellenwert der Versorgung Trauernder hat sich gewandelt. Sie ist auch in Deutschland zum mittlerweile anerkannten Bestandteil der Gesundheitsversorgung geworden. So sieht etwa die erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin vor, dass auch Angehörige von Schwerstkranken Anspruch auf trauerspezifische Versorgung haben und problematische Trauerverläufe zu identifizieren sind. Damit lassen sich auch Ansprüche an diesen Bereich der Gesundheitsversorgung stellen. So sollte die Diagnostik trauerspezifischer Belastungen mittels standardisierter, validierter Instrumente erfolgen und auch durchgeführte Intervention wissenschaftlich begründet sein. Mit Blick auf eine bedarfsorientierte Versorgung Trauernder bereitet ihre derzeit noch strukturelle Unübersichtlichkeit und intransparente Qualität für die Versorgungssituation in Deutschland Anlass zur Sorge. Es muss davon ausgegangen werden, dass unter den Aspekten der Ausdifferenzierung und Professionalisierung eine bedarfsgerechte Versorgung bislang nicht geleistet werden kann. Ziel dieser Dissertation ist es, durch die Bearbeitung ausgewählter Fragestellungen einen Impuls zur Weiterentwicklung der bundesdeutschen Trauerversorgung zu geben.

Dabei werden drei Fragestellungen beantwortet: Wie stellt sich die Trauerversorgung aus versorgungsepidemiologischer Sicht in Deutschland dar? Welche englisch- sowie deutschsprachigen Trauerinventare existieren, die die trauerspezifischen Belastungen valide und reliabel erfassen? Wie könnte ein konzeptioneller Rahmen für die Trauerversorgung aussehen, der die bereits existierenden Versorgungsstrukturen systematisch etabliert und anhand dessen Kriterien für eine Versorgungssteuerung in Deutschland ableitbar sind?

Die Untersuchungen der bundesdeutschen Trauerversorgungslandschaft zeigen, dass eine bedarfsorientierte Versorgung Trauernder in Deutschland nicht gewährleistet ist. Dies wird etwa an den fehlenden Interventionskonzepten, der überwiegend augenscheinlich durchgeführten Diagnostik und Erfolgskontrolle sowie der großen Heterogenität trauerspezifischer Aus- und Weiterbildungen deutlich. Da sich jedoch eine Über- bzw. Unterversorgung für die Betroffenen selbst als nachteilig darstellt und andererseits Folgeerkrankungen nicht erfolgter oder schadhafter Interventionen die Sozialversicherungssysteme belasten, stellt der Beitrag zur Diskussion, dass eine zunehmende Professionalisierung des Versorgungsfeldes von zentraler Bedeutung ist. Der systematische Review konnte für

den deutschen Sprachraum insgesamt drei akutdiagnostische und drei Verfahren zur Erfassung problematischer Trauerreaktionen identifizieren. Somit sind Fachkräfte der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung im Vergleich zu anderen Ländern in Bezug auf das Vorliegen derartiger Inventare nicht schlechter gestellt. Es existieren derzeit jedoch keine Verfahren zur Früherkennung, die etwa in der Palliativversorgung vor Versterben eines Angehörigen eingesetzt werden können. Das vorgestellte Stepped-Care-Modell sieht drei Versorgungsstufen vor, anhand derer unterschiedliche Bedarfe, Interventionsangebote und Leistungserbringer\*innen zu unterscheiden sind. Damit regt das Modell dazu an, sich zukünftig mit Fragen der besseren intersektoralen Verzahnung sowie den Finanzierungsmöglichkeiten, aber auch Grenzen der einzelnen Leistungserbringer\*innen zu beschäftigen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Trauerversorgung in Deutschland noch „in den Kinderschuhen“ steckt, die vorgelegte Arbeit jedoch einen Beitrag dazu leisten soll, die Entwicklung hin zu einer Professionalisierung der bundesdeutschen Trauerversorgung anzuregen.

## 9. Abstract

In recent years the significance of bereavement care has been far more acknowledged than previously in Germany. It is increasingly recognised as a crucial component of health care. For example, the extended S3-Leitlinie Palliativmedizin stipulates that relatives of critically ill patients are also entitled to bereavement care and that problematic grieving processes must be identified. This ideally requires for both a consistent approach to diagnosis of grief-specific stresses using standardized, validated instruments, and for any interventions carried out to be scientifically justified. However, in Germany the current approach to bereavement care encompasses a huge variety of interventions of varying quality. It is questionable if bereavement care is carried out targeted to need. The aim of this dissertation is to stimulate the development of a more systematic approach to bereavement care in Germany by investigating three questions. These are: What is the status of bereavement care from an epidemiological perspective in Germany? Which English- and German-language bereavement inventories exist that capture the grief-specific burdens in a valid and reliable way? What could a conceptual framework for bereavement care look like in Germany? Critically, such a framework should aim to systematically encompass existing interventions whilst providing criteria on which to base care management in Germany. The examinations of the current status-quo of bereavement care in Germany show that it is not especially well targeted to need. This is evident from the absence of a conceptual basis underpinning interventions, in the consistent failure to use inventories for risk assessment or to quantify intervention success, and the great heterogeneity in grief training. However, both overuse or underuse of interventions may have detrimental effects upon the bereaved. Additionally, ineffective interventions or failure to receive support can cause secondary diseases and increased burden on social security systems. The current thesis proposes that an increasing professionalisation of the field of bereavement care is of central importance in addressing these issues.

The results of a systematic review identifies three inventories suitable for the diagnosis for acute stressors and three inventories specifically assessing complicated grief reactions in German-speaking populations. Thus, health care professionals in Germany have similar inventories available as other countries that take a more

systematic approach. Nonetheless, there are currently no pre-loss screening tools that can be used in palliative care.

The thesis suggests that a three-tiered approach to bereavement provides a model which can help to differentiate between different needs and interventions. Additionally, it encourages to further study intersectoral approaches to bereavement care as well as identifying possible ways of financing the different types of intervention.

In summary, whilst bereavement care in Germany is still "in its infancy", the work presented in the thesis will hopefully contribute to stimulating the professionalisation of bereavement care in Germany.

## 10. Literatur

Abel, J., Kellehear, A., Aoun, S. M. (2023). *Bereavement care reimaged*. *Annals of Palliative Medicine*, 12(4), 816-825. doi: 10.21037/apm-23-24.

Ainscough, T., Fraser, L., Taylor, J., Beresford, B., Booth, A. (2019). *Bereavement support effectiveness for parents of infants and children: a systematic review*. *BMJ Supportive & Palliative Care*. doi: 10.1136/bmjspcare-2019-001823.

Allen, C. (2007). *The poverty of death: social class, urban deprivation, and the criminological consequences of sequestration of death*. *Mortality*, 12(1), 79-93. doi: 10.1080/13576270601088392.

AOK-Bundesverband (2022). *Gesundheitsversorgung 2022*. Verfügbar unter: [https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/engagement/stadt\\_land\\_gesund/forsa\\_befragung\\_gesundheitsversorgung\\_2022\\_tei\\_1\\_300622.pdf](https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/engagement/stadt_land_gesund/forsa_befragung_gesundheitsversorgung_2022_tei_1_300622.pdf).

Aoun, S. M., Keegan, O., Roberts, A., Breen, L. J. (2020). *The impact of bereavement support on wellbeing: a comparative study between Australia and Ireland*. *Palliative Care and Social Practice*, 14, 1-14. doi:10.1177/2632352420935132.

Aoun, S. M., Breen, L. J., Howting, D. A., Rumbold, B., McNamara, B., Hegney, D. (2015). *Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and support need*. *Plos One* 10(3): e0121101. doi.org/10.1371/journal.pone.0121101.

Aoun, S. M., Breen, L. J., O'Connor, M., Rumbold, B., Nordstrom, C. (2012). *A public health approach to bereavement support services in palliative care*. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36(1), 14-6. doi: 10.1111/j.1753-6405.2012.00825.x.

Arney, W. R., Bergen, B. J. (1984). *Medicine and the management of living: taming the last great beast*. Chicago: University of Chicago Press.

Baranowsky, A., Schmidt, D. (2013). *Overcopers: Medical doctor vulnerability to compassion fatigue*. In: Charles Figley, Peter Huggard, Charlotte Rees (Hrsg.),

*First do no self-harm: Understanding and promoting physician stress resilience* (203-215). New York: Oxford University Press.

Barnett, M. D., Hays, K. N., Cantu, C. (2022). *Compassion fatigue, emotional labor, and emotional display among hospice nurses*. *Death Studies*, 46(2), 290-296. doi: 10.1080/07481187.2019.1699201.

Becker, C. B., Taniyama, Y., Kondo-Arita, M., Sasaki, N., Yamada, S., Yamamoto, K. (2021). *Unexplored costs of bereavement grief in Japan: patterns of increased use of medical, pharmaceutical, and financial services*. *Omega*, 83(1), 142-156. doi: 10.1177/0030222821992193.

Bollig, G., Brandt, F., Ciurlionis, M., Knopf, B. (2019). *Last aid course. An education for all citizens and an ingredient of compassionate communities*. *Healthcare*, 7(1), 19. doi: 10.3390/healthcare7010019.

Bonanno, G. A., Malgaroli, M. (2020). *Trajectories of grief: comparing symptoms from the DSM-5 and ICD-11 diagnoses*. *Depression and Anxiety*, 37(1), 17-25. doi: 10.1002/da.22902.

Bowlby, J. (2006). *Verlust. Trauer und Depression*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Breen, L. J., Moullin, J. C. (2022). *The value of implementation science in bridging the evidence gap in bereavement care*. *Death Studies*, 46(3), 639–647. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1747572>.

Breen, L. J., Kawashima, D., Joy, K., Cadell, S., Roth, D., Chow, A., Macdonald, M. E. (2020). *Grief literacy: a call to action for compassionate communities*. *Death Studies*, 46(2), 425-433. doi: 10.1080/07481187.2020.1739780.

Breen, L. J., Aoun, S. M., O'Connor, M., Rumbold, B. (2014). *Bridging the gaps in palliative care bereavement support: an international perspective*. *Death Studies*, 38(1-5), 54-61. doi: 10.1080/07481187.2012.725451.

Bruns, J. (2019). *Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung: Langversion 2.0 - August 2019, AWMF-Registernummer: 128/001-OL*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bundespsychotherapeutenkammer (2022). *BPtK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut\*innen*. Verfügbar unter: <https://bptk.de/pressemitteilungen/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/>.

Colvin, C., Ceide, M. (2021). *Review of grief therapies for older adults*. *Current Geriatrics Reports*, 10(3), 116-123. doi: 10.1007/s13670-021-00362-w.

Corden, A., Hirst, M. (2013). *Economic Components of Grief*. *Death Studies*, 37(8), 725-749. doi: 10.1080/07481187.2012.692456.

Corr, C. A. (2021). *Elisabeth Kübler-Ross and the “Five Stages” model in a sampling of recent textbooks published in 10 countries outside the United States*. *Omega*, 83(1), 33-63. doi:10.1177/0030222819840476.

Dasch, B. (2017). *Deskription und Analyse des Sterbeortes in ausgewählten Regionen Deutschlands auf Grundlage epidemiologischer Querschnittserhebungen im ambulanten und stationären Setting* (Habilitationsschrift), Ludwig-Maximilians-Universität München. Verfügbar unter: [https://edoc.ub.uni-muenchen.de/22393/7/Dasch\\_Burkhard.pdf](https://edoc.ub.uni-muenchen.de/22393/7/Dasch_Burkhard.pdf).

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2023). *Trauer als gesellschaftliche Aufgabe: Warum wir eine vierstufige Trauerversorgung brauchen*. Verfügbar unter: [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/230810\\_Positionspapier\\_Trauer\\_ist\\_kein\\_individuelles\\_Problem\\_final.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/230810_Positionspapier_Trauer_ist_kein_individuelles_Problem_final.pdf).

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2018). *Dossier: Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung*. Verfügbar unter: [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN\\_Dossier%20web.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf).

Deutscher Bundestag (2022). *Dokumentation. Wartezeiten auf eine Psychotherapie. Studien und Umfragen*. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/916578/53724d526490deea69f736b1fd a83e76/WD-9-059-22-pdf-data.pdf>.

Dietsche, S. (2018). Das Konzept der Evidence-based Health Care – Das Methodenrepertoire zur Qualitätsbestimmung aus Sicht der Gesundheitsberufe. In: Peter Hensen, Maren Stamer, *Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen* (71-91). Wiesbaden: Springer.

Donabedian, A. (1980). *The Definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring (Vol. 1)*. Ann Arbor: Health Administration Press.

Drabwell, L., Eng, J., Stevenson, F., King, M., Osborn, D., Pitman A. (2020). *Perceptions of the use of alcohol and drugs after sudden bereavement by unnatural causes: analysis of online qualitative data*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 677. doi: 10.3390/ijerph17030677.

Eddinger, J. R., Hardt, M. M., Williams, J. L. (2021). *Concurrent treatment for PTSD and prolonged grief disorder: review of outcomes for exposure- and nonexposure-based treatments*. *Omega*, 83(3), 446-469. doi: 10.1177/0030222819854907.

Eklund, R., Eisma, M. C., Boelen, P. A., Arnberg, F. K., Sveen, J. (2022). *My grief app for prolonged grief in bereaved parents: a pilot study*. *Frontiers in Psychiatry*, 13:872314. doi: 10.3389/fpsy.2022.872314.

Fiore, J. A. (2019). *Systematic review of the dual process model of coping with bereavement (1999-2016)*. *Omega*, 84(2), 414-458. doi: 10.1177/0030222819893139.

GKV-Spitzenverband (2022). *GKV-Versichertenbefragung: 69 Prozent sind mit solidarischem Gesundheitssystem zufrieden*. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_1522688.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1522688.jsp).

Hannich, H. J., Piontek, K. (2018). Ebenen der Qualitätssicherung. In: Renate Deinzer, Olaf von dem Knesebeck (Hrsg.), *Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie* (Kapitel 3.4.2). Berlin: German Medical Science GMS Publishing House. Verfügbar unter: [https://books.publisso.de/en/publisso\\_gold/publishing/books/overview/46/109](https://books.publisso.de/en/publisso_gold/publishing/books/overview/46/109).

Harrop, E., Medeiros Mirra, R., Goss, S., Longo, M., Byrne, A., Farnell, D. J. J., Seddon, K., Penny, A., Machin, L., Sivell, S., Selman, L. E. (2023). *Prolonged grief during and beyond the pandemic: factors associated with levels of grief in a four time-point longitudinal survey of people bereaved in the first year of the COVID-19 pandemic*. *Frontiers in Public Health*, 11:1215881. doi: 10.3389/fpubh.2023.1215881.

Jakoby, N. (2014). *Talking about grief: conversational partners sought by bereaved people*. *Bereavement Care*, 33(1), 13-18.

Keegan, O., Murphy, I., Benkel, I., Limonero, J. T., Relf, M., Guldin, M. B. (2021). *Using the Delphi technique to achieve consensus on bereavement care in palliative care in Europe: An EAPC White Paper*. *Palliative Medicine*, 35(10), 1908-1922. doi: 10.1177/02692163211043000.

Lamp, I., Smith, S. (2004). Trauer und Beratung: Trauer als Beratungsinhalt oder Trauerberatung als eigenes Beratungsfeld? In: Frank Nestmann, Frank Engel, Ursel Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder*, (1139-1149). Tübingen: DGVT-Verlag.

Lenferink, L. I. M., Nickerson, A., Kashyap, S., de Keijser, J., Boelen, P. A. (2022). *Associations of dimensions of anger with distress following traumatic bereavement*. *Psychological Trauma*. doi: 10.1037/tra0001275.

Llywodraeth Cymru Welsh Government (2021). *National framework for the delivery of bereavement care*. Verfügbar unter: <https://gov.wales/national-framework-delivery-bereavement-care-html>.

Lofland, L.H. (2019). *The craft of dying*. Cambridge: MIT Press.

Luy, M. (2004). *Verschiedene Aspekte der Sterblichkeitsentwicklung in Deutschland von 1950 bis 2000*. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 29(1), 3-62.

Maass, U., Hofmann, L., Perlinger, J., Wagner, B. (2022). *Effects of bereavement groups - a systematic review and meta-analysis*. *Death Studies*, 46(3), 708-718. doi: 10.1080/07481187.2020.1772410.

Mason, T. M., Tofthagen, C. S., Buck, H. G. (2020). *Complicated grief: risk factors, protective factors, and interventions*. Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 16(2), 151-174. doi: 10.1080/15524256.2020.1745726.

Moore, S. E., Jones-Eversley, S. D., Tolliver, W. F., Wilson, B. L., Jones, C. A. (2022). *Six feet apart or six feet under: The impact of COVID-19 on the Black community*. Death Studies, 46(4), 891-901. doi: 10.1080/07481187.2020.1785053.

Müller, H., Sibelius, U., Stingl, M., Berthold, D. (2022). *Trauer in der beschleunigten Gesellschaft. Eine zeitanalytische Perspektive*. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 68, 87-96. doi.org/10.13109/zptm.2022.68.1.87.

Müller, H., Berthold, D., Bommel, S., Bongard, S., Gramm, J., Hauch, H., Sibelius, U. (2017). *Trauersensible Palliativ- und Hospizteams*. Zeitschrift für Palliativmedizin, 18, 280-281.

Multmeier, J. (2021). *Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Umfassende Strukturreform*. Deutsches Ärzteblatt, 114(10): A-462. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/186735/Ambulante-psychotherapeutische-Versorgung-Umfassende-Strukturreform>.

Münch, U. (2020). *Anhaltende Trauer. Wenn Verluste auf Dauer zur Belastung werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

O'Connor, M., Abbott, J.-A., Payne, S., Demmer, C. (2009). *A comparison of bereavement services provided in hospice and palliative care settings in Australia, the UK and the USA*. Progress in Palliative Care, 17(2), 69-74. doi: 10.1179/096992609X392240.

O'Connor, M., Breen, L.J. (2014). *General Practitioners' experiences of bereavement care and their educational support needs: a qualitative study*. BMC Medical Education, 14(59). doi.org/10.1186/1472-6920-14-59.

Pitman, A., Stevenson, F., King, M., Osborn, D. (2020). *Self-reported patterns of use of alcohol and drugs after suicide bereavement and other sudden losses: a*

*mixed methods study of 1,854 young bereaved adults in the UK*. *Frontiers in Psychology*, 11:1024. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01024.

Platon (Verfasser), Zehnpfenning, B. (Übersetzerin) (2007). *Phaidon, Griechisch-Deutsch*. Hamburg: Meiner.

Prigerson, H. G., Kakarala, S., Gang, J., Maciejewski, P. K. (2021). *History and status of prolonged grief disorder as a psychiatric diagnosis*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 109-126. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600.

Robert Koch Institut (2018). *Robert Koch: Der Mitbegründer der Mikrobiologie*. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Geschichte/robert\\_koch\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Geschichte/robert_koch_node.html)

Rosa, H. (2018). *Unverfügbarkeit*. Wien, Salzburg: Residenz Verlag.

Rosner, R., Comtesse, H., Vogel, A., Doering, B. K. (2021). *Prevalence of prolonged grief disorder*. *Journal of Affective Disorders*, 287, 301-307. doi: 10.1016/j.jad.2021.03.058.

Rosner, R., Pfoh, G., Rojas, R., Brandstätter, M., Rossi, R., Lumbeck, G., Kotoucová, M., Hagl, M., Geissner, E. (2015). *Anhaltende Trauerstörung. Manuale für die Einzel- und Gruppentherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Sallnow, L., Smith, R., Ahmedzai, S. H., Bhadelia, A., Chamberlain, C., Cong, Y., Doble, B., Dullie, L., Durie, R., Finkelstein, E. A., Guglani, S., Hodson, M., Husebø, B. S., Kellehear, A., Kitzinger, C., Knaul, F. M., Murray, S. A., Neuberger, J., O'Mahony, S., Rajagopal, M. R., Russell, S., Sase, E., Sleeman, K. E., Solomon, S., Taylor, R., Tutu van Furth, M., Wyatt, K. (2022). *Lancet Commission on the Value of Death. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life*. *Lancet*, 399(10327), 837-884. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02314-X.

Sandler, I., Tein, J. Y., Cham, H., Wolchik, S., Ayers, T. (2016). *Long-term effects of the Family Bereavement Program on spousally bereaved parents: grief, mental health problems, alcohol problems, and coping efficacy*. *Development and Psychopathology*, 28(3), 801-18. doi: 10.1017/S0954579416000328.

Scheinfeld, E., Barney, K., Gangi, K., Nelson, E. C., Sinardi, C. C. (2021). *Filling the void: Grieving and healing during a socially isolating global pandemic*. Journal of Social and Personal Relationships, 38(10), 2817–2837. <https://doi.org/10.1177/02654075211034914>.

Schrappe, M., Pfaff, H. (2017). Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung. In: Holger Pfaff, Edmund A. M. Neugebauer, Gerd Glaeske, Matthias Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung*, (2-68). Stuttgart: Schattauer.

Schut H, van den Bout J, Terheggen M. (2007). The efficacy of Bereavement Interventions: Determining who benefits. In: Margaret S. Stroebe, Robert O. Hansson, Wolfgang Stroebe, Henk Schut (Hrsg.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*, (705-737). Washington: American Psychological Association.

Sepulveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., Ullrich, A. (2002). *Palliative care: The World Health Organization's global perspective*. Journal of Pain and Symptom Management, 24, 91-96. doi: 10.1016/s0885-3924(02)00440-2.

Statistisches Bundesamt (2021a). *Lebenserwartung und Sterblichkeit*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-lebenserwartung.html>.

Statistisches Bundesamt (2021b). *Zahl der Psychotherapeutinnen und -therapeuten von 2015 bis 2019 um 19 % gestiegen*. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21\\_N022\\_23.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_N022_23.html).

Statistisches Bundesamt (2022a). *Sterbefälle - Fallzahlen nach Tagen, Wochen, Monaten, Altersgruppen, Geschlecht und Bundesländern für Deutschland 2016 – 2022*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle.html>.

Statistisches Bundesamt (2022b). *Gesundheit. Todesursachen*. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html).

Statistisches Bundesamt (2022c). *Sterbefälle und Lebenserwartung*. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/\\_inhalt.html;jsessionid=E8B23212813C699437DA942694BF8EBF.live731](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html;jsessionid=E8B23212813C699437DA942694BF8EBF.live731).

Statistisches Bundesamt (2022d). *Lebenserwartung und Sterblichkeit*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-lebenserwartung.html>.

Statistisches Bundesamt (2022e). *Tabelle: Gestorbene: Deutschland, Jahre, Todesursachen, Geschlecht*. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=1&step=1&titel=Ergebnis&levelid=1646918510852&acceptscookies=false#abreadcrumb>.

Statistisches Bundesamt (2022f). *Zahl der Psychotherapeutinnen und -therapeuten von 2015 bis 2019 um 19 % gestiegen*. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21\\_N022\\_23.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_N022_23.html).

Stroebe, M., Schut, H. (2010). *The dual process model of coping with bereavement: a decade on*. *Omega*, 61(4), 273-89. doi: 10.2190/OM.61.4.b.

Stroebe, M., Schut, H., Boerner, K. (2017). *Cautioning health-care professionals: bereaved persons are misguided through the stages of grief*. *Omega*, 74(4), 455–473. <https://doi.org/10.1177/0030222817691870>.

Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W. (2007). *Health outcomes of bereavement*. *Lancet*, 370(9603), 1960-73. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9.

Telaar, B., Hanauer, C., Rosner, R., Doering, B. K. (2023). *Predictors of client satisfaction with bereavement counselling: the role of negative effects*. *Omega*, 3:302228231193806. doi: 10.1177/00302228231193806.

Verdery, A. M., Smith-Greenaway, E., Margolis, R., Daw, J. (2020). *Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States*. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(30), 17695-17701. doi: 10.1073/pnas.2007476117.

- Wagner, B. (2019). *Psychotherapie mit Trauernden. Grundlagen und therapeutische Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Walter, T. (2020). *Death in the modern world*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: Sage.
- Walter, T. (2017). *What death means now. Thinking critically about dying and grieving*. Bristol, Chicago: Policy Press.
- Walter, T. (1999). *On bereavement. The culture of grief*. Philadelphia: Open University Press.
- Wittkowski, J., Scheuchenpflug, R. (2015). *Zum Verlauf „normalen“ Trauerns. Verlusterleben in Abhängigkeit von seiner Dauer*. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(4), 169-176. doi: 10.1026/0943-8149/a000145.
- Wittkowski, J. (2013). *Forschung zu Sterben, Tod und Trauern: Die internationale Perspektive*. *Psychologische Rundschau*, 64(3), 131-141. doi.org/10.1026/0033-3042/a000164.
- Wittkowski, J. (2010). Trauer. In: Héctor Wittwer, Daniel Schäfer, Andreas Frewer (Hrsg.), *Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch*, (192-202). Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler.

## **11. Anhang zum Eigenanteil der Publikation 1**

Unterlagen zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H.\* , Berthold, D.\* , Bongard, S., Gramm, J., Hauch, H., & Sibelius, U.  
(2020). Komplizierte Trauer erfassen: Ein systematischer Review. PPM –  
Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 70(12), 490–498.

\*geteilte Erstautorenschaft

**Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels**

Müller, H. \*, Berthold, D. \*, Bongard, S., Gramm, J., Hauch, H., & Sibelius, U. (2020).  
Komplizierte Trauer erfassen: Ein systematischer Review. *PPmP – Psychotherapie  
Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 70(12), 490–498.

\*geteilte Erstautorenschaft

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller und Daniel Berthold: Studienkonzeption, Datenerhebung und -auswertung,  
Erstellung des Manuskripts.

Stephan Bongard, Jan Gramm, Holger Hauch, Ulf Sibelius: Validieren der Konzeption,  
methodische Überprüfung, kritische Überarbeitung des Manuskripts.

29.08.22



---

Dr. Daniel Berthold (Datum/ Unterschrift)

### Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H. \*, Berthold, D. \*, Bongard, S., Gramm, J., Hauch, H., & Sibelius, U. (2020). Komplizierte Trauer erfassen: Ein systematischer Review. *PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 70(12), 490–498.

\*geteilte Erstautorenschaft

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller und Daniel Berthold: Studienkonzeption, Datenerhebung und -auswertung, Erstellung des Manuskripts.

Stephan Bongard, Jan Gramm, Holger Hauch, Ulf Sibelius: Validieren der Konzeption, methodische Überprüfung, kritische Überarbeitung des Manuskripts.

24.08.2022 U. Bongard

---

Prof. Dr. Stephan Bongard (Datum/ Unterschrift)

## Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H.\*, Berthold, D.\*, Bongard, S., Gramm, J., Hauch, H., & Sibelius, U. (2020).  
Komplizierte Trauer erfassen: Ein systematischer Review. *PPmP – Psychotherapie  
Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 70(12), 490–498.

\*geteilte Erstautorenschaft

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller und Daniel Berthold: Studienkonzeption, Datenerhebung und -auswertung, Erstellung des Manuskripts.

Stephan Bongard, Jan Gramm, Holger Hauch, Ulf Sibelius: Validieren der Konzeption, methodische Überprüfung, kritische Überarbeitung des Manuskripts.

25.08.2022 

---

Jan Gramm (Datum/ Unterschrift)

**Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels**

Müller, H.\* , Berthold, D.\* , Bongard, S., Gramm, J., Hauch, H., & Sibelius, U. (2020).  
Komplizierte Trauer erfassen: Ein systematischer Review. *PPmP – Psychotherapie  
Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 70(12), 490–498.


\*geteilte Erstautorenschaft

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller und Daniel Berthold: Studienkonzeption, Datenerhebung und -auswertung, Erstellung des Manuskripts.

Stephan Bongard, Jan Gramm, Holger Hauch, Ulf Sibelius: Validieren der Konzeption, methodische Überprüfung, kritische Überarbeitung des Manuskripts.

29.8.2022



---

Dr. Holger Hauch (Datum/ Unterschrift)

## Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H.\* , Berthold, D.\* , Bongard, S., Gramm, J., Hauch, H., & Sibelius, U. (2020).  
Komplizierte Trauer erfassen: Ein systematischer Review. *PPmP – Psychotherapie  
Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 70(12), 490–498.

\*geteilte Erstautorenschaft

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller und Daniel Berthold: Studienkonzeption, Datenerhebung und -auswertung, Erstellung des Manuskripts.

Stephan Bongard, Jan Gramm, Holger Hauch, Ulf Sibelius: Validieren der Konzeption, methodische Überprüfung, kritische Überarbeitung des Manuskripts.



24.08.2022

---

Prof. Dr. Ulf Sibelius (Co-Autor und Betreuer der Dissertation; Datum/ Unterschrift)

## **12. Anhang zum Eigenanteil der Publikation 2**

Unterlagen zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H., Münch, U., Bongard, S., Hauch, H., Sibelius, U., & Berthold, D. (2021). Trauerversorgung in Deutschland. Entwurf eines gestuften Versorgungsmodells. ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 162, 40–44.

## Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H., Münch, U., Bongard, S., Hauch, H., Sibelius, U., & Berthold, D. (2021).  
Trauerversorgung in Deutschland. Entwurf eines gestuften Versorgungsmodells. *ZEFQ –  
Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 162, 40–44.

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller und Daniel Berthold: Konzeption, Erstellung des Manuskripts.  
Urs Münch, Stephan Bongard, Holger Hauch, Ulf Sibelius: Validieren der Konzeption,  
kritische Überarbeitung des Manuskripts.

Wandlitz, den 24.08.22



---

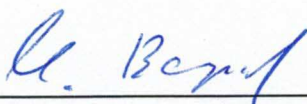
Urs Münch (Datum/ Unterschrift)

## Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H., Münch, U., Bongard, S., Hauch, H., Sibelius, U., & Berthold, D. (2021).  
Trauerversorgung in Deutschland. Entwurf eines gestuften Versorgungsmodells. *ZEFQ –  
Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 162, 40–44.

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt  
aufteilen:

Heidi Müller und Daniel Berthold: Konzeption, Erstellung des Manuskripts.  
Urs Münch, Stephan Bongard, Holger Hauch, Ulf Sibelius: Validieren der Konzeption,  
kritische Überarbeitung des Manuskripts.

25.08.2022 

---

Prof. Dr. Stephan Bongard (Datum/ Unterschrift)


**Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels**

Müller, H., Münch, U., Bongard, S., Hauch, H., Sibelius, U., & Berthold, D. (2021).  
Trauerversorgung in Deutschland. Entwurf eines gestuften Versorgungsmodells. *ZEFQ –  
Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 162, 40–44.

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt  
aufteilen:

Heidi Müller und Daniel Berthold: Konzeption, Erstellung des Manuskripts.  
Urs Münch, Stephan Bongard, Holger Hauch, Ulf Sibelius: Validieren der Konzeption,  
kritische Überarbeitung des Manuskripts.

29.8.2022



---

Dr. Holger Hauch (Datum/ Unterschrift)

**Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels**

Müller, H., Münch, U., Bongard, S., Hauch, H., Sibelius, U., & Berthold, D. (2021).  
Trauerversorgung in Deutschland. Entwurf eines gestuften Versorgungsmodells. *ZEFQ –  
Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 162, 40–44.

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller und Daniel Berthold: Konzeption, Erstellung des Manuskripts.  
Urs Münch, Stephan Bongard, Holger Hauch, Ulf Sibelius: Validieren der Konzeption,  
kritische Überarbeitung des Manuskripts.



24.08.2022

---

Prof. Dr. Ulf Sibelius (Co-Autor und Betreuer der Dissertation; Datum/ Unterschrift)

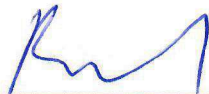
**Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels**

Müller, H., Münch, U., Bongard, S., Hauch, H., Sibelius, U., & Berthold, D. (2021).  
Trauerversorgung in Deutschland. Entwurf eines gestuften Versorgungsmodells. *ZEFQ –  
Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 162, 40–44.

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller und Daniel Berthold: Konzeption, Erstellung des Manuskripts.  
Urs Münch, Stephan Bongard, Holger Hauch, Ulf Sibelius: Validieren der Konzeption,  
kritische Überarbeitung des Manuskripts.

29.08.22



---

Dr. Daniel Berthold (Datum/ Unterschrift)

### **13. Anhang zum Eigenanteil der Publikation 3**

Unterlagen zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H., Zwingmann, C., Krämer, S., Hauch, H., Sibelius, U., Pedrosa Carrasco, A., & Berthold, D. (2022). Bevor die Diagnose kam ... Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland. ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 168, 75-81.

**Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels**

Müller, H., Zwingmann, C., Krämer, S., Hauch, H., Sibelius, U., Pedrosa Carrasco, A., & Berthold, D. (2022). Bevor die Diagnose kam ... Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 168, 75-81.

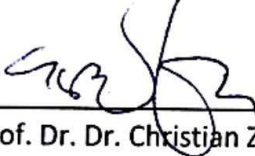
Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller: Studienkonzeption, Fragebogenentwicklung, Datenerhebung, Manuskriptentwurf.

Christian Zwingmann und Daniel Berthold: Gesamtplanung und Ausarbeitung des Manuskripts, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Steven Krämer: Datenaufbereitung, Manuskriptentwurf, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Holger Hauch, Ulf Sibelius, Anna Pedrosa Carrasco: Validieren der Konzeption, kritische Manuskriptüberarbeitung, methodische Überprüfung.

 , 26.08.2022  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Dr. Christian Zwingmann (Datum/ Unterschrift)

## Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H., Zwingmann, C., Krämer, S., Hauch, H., Sibelius, U., Pedrosa Carrasco, A., & Berthold, D. (2022). Bevor die Diagnose kam ... Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 168, 75-81.

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller: Studienkonzeption, Fragebogenentwicklung, Datenerhebung, Manuskriptentwurf.

Christian Zwingmann und Daniel Berthold: Gesamtplanung und Ausarbeitung des Manuskripts, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Steven Krämer: Datenaufbereitung, Manuskriptentwurf, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Holger Hauch, Ulf Sibelius, Anna Pedrosa Carrasco: Validieren der Konzeption, kritische Manuskriptüberarbeitung, methodische Überprüfung.



24.8.2022

Steven Krämer (Datum/ Unterschrift)

**Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels**

Müller, H., Zwingmann, C., Krämer, S., Hauch, H., Sibelius, U., Pedrosa Carrasco, A., & Berthold, D. (2022). Bevor die Diagnose kam ... Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 168, 75-81.

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

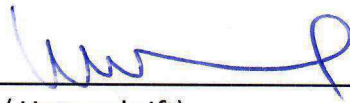
Heidi Müller: Studienkonzeption, Fragebogenentwicklung, Datenerhebung, Manuskriptentwurf.

Christian Zwingmann und Daniel Berthold: Gesamtplanung und Ausarbeitung des Manuskripts, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Steven Krämer: Datenaufbereitung, Manuskriptentwurf, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Holger Hauch, Ulf Sibelius, Anna Pedrosa Carrasco: Validieren der Konzeption, kritische Manuskriptüberarbeitung, methodische Überprüfung.

29.8.2022



---

Dr. Holger Hauch (Datum/ Unterschrift)

## Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H., Zwingmann, C., Krämer, S., Hauch, H., Sibelius, U., Pedrosa Carrasco, A., & Berthold, D. (2022). Bevor die Diagnose kam ... Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 168, 75-81.

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller: Studienkonzeption, Fragebogenentwicklung, Datenerhebung, Manuskriptentwurf.

Christian Zwingmann und Daniel Berthold: Gesamtplanung und Ausarbeitung des Manuskripts, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Steven Krämer: Datenaufbereitung, Manuskriptentwurf, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Holger Hauch, Ulf Sibelius, Anna Pedrosa Carrasco: Validieren der Konzeption, kritische Manuskriptüberarbeitung, methodische Überprüfung.



24.08.2022

---

Prof. Dr. Ulf Sibelius (Co-Autor und Betreuer der Dissertation; Datum/ Unterschrift)

### Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H., Zwingmann, C., Krämer, S., Hauch, H., Sibelius, U., Pedrosa Carrasco, A., & Berthold, D. (2022). Bevor die Diagnose kam ... Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 168, 75-81.

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller: Studienkonzeption, Fragebogenentwicklung, Datenerhebung, Manuskriptentwurf.

Christian Zwingmann und Daniel Berthold: Gesamtplanung und Ausarbeitung des Manuskripts, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Steven Krämer: Datenaufbereitung, Manuskriptentwurf, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Holger Hauch, Ulf Sibelius, Anna Pedrosa Carrasco: Validieren der Konzeption, kritische Manuskriptüberarbeitung, methodische Überprüfung.

25.08.22

  
Dr. Anna Pedrosa Carrasco (Datum/ Unterschrift)

### Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H., Zwingmann, C., Krämer, S., Hauch, H., Sibelius, U., Pedrosa Carrasco, A., & Berthold, D. (2022). Bevor die Diagnose kam ... Eine Retrospektive der Trauerversorgung in Deutschland. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 168, 75-81.


Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller: Studienkonzeption, Fragebogenentwicklung, Datenerhebung, Manuskriptentwurf.

Christian Zwingmann und Daniel Berthold: Gesamtplanung und Ausarbeitung des Manuskripts, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Steven Krämer: Datenaufbereitung, Manuskriptentwurf, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Holger Hauch, Ulf Sibelius, Anna Pedrosa Carrasco: Validieren der Konzeption, kritische Manuskriptüberarbeitung, methodische Überprüfung.

29.08.22 

---

Dr. Daniel Berthold (Datum/ Unterschrift)

#### **14. Anhang zum Eigenanteil der Publikation 4**

Unterlagen zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H.\*, Zwingmann, C.\*, Hanewald, B., Hauch, H., Sibelius, U.,  
Berthold, D. (in press). Als die Diagnose kam . . . Wo steht die deutsche  
Trauerversorgung im Jahr 2020/2021? ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz,  
Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.

\*geteilte Erstautorenschaft

**Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels**

Müller, H.\* , Zwingmann, C.\* , Hanewald, B., Hauch, H., Sibelius, U., Berthold, D. (in press). Als die Diagnose kam . . . Wo steht die deutsche Trauerversorgung im Jahr 2020/2021? ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.

\*geteilte Erstautorenschaft

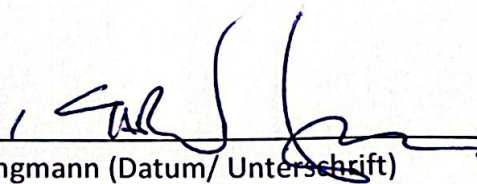
Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller und Christian Zwingmann: Studienkonzeption, Fragebogenentwicklung, Datenerhebung, Manuskriptentwurf.

Christian Zwingmann: Datenaufbereitung.

Christian Zwingmann und Daniel Berthold: Gesamtplanung und Ausarbeitung des Manuskripts, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Holger Hauch, Ulf Sibelius, Bernd Hanewald: Validieren der Konzeption, kritische Manuskriptüberarbeitung, methodische Überprüfung, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

01.12.2023,   
Prof. Dr. Dr. Christian Zwingmann (Datum/ Unterschrift)

## Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H., Zwingmann, C., Hanewald, B., Hauch, H., Sibelius, U., Berthold, D. (in press). Als die Diagnose kam . . . Wo steht die deutsche Trauerversorgung im Jahr 2020/2021? ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

Heidi Müller und Christian Zwingmann: Studienkonzeption, Fragebogenentwicklung, Datenerhebung, Manuskriptentwurf.

Christian Zwingmann: Datenaufbereitung.

Christian Zwingmann und Daniel Berthold: Gesamtplanung und Ausarbeitung des Manuskripts, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Holger Hauch, Ulf Sibelius, Bernd Hanewald: Validieren der Konzeption, kritische Manuskriptüberarbeitung, methodische Überprüfung, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

4.12.23 

---

Dr. Bernd Hanewald (Datum/ Unterschrift)

## Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H., Zwingmann, C., Hanewald, B., Hauch, H., Sibelius, U., Berthold, D. (in press). Als die Diagnose kam . . . Wo steht die deutsche Trauerversorgung im Jahr 2020/2021? ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

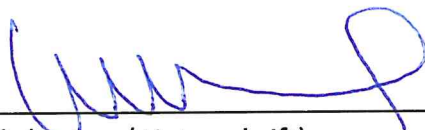
Heidi Müller und Christian Zwingmann: Studienkonzeption, Fragebogenentwicklung, Datenerhebung, Manuskriptentwurf.

Christian Zwingmann: Datenaufbereitung.

Christian Zwingmann und Daniel Berthold: Gesamtplanung und Ausarbeitung des Manuskripts, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Holger Hauch, Ulf Sibelius, Bernd Hanewald: Validieren der Konzeption, kritische Manuskriptüberarbeitung, methodische Überprüfung, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

4.12.23



---

Dr. Holger Hauch (Datum/ Unterschrift)

## Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels

Müller, H., Zwingmann, C., Hanewald, B., Hauch, H., Sibelius, U., Berthold, D. (in press). Als die Diagnose kam . . . Wo steht die deutsche Trauerversorgung im Jahr 2020/2021? ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

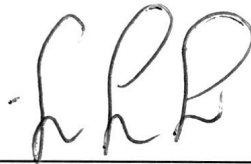
Heidi Müller und Christian Zwingmann: Studienkonzeption, Fragebogenentwicklung, Datenerhebung, Manuskriptentwurf.

Christian Zwingmann: Datenaufbereitung.

Christian Zwingmann und Daniel Berthold: Gesamtplanung und Ausarbeitung des Manuskripts, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Holger Hauch, Ulf Sibelius, Bernd Hanewald: Validieren der Konzeption, kritische Manuskriptüberarbeitung, methodische Überprüfung, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

M. 12. 23



---

Prof. Dr. Ulf Sibelius (Co-Autor und Betreuer der Dissertation; Datum/ Unterschrift)

**Angaben zum Eigenanteil aller Autor\*innen des folgenden Artikels**

Müller, H., Zwingmann, C., Hanewald, B., Hauch, H., Sibelius, U., Berthold, D. (in press). Als die Diagnose kam . . . Wo steht die deutsche Trauerversorgung im Jahr 2020/2021? ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.

Hiermit erkläre ich durch meine Unterschrift, dass sich die Anteile an dieser Arbeit wie folgt aufteilen:

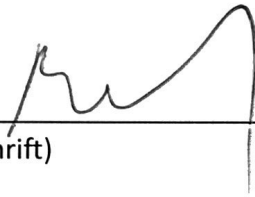
Heidi Müller und Christian Zwingmann: Studienkonzeption, Fragebogenentwicklung, Datenerhebung, Manuskriptentwurf.

Christian Zwingmann: Datenaufbereitung.

Christian Zwingmann und Daniel Berthold: Gesamtplanung und Ausarbeitung des Manuskripts, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

Holger Hauch, Ulf Sibelius, Bernd Hanewald: Validieren der Konzeption, kritische Manuskriptüberarbeitung, methodische Überprüfung, Beteiligung bei der inhaltlichen Diskussion.

04.12.2023



---

Dr. Daniel Berthold (Datum/ Unterschrift)

## 15. Ehrenwörtliche Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

---

Ort/Datum

---

Unterschrift

## **16. Danksagung**

In Bezug auf Hinterbliebene heißt es häufig: Trauer braucht Gemeinschaft. Meiner Ansicht nach verhält es sich ebenso bei Dissertationsprojekten. Die Höhen und Tiefen eines solchen Projektes lassen sich am besten mit der Unterstützung von anderen Menschen feiern bzw. bewältigen. Mein Dank gilt vor allem:

Herrn Professor Dr. Ulf Sibelius für die Unterstützung und Möglichkeit, an seinem Lehrstuhl promovieren zu können.

Herrn Dr. Daniel Berthold für die großartige Zusammenarbeit.

Den Veranstalter\*innen und Teilnehmenden des Forschungskolloquiums „Palliative Care“ für die Inspiration.

Meinem Mann und meiner Familie für den stetigen Zuspruch und die Ermutigung, meinen Weg zu gehen.

Frau Susanne Kiepke-Ziemes für die anspornenden Worte.

All meinen Freund\*innen und Kolleg\*innen für die gemeinsame Freude über erreichte Etappenziele.