

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Zentrum für Onkologie, II. Medizinische Klinik
Forschungs-AG Palliativmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Carsten Bokemeyer

Rückblickende Bedürfnisse und psychische Belastungen von Angehörigen nach unerwartetem Verlust einer nahestehenden Person

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Laura Schäfsmeier
aus Lemgo

Hamburg 2023

(wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 20.11.2023**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Benjamin Ondruschka

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Karin Oechsle

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Tod und Sterben	1
1.2 Rolle von Angehörigen in der Palliativmedizin	1
1.3 Rolle von Angehörigen in der Rechtsmedizin.....	2
1.4 Bedürfnisse von Angehörigen	3
1.5 Soziale Unterstützung	5
1.6 Psychische Belastungen als Folge von Verlust und Trauer	6
1.7 Entwicklung der Fragestellung	10
2. Material und Methoden.....	11
2.1 Studiendesign	11
2.2 Durchführung	11
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	12
2.4 Verwendete Messinstrumente und studienspezifische Items	13
2.4.1 Persönliche Angaben	13
2.4.2 Umgang mit der verstorbenen Person.....	14
2.4.3 Hürden und Probleme in den ersten drei Monaten nach Versterben...	14
2.4.4 Unterstützungssituation in den ersten drei Monaten nach Versterben	14
2.4.5 Bedürfnisse in den ersten drei Monaten nach Versterben.....	15
2.4.6 Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote	15
2.4.7 Zum Befragungszeitpunkt unerfüllte Bedürfnisse	15
2.4.8 Aktuelle psychische Belastungen: Posttraumatische Belastungs- störung	16
2.4.9 Aktuelle psychische Belastungen: Depressive Symptome	16
2.4.10 Aktuelle psychische Belastungen: Komplizierte Trauerprozesse	17
2.4.11 Aktuelle soziale Unterstützung	18
2.5 Datenanalyse	19
2.5.1 Deskriptive Datenanalyse.....	19
2.5.2 Binär-logistische Regressionsanalyse.....	19
2.5.3 Qualitative Auswertung der Freitextantworten.....	22
2.5.4 Sicherstellung guter wissenschaftlicher Praxis.....	23
3. Ergebnisse	24
3.1 Stichprobe	24
3.2 Charakteristika	25
3.2.1 Angehörige und verstorbene Person.....	25
3.2.2 Beurteilung der Todesumstände durch die Angehörigen	26
3.3 Umgang mit verstorbener Person	26

3.4 Relevanteste Veränderungen seit Versterben der nahestehenden Person .	28
3.4.1 Veränderungen in Form von emotionalem Leiden.....	29
3.4.2 Veränderung in Form von neuen Rollen im Leben	29
3.4.3 Veränderungen in Form von plötzlichem Verlust des „alten Lebens“ ..	30
3.4.4 Veränderungen in Form von Gewinn und Verlust in sozialen Beziehungen	31
3.5 Auftreten von Hürden/Problemen in den ersten drei Monaten nach Versterben	32
3.5.1 Probleme mit Informationen, Ansprechpartner:innen und Bürokratie ..	32
3.5.2 Weitere wichtige Probleme und Hürden	32
3.6 Unterstützung der Angehörigen nach Versterben einer nahestehenden Person	34
3.6.1 Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Unterstützungs- angebote	34
3.6.2 Stellenwert formeller Unterstützungsquellen in den ersten drei Monaten	35
3.6.3 Stellenwert informeller Unterstützungsquellen in den ersten drei Monaten	35
3.6.4 Weitere Quellen der Unterstützung in den ersten drei Monaten.....	36
3.7 Rückblickende Fragen zu Bedürfnissen und Wünschen in den ersten drei Monaten nach dem erlebten Verlust	38
3.7.1 Offengebliebene Fragen in den ersten drei Monaten nach dem erlebten Verlust.....	38
3.7.2 Unerfüllte Bedürfnisse in den ersten drei Monaten nach dem erlebten Verlust	39
3.7.3 Wunsch nach zusätzlicher professioneller Unterstützung in den ersten drei Monaten nach dem erlebten Verlust.....	40
3.8 Bis zum Befragungszeitpunkt offen gebliebene Fragen und unerfüllte Bedürfnisse der Angehörigen	42
3.8.1 Bis zum Befragungszeitpunkt offen gebliebene Fragen	42
3.8.2 Bis zum Befragungszeitpunkt unerfüllt gebliebene Bedürfnisse	43
3.8.3 Hilfreiches, um unerfüllten Bedürfnissen zu begegnen	44
3.9 Zum Befragungszeitpunkt empfundene soziale Unterstützung	46
3.10 Fragen zu aktuellen psychischen Belastungen	46
3.11 Regressionsanalyse	48
3.11.1 Einflussfaktoren mit Hinweis auf eine oder mehrere psychische Störungen.....	48
3.11.2 Einflussfaktoren mit Hinweis auf Auftreten einer moderaten bis schweren Depression.....	50
3.11.3 Einflussfaktoren mit Hinweis auf Auftreten einer PTBS.....	51
3.11.4 Einflussfaktoren mit Hinweis auf Auftreten einer komplizierten Trauerstörung.....	53

4. Diskussion	55
4.1 Probleme und Bedürfnisse von Angehörigen nach unerwartetem Versterben einer nahestehenden Person	55
4.2 Umgang der Angehörigen mit der Todessituation der ihnen nahestehenden Person	59
4.3 Psychische Belastungen von Angehörigen nach unerwartetem Verlust einer nahestehenden Person	60
4.4 Soziale Unterstützung von Angehörigen nach unerwartetem Verlust einer nahestehenden Person	61
4.5 Implikationen für die Klinik und die Gesellschaft	62
4.6 Limitationen	66
5. Zusammenfassung	68
5.1 Summary	69
6. Abkürzungsverzeichnis	IV
7. Tabellenverzeichnis	V
8. Literaturverzeichnis	VII
9. Anhang	XIV
10. Danksagung	XXXI
11. Lebenslauf	XXXII
12. Eidesstattliche Erklärung	XXXIII

1. Einleitung

1.1 Tod und Sterben

Der Tod einer nahestehenden Person ist ein einschneidendes Lebensereignis (Murray, 2011). Tod und Sterben sind ein unausweichlicher Teil des menschlichen Lebens und jeder Mensch wird im Laufe seiner Lebenszeit nahestehende Personen verlieren.

Dabei kann es viele verschiedene Umstände und Ursachen dieses Todesereignisses geben. Menschen können im Verlauf einer chronischen Krankheit oder in hohem Lebensalter versterben, sie können aber auch plötzlich durch ein akutes Ereignis wie zum Beispiel einen Herzinfarkt oder einen Unfall das Leben verlieren. Zudem kann der Tod auch gewaltsam herbeigeführt werden, durch einen Suizid oder durch Dritte in Form eines Tötungsdelikts. Unabhängig der Todesumstände lassen die Verstorbenen Angehörige zurück, die sich mit eventuellen unerfüllten Bedürfnissen und psychischen Belastungen auseinandersetzen müssen.

1.2 Rolle von Angehörigen in der Palliativmedizin

Vor allem in der Palliativmedizin spielt die Versorgung von Angehörigen und des sozialen Umfelds der verstorbenen Person eine wichtige Rolle. Die Grundprinzipien der von Cicely Saunders entwickelten Palliativmedizin wurden erstmals 1977 in Kanada vorgestellt. Dort wurde explizit die Wichtigkeit der Einbeziehung des sozialen Umfelds sowie der Trauerbegleitung von Angehörigen über den Tod ihrer nahestehenden Person hinaus betont (Shephard, 1977). Auch die gängige Definition der *World Health Organisation* (WHO) von Palliativversorgung/Palliativmedizin besagt, dass „die Palliativversorgung/-medizin [...] ein Konzept zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten (Erwachsene und Kinder) und ihren Familien, die mit Problemen im Zusammenhang mit lebensbedrohlichen Krankheiten konfrontiert sind, [ist]. Sie verhindert und lindert Leiden durch frühzeitige Erkennung, korrekte Bewertung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen, seien sie körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Natur.“ (WHO, 2020)

Somit ist die Begleitung und Betreuung von Angehörigen auch nach Versterben der Patient:innen ein essentieller Bestandteil der Palliativen Versorgung.

1.3 Rolle von Angehörigen in der Rechtsmedizin

Dagegen befasst sich der Hauptaufgabenbereich der Rechtsmedizin vor allem mit Klärung der Todesart und -ursache von plötzlich, unerwartet Verstorbenen (Dettmeyer et al., 2019). Meist findet ein Kontakt zu Angehörigen telefonisch statt, der von Ärzt:innen im Institut für Rechtsmedizin durchgeführt wird. Umfragen in rechtsmedizinischen Instituten in Deutschland und in der Schweiz zeigten jedoch, dass sich die dort tätigen Ärzt:innen nicht ausreichend auf kommunikative Herausforderungen im Gespräch mit Angehörigen von Verstorbenen vorbereitet fühlten (Hauswirth and Bartsch, 2011, Aboutara et al., 2015). Dabei konnte eine 2009 in Hamburg gestartete Kooperation des Instituts für Rechtsmedizin (IfR) und der Poliklinik für Medizinische Psychologie mit der Spezialambulanz für Psychoonkologie und chronisch Kranke am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) zeigen, dass insbesondere Angehörige, die den Tod der nahestehende Person als besonders dramatisch oder sinnlos erlebten, sowie Angehörige, die bereits vor dem Tod psychisch belastet waren, einen erhöhten Hilfebedarf anzeigten. Dabei wurden die Daten aus bestehenden Protokollen vom IfR und den Behandlungsakten aus dem Institut und der Poliklinik für medizinische Psychologie zur retrospektiven Einschätzung der Belastung der Angehörigen herangezogen. Eine Intervention mithilfe der modellhaften Kooperation in Hamburg hat sich dort als sehr effizient erwiesen und gezeigt, dass etwa die Hälfte der betroffenen Angehörigen bereits von einer geringen Interventionsfrequenz profitierten und sich stabilisierten (Wulff et al., 2019).

In einem weiteren Projekt wurden Angehörige im Rahmen von Evaluationen möglicher Gewebespenden der Verstorbenen durch das IfR des UKE telefonisch kontaktiert. Hier konnte die Studie zeigen, dass der Kontakt von den Angehörigen auch in der akuten Stresssituation eines plötzlichen Todesereignisses akzeptiert und als hilfreich empfunden wurde. Es half ihnen den Wunsch ihrer verstorbenen nahestehenden Personen sicherzustellen. Wenn der Anruf und das Gespräch in angemessenem Stil erfolgten, stellten sie keine zusätzliche Belastung für die Angehörigen dar (Wulff et al., 2013). Dieser Kontakt kann dazu beitragen, unerfüllte Bedürfnisse von Angehörigen zu thematisieren und eventuell bestehende Bedarfe zu erfüllen.

1.4 Bedürfnisse von Angehörigen

Ein Bedürfnis wird definiert als bestehender oder empfundener Mangel, mit dem Wunsch, diesen zu beheben (Metz-Göckel, 2022). Aus den unerfüllten Bedürfnissen ergibt sich individuell der Bedarf, diese zu erfüllen. Die Bedürfnisse von Angehörigen können sich verschiedenen Ebenen zuordnen lassen.

Ein häufig vorkommendes Bedürfnis von Angehörigen ist das Bedürfnis nach Informationen (Merlevede et al., 2004, Lee, 2002, Weber et al., 2012). In einem Review zu Bedürfnissen von Angehörigen nach plötzlichen und unerwartetem Versterben einer nahestehenden Person konnten die Autor:innen zusammenfassen, dass diese Informationen zum einen zügig und ohne Beschönigung mitgeteilt werden sollten sowie von zugewandtem und sorgendem Personal erfolgen sollte (Purves and Edwards, 2005). Eine Studie zu Bedürfnissen von Angehörigen, deren verstorbene Person vor ihrem Tod in einer Notaufnahme behandelt wurde, zeigte, dass Angehörige es als hilfreich empfanden, wenn es sich bei den mitgeteilten Informationen um schriftliche Informationen handelte (Li et al., 2002). Eine weitere Untersuchung, die die Bedürfnisse von Angehörigen, deren nahestehende Person in einer Notaufnahme verstarben, mittels Interviews untersuchte, beobachtete, dass die befragten Angehörigen sich wünschten, dass Informationen in angemessener, sensibler und menschlicher Art und Weise überbracht werden, sowie auch die realen Begebenheiten widerspiegeln (Berbís-Morelló et al., 2019). Das hohe Bedürfnis nach Informationen spiegelt sich auch in anderen Untersuchungen wider, in denen Angehörige unerwartet Verstorbener vor allem wissen wollten, was die genaue Todesursache war, wie die Todesumstände sich verhielten und ob die verstorbene Person unter Schmerzen litt (Merlevede et al., 2004). Laut dieser Studie scheint das Bedürfnis nach dem Verständnis der gesamten Situation eine große Relevanz für trauernde Angehörige zu haben.

In anderen Studien kam zum Ausdruck, dass es für Angehörige unerwartet Verstorbener wichtig sein kann, den Körper der verstorbenen Person anzusehen (Li et al., 2002, Purves and Edwards, 2005, Merlevede et al., 2004). Dies kann dazu beitragen, den Tod zu realisieren und scheint wichtig für den weiteren Trauerprozess zu sein. Eine Entmutigung durch das Personal, die verstorbene Person erneut anzusehen, wurde von Angehörigen als nicht hilfreich bewertet (Li et al., 2002). Eine qualitative Studie aus dem Jahr 2010 konnte einige Gründe herausarbeiten, weshalb Angehörige das Ansehen der Leiche als hilfreich erlebten (Chapple and Ziebland, 2010). Sie empfanden dies als eine Möglichkeit, Abschied zu nehmen und die

Realität zu akzeptieren. Zudem wurde das Ansehen des Körpers von den meisten Angehörigen als richtige Entscheidung gewertet. Angehörige, die die verstorbene Person nicht noch einmal angesehen haben, zweifelten im Nachhinein häufig an ihrer Entscheidung. Insbesondere dann, wenn das Klinikpersonal ihnen explizit davon abriet, die verstorbene Person anzusehen (Mowll et al., 2016). Grundsätzlich scheint es wichtig für Angehörige zu sein, die Wahl zu haben, die verstorbene Person erneut anzusehen oder nicht. Dabei sollten sie vom Personal der Gesundheitsberufe hinreichend auf den Anblick vorbereitet werden. Die meisten Angehörigen empfanden den Anblick ihrer Verstorbenen als friedlich (Chapple and Ziebland, 2010). In einer weiteren Studie berichteten Angehörige, dass ein Ansehen der verstorbenen Person ihnen half, in deren Tod einen Sinn zu finden, die Realität anzunehmen und sich weiterhin mit der verstorbenen Person verbunden zu fühlen (Mowll et al., 2016).

Daneben können Angehörige insbesondere in den ersten Monaten nach dem unerwarteten Versterben einer nahestehenden Person, ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Fürsorge haben (Merlevede et al., 2004). Für einige Trauernde kann es hilfreich sein, sich mit Menschen auszutauschen, die ebenfalls einen Verlust erlitten haben (Ross et al., 2019, Bottomley et al., 2022).

Zudem kann es vorkommen, dass Angehörige das Gefühl haben, nicht über ausreichend Informationen über mögliche Hilfsangebote zu verfügen, um sich beraten und begleiten zu lassen, oder auch, um Trauerprozesse zu verstehen und einordnen zu können (Merlevede et al., 2004, Wisten and Zingmark, 2007, Ross et al., 2019, Bottomley et al., 2022).

Daneben konnte eine Studie darstellen, dass auch die Erfüllung pragmatischer Bedürfnisse wie Schlafen, Ernährung, Bewegung sowie die Beteiligung an praktischen und lebensverbessernden Aktivitäten sehr wichtig für Angehörige nach einem plötzlichen Verlust sein kann (Bottomley et al., 2022).

In dem besonderen Fall, dass Eltern unerwartet ihre Kinder verlieren, spielt das Wissen um die Todesursache und deren Physiopathologie eine zentrale Rolle im Trauerprozess, wie zwei Studien zum plötzlichen Herztod bei Kindern zeigen konnten (McDonald et al., 2020b, Wisten and Zingmark, 2007). Dabei kann es wichtig sein, in Kontakt mit jemandem zu stehen, der direkt mit der Situation befasst war, um das Todesereignis zu rekonstruieren. Zudem können Angehörige teilweise das Gefühl haben, um Informationen kämpfen zu müssen, wenn zum Beispiel der Autopsiebericht lange auf sich warten lässt (Wisten and Zingmark, 2007). Eltern

berichten nach Verlust ihres Kindes über das Bedürfnis, mit anderen Menschen über das erlebte sprechen zu können und jemandem zum Zuhören zu haben. Sie wünschen sich Verständnis von ihrer Umgebung gegenüber ihrer Situation (Wisten and Zingmark, 2007).

1.5 Soziale Unterstützung

Verschiedene Säulen der sozialen Unterstützung können Trauernden helfen, indem sie zur Erfüllung dieser Bedürfnisse beitragen (Aoun et al., 2018, Logan et al., 2018, Scott et al., 2020).

Unter sozialer Unterstützung versteht man im Allgemeinen die Möglichkeit von Menschen, aus ihrem sozialen Umfeld Hilfe und Unterstützung zu erhalten. Soziale Unterstützung kann auf der einen Seite direkt zu mehr körperlichem und psychischem Wohlbefinden beitragen, auf der anderen Seite Auswirkungen von Belastungen und Stress abmildern (Langford et al., 1997). Diese kann emotionaler, praktischer, oder auch informationeller Natur sein (Langford et al., 1997, Klauer, 2009) und sowohl auf informeller Ebene durch das private Umfeld als auch auf formeller Ebene durch professionelle Institutionen geleistet werden. Dabei konnte mittlerweile festgestellt werden, dass besonders das subjektive Empfinden der erhaltenen Unterstützung eine wichtige Rolle spielt (Klauer, 2009).

In einer australischen Befragung von Trauernden konnte gezeigt werden, dass insbesondere eine Unterstützung aus dem näheren sozialen Umfeld, wie zum Beispiel durch Familie und Freund:innen, als hilfreich wahrgenommen wird, wohingegen professionelle Unterstützungsangebote als weniger hilfreich empfunden wurden (Aoun et al., 2018). Zudem wurde ein Unterstützungsangebot dann als „unterstützend“ wahrgenommen, wenn es auf der Ebene der Verbundenheit, der Verlässlichkeit, der sozialen Einbindung und der Orientierungshilfe, z.B. in Form von Ratschlägen oder Bereitstellung von Informationen, stattfand. Eher nicht zuträglich verhielten sich Unterstützungsangebote, die mit wenig Sensibilität, mit dem Fehlen von eigentlich erwarteter Unterstützung, z.B. durch Freund:innen oder aber auch in Form eines erneuten Kontaktes durch behandelnde Ärzt:innen, mit schlechten Ratschlägen, fehlender Empathie oder auch mit systembedingten Hindernissen einhergingen (Aoun et al., 2018). Vor allem die Unterstützung durch Freund:innen, im Vergleich zu Unterstützung aus dem familiären Umfeld, scheint besonders effektiv zu sein Gefühle von Einsamkeit zu verhindern, wenn sie leicht zugänglich ist und den Trauernden die Möglichkeit gibt, ihre Gefühle auszudrücken (Utz et al., 2014).

Neben Unterstützung durch Freund:innen und Familie zeigte sich, dass Bestattungsunternehmen eine besonders unterstützende Rolle zukommen kann. Sie entlasten die Trauernden auf pragmatischer Ebene durch die Organisation der Bestattung und geben ihnen damit Raum zum Trauern. Durch ihre Professionalität können sie dafür sorgen, dass die Würde der Verstorbenen und der Angehörigen gewahrt wird. Dies alles kann dazu führen, dass Angehörige ein Gefühl von emotionaler Unterstützung empfinden (Aoun et al., 2019b).

Nicht alle Angehörigen erhalten rechtzeitig und ausreichende soziale Unterstützung nach Verlust einer ihnen nahestehenden Person (Breen and O'Connor, 2011). Eine Studie aus Großbritannien aus dem Jahr 2016 konnte zeigen, dass etwa 20% der Trauernden keine adäquate Unterstützung, weder formeller noch informeller Art, erhielten. Insbesondere Angehörige von Verstorbenen, die einen Suizid begangen haben, erhielten erst mit zeitlicher Verzögerung Unterstützung (Pitman et al., 2017). Zwar benötigt nicht jede trauernde Person eine spezialisierte professionelle Unterstützung (Aoun et al., 2015), dennoch profitieren Trauernde grundsätzlich von informeller Unterstützung, bei der sie die Möglichkeit haben ihre Gefühle auszudrücken ohne bewertet zu werden (Breen et al., 2017).

Zudem konnten mehrere Untersuchungen zeigen, dass eine als vermindert empfundene soziale Unterstützung auch langfristig zu einem erhöhten Auftreten von psychischen Belastungen bzw. deren prolongiertem Bestehen führen kann (Shear et al., 2013, Scott et al., 2020, Aneshensel et al., 2004, Visser et al., 2017).

1.6 Psychische Belastungen als Folge von Verlust und Trauer

Es konnte mehrfach in Studien gezeigt werden, dass es im Rahmen der Trauerverarbeitung zu psychischen Belastungsreaktionen und psychischen Erkrankungen als Folge des Verlustes einer nahestehenden Person kommen kann (Keyes et al., 2014, Kristensen et al., 2012). Dabei kann es sich um komplizierte Trauerprozesse, depressive Reaktionen oder posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) handeln (Hui, 2015, Kristensen et al., 2012). Einzelne Studien deuten an, dass das plötzliche Versterben einer nahestehenden Person zur Entwicklung einer oder mehrerer der oben genannten Erkrankungen beitragen könnte (Hamdan et al., 2020).

Komplizierte Trauerprozesse

Lange wurde die komplizierte Trauerstörung nicht als eigene Erkrankung angesehen, sondern eher als Dimension einer Angststörung, einer Depression oder einer PTBS

(Prigerson et al., 1996b). Dies konnte aber inzwischen durch mehrere Studien widerlegt werden (Prigerson et al., 1996a, Prigerson et al., 2009, Boelen et al., 2010, Boelen and van den Bout, 2005). Zum einen wurde bereits 1996 gezeigt, dass es sich bei Depressionen, Angststörungen und komplizierten Trauerprozessen um verschiedene Ebenen emotionaler Dysfunktion handelt, die sich zwar gegenseitig beeinflussen können, aber gleichzeitig zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können (Prigerson et al., 1996a). 2009 konnte eine Expert:innengruppe schließlich Kriterien für eine komplizierte Trauerstörung evaluieren und psychometrisch validieren (Prigerson et al., 2009), sodass die Diagnose der komplizierten Trauerstörung am 01.01.2022 in den neuesten Katalog der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-11, 2023) der WHO aufgenommen wurde.

Dabei handelt es sich um eine anhaltende Trauerstörung, die sich nach festgelegten Kriterien klar diagnostizieren lässt.

Eine in Deutschland durchgeführte repräsentative Studie mit 2520 Teilnehmenden aus dem Jahr 2011 konnte eine Prävalenz einer komplizierten Trauerstörung von 6,7% bei Angehörigen nach Verlust einer nahestehenden Person zeigen (Kersting et al., 2011). Insgesamt deutete eine weitere Studie an, dass komplizierte Trauerprozesse nach unerwarteten Todesfällen mit höherer Prävalenz auftreten können (Lobb et al., 2010).

Mittlerweile konnten mehrere Untersuchungen bestimmte Risikofaktoren und Prädiktoren ausmachen, die die Vorhersage einer möglichen komplizierten Trauerstörung nach Verlust einer nahestehenden Person ermöglichen können. Zum einen scheint die Intensität der Trauer Auswirkungen auf die Entwicklung einer möglichen komplizierten Trauer zu haben, wie eine longitudinale Studie zeigen konnte (Milic et al., 2017). Die Intensität zeigte sich in der vorliegenden Studie von mehreren Faktoren abhängig. Dies war das weibliche Geschlecht, ein niedriges Bildungsniveau, der Verlust eines Partners/einer Partnerin, im Gegensatz zu Nahestehenden anderen Verwandtschaftsgrades, und das Vorhandensein depressiver Symptome (Milic et al., 2017). Andere Studien konnten weitere Prädiktoren für komplizierte Trauerprozesse ausmachen. Hier fanden sie psychische Vorerkrankungen (Shear, 2012, Shear et al., 2013), die Schwierigkeit von Angehörigen dem Geschehenen eine Sinn zu geben (Nakajima et al., 2012) aber auch eine sehr enge Beziehung zu der verstorbenen Person (Lobb et al., 2010,

Shear, 2012). Zudem kann eine fehlende soziale Unterstützung die Entstehung komplizierter Trauerprozesse begünstigen (Shear et al., 2013).

Depressive Störungen

Neben möglicherweise komplizierten Trauerprozesse können Angehörige nach Verlust einer nahestehenden Person an depressiven Störungen erkranken (Aneshensel et al., 2004, Maercker et al., 2008a, Miyabayashi and Yasuda, 2007, Matthews et al., 2019). Die Klassifikation der Erkrankung erfolgt in Deutschland nach ICD-11 der WHO, international nach der aktuellen Version des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) der *American Psychological Association* (APA).

Die Wahrscheinlichkeit eine depressive Störung nach dem Versterben einer nahestehenden Person zu erleiden, scheint höher bei den Menschen zu sein, die einen plötzlichen Verlust zu beklagen haben im Vergleich zu denen, bei denen dieser erwartbar kam (Keyes et al., 2014). Zusätzlich hat eine prospektive Studie mit 193 älteren erwachsenen Teilnehmenden zeigen können, dass ein unerwarteter Tod eines nahestehenden Menschen mit erhöhten depressiven Symptomen in den ersten 6 bis 12 Monaten nach dem Verlust, im Vergleich zu nach erwarteten Todesfällen, assoziiert zu sein scheint (Burton et al., 2006)

Als mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung einer depressiven Störung nach Verlust einer nahestehenden Person zeigten sich zum einen ein weibliches Geschlecht (Aneshensel et al., 2004, Groot et al., 2006) sowie ein höheres Alter der Angehörigen zum Zeitpunkt des Versterbens der ihnen nahestehenden Person (Aneshensel et al., 2004). Zudem scheint der Verlust einer Partnerin/eines Partners, im Gegensatz zu anderen Beziehungsgraden, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer depressiven Reaktion zu erhöhen (Groot et al., 2006, Jozwiak et al., 2013). Zusätzlich können ein niedriges Bildungsniveau (Allen et al., 2013, Aneshensel et al., 2004, Jozwiak et al., 2013) und fehlende soziale Unterstützung (Aneshensel et al., 2004, Scott et al., 2020) das Auftreten von depressiven Störungen nach einem Verlust begünstigen. Zu guter Letzt sind insbesondere Menschen mit vorbestehenden psychiatrischen Erkrankungen gefährdet, eine Depression nach Verlust zu entwickeln (Aneshensel et al., 2004).

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Zusätzlich kann es dazu kommen, dass Angehörige nach dem Verlust einer nahestehenden Person eine PTBS entwickeln (Keyes et al., 2014, Kristensen et al., 2012).

Bei der PTBS handelt es sich um ein Krankheitsbild, das in Folge eines traumatischen Erlebnisses auftreten kann und ebenfalls im ICD-11 codiert wird. Nicht jeder Mensch, der in seinem Leben traumatische Erfahrungen macht, entwickelt im Anschluss daran eine PTBS. Dennoch konnte eine Studie zeigen, dass ein plötzlicher Tod eines nahestehenden Menschen die häufigste Ursache der Entwicklung einer PTBS von Angehörigen ist (Keyes et al., 2014).

In einer bundesweiten Auswertung von Krankenkassendaten der BARMER aus dem Jahr 2017 konnte eine Prävalenz von 0,7% in der Gesamtbevölkerung ausgemacht werden (Bachmann et al., 2021). Zuvor zeigte eine repräsentative epidemiologische Studie in Deutschland eine Einmonats-Prävalenz der PTBS von 2,3% in der Gesamtbevölkerung (Maercker et al., 2008b). Ein Review aus dem Jahr 2012 untersuchte, inwieweit die mentale Gesundheit nach plötzlichen und gewaltvollen Verlusten beeinflusst wurde. Dabei zeigten sich für die PTBS stark variierende Prävalenzen bis zu 28% nach Verlust durch Unfälle, Suizide und Tötungsdelikte, mit teilweise mehrere Jahre nach dem Ereignis bestehenden Belastungen, je nach Todesart, Todesumständen oder auch Beziehungsverhältnis zu der verstobenen Person (Kristensen et al., 2012).

Insbesondere die Todesart kann einen Risikofaktor für die Entstehung einer PTBS bei den Hinterbliebenen darstellen. Dabei konnten einige Studien zeigen, dass ein gewaltsamer Tod, insbesondere ein Suizid, das Risiko der Entwicklung einer PTBS bei den Hinterbliebenen erhöht (Young et al., 2012, Mitchell and Terhorst, 2017, Spillane et al., 2018). Zudem konnten weitere Einflussfaktoren wie ein jüngeres Alter der Hinterbliebenen, ein weibliches Geschlecht, ein niedriges Bildungsniveau sowie das Vorbestehen einer psychiatrischen Erkrankung (Visser et al., 2017) ausgemacht werden. Eine fehlende soziale Unterstützung kann ebenfalls einen Risikofaktor für die Entstehung einer PTBS, sowohl generell nach traumatischen Erlebnissen (Visser et al., 2017) als auch nach einem als traumatisch erlebten plötzlichen Todesfall (Scott et al., 2020) darstellen.

1.7 Entwicklung der Fragestellung

In der vorliegenden Dissertation sollten auf Grundlage der bisher bestehenden Literatur weitergehend die kurz- und langfristigen Bedürfnisse und psychischen Belastungen von Angehörigen von unerwartet Verstorbenen, sowie die relevantesten Veränderungen in ihrem Leben nach dem plötzlichen Verlust untersucht werden. Dazu wurden folgende Fragestellungen mit explorativem Ansatz entwickelt:

Primäre Fragestellung:

Welche Unterstützungsbedürfnisse haben Angehörige in den ersten drei Monaten nach unerwartetem Versterben eines nahestehenden Menschen?

Sekundäre Fragestellungen:

Wie erlebten Angehörige rückblickend die Situation des unerwarteten, plötzlichen Todes? Welche sind die größten Veränderungen in der persönlichen Situation der Angehörigen seit ihrem Verlust?

Welche professionellen Unterstützungsangebote wurden von Angehörigen im Zeitraum zwischen ihrem Verlust und dem Befragungszeitpunkt angenommen?

Welche aktuellen psychischen Belastungen berichten Angehörige, deren Verlust mindestens sechs Monate zurückliegt (Depressivität, Komplizierte Trauer, Posttraumatische Belastungsstörung)?

Welche Faktoren sind mit dem Verdacht auf eine moderate bis schwere depressive Störung, mit dem Verdacht auf eine komplizierte Trauersymptomatik und mit dem Verdacht auf das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung assoziiert?

Daraus folgend sollen mittelfristig Beratungs- und Unterstützungsangebote für Angehörige entwickelt und etabliert werden, die der jeweiligen Sterbesituation angepasst sind.

2. Material und Methoden

2.1 Studiendesign

Diese Dissertation stellt ein eigenständiges Teilprojekt einer Studie mit dem Titel „Rückblickende Bedürfnisse und Probleme von Angehörigen nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen“ der Forschungs-AG Palliativmedizin, II. Medizinische Klinik und des Instituts für Rechtsmedizin (IfR) des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) dar. Es handelt sich bei dieser übergeordneten Studie um eine prospektive, unizentrische Querschnittsstudie mit verschiedenen untersuchten Personengruppen. Die Befragung wurde parallel mit Angehörigen von in der Palliativmedizin erwartbar verstorbenen Personen und in der Rechtsmedizin mit Angehörigen von unerwartet Verstorbenen durchgeführt. Untersuchungen aus der Vergangenheit konnten zeigen, dass die Erwartbarkeit des Versterbens Unterschiede hinsichtlich psychischer Belastungen sowie individueller Bedürfnisse und generellem Gesundheitszustand ausmachen kann (Miyabayashi and Yasuda, 2007).

Das Teilprojekt, das dieser Promotionsschrift zugrunde liegt, beschäftigte sich dabei mit der Gruppe der Angehörigen von unerwartet Verstorbenen, die im IfR des UKE betreut wurden.

Ein positives Ethikvotum der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg lag vor Studienbeginn vor (Bearbeitungsnummer: PV5901 vom 28.06.2019). Das Vorhaben entspricht damit den ethischen und fachrechtlichen Anforderungen für medizinische Studien an Menschen.

2.2 Durchführung

In der vorliegenden Arbeit wurden Angehörige befragt, deren nahestehenden Personen plötzlich und unerwartet außerhalb eines Krankenhauses verstorben sind und die daher Kontakt zum Institut für Rechtsmedizin (IfR) des UKE hatten. Die Erhebung der Kontaktdaten der Angehörigen erfolgte unter Einhaltung der gültigen Datenschutzrichtlinien aus der Datenbank des IfR in den Monaten Juni bis Dezember 2019.

Die Anfrage der Angehörigen hinsichtlich einer potenziellen Studienteilnahme erfolgte postalisch in Papierform. Der Einwilligungserklärung waren Fragebögen mit inkludierter Studieninformation, ein bereits adressierter und frankierter Rücksendeumschlag sowie eine Rücksendekarte zur sofortigen Mitteilung der

Nichtteilnahme an der Studie beigelegt. Die Angehörigen wurden gebeten, die unterschriebene Einwilligungserklärung und den ausgefüllten Fragebogen gemeinsam an die Forschungs-AG Palliativmedizin am UKE zu senden. Bei fehlendem Rücklauf erfolgte nach acht Wochen ein erneuter Versand der Studienunterlagen sowie eines zusätzlich beigelegten Erinnerungsschreibens. Bei wiederholt ausbleibender Antwort wurde die Teilnahme als „nicht gewünscht“ angesehen und von einer weiteren Kontaktaufnahme aus Rücksicht auf die hoch belasteten trauernden Angehörigen abgesehen. Den potenziell adressierten Angehörigen wurde die Möglichkeit gegeben, in niederschwelliger Form durch eine Antwortkarte die Teilnahme an der Studie aktiv und ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Zusätzlich sorgten Ansprechpartnerinnen aus dem Bereich der Angehörigenversorgung in der Rechtsmedizin (B. Wulff) und aus der Psychoonkologie (A. Ullrich) für Gesprächsangebote, wenn das Ausfüllen des Fragebogens die Angehörigen stark belastete oder erneut Trauer auslöste. Durch Ausfüllen der schriftlich informierten Einwilligungserklärung, stimmten die Angehörigen der Teilnahme an der Studie zu.

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden Angehörige plötzlich und unerwartet Verstorbener befragt, die im Institut für Rechtsmedizin (IfR) im Zeitraum von Juli 2013 bis Dezember 2018 betreut wurden. Der Tod der Betroffenen musste mindestens 6 Monate zurückliegen. Die Kontaktdaten der Angehörigen wurden der Datenbank des IfR des UKE entnommen, aber nur dann, wenn mit diesen Angehörigen ein Gespräch im Kontext des Sterbeereignisses (persönlich oder telefonisch) durch Mitarbeitende des IfR stattgefunden hat. Das Mindestalter für den Studieneinschluss betrug 18 Jahre und die Teilnehmenden mussten über ausreichende sprachliche, kognitive und körperliche Fähigkeiten, entsprechend der Dokumentation in der Datenbank des IfR, verfügen. Ausgeschlossen wurden Personen mit ausschließlich rechtlicher Betreuungsfunktion ohne vorherige persönliche Beziehung zu den Verstorbenen. Zusätzlich wurden Angehörige, bei deren korrespondierenden Verstorbenen eine gerichtliche Obduktion angeordnet worden ist, ausgeschlossen. Die Einwilligungsfähigkeit der Angehörigen wurde durch die Unterschrift der schriftlich informierten Einwilligungserklärung ausgedrückt.

2.4 Verwendete Messinstrumente und studienspezifische Items

Der verwendete elfseitige Fragebogen hatte zum Ziel, die langfristigen Bedürfnisse und Probleme von Angehörigen nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen zu untersuchen. Aufgrund der Tatsache, dass es aktuell in der Fachliteratur keine standardisierten oder validierten Instrumente zur Selbsteinschätzung kurzfristiger trauerspezifischer Erfahrungen, Probleme und Unterstützungserfahrungen gibt, wurde der Fragebogen eigens für die Studie entwickelt. Dabei stützte er sich auf die bestehende Literatur sowie auf klinische Expertise aus den Bereichen der Rechtsmedizin (B. Wulff), sowie der palliativen Versorgung und Trauerbegleitung (K. Oechsle, A. Ullrich). Zusätzliche *peer experts* aus dem multiprofessionellen Team der Palliativmedizin am UKE validierten den Fragebogen. Dieser beinhaltete sowohl geschlossene als auch offene Fragenformate. Geschlossene Fragen wurden häufig als visuelle Analogskalen konstruiert, um die individuelle und subjektive Ausprägung von Symptom-/Problemstärken zu erfassen. Hier erfolgte anschließend eine quantitative Auswertung. Offene Fragen dienten dazu, vor allem das subjektive Erleben und individuelle Erfahrungen der Angehörigen zu erfassen. Sie gaben Raum für Informationen, die über das Gefragte hinaus gehen und wurden als eigenständige Fragen qualitativ ausgewertet.

In Bezug auf langfristige psychische Folgen konnte auf standardisierte und in deutscher Sprache validierte Messinstrumente zurückgegriffen werden. Diese werden im Verlauf der Arbeit in den jeweiligen Abschnitten zur Erhebung der spezifischen psychischen Belastungen näher erläutert.

2.4.1 Persönliche Angaben

Zunächst wurden die Angehörigen nach eigenen soziodemographischen Daten wie Alter, Geschlecht, höchstem Schulabschluss, Beziehung zur verstorbenen Person, Lebenssituation und vorbestehenden psychiatrischen Erkrankungen (Selbsteinschätzung) befragt. In einem nachfolgenden Freitextfeld wurde ihnen ermöglicht, über die relevantesten Veränderungen in ihrer persönlichen Situation nach dem Versterben der nahestehenden Person zu berichten.

Im Anschluss daran sollten sie Angaben über soziodemographischen Daten und die Sterbesituation der verstorbenen Person machen. Erfragt wurden Alter, Geschlecht, Sterbedatum, sowie, im offenen Antwortformat, Sterbeort und Todesursache. Darüber hinaus konnten Angaben zu einer Verfügung zur Organ-/Gewebspende (ja/nein) durch die verstorbene Person gemacht werden. In einer weiteren Frage

beurteilten Angehörige die Art und Weise des Versterbens, in diesem Fall die Todesursache. Bei der Frage waren die Antwortmöglichkeiten auf einer Skala von 0 = „sehr schlecht“ bis 10 = „ideal“ abgebildet.

2.4.2 Umgang mit der verstorbenen Person

Um mehr über ihren Umgang mit der verstorbenen Person zu erfahren, wurden die Angehörigen gefragt, ob sie die ihnen nahestehende Person nach ihrem Tod noch einmal angesehen haben (ja/nein), und wenn ja, wo dieses Ansehen stattfand. Hier waren vorgegebene Antwortmöglichkeiten „im Institut für Rechtsmedizin“, „beim Bestatter“, „bei der Beerdigung“, „im Rahmen einer Aufbahrung Zuhause“ sowie ein Freitextfeld „andere, und zwar“ zur Erfassung vorher nicht genannter Orte gegeben. Anschließend an diese Frage sollten sie auf einer visuellen Analogskala von 0 = „gar nicht hilfreich“ bis 10 = „extrem hilfreich“ bewerten, inwieweit das Ansehen der verstorbenen Person für sie hilfreich war. Folgend wurde gefragt, ob die Entscheidung, die verstorbene Person angesehen bzw. nicht angesehen zu haben zu irgendeinem Zeitpunkt oder zum heutigen Zeitpunkt bereut wurde (ja/nein). Abschließend wurde nach einer durchgeführten Obduktion sowie einer Organ- und / oder Gewebespende gefragt (ja/nein) und wenn ja, danach, ob diese jeweils als hilfreich, neutral oder belastend erlebt wurde.

2.4.3 Hürden und Probleme in den ersten drei Monaten nach Versterben

Hürden und Probleme in den ersten drei Monaten nach dem Versterben der nahestehenden Person wurden mithilfe von visuellen Analogskalen erfragt. Dabei sollte die Häufigkeit des Auftretens verschiedener Hürden und Probleme mit 0 = „gar nicht“ bis 10 = „extrem häufig“ angegeben werden. Vorgegebene Themenbereiche waren „fehlende Informationen“, „fehlende Ansprechpartner“, „schlechte Erreichbarkeit möglicher Ansprechpartner“ und „zu viele bürokratische Hürden“. Zudem wurden die Angehörigen gefragt, ob es weitere wichtige Probleme und Hürden gab (ja/nein). Folgend ermöglichte ein zusätzliches Freitextfeld den Angehörigen, diese weiteren wichtigen Probleme und Hürden, die in der vorherigen Aufzählung keine Betrachtung fanden, zu nennen.

2.4.4 Unterstützungssituation in den ersten drei Monaten nach Versterben

Weiterhin beurteilten Angehörige die wahrgenommene Unterstützung in den ersten drei Monaten seit Versterben der nahestehenden Person anhand von visuellen Analogskalen, die von 0 = „gar nicht hilfreich“ bis zu 10 = „extrem hilfreich“ reichten.

Dabei wurde auf formeller Ebene nach „Unterstützung durch Behörden“, „Unterstützung durch das IfR“, „Unterstützung durch Bestattungsunternehmen“ sowie auf informeller Ebene nach „Unterstützung durch das private Umfeld“ gefragt. Darüber hinaus gab es ein Freitextfeld, in dem weitere wichtige Quellen der Unterstützung angegeben werden konnten. Abschließend beurteilten die Angehörigen auf einer Globalskala von 0 = „gar nicht“ bis 10 = „extrem gut“ wie gut sie sich in den ersten drei Monaten insgesamt unterstützt gefühlt haben.

2.4.5 Bedürfnisse in den ersten drei Monaten nach Versterben

Die Erfassung möglicher Bedürfnisse in den ersten drei Monaten nach dem Versterben erfolgte mithilfe offener Fragen zu bei Angehörigen „offen gebliebenen Fragen“ und „unerfüllten Bedürfnissen“. Zusätzlich wurden Angehörige gefragt, ob sie das Bedürfnis nach zusätzlicher professioneller Unterstützung gehabt hätten. Abschließend beurteilten die Angehörigen die Erfüllung ihrer eigenen Bedürfnisse insgesamt auf einer Globalskala von 0 = „gar nicht“ bis 10 = „extrem gut“.

2.4.6 Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote

Weiterhin wurde erhoben, ob zusätzliche professionelle Unterstützungsangebote im Kontext des Verlustes angenommen wurden (ja/nein), in Form von Seelsorgerischer Begleitung, Psychologischer Begleitung, einer Beratungsstelle, Trauerbegleitung oder anderer. Hier konnte die Inanspruchnahme auch mehrerer Unterstützungsangebote gleichzeitig angekreuzt werden. Der Zeitraum, in dem die Unterstützung in Anspruch genommen worden ist, bezog sich auf den gesamten Zeitraum vom Verlust der nahestehenden Person bis zum Ausfüllzeitpunkt des Fragebogens.

2.4.7 Zum Befragungszeitpunkt unerfüllte Bedürfnisse

Zusätzlich wurden aktuell unerfüllte Bedürfnisse mithilfe von offenen Fragen und Freitextfeldern erhoben. Für diesen Zeitpunkt wurden die Fragen analog zu offen gebliebenen Fragen und unerfüllten Bedürfnissen bei der rückblickenden Erhebung in den ersten drei Monaten verwendet. Als Ergänzung wurden Angehörige gefragt, was ihrer Meinung nach hätte helfen können, um den genannten Bedürfnissen besser begegnet werden zu können.

2.4.8 Aktuelle psychische Belastungen: Posttraumatische Belastungsstörung

Zur Ermittlung von Anzeichen posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS), wurde die deutsche Übersetzung des *Short Screening Scale* für DSM-IV *Postraumatic Stress Disorder* (SSS) (Siegrist and Maercker, 2010, Breslau N, 1999) bezogen auf den letzten Monat verwendet. Dieses Instrument besteht aus zwei Teilen. Zunächst sollten sich die Angehörigen an das traumatische Erlebnis, in diesem Fall an den plötzlichen Verlust der nahestehenden Person, erinnern und das Vorhandensein der Gefühle Angst/Entsetzen (ja/nein) und zusätzlich Hilflosigkeit einschätzen (ja/nein). Der zweite Teil besteht aus sieben Fragen, die mit 0 = „überhaupt nicht“, 1 = „einmal pro Woche oder seltener/manchmal“, 2 = „2-4mal pro Woche/die Hälfte der Zeit“, 3 = „5mal pro Woche/fast immer“ beantwortet werden können. Die Antworten beziehen sich auf Symptome innerhalb des letzten Monats. Die Fragen beziehen sich zum einen auf Gedanken- und Gefühlsvermeidung, Interessenverlust, Entfremdungsgefühl, Abgestumpftheit/Taubheit und nicht erfüllte Zukunftspläne, womit sie Cluster C aus DSM-IV (Vermeidung) abdecken. Zum anderen decken sie die Symptome Schlafstörungen und Nervosität ab und beziehen sich damit auf Cluster D aus DSM-IV (Erregung). Ein Symptom wird als vorhanden codiert bei einer Angabe von mindestens 2-4x/Woche/die Hälfte der Zeit. Für eine mögliche PTBS-Diagnose müssen vier oder mehr Symptome mindestens 2-4x/Woche/die Hälfte der Zeit vorhanden sein. In der vorliegenden Arbeit wurde eine Codierung von 0-7 verwendet, ein Punktwert von 4 oder mehr wies auf das Vorliegen einer möglichen PTBS hin.

Die englische Version hat sich in der Vergangenheit als valides und hilfreiches Screening-Instrument erwiesen (Bohnert and Breslau, 2011, Kimerling et al., 2006). Die interne Konsistenz für die deutsche Version wird mit Cronbachs alpha von 0,90 angegeben (Siegrist and Maercker, 2010). Die Test-Retest-Reliabilität zeigte sich mit 0,84 (Kimerling et al., 2006). Laut Siegrist et al. stehen weitere Validierungen an einem der Außenkriterien noch aus, dennoch zeigen erste korrelative Ergebnisse einer experimentellen Studie „eine „hohe Übereinstimmung mit der mittels strukturierter klinischer Diagnostik erhobenen posttraumatischen Symptombelastung“ (Siegrist and Maercker, 2010).

2.4.9 Aktuelle psychische Belastungen: Depressive Symptome

Für das Screening nach möglichen depressiven Symptomen in den letzten zwei Wochen wurde in der vorliegenden Befragung der PHQ-9 eingesetzt. Bei dem PHQ-

9 handelt es sich um einen Teilbereich des Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D), der die deutsche Version des amerikanischen *Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)* ist (Spitzer R, 1999). Dieser dient in seiner Gesamtheit der Diagnosestellung von somatoformen Störungen, depressiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen sowie Alkoholmissbrauch (Löwe et al., 2002).

Das hier genutzte Modul PHQ-9 basiert auf den Diagnosekriterien für Depressionen des DSM-V und besteht aus 9 Items, die auf einer vierstufigen Skala mit 0 = „überhaupt nicht“, 1 = „an einzelnen Tagen“, 2 = „an mehr als der Hälfte der Tage“, 3 = „beinahe jeden Tag“ beantwortet werden können. Die Summe der Punktwerte variiert zwischen 0 und 27 Punkten, wobei die Höhe des Summenwerts mit der Schwere der depressiven Störung korreliert. Ein Summenwert 0-4 kann als Fehlen von depressiven Symptomen interpretiert werden. Werte von 5-9 Punkten gelten als eine leichte/unterschwellige depressive Störung wohingegen ab einem Punktwert von ≥ 10 von einem schweren depressiven Syndrom ausgegangen werden kann, das weiterer Abklärung bedarf. Bei 10-14 Punkten spricht man von einer moderaten, bei 15-27 Punkten von einer starken Belastung (Löwe et al., 2002).

Der PHQ-D sowie das Modul PHQ-9 dienen voranging der Nutzung durch praktisch tätige Ärzt:innen (z.B. Hausärzt:innen) im niedergelassenen Sektor. Martin et al. konnten zudem zeigen, dass der PHQ-9 auch als valides Screening-Instrument außerhalb des klinischen Anwendungsbereichs geeignet ist, um eine depressive Störung festzustellen (Martin et al., 2006), weshalb er sich ebenfalls gut für Forschungsfragen eignet. Die amerikanische Version konnte sich gut als Screening-Instrument etablieren und verfügt über eine ausgezeichnete interne Validität von Cronbachs alpha 0,88 (Kurt Kroenke, 2001, Löwe, 2004). Darüber hinaus konnte eine ebenfalls ausgezeichnete interne Validität von Cronbachs alpha 0,88 für die deutsche Version des PHQ-9 festgestellt werden (Gräfe et al., 2004), auch bei einer repräsentativen Studienpopulation aus Deutschland (Cronbachs alpha 0,88). Zusätzlich konnte hier eine gute Konstruktvalidität gezeigt werden (Rief et al., 2004). Die Kriteriumsvalidität stellte sich in verschiedenen Studien ebenfalls als gut dar (Löwe, 2004, Gräfe et al., 2004).

2.4.10 Aktuelle psychische Belastungen: Komplizierte Trauerprozesse

Zur Erfassung des aktuellen Erlebens der Trauer wurde der *Inventory of Complicated Grief (ICG)* verwendet. Mithilfe der deutschen Version des ICG (Lumbeck et al., 2012) wurde das Vorhandensein von Anzeichen komplizierter Trauerprozesse eingeschätzt. Dabei geht es um die Erhebung von verschiedenen Dimensionen einer

Trauer, die länger als sechs Monate anhält und mit starken psychischen, körperlichen und sozialen Belastungen einhergeht. (Holly G. Prigerson, 1995). Die englischsprachige Originalversion wurde von Prigerson et al. entwickelt und besteht aus 19 Items, die über ein fünfstufiges Skalensystem mit 0= „nie“, 1= „selten“, 2= „manchmal“, 3= „oft“, 4= „immer“ beantwortet werden können. Die Werte reichen von 0-76, ab einem Summenwert von > 25 kann von dem Vorliegen einer komplizierten Trauerstörung gesprochen werden (Holly G. Prigerson, 1995). Die Originalversion verfügt über eine sehr gute interne Konsistenz von Cronbachs alpha 0,94 und weist eine Test-Retest-Reliabilität von 0,8 bei N=28 auf (Holly G. Prigerson, 1995). Auch die deutsche Version des ICG konnte mit einem Cronbachs alpha von 0,87 eine gute interne Konsistenz und zusätzlich eine befriedigende Test-Retest-Reliabilität von 0,69 bei N=22 aufweisen (Lumbeck et al., 2012). Damit erfüllt der ICG-D die Standards diagnostischer Verfahren und ist vergleichbar mit der Originalversion.

2.4.11 Aktuelle soziale Unterstützung

Um die aktuelle Unterstützungssituation der Angehörigen durch ihr soziales Umfeld zu erfassen, wurden die Skalen zur Sozialen Unterstützung bei Krankheit (SSUK) eingesetzt (Ullrich and Mehnert, 2010). Die Originalversion *Illness-Specific-Social-Support-Scale* (ISSS) wurde 1991 von Revenson et al. entwickelt und dient als Selbstbeurteilungsskala für chronisch erkrankte Patient:innen (Revenson et al., 1991). Die deutsche Adaptation und Validierung der ISSS wurde von Ramm und Hasenbring vorgenommen (Ramm and Hasenbring, 2003). Dabei lässt sich die Skala in zwei Subskalen aufgliedern. Zum einen in die Skala der positiven Unterstützung, die 17 Items umfasst, und zum anderen in die Skala der belastenden Interaktion, der neun Items angehören. Bei den gemessenen Funktionen der Skala der positiven Unterstützung handelt es sich um emotionale, selbstwertbezogene, informationsbezogene und praktische Unterstützung. Bei der Skala zu belastender Interaktion werden die Bereiche Überforderung, Überfürsorglichkeit, Pessimismus, Verharmlosung, Einmischung und negative Verhaltensweise abgedeckt. Die in dieser Studie genutzte Kurzversion der Skalen zur Sozialen Unterstützung (SSUK-8) wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf auf Basis der Daten von Krebspatient:innen entwickelt (Ullrich and Mehnert, 2010) und umfasst acht Items, die auf einer fünfstufigen Skala von 0 = „nie“ bis 4 = „immer“ beantwortet werden können. Dabei wird die Skala der positiven Unterstützung durch Items Nummer 1, 3, 6, 8 repräsentiert, während die Skala der belastenden Interaktion durch Items

Nummer 2, 4, 5, 7 abgedeckt wird. Für beide Skalen wird jeweils ein Summenwert gebildet. Diese Summenwerte reichen von 0-16, wobei höhere Werte einen Hinweis auf größere soziale Unterstützung beziehungsweise größere belastende Interaktion geben können. Die interne Validität wird hier bei der Skala positiver Unterstützung mit einem Cronbachs alpha von 0,88 angegeben, die interne Validität für die Skala belastender Interaktion mit einem Cronbachs alpha von 0,68. Beide Dimensionen zeigten sich als unabhängig voneinander und verfügten über eine gute Konstruktvalidität (Ullrich and Mehnert, 2010). Die Autorinnen schließen aus ihrer Validitätsstudie, dass die Kurzversion der SSUK über zufriedenstellende Messeigenschaften verfügt und insbesondere in der Forschung und im klinischen Bereich als praktikables Instrument genutzt werden kann.

2.5 Datenanalyse

Der quantitative Anteil der statistischen Auswertung erfolgte mit SPSS 26 für Windows. Die qualitative Auswertung der Freitextantworten erfolgte anhand einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse, in Anlehnung an Mayring (Mayring, 2015), nach einem zuvor festgelegten Codierschema, das mittels induktiver Kategorienbildung entwickelt wurde. Die quantitative Auswertung der Kategorien der Freitextantworten erfolgte wieder mit SPSS 26.

2.5.1 Deskriptive Datenanalyse

Die deskriptiven Daten (Alter, Geschlecht, Bildungsniveau etc.) wurden mit Hilfe relativer und absoluter Häufigkeiten, Median, Mittelwert sowie Standardabweichung und Spannweite dargestellt. Bei fehlenden Werten wurde ein Ersetzungsverfahren mittels des individuellen Mittelwerts der jeweils ausfüllenden Person genutzt. Voraussetzung dafür war, dass maximal 20% der Werte fehlen. Falls es mehr fehlende Werte als 20% gab, gingen die Angaben dieses/dieser Angehörigen nicht in die Auswertung der Skala ein.

2.5.2 Binär-logistische Regressionsanalyse

Da in der bisherigen Forschung vor allem von psychischen Belastungen nach unerwartetem Versterben in Form von Depressivität, PTBS und komplizierter Trauer berichtet wurde, (Keyes et al., 2014, Kristensen et al., 2012) befasst sich die binär-logistische Regressionsanalyse mit diesen Aspekten. Um mögliche Einflussfaktoren, die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Depressiven Störungen,

PTBS und/oder komplizierter Trauer führen können, zu identifizieren, wurden vier binär logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Dafür gingen die abhängigen Variablen (Vorhandensein mindestens einer psychischen Erkrankung, Vorhandensein von Depressivität, Vorhandensein von PTBS, Vorhandensein von komplizierter Trauer) anhand der jeweiligen *cut-off* Werte dichotomisiert in die Berechnung ein. Auf Basis einer Literaturrecherche zu bereits in einschlägiger Literatur aufgetretener Faktoren zu den oben genannten Störungsbildern, wurde ein Modell entwickelt, das zur möglichen Klärung einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber ebendiesen beitragen soll. Hier konnten mehrere Einflussfaktoren identifiziert werden, die als unabhängige Variablen in die Regressionsanalyse aufgenommen wurden.

Dabei wurde ein höheres Alter der Angehörigen zum Zeitpunkt des Versterbens der ihnen nahestehenden Person als möglicher Faktor für das Auftreten einer Depression (Aneshensel et al., 2004) oder einer komplizierten Trauer (Allen et al., 2013, Newson et al., 2011, Shear et al., 2013) gefunden. Bei einer PTBS (Visser et al., 2017) war eher ein jüngeres Alter der Angehörigen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit assoziiert.

Das weibliche Geschlecht von Angehörigen ist ebenfalls ein möglicher Risikofaktor, der das Auftreten von Depressionen (Aneshensel et al., 2004, Groot et al., 2006), von komplizierter Trauer (Shear et al., 2013, Kristensen et al., 2012) und von PTBS (Mitchell and Terhorst, 2017, Visser et al., 2017) begünstigen kann.

Ein weiterer in der Literatur beschriebener Faktor ist die Beziehung der Angehörigen zu der verstorbenen Person. Insbesondere wenn es sich um eine Partnerschaft handelte, stellte sich die Wahrscheinlichkeit eine Depression (Jozwiak et al., 2013, Groot et al., 2006) oder eine komplizierte Trauer (Groot et al., 2006, Kristensen et al., 2012, Lobb et al., 2010, Newson et al., 2011, Shear, 2012) zu entwickeln als erhöht dar.

Ein niedriges Bildungsniveau der Angehörigen kann ebenfalls die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass eine Depression (Allen et al., 2013, Aneshensel et al., 2004, Jozwiak et al., 2013), eine komplizierte Trauer (Allen et al., 2013, Newson et al., 2011, Shear et al., 2013) oder eine PTBS (Visser et al., 2017) auftritt.

Das Vorliegen einer vorbestehenden psychischen Erkrankung oder einer eingeschränkten psychischen Gesundheit kann die Wahrscheinlichkeit an einer Depression (Aneshensel et al., 2004), an einer komplizierten Trauer (Lobb et al.,

2010, Shear et al., 2013) sowie an einer PTBS (Visser et al., 2017) zu erkranken, erhöhen.

Einige Studien konnten zeigen, dass fehlende soziale Unterstützung dazu beitragen kann, dass Trauernde eine Depression (Aneshensel et al., 2004, Scott et al., 2020), eine komplizierte Trauer (Shear et al., 2013) oder eine PTBS (Scott et al., 2020, Visser et al., 2017) entwickeln.

Der Aspekt, ob die verstorbene Person von Angehörigen noch einmal angesehen worden ist, wurde in Studien bisher nicht ausreichend auf einen möglichen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit an einer Depression, einer komplizierten Trauer oder einer PTBS zu erkranken untersucht. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass das erneute Ansehen wichtig zum Abschiednehmen und zur Findung eines Abschlusses sein kann (Chapple and Ziebland, 2010). Daher wurde auch dies als möglicher Faktor zur Untersuchung in das Modell aufgenommen, mit der Hypothese, dass Angehörige, die ihre nahestehende Person nicht noch einmal angesehen haben, eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, eine Depression, eine PTBS oder eine komplizierte Trauer zu entwickeln.

Auch die subjektive Einschätzung der Art des Versterbens der nahestehenden Person, d.h. die Sterbequalität, kann einen Einfluss auf die psychische Vulnerabilität Angehöriger haben. Für das Modell wird in diesem Zusammenhang die Hypothese aufgestellt, dass die Wahrnehmung einer schlechten Sterbequalität die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Depression, einer PTBS oder einer komplizierten Trauer erhöht.

Diese Faktoren wurden als unabhängige Variablen in die Regressionsanalysen einbezogen. Der Einschluss dieser unabhängigen Variablen erfolgte mittels der „Enter-Methode“: da es sich bei der Untersuchung um einen explorativen Ansatz auf Basis von Literatur handelte, wurden die unabhängigen Variablen, die anhand der Literaturrecherche identifiziert und von Expert:innen konsentiert wurden, mit primär gleicher Wertigkeit in die Analyse einbezogen.

Die Vorhersagekraft des Modells wurde mit Hilfe des Nagelkerkes R^2 eingeschätzt, das als Bestimmtheitsmaß dient (Backhaus et al., 2016). Liegt der Wert von R^2 bei 0 hat das Modell keine Erklärungskraft. Ein R^2 von 1 liefert eine 100-prozentige Erklärung des Auftretens der abhängigen Variablen durch das Modell. Werte ab 0,2 werden als akzeptabel, Werte ab 0,4 als gut interpretiert (Kuckartz et al., 2013).

Mithilfe der Testung von Toleranzwerten (T) und Varianzinflationsfaktoren (VIF) wurde das mögliche Auftreten einer Multikollinearität zwischen den Faktoren ausgeschlossen. Dabei handelt es sich um das Vorliegen sich gegenseitig beeinflussender unabhängiger Variablen, die die Aussagekraft des Modells mindern. Der Toleranzwert wird als $T = 1 - R^2$ angegeben und darf nicht kleiner als 0,10 sein, damit eine Multikollinearität ausgeschlossen ist. Beim VIF handelt es sich um den Kehrwert von T, also $VIF = 1/(1 - R^2)$. Bei $VIF = 1$ liegt keine Multikollinearität vor, bei $1 < VIF \leq 5$ ist eine moderate Multikollinearität vorhanden, bei $VIF > 5$ herrscht eine hohe Multikollinearität vor (Daoud, 2017).

Als signifikant gelten Werte mit einem p-Wert $< 0,05$. Zusätzlich wurden Standardabweichung und die *Odds-ratio* (OR) mit ihrem 95%-Konfidenzintervall angegeben. Das 95%-Konfidenzintervall dient als Genauigkeitsmaß für die OR. Dabei spricht ein großes Konfidenzintervall für eine niedrige Genauigkeit der OR (Szumilas, 2010). Die OR ist ein Effektmaß, das bei der Interpretation der Regressionskoeffizienten hilft. Dabei setzt die OR zwei Chancen ins Verhältnis zueinander, um eine Aussage über die Erhöhung oder Erniedrigung des Auftretens eines Merkmals (abhängige Variable) zu treffen. OR können Werte zwischen 0 und ∞ haben. Sie geben an, wie stark sich zwei *Odds* voneinander unterscheiden (Kuckartz et al., 2013). Eine $OR = 1$ bedeutet, dass die unabhängige Variable keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der abhängigen Variable hat. Eine $OR > 1$ bedeutet, dass das Vorhandensein der unabhängigen Variable eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit des Auftretens der abhängigen Variable mit sich bringt, und zwar um den Wert der OR. Eine $OR < 1$ heißt, dass das Vorhandensein der unabhängigen Variable mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit des Auftretens der abhängigen Variable einhergeht und zwar um den Wert der OR (Szumilas, 2010). Urban und Mayerl empfehlen zur leichteren Interpretation für $OR < 1$, diese, sowie ihre Konfidenzintervalle, zu invertieren. Nach Bildung der Kehrwerte $1/OR$ wird der OR in Klammern ein minus angestellt, $1/OR (-)$. So entspricht die Stärke eines negativen Zusammenhangs mit einer *Odds-Ratio* von 0,25 der Stärke eines positiven Zusammenhangs mit einer *Odds-Ratio* von $1/0,25 = 4$ (Urban and Mayerl, 2011).

2.5.3 Qualitative Auswertung der Freitextantworten

Offene Fragen und Freitextfelder gaben den ausfüllenden Angehörigen die Möglichkeit, Themen, die vorher keine Beachtung fanden, explizit zu nennen und hervorzuheben. Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse hilft dabei,

wiederkehrende Themen in den Daten zu identifizieren und die Häufigkeiten der entstehenden Kategorien deskriptiv darzustellen (Mayring, 2015).

Nach mehrmaliger Sichtung sämtlicher Freitextantworten auf eine Frage wurden diese paraphrasiert und gegebenenfalls inhaltlich zusammengefasst. Anschließend erfolgte das wiederholte und genaue Lesen, bis sich die ersten Themen herausbildeten. Die Kategorienbildung erfolgte induktiv. Dies geschah in enger Zusammenarbeit mit einer zweiten Forschenden und unter ständiger Reevaluation, sodass auch nach primärer Bildung eines Codiersystems dieses in mehreren Besprechungen weiter verfeinert und spezifiziert wurde. Wenn möglich kam es zu einer erneuten Ausdifferenzierung in Haupt- und Unterkategorien. Auch dies erfolgte unter Anwendung der oben genannten Arbeitsschritte, der Weiterentwicklung des Codiersystems, Besprechung und Reevaluation und erneuter Codierung, bis zwischen allen Beteiligten ein Konsens erreicht wurde. Nach dem Findungsprozess der endgültigen Kategorien, wurden die Freitextantworten diesen Kategorien zugeordnet. Von jeder Person, die in einem Freitextfeld eine Angabe gemacht hat, wurden die Antworten den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Die Häufigkeiten wurden anschließend deskriptiv dargestellt.

2.5.4 Sicherstellung guter wissenschaftlicher Praxis

Zur Sicherstellung einer umfassenden und vollständigen Darstellung der Resultate orientiert sich die vorliegende Dissertationsschrift an bestehenden Richtlinien. Zum einen an der STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*) Richtlinie, die im Kontext von Beobachtungsstudien zum Einsatz kommt (von Elm et al., 2007). Zum Berichten von Ergebnissen aus qualitativen Untersuchungen wurde sich an der COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies*) Richtlinie orientiert (Tong et al., 2007). Die Richtlinien können in detaillierter Form im Anhang eingesehen werden.

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgte am 02.06.2020 der Versand der Fragebögen an 867 Personen. Zwei Monate später erfolgte am 12.08.2020 der Versand von Erinnerungsschreiben an 390 Personen, von denen bis dato keine Antwort eingegangen war. Insgesamt wurden 174 ausgefüllte Fragebögen an die Forschungs-AG Palliativmedizin zurückgesendet, von denen 172 für die Datenanalyse berücksichtigt werden konnten. Zwei Fragebögen konnten nicht verwendet werden, da der von den Angehörigen angegebene Zeitraum des Todes außerhalb der verfassten Ein- und Ausschlusskriterien lag. Damit beträgt der Teilnehmendenanteil in Bezug auf die Anzahl an angeschriebenen Angehörigen 20%. Durch 228 Rücksendekarten bzw. telefonische Rückmeldung an die Forschungs-AG Palliativmedizin bzw. das IfR wurde die Teilnahme an der Studie aktiv abgelehnt. 209 Briefe mit Studienunterlagen konnten nicht zugestellt werden, weitere 258 Angehörigen antworteten nicht (passive Ablehnung). Der Rekrutierungsprozess ist in Abbildung 1 detailliert dargestellt.

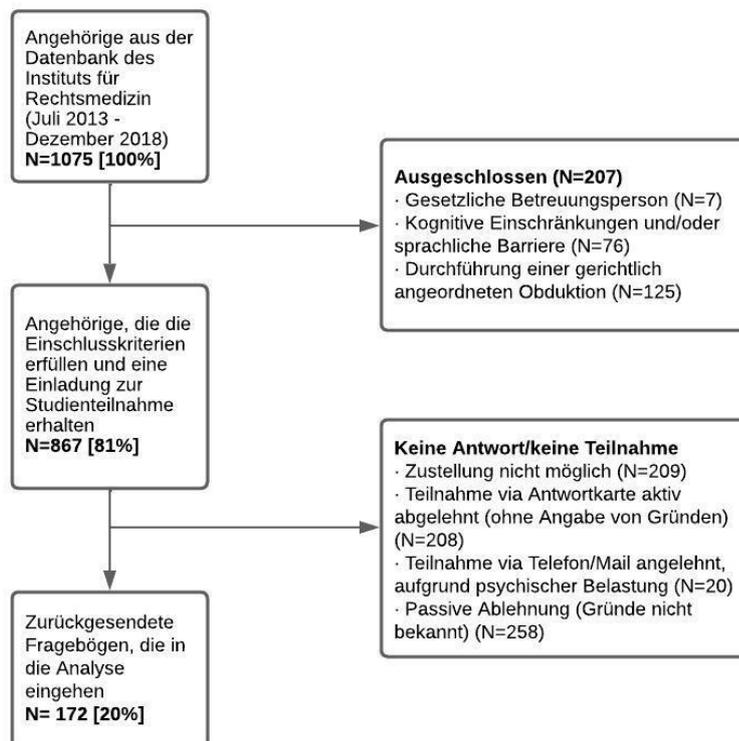


Abb. 1 Rekrutierungsprozess der Teilnehmenden

3.2 Charakteristika

3.2.1 Angehörige und verstorbene Person

Bei den 172 teilnehmenden Angehörigen handelte es sich mehrheitlich um Frauen (N=118, 69%). Das mittlere Alter lag bei 61 Jahren, mit einem Minimum von 27 Jahren und einem Maximum von 90 Jahren. Der Großteil der Teilnehmenden (N=81, 47%) verfügte über ein hohes Bildungsniveau mit dem Abschluss der Fachhochschulreife bzw. dem Abitur.

Hauptsächlich handelte es sich bei den Angehörigen, in Beziehung zur verstorbenen Person, um eine:n Lebenspartner:in (N=84, 49%) gefolgt von einem Sohn-/Tochterverhältnis zur verstorbenen Person (N=47, 27%). Die Mehrheit der Angehörigen lebte zum Zeitpunkt der Befragung gemeinsam mit anderen Angehörigen in einem Haushalt (N=78, 46%) wohingegen 54 (32%) allein lebten. Die Frage nach Vorliegen psychiatrischer Erkrankungen (Selbsteinschätzung) beantworteten 38 (22%) Angehörige mit ja.

Die Verstorbenen waren in 120 (70%) Fällen männlich. Der Großteil der Verstorbenen war zwischen 61 und 80 Jahre alt (N= 80, 47%) gefolgt von der Altersgruppe der 40–60-Jährigen (N=64, 37%).

Detaillierte Informationen zu den Charakteristika sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tab. 1 Soziodemografische Daten der Angehörigen und Verstorbenen, N=172

Charakteristika der Angehörigen	M (SD) / n (%)
Alter (in Jahren): n (%)	
<50 Jahre	29 (17)
50-70 Jahre	99 (58)
>70 Jahre	43 (25)
M (SD); Spannweite	61,1 (12,5); 27-90
Geschlecht: n (%)	
weiblich	118 (69)
männlich	54 (31)
Bildungsgrad: n (%)	
Kein Abschluss / Hauptschule	31 (18)
Realschule/Polytechnische Oberschule	60 (35)
Fachhochschule/Abitur	81 (47)
Beziehung zu verstorbener Person: n (%)	
Lebenspartner: in	84 (49)
Kind	47 (27)
Andere ^a	41 (24)

Fortsetzung Tab. 1 Soziodemografische Daten der Angehörigen und Verstorbenen, N=172

Charakteristika der Angehörigen	M (SD) / n (%)
Aktuelle Lebenssituation: n (%)	
Alleinlebend	54 (32)
Alleinlebend aber mit Angehörigen in der Nähe	37 (22)
Zusammen mit Angehörigen lebend	78 (46)
Vorbekannte psychiatrische Erkrankung: n (%)	
Keine Angabe ^b	5 (3)
Nein	127 (75)
Ja	38 (23)
Wenn ja: Art der psychiatrischen Erkrankung (N=38): n (%)	
Depression	25 (66)
Andere ^c	13 (34)
Alter verstorbene Person (in Jahren): n (%)	
<40 Jahre	10 (6)
40 – 60 Jahre	64 (37)
61 – 80 Jahre	80 (47)
>80 Jahre	17 (10)
Geschlecht verstorbene Person: n (%)	
weiblich	52 (30)
männlich	120 (70)

^a Z.B. Eltern, Freund: innen, Geschwister; ^b Ausfüllende Person möchte keine Angaben dazu machen; ^c Z.B. Suchterkrankung, Angststörung; Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung

3.2.2 Beurteilung der Todesumstände durch die Angehörigen

Seit Versterben der nahestehenden Person waren zum Befragungszeitpunkt im Mittel 3,7 Jahre vergangen. Der größte Teil der Verstorbenen war in der Häuslichkeit gestorben (N=139, 81%), weitere 20 (12%) Personen im öffentlichen Raum. Die von den Angehörigen am häufigsten genannte Todesursache waren akute kardiovaskuläre Erkrankungen bei 88 (52%) Verstorbenen. Bei 51 (30%) Verstorbenen war die Todesursache den Angehörigen unbekannt, bei 14 (8%) Todesursachen handelte es sich um einen Suizid. Die Art und Weise des Versterbens (Todesursache) wurde mit 5,6 (SD 3,7; Spannweite 0-10) eher moderat eingeordnet.

3.3 Umgang mit verstorbener Person

Etwas mehr als die Hälfte der Angehörigen berichteten, dass sie die verstorbene Person nach ihrem Versterben noch einmal angesehen haben (N=99, 59%). Dies geschah an unterschiedlichen Orten, mehrheitlich beim Bestatter bzw. auf der Beerdigung (n=38, 38%), gefolgt von der Häuslichkeit und/ oder im Rahmen der

Auffindesituation zuhause (n=28, 28%). Im Mittel bewerteten die Personen, die ihre verstorbenen Angehörigen angesehen haben, das Ansehen mit 8,0 (SD 3,1; Spannweite 0-10) als hilfreich.

Bei der Hälfte der Verstorbenen wurde im Anschluss an den Tod eine Obduktion durchgeführt (N=82, 53%). Die Mehrheit der betroffenen Angehörigen empfand dies als hilfreich (n=57, 70%), ein kleiner Teil jedoch als belastend (n=7, 9%). Ebenso verhielt es sich bei der Organ- oder Gewebespende, die bei der Hälfte der hier untersuchten Verstorbenen vorgenommen wurde (N=82, 53%). Auch hier empfand ein Großteil der Angehörigen (n=57, 70%) die Spende als hilfreich und ein kleiner Teil (n=7, 9%) als belastend. Detaillierte Informationen zum Umgang mit der verstorbenen Person sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tab. 2 Beurteilung der Todesumstände der verstorbenen Person durch die Angehörigen, N=172

Todesumstände	M (SD) / n (%)
Vergangene Jahre seit Tod – kategorisiert: n (%)	
1 Jahr oder weniger	21 (12)
2 bis 3 Jahre	57 (33)
4 bis 5 Jahre	70 (41)
6 Jahre oder mehr	24 (14)
Vergangene Jahre seit Tod: M (SD)	3,7 (2)
Todesursache: n (%)	
Kardiovaskulär	88 (52)
Suizid	14 (8)
Andere Ursachen	16 (10)
Den Angehörigen nicht bekannt	51 (30)
Todesort: n (%)	
Zuhause	139 (71)
Im öffentlichen Raum	20 (12)
In einer Einrichtung ^a	12 (7)
Durchführung einer Obduktion: n (%)	
Nein	73 (47)
Ja	82 (53)
Wenn ja (N=82): Obduktion wurde erlebt als...: n (%)	
Hilfreich	57 (70)
Neutral	18 (22)
Belastend	7 (9)

Fortsetzung Tab. 2 Beurteilung der Todesumstände der verstorbenen Person durch die Angehörigen, N=172

Todesumstände	M (SD) / n (%)
Durchführung einer Organ- /Geweibespende: n (%)	
Nein	73 (47)
Ja	82 (53)
Wenn ja (N=82): Organ- /Geweibespende wurde erlebt als...: n (%)	
Hilfreich	57 (70)
Neutral	18 (22)
Belastend	7 (9)
Beurteilung der Art und Weise des Versterbens aus Sicht der Angehörigen (Skala: 0-10; 0=sehr schlecht, 10=ideal): M (SD), Spannweite	5,6 (3,7), 0-10
Wurde die verstorbene Person von den Angehörigen angesehen? n (%)	
Nein	70 (41)
Ja	99 (59)
Wenn ja (N=99): Wo wurde die verstorbene Person angesehen? n (%)	
In der Auffindesituation	28 (28)
Beim Bestatter / Bei Beerdigung	38 (38)
Im Rahmen einer Aufbahrung zuhause	14 (14)
Im Institut für Rechtsmedizin	12 (12)
In einer Einrichtung	7 (7)
Wenn ja (N=99): Wie hilfreich war das Ansehen (Skala: 0-10; 0= gar nicht hilfreich, 10=extrem hilfreich? M (SD), Spannweite	8,0 (3,1), 0-10

^a Z.B. Krankenwagen, Altenheim
Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung

3.4 Relevanteste Veränderungen seit Versterben der nahestehenden Person

Die Mehrheit der Angehörigen (N=148, 86%) gab an, dass es seit dem Versterben der ihnen nahestehenden Person große Veränderungen in ihrem Leben gab. Die Auswertung der Freitextantworten nach den relevantesten Veränderungen der persönlichen Situation seit Versterben der nahestehenden Person ergab vier Hauptkategorien mit jeweils zwei bzw. in einem Fall mit drei Unterkategorien. Als Hauptkategorien bildeten sich folgende Themen heraus: Emotionales Leiden, Übernahme neuer Rollen im Leben, plötzlicher Verlust des „alten Lebens“, Gewinn und Verlust in sozialen Beziehungen. Detaillierte Darstellungen zu den größten Veränderungen im Leben der Angehörigen finden sich in Tabelle 3. Im Anhang stellt

Tabelle 15 eine Übersicht der Hauptkategorien, der Subkategorien und – auf Ebene der Subkategorien – weitere Ankerbeispiele dar.

Im Folgenden werden die einzelnen Haupt- sowie ihre Unterkategorien dargestellt und durch Ankerbeispiele ergänzt.

3.4.1 Veränderungen in Form von emotionalem Leiden

Angehörige berichten über emotionale Belastungen als Folge des Verlusts. Etwa ein Drittel der Angehörigen (N=52, 35%) nannten Themen, die sich der emotionalen Ebene zuordnen ließen. Davon berichteten viele Angehörige (n=38), dass sie sich häufiger einsam oder mehr allein als vorher fühlen. Ein teilnehmender Angehöriger teilte mit: „[Ich] fühle mich gelegentlich einsam. Stark reduzierte Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen: Kino, Theater, Musical“ (m, 70J.).

Insgesamt 19 Angehörige berichten über Themen, die sich einer verschlechterten emotionalen Gesundheit zuordnen lassen. Eine Frau mittleren Alters notierte, auf die Frage, was die größten Veränderungen in ihrem Leben, seit Versterben der nahestehenden Person, sind: „Einsamkeit und Haltlosigkeit, starke Zweifel an eigenen Handlungen, an Verhalten insbesondere im Zusammenhang mit der Zeit vor dem Tod“ (w, 47J.).

3.4.2 Veränderung in Form von neuen Rollen im Leben

Aus den Antworten der Angehörigen ging hervor, dass das Versterben einer nahestehenden Person die gesamte Dynamik einer Familie oder eines Bekanntenkreises verändern kann, sodass sich die Angehörigen neu sortieren und in ihren Rollen zurechtfinden müssen. Diese Veränderungen trafen bei 50 (34%) der teilnehmenden Angehörigen zu. Dabei können diese Veränderungen auch sehr gegensätzlicher Art sein. Jemand, der zuvor sehr viel Verantwortung für die verstorbene Person übernommen hat, kann nun neue Freiheiten ausschöpfen und sich sogar entlastet fühlen. Bei 12 Angehörigen trat dieser Fall ein, davon berichtete eine Teilnehmerin: „Verantwortung, Sorgen, Zuständigkeit sind weggefallen. Mit dem Tod beider Elternteile ist die Rolle Tochter "abgeschlossen"“ (w, 50J.).

Auf der anderen Seite kann es aber nach Versterben einer Person im sozialen Umfeld ebenfalls dazu kommen, dass die nachfolgende Generation nun mehr Verantwortung übernimmt, zum Beispiel in Form von neuen Rollen in der Familienkonstellation. Dies traf bei 41 Angehörigen zu. Ein Mann mittleren Alters schilderte die für ihn größte Veränderung: „Eintritt als "Familienoberhaupt" und Übernahme der Verantwortung des Verstorbenen. Dazu auch die Bewältigung der

daraus entstandenen Probleme, wie Steuerschulden etc. des Verstorbenen“ (m, 46J.).

3.4.3 Veränderungen in Form von plötzlichem Verlust des „alten Lebens“

Aus den Angaben der Angehörigen ging hervor, dass das Leben sich grundlegend verändert, was sich nicht nur auf sozialer und Beziehungsebene, sondern auch auf beruflicher, finanzieller oder häuslicher Ebene auswirken kann. Diese Art von Veränderungen wurde von 25 (15%) der Angehörigen genannt. Wenn, zum Beispiel, der/die Hauptverdiener:in einer Familie durch einen Todesfall wegfällt, kann dies die unterschiedlichsten Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche der Hinterbliebenen haben. Es kann sein, dass der/die Angehörige nun mit einer veränderten beruflichen Situation konfrontiert ist. Dabei kann eine neue Arbeit aufgenommen, eine bestehende Teilzeitbeschäftigung in eine Vollzeitstelle umgewandelt, oder im Gegenteil können auch Stunden reduziert werden. Für 10 Teilnehmende hat sich die Arbeitssituation nach dem Verlust verändert. Beispielhaft berichtete eine ältere Dame: „Ich habe als Rentnerin wieder meine Arbeit aufgenommen, mit 12 Stunden die Woche, im Einzelhandel“ (w, 69J.). Darüber hinaus kann nicht nur das Arbeitsleben, sondern auch die Wohnsituation betroffen sein. Dabei konnte es sich um eine Reduktion des Haushaltes, ein Zusammenziehen mehrerer Angehöriger oder auch einen Wohnortswechsel handeln. Für 9 Teilnehmende war eine veränderte Wohnsituation Folge des Verlustes. Bei einer älteren Frau kam es zu folgenden Veränderungen: „[...] Aus Vernunftgründen das Reduzieren des Haushaltes = Trauer um gemeinsame Dinge, die nicht aufbewahrt werden können“ (w, 75J.). Für 8 Angehörige änderte sich grundlegend die finanzielle Situation. Dabei konnte dies zwei Pole betreffen. Durch ein mögliches Erbe konnte es dazu gekommen sein, dass die Angehörigen nach dem Verlust finanziell besser dastanden als zuvor. Es konnte aber auch das Gegenteil sein, wenn die komplette Finanzierung des vorherigen Lebens von der nun verstorbenen Person getragen wurde oder es aus anderen Gründen zur Arbeitslosigkeit der Hinterbliebenen kam. Dies kann sich in allen oben bereits genannten Ebenen widerspiegeln. Hierüber berichtete eine ältere Frau: „Arbeitsverlust - Witwenrente (372,-) - Lebensstandard ist gesunken-Hausverlust“ (w, 61J.).

3.4.4 Veränderungen in Form von Gewinn und Verlust in sozialen Beziehungen

Das Geflecht sozialer Beziehungen im Freundes- und Familienkreis kann sich nach dem Tod einer nahestehenden Person grundlegend ändern. Von solchen Veränderungen auf Beziehungsebene berichteten mehr als ein Viertel der Angehörigen (N=43, 29%). Für die Familiendynamik konnte das bedeuten, dass die Familie enger zusammenrückte. Ein Todesfall konnte aber auch genau das Gegenteil bewirken. Hierzu berichteten 29 Angehörige, dass es zu Veränderungen der Familiendynamik kam, exemplarisch notierte eine ältere Frau: „[Ich habe das] Gefühl, dass ein Element in unserem "Familien-Mobilé" fehlt, es wird in jeder Hinsicht schief“ (w, 65J.)

Zum anderen konnte der Verlust zu einem Fehlen von Ansprechpartner:innen und/oder Ratgeber:innen für Angehörige führen. Wenn vorher immer eine nahestehende Person verfügbar war, konnte deren Verlust ein einschneidendes Erlebnis für die Hinterbliebenen darstellen. Für eine ältere Frau stellte sich diese Veränderung wie folgt dar: „Es fehlt der regelmäßige Gedankenaustausch über das tägliche Leben. Aber auch Diskussionen über die Weltlage“ (w, 84J.).

Tab. 3 Relevanteste Veränderungen im Leben der Angehörigen seit Versterben der nahestehenden Person, N=172

Veränderungen	M (SD) / n (%)
Gab es relevante Veränderungen im Leben? n (%)	
Nein	24 (14)
Ja	148 (86)
Wenn Ja (N=148), welche? n (%) (Mehrfachantworten möglich)	
Emotionales Leiden	52 (35)
Mehr Einsamkeit / Alleinsein	38 (26)
Verschlechterte emotionale Gesundheit	19 (13)
Neue Rollen im Leben	50 (34)
Übernahme von mehr Verantwortung	41 (28)
Wiedergewonnene Freiheiten	12 (8)
Plötzlicher Verlust des „alten Lebens“	25 (15)
Veränderte Arbeitssituation	10 (6)
Veränderte Wohnsituation	9 (5)
Veränderte finanzielle Situation	8 (5)
Gewinn und Verlust in sozialen Beziehungen	43 (29)
Veränderte Familiendynamik	29 (20)
Verlust von Ratgeber:in /Ansprechpartner:in	15 (10)

Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung

3.5 Auftreten von Hürden/Problemen in den ersten drei Monaten nach Versterben

3.5.1 Probleme mit Informationen, Ansprechpartner:innen und Bürokratie

Im Mittel wurde das Auftreten von fehlenden Informationen mit 4,8 von 10 Punkten (SD 3,4; Spannweite 0-10) am häufigsten angegeben und stellte somit ein moderates Problem dar. Die Einschätzung zur Auftretenshäufigkeit von zu vielen bürokratischen Hürden fiel mit 4,5 von 10 Punkten (SD 3,1; 0-10) ebenfalls moderat aus. Auch das Bedürfnis nach Ansprechpartner:innen kann, nach einem Verlust, besser oder schlechter erfüllt sein. Das Vorliegen fehlender Ansprechpartner:innen wurde hier mit 3,9 von 10 Punkten (SD 3,4; Spannweite 0-10) als moderat eingeordnet. Bei der Problematik von schlechter Erreichbarkeit möglicher Ansprechpartner:innen gaben die Angehörigen im Mittel 3,2 von 10 Punkten (SD 3,0; Spannweite 0-10) an, wonach es sich um ein moderates bis niedriges Problem handelte.

3.5.2 Weitere wichtige Probleme und Hürden

Etwas mehr als ein Viertel der Angehörigen (N=47, 28%) nutzten die Gelegenheit des Freitextfeldes, um weitere wichtige Probleme und Hürden zu nennen, die in den vorangegangenen Fragen keine Beachtung fanden. Es ergaben sich sechs verschiedene Kategorien. Als erstes Themenfeld ergaben sich Antworten, die auf eine Überforderung mit den „kleinen und großen Dingen des Alltags“ sowie auf der emotionalen Ebene schließen lassen (n=15). Die Veränderungen und Aufgaben, die der Verlust einer nahestehenden Person mit sich brachte, wurden als eine große Herausforderung beschrieben, die nicht selten mit Überlastung in verschiedensten Bereichen einher ging. Das wurde deutlich durch die Aussage einer 61-jährigen Frau: „Es ist viel zu erledigen in einer Zeit, in der ich kaum in der Lage dazu war“ (w, 61J.). Für 9 Angehörige ergaben sich Probleme daraus, dass sie sich um den Nachlass, das Erbe oder auch Schulden der Verstorbenen kümmern mussten. Ein Angehöriger berichtete über „Steuerschulden des Verstorbenen in 7-stelliger Höhe, Fortführung seines Unternehmens“ (m, 43J.).

Daneben konnte es auch zum Problem werden, wenn sich um Versicherungen oder Bankkonten der Verstorbenen gekümmert werden musste, für die Angehörige aber keine Vollmachten besaßen. Dieses Problem wurde ebenfalls von 9 Personen genannt. Exemplarisch dafür steht die Aussage einer Angehörigen: „Versicherungen. Keine Pflege der Datenbanken. Ständig Briefe. Bankkonten eingefroren (gemeinsame Konten)“ (w, 59J.).

Neben individuellen Überforderungen und administrativen Problemen wurde auch das soziale Umfeld als möglicherweise problematisch angeführt. Berichtet wurde darüber, dass durch den Verlust eines Menschen das gesamte soziale Gefüge in Unruhe geraten kann. Angehörige berichteten, dass es durch ihre individuelle Trauer, zu Unverständnis oder Konflikten kommen konnte, die die hinterbliebene Person vor zusätzliche Herausforderungen stellte. Hier erzählten 8 Angehörige, dass es Probleme im und mit dem sozialen Umfeld nach Versterben der nahestehenden Person gegeben habe. Eine Angehörige schrieb: „Das Umfeld konnte meine Trauer nicht verstehen ("Schlechtes Umfeld")“ (w, 59J.).

Das Thema der Bestattung der verstorbenen Person war für einige Angehörige ein sehr sensibles und somit auch zu möglichen Problemen führendes Thema. Das konnte von der Freigabe des Leichnams bis zum Finden eines Bestatters und allen damit verbundenen Formalitäten reichen. Für 6 Angehörige war dieses Problem präsent. Eine junge Frau berichtete exemplarisch: „Zu entscheiden, wie/wo die Beisetzung stattfinden soll“ (w, 37J.) stellte für sie ein Problem dar.

Für einen kleinen Teil der Angehörigen ergaben sich Probleme mit der Wohnsituation (n=4). Einige Hinterbliebene mussten umziehen oder sich um die Wohnung der verstorbenen Person kümmern. Dies wurde zum Beispiel in der Aussage einer Angehörigen deutlich: „Gnadenloser Vermieter“ (w, 46J.). Eine detaillierte Darstellung der genannten Hürden und Probleme befindet sich in Tabelle 4. Die Tabelle 16 im Anhang stellt detailliert die Kategorien und jeweils zugeordnete Ankerbeispiele zu empfundenen Problemen und Hürden in den ersten drei Monaten nach Versterben dar.

Tab. 4 Auftreten von Hürden und Problemen in den ersten drei Monaten nach Versterben einer nahestehenden Person, N=172

Hürden und Probleme	M (SD) / n (%)
Wie häufig trat das Problem fehlender Informationen auf? (Skala: 0-10; 0=gar nicht, 10= extrem häufig): M(SD), Spannweite	4,8 (3,4), 0-10
Wie häufig trat das Problem fehlender Ansprechpartner:innen auf? (Skala: 0-10; 0=gar nicht, 10=extrem häufig): M(SD), Spannweite	3,9 (3,4), 0-10
Wie häufig trat das Problem schlechter Erreichbarkeit möglicher Ansprechpartner:innen auf? (Skala: 0-10; 0=gar nicht, 10=extrem häufig): M(SD), Spannweite	3,2 (3,0), 0-10
Wie häufig trat das Problem zu vieler bürokratischer Hürden auf? (Skala: 0-10; 0=gar nicht, 10=extrem häufig): M(SD), Spannweite	4,5 (3,1), 0-10
Gab es weitere wichtige Hürden und Probleme? n (%)	
Nein	120 (72)
Ja	47 (28)
Wenn ja (N=47), welche? n (%) (Mehrfachantworten möglich)	
Probleme mit alltagspraktischer und emotionaler Überforderung	15 (34)
Probleme mit Versicherungen, Bankgeschäften, Kontovollmachten	9 (21)
Probleme mit Erbe, Nachlass, Schulden der Verstorbenen	9 (21)
Probleme im und mit dem sozialen Umfeld	8 (18)
Probleme rund um die Bestattung	6 (14)
Probleme mit der Wohnsituation	4 (9)

Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung

3.6 Unterstützung der Angehörigen nach Versterben einer nahestehenden Person

3.6.1 Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Unterstützungsangebote

Weniger als ein Drittel (N=50, 29%) der Angehörigen nahmen im gesamten Zeitraum zwischen Verlust und Ausfüllen des Fragebogens professionelle psychosoziale Unterstützungsangebote in Anspruch, teilweise mehrere Angebote gleichzeitig. Am häufigsten war eine psychologische Begleitung (n=36), gefolgt von einer professionellen Trauerbegleitung (n=18). Eine seelsorgerische Unterstützung wurde von 16 Angehörigen in Anspruch genommen, während vier Personen eine Beratungsstelle aufsuchten. Andere Angebote in Form von zum Beispiel

Selbsthilfegruppen, einem Seniorentreffen, Meditation und Achtsamkeitsübungen, Hilfe bei Rentenberatungsstellen oder der integrierten Versorgung sowie den Hausärzt:innen wurden von zehn Personen in Anspruch genommen. Für detaillierte Informationen zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung nach Versterben einer nahestehenden Person, siehe Tabelle 5.

Tab. 5 Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Unterstützung durch die Angehörigen nach Versterben einer nahestehenden Person, N=172

Professionelle psychosoziale Unterstützung		M (SD) / n (%)
<hr/>		
Wurden professionelle Unterstützungsangebote in Anspruch genommen? n (%)		
	Nein	120 (71)
	Ja	50 (29)
Wenn ja (N=50), welche? n (%)		
(Mehrfachantworten möglich)	Psychologische Begleitung	36 (43)
	Seelsorgerische Begleitung	16 (19)
	Trauerbegleitung	18 (21)
	Beratungsstelle	4 (5)
	Andere ^a	10 (12)

^aZ.B. Unterstützung durch Hausarzt, Selbsthilfegruppe, Achtsamkeitsübungen
Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung

3.6.2 Stellenwert formeller Unterstützungsquellen in den ersten drei Monaten

Eine mögliche formelle Unterstützungsquelle für die Angehörigen in den ersten drei Monaten nach Versterben der nahestehenden Person stellten die Bestattungsunternehmen dar, zu denen fast alle Angehörigen Kontakt hatten (n=162, 95%). Hier wurde die erhaltene Unterstützung im Mittel mit 7,8 von 10 Punkten (SD 2,5; Spannweite 0-10) als hilfreich empfunden. Etwas weniger als die Hälfte der Angehörigen berichteten, dass sie noch einmal Kontakt zum IfR hatten (n=73, 44%). Dieser Kontakt wurde mit 6,2 von 10 Punkten im Mittel (SD 3,5; Spannweite 0-10) als moderat hilfreich angesehen. Zusätzlich stellten eine weitere mögliche Unterstützungsquelle die Behörden dar, zu denen 122 (71%) der Angehörigen angaben, Kontakt gehabt zu haben. Im Mittel wurde dieser Kontakt, mit 4,5 von 10 Punkten (SD 2,8; Spannweite 0-10) als moderat hilfreich bewertet.

3.6.3 Stellenwert informeller Unterstützungsquellen in den ersten drei Monaten

Zu informellen Unterstützungsangeboten zählte insbesondere das soziale Umfeld. Fast alle Angehörigen (n=169, 95%) erhielten Unterstützung aus dem privaten

Umfeld. Diese Unterstützung wurde im Mittel mit 8,6 von 10 Punkten (SD 2,1; Spannweite 0-10) als hilfreich bis sehr hilfreich bewertet.

3.6.4 Weitere Quellen der Unterstützung in den ersten drei Monaten

In Form von Freitextantworten berichteten etwa ein Viertel (N=43, 25%) der Angehörigen, dass sie auf weitere Quellen der Unterstützung zurückgreifen konnten. Es wurde zum einen die Unterstützung durch Quellen professioneller Art (psychisch, gesundheitlich, praktisch) genannt (n=19). Damit konnte der Hausarzt, bestimmte Beratungsstellen oder auch juristischer Beistand gemeint sein. Ein älterer Herr nahm eine „Trauerbegleitung [Name der Einrichtung], psychologische Beratung“ (m, 68J.) in Anspruch.

Für viele Angehörige (n=15) fungierte das Arbeitsumfeld als wichtige Quelle der Unterstützung. Dabei konnten zum Beispiel die Kolleg:innen, die Arbeitgeber:innen oder auch gesundheitsfördernde Strukturen innerhalb des Unternehmens einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung leisten. Eine Frau mittleren Alters berichtete: „Mein Arbeitgeber hat mich spontan eine Woche Urlaub nehmen lassen + alle Termine abgesagt“ (w, 50J.).

Ein Teil der Hinterbliebenen fand Unterstützung durch kirchliche und/oder spirituelle Gemeinden (n=7). Dabei konnte es sich um Gespräche mit Geistlichen, Aufgefangen werden in Glaubensgemeinschaften oder auch die Inanspruchnahme einer kirchlichen Seelsorge handeln. Eine ältere Frau notierte: „Meine Kirchengemeinde, Gebet, das Kümmern um Trauerfeier und Grabbestattung tat mir gut“ (w, 62J.)

Einige wenige suchten sich zur ihrer individuellen Unterstützung Medien, die ihnen bei der Verarbeitung ihres Verlustes helfen konnten. Dabei konnte es sich um Literatur, Kunst und Musik oder aber auch um Informationen über das Krankheitsbild des Verstorbenen aus Literatur und Internet handeln. Eine Frau antwortete, dass ihr „Texte, Bücher, Literatur und Musik [...]“ (w, 63J.) halfen.

Insgesamt wurde die empfundene Unterstützung in den ersten drei Monaten im Mittel mit 6,1 von 10 Punkten (SD 3,1; Spannweite 0-10) als moderat hilfreich bewertet. Eine detaillierte Darstellung der Daten zu Quellen der Unterstützung in den ersten drei Monaten nach Versterben findet sich in Tabelle 6. Für weitere Ankerbeispiele in den verschiedenen Unterstützungskategorien kann Tabelle 17 im Anhang hinzugezogen werden.

Tab. 6 Quellen der Unterstützung in den ersten drei Monaten nach Versterben einer nahestehenden Person, N=172

Quellen der Unterstützung	M (SD) / n (%)
Kontakt zu Behörden: n (%)	
Nein	49 (29)
Ja	122 (71)
Wenn ja (N=122): Wie hilfreich wurde der Kontakt empfunden? (Skala: 0=gar nicht hilfreich, 10=extrem hilfreich): M (SD), Spannweite	4,5 (2,8), 0-10
Erneuter Kontakt zum IfR: n (%)	
Nein	95 (57)
Ja	73 (44)
Wenn ja (N=73): Wie hilfreich wurde der Kontakt empfunden? (Skala: 0=gar nicht hilfreich, 10=extrem hilfreich): M (SD), Spannweite	6,2 (3,5), 0-10
Kontakt zu Bestattungsinstituten: n (%)	
Nein	9 (5)
Ja	162 (95)
Wenn ja (N=162): Wie hilfreich wurde der Kontakt empfunden? (Skala: 0=gar nicht hilfreich, 10=extrem hilfreich): M (SD), Spannweite	7,8 (2,5), 0-10
Unterstützung durch das private Umfeld: n (%)	
Nein	8 (5)
Ja	162 (95)
Wenn ja (N=162): Wie hilfreich wurde die Unterstützung empfunden? (Skala: 0=gar nicht hilfreich, 10=extrem hilfreich): M(SD), Spannweite	8,6 (2,1), 0-10
Gab es weitere Quellen der Unterstützung? n (%)	
Nein	126 (75)
Ja	43 (25)
Wenn ja (N=43): Welche? n (%) (Mehrfachantworten möglich)	
Unterstützung durch Quellen professioneller Art (psychisch, gesundheitlich, praktisch)	19 (45)
Unterstützung durch das Arbeitsumfeld	15 (35)
Unterstützung durch kirchliche und/oder spirituelle Gemeinden	7 (17)
Unterstützung durch informative Quellen (Literatur, Internet)	3 (7)
Wie wurde die Unterstützung insgesamt in den ersten drei Monaten empfunden? (Skala: 0=gar nicht, 10=extrem gut): M (SD), Spannweite	6,1 (3,1), 0-10

Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung

3.7 Rückblickende Fragen zu Bedürfnissen und Wünschen in den ersten drei Monaten nach dem erlebten Verlust

3.7.1 Offengebliebene Fragen in den ersten drei Monaten nach dem erlebten Verlust

Mehr als ein Viertel (N=54, 31%) der Angehörigen berichteten, dass es für sie in den ersten drei Monaten nach dem Tod unbeantwortete Fragen gab. Sechs verschiedene Themen wurden dabei genannt. Zum einen stellten sich 18 Personen Fragen nach einer möglichen Schuld. Sie hatten das Todesgeschehen nicht ausreichend erklären können und fragten sich, ob sie selbst oder jemand anderes, unter Umständen auch die verstorbene Person, den Tod hätte verhindern können. Hinzu kam der Gedanke, dass es jemanden hätte geben könnte, der die Verantwortung für das Versterben trug. Besonders deutlich werden diese Gedanken in der Aussage einer jungen Frau, die sich fragte: „Wie genau es zu dem Herzstillstand kam. Ob wir es hätten bemerken und verhindern können. Ob es meine Schuld ist“ (w, 37J.).

Für 17 Angehörige stellte sich vor allem die Frage nach der Todesursache, über die sie nicht Bescheid wissen. Insbesondere Details zur Todesursache sind den Angehörigen häufig unklar geblieben. Das zeigte sich unter anderem in folgender Frage einer Mutter: „An was genau ist mein Sohn gestorben? (Herzstillstand, Verbluten...)“ (weiblich, Alter unbekannt).

Einige Angehörige (n=10) beschäftigten sich mit Gedanken, die die Todesumstände betrafen. Sie wollten wissen, wie die Umstände um das Todesgeschehen herum waren, ob die geliebte Person Schmerzen hatte, etwas mitbekommen hat oder ob sie leiden musste. Auch der genaue Todeszeitpunkt konnte eine Ungewissheit sein, die zu weiterhin offenen Fragen führte. Für eine Frau war es zum Beispiel wichtig zu wissen: „Wie ist mein Mann gestorben? Musste er leiden? Wann ist er gestorben?“ (w, 60J.).

Durch den plötzlichen Tod und alles, was darauf folgte konnten sich Angehörige schnell überfordert fühlen, mit all dem, was im Anschluss resultierte oder organisiert werden musste. Für neun Angehörige kam die generelle Frage auf, was für sie zu tun sei, wenn eine nahestehende Person verstirbt, z.B. in Form von Planung der Bestattung, Haushaltsauflösung, Verwaltung der Konten der Verstorbenen und wie dafür die zeitlichen Abläufe sein könnten. Für einen Mann mittleren Alters waren vor allem die „Bürokratische Abwicklung (Erbschein, Sterbeurkunde, Organspende)“ (m, 43J.) Themen, die zu offenen Fragen führten.

Neben den Themen, die sich direkt mit dem Tod und dessen Umstände befassten, konnte diese plötzliche Veränderung auch Fragen zu einer möglichen Zukunft und danach, wie es nach dem Verlust weitergehen soll, aufwerfen. Das reichte von, „ob aus der Krankheit der Verstorbenen auch gesundheitliche Konsequenzen für Angehörige resultieren können“, bis dazu, dass sämtliche gemeinsame Pläne für die Zukunft nun aufgelöst waren und die Angehörigen für sich und ihr Umfeld ein neues Leben aufbauen mussten. Insgesamt fragten sich sechs Angehörige, wie es nun weitergehen kann. Eine Frau mittleren Alters stellte sich die Frage: „Bekomme ich alles soweit alleine geregelt? Wie verkraften wir (meine zwei Mädels und ich) alles?“ (w, 50J.).

Zu guter Letzt ergab sich für vier Personen die Frage nach dem Sinn dieses Verlustes. Sie versuchten eine Erklärung dafür zu finden, warum dieser Verlust geschehen ist, und fragten sich zum Beispiel: „Warum passiert es uns?“ (w, 52J.). Eine detaillierte Darstellung der Daten zu offenen Fragen in den ersten drei Monaten nach Versterben findet sich in Tabelle 7. Für weitere Ankerbeispiele in den Kategorien unbeantworteter Fragen siehe Tabelle 18 im Anhang.

3.7.2 Unerfüllte Bedürfnisse in den ersten drei Monaten nach dem erlebten Verlust

Etwa ein Viertel der Angehörigen (N=39, 23%) berichteten über das Vorhandensein unerfüllter Bedürfnisse in den ersten drei Monaten nach Versterben der ihnen nahestehenden Person. Es wurden sechs verschiedene Themenbereiche, in denen sich diese Bedürfnisse ansiedeln lassen, genannt.

Für zwölf Personen spielten unerfüllte emotionale Bedürfnisse eine wichtige Rolle. In der Zeit nach Versterben einer nahestehenden Person gibt es viele Dinge, die Hinterbliebene zeitlich einnehmen und überfordern können, sodass eigene Bedürfnisse nach Ruhe, Trauer oder anderen Bereichen der emotionalen Gesundheit zu kurz kommen können. Ein Mann mittleren Alters teilte mit, dass für ihn „Der Wunsch nach Ruhe und "sich nicht kümmern müssen"“ (m, 58J.) sehr präsent war.

Darüber hinaus berichteten acht Angehörige über unerfüllte praktische Bedürfnisse. Vieles musste erledigt und organisiert werden, innerhalb eines Alltags, der sich weiterhin abspielte und der viel Aufmerksamkeit erforderte, währenddessen auch die Trauer eine prägnante Stellung einnehmen konnte. Manche Angehörige fühlten sich mit allem allein gelassen und wünschten sich jemanden, der sie bei allen anfallenden

Aufgaben im Alltag und Rund um die Bestattung unterstützt. Eine junge Frau äußerte das Bedürfnis nach „Hilfe bei der Bürokratie. Unterstützung bei der Arbeit“ (w, 37J.). Das Gefühl, dass für ihre Bedürfnisse kein Raum war, hatten sechs Personen. Sie haben sie entweder bewusst zurückgestellt oder gar nicht erst wahrgenommen. Eine Frau schrieb: „Ich habe meine eigene Trauer zurückgestellt, um für meine Tochter da zu sein und die vielfältigen Aufgaben zu organisieren“ (w, 62J.).

Für fünf Angehörige habe ein unerfülltes Bedürfnis nach einem Gespräch mit den behandelnden Ärzt:innen bestanden. Dabei ging es um ein erneutes Besprechen der Situation um das Versterben herum und teilweise auch um Klärungen von Verantwortlichkeiten sowie Schuldfragen. Eine Frau wünschte sich: „Gespräche mit einem Arzt, der zuletzt für meinen Sohn zuständig war“ (weiblich, Alter unbekannt). Eine große Sehnsucht nach ihrem „alten Leben“ verspürten vier Angehörige. Nach dem Verlust kam es für sie zu vielen Veränderungen, die diese Sehnsucht nach dem Unwiederbringlichen entfachte und damit zu unerfüllten Bedürfnissen führte. Eine Frau erklärte: „Ja, zu Hause war es nicht mehr so wie es früher war“ (w, 59J.).

Allumfassend unerfüllte Bedürfnisse benannten fünf Angehörige. Diese Angehörigen berichteten, dass alle Bedürfnisse, die sie sonst verspürten, unerfüllt blieben. Eine ältere Frau fasste es wie folgt zusammen: „Alle Bedürfnisse. Wenn ein Kind stirbt, hat man so etwas nicht“ (w, 80J.).

Insgesamt fühlten Angehörige ihre Bedürfnisse im Mittel mit 5,0 von 10 Punkten (SD 3,1; Spannweite 0-10) als moderat erfüllt. Eine detaillierte Darstellung der Daten zu unerfüllten Bedürfnissen in den ersten drei Monaten nach Versterben findet sich in Tabelle 7. Für weitere Ankerbeispiele, die Kategorien von unerfüllten Bedürfnissen betreffen, siehe Tabelle 19 im Anhang.

3.7.3 Wunsch nach zusätzlicher professioneller Unterstützung in den ersten drei Monaten nach dem erlebten Verlust

Von 26 (15%) Personen wurde rückblickend der Wunsch nach zusätzlicher professioneller Unterstützung geäußert. Dieser Wunsch konnte in zwei Ebenen weiter differenziert werden. Zum einen wünschten sich Angehörige professionelle Unterstützung für die emotionale und Trauerarbeit. Dabei nannten 14 Personen den Wunsch nach einer Unterstützung in Form von Seelsorge, psychologischer Unterstützung oder von professioneller Trauerbegleitung.

Zum anderen gab es den Wunsch nach professionalisierter Unterstützung auf praktisch-bürokratischer Ebene (n=13). Zum Beispiel in Form einer Institution, die Trauernden nächste Schritte nach Versterben der nahestehenden Person

näherbringt, sie bei Behördengängen unterstützt und auch in Rechtsfragen zur Seite steht. Häufig wussten Angehörige nicht, wie sie an die von ihnen benötigten Informationen gelangen konnten, was durch die Aussage einer Frau deutlich wurde: „Überhaupt zu wissen, was es gibt, wäre klasse gewesen. Für die Kinder gab es Prospekte“ (w, 52J.). Eine detaillierte Darstellung der Wünsche der Angehörigen nach zusätzlicher professioneller Unterstützung in den ersten drei Monaten nach dem Versterben einer nahestehenden Person findet sich in Tabelle 7. Für eine Beschreibung der Kategorien für den Wunsch nach zusätzlicher professioneller Unterstützung können die Ankerbeispiele in Tabelle 20 im Anhang betrachtet werden.

Tab. 7 Offene Fragen und unerfüllte Bedürfnisse von Angehörigen in den ersten drei Monaten nach dem Versterben einer nahestehenden Person, N=172

Bedürfnisse / Wünsche	M (SD) / n (%)
Gab es unbeantwortete Fragen? n (%)	
Nein	118 (69)
Ja	54 (31)
Wenn Ja (N=54), welche? n (%) (Mehrfachantworten möglich)	
Frage nach Schuld: Hätte der Tod verhindert werden können? Gibt es jemand schuldigen?	18 (33)
Frage nach der Todesursache: Woran ist die Person verstorben?	17 (32)
Frage nach den Todesumständen: Wie ist die Person verstorben?	10 (19)
Frage nach dem Ablauf: Was ist zu tun, wenn eine Person stirbt?	9 (17)
Frage nach Zukunftsperspektiven: Wie geht es weiter?	6 (11)
Frage nach dem Sinn: Warum?	4 (7)

Fortsetzung Tab. 7 Offene Fragen und unerfüllte Bedürfnisse von Angehörigen in den ersten drei Monaten nach dem Versterben einer nahestehenden Person, N=172

Bedürfnisse / Wünsche	M (SD) / n (%)
Gab es unerfüllte Bedürfnisse? n (%)	
Nein	133 (77)
Ja	39 (23)
Wenn ja (N=39), welche? n (%) (Mehrfachantworten möglich)	
Unerfüllte emotionale Bedürfnisse	12 (30)
Unerfüllte praktische Bedürfnisse	8 (20)
Die eigenen Bedürfnisse wurden zurückgestellt / nicht wahrgenommen	6 (15)
Unerfüllte allumfassende Bedürfnisse	5 (13)
Unerfülltes Bedürfnis nach Gespräch mit behandelnden Ärzt:innen	5 (13)
Sehnsucht nach dem alten Leben	4 (10)
Wurde sich zusätzliche Professionelle Unterstützung gewünscht? n (%)	
Nein	146 (85)
Ja	26 (15)
Wenn ja (N=26): Welche? n (%) (Mehrfachantworten möglich)	
Zusätzliche professionelle Unterstützung in Form von: Seelsorge/ Psychologie/ Trauerbegleitung	14 (54)
Zusätzliche professionelle Unterstützung in Form von: Lotse für Behördengänge/Rechtsfragen/ Informationen	13 (50)
Wie sehr wurden die eigenen Bedürfnisse insgesamt erfüllt? (Skala: 0=gar nicht, 10= extrem gut) M (SD), Spannweite	5,0 (3,1); 0-10

Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung

3.8 Bis zum Befragungszeitpunkt offen gebliebene Fragen und unerfüllte Bedürfnisse der Angehörigen

3.8.1 Bis zum Befragungszeitpunkt offen gebliebene Fragen

Mit Hinblick auf ihre gegenwärtige Situation berichtete fast ein Viertel (N=41, 24%) der Angehörigen, dass es zum Befragungszeitpunkt, im Mittel 3,7 (SD 1,6) Jahre nach Versterben der nahestehenden Person, weiter offen gebliebene Fragen gibt. Dabei umfassten diese sechs verschiedenen Themen. Für 12 Angehörige war die Frage nach einer möglichen Schuld oder Verantwortlichkeit weiterhin präsent. Ob der Tod hätte verhindert werden können und / oder ob es jemand schuldigen gibt. Eine Angehörige machte das mit folgender Aussage deutlich: „Am Anfang der Krankheit ging alles schief. Keiner erkannte erst die Krankheit, was mich sehr bedrückt und

wütend macht, vielleicht hätte alles anders laufen können. Und mein Sohn würde noch leben“ (weiblich, Alter unbekannt).

Bei neun Angehörigen ging es auch heute noch um Fragen, die mit den Todesumständen zu tun haben, z.B. wie ihr Angehöriger/ihre Angehörige verstorben ist, wie diese das Sterben empfanden, ob diese Schmerzen litten. Ein Beispiel hierfür ist der Gedanke einer älteren Frau: „Mich quält immer noch die Frage, ob sein Tod angstvoll, schmerzhaft, qualvoll war“ (w, 76J.).

Für sieben Angehörige stellte sich weiter die Frage nach ihrer eigenen Zukunft, der weiteren Gestaltung ihres Lebens und des Lebens ihres Umfelds und auch darum, was passiert, wenn sich der eigene Gesundheitszustand verändert. Eine ältere Frau fragte sich im Zuge dessen: „Was mache ich mit Haus und Garten, wenn ich nicht mehr kann? Und die Kinder kaum Zeit/Kraft haben alles zu regeln“ (w, 75J.).

Weitere 6 Angehörige waren weiterhin damit beschäftigt, einen Sinn in dem Verlust zu finden. Eine Frau machte deutlich: „Ich kann es immer noch nicht verstehen, dass meine liebe Tochter so früh sterben musste! WARUM!“ (w, 81J.).

Bis zum aktuellen Zeitpunkt fragten sich 5 Angehörige, woran die nahestehende Person verstorben ist bzw. was die genaue Todesursache war. Eine Frau bereute anhaltend: „Ich hätte der Obduktion zustimmen sollen. Es belastet mich sehr, nicht zu wissen, warum er plötzlich verstorben ist“ (w, 67J.).

Anhaltende Fragen, die aber von niemandem mehr beantworten werden können, gaben fünf Angehörige an. Ein Mann fasste es zusammen: „Es gab viele Fragen, die nicht mehr beantwortet werden konnten“ (m, 64J.). Eine detaillierte Darstellung der Daten zu den bis zum Befragungszeitpunkt offen gebliebenen Fragen der Angehörigen findet sich in Tabelle 8. Für weitere Ankerbeispiele unbeantworteter Fragen zum Befragungszeitpunkt siehe Tabelle 21 im Anhang.

3.8.2 Bis zum Befragungszeitpunkt unerfüllt gebliebene Bedürfnisse

Zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens, im Mittel 3,7 (SD 1,6) Jahre nach Versterben, berichteten 24 (14%) der Angehörigen, dass sie anhaltend unerfüllte Bedürfnisse in Bezug auf den erlebten Verlust empfanden. Dabei wurden fünf verschiedene Themenbereiche genannt.

Zum einen berichteten neun Angehörige, dass sie weiterhin das Bedürfnis haben, den Tod und die Situation um das Todesereignis herum zu verarbeiten, teilweise auch mit professioneller Unterstützung oder durch Gespräche mit Menschen aus dem direkten Umfeld des Verstorbenen. Eine Frau wünschte sich ein „Gespräch mit

den Kollegen des Verstorbenen, die zum Zeitpunkt seines Todes da waren (bzw. nicht aufmerksam waren)“ (w, 65J.).

In sechs Angehörigen persistierte die Sehnsucht nach dem alten Leben und einem Wiederzusammensein mit der verstorbenen Person. Eine Frau sagte zum Beispiel: „Ich wünsche mir einfach, er wäre noch hier bei mir, wäre noch am Leben!!! Ich wünschte, er würde mir ab und zu einen imaginären Ar...tritt verpassen“ (w, 61J.).

Das Bedürfnis nach Selbstfürsorge und danach, ihre eigene Gesundheit zu achten war für fünf Hinterbliebene sehr präsent. Zum einen, um sich wieder gesund und aktiv zu fühlen aber auch um zu verhindern, dass sie in eine ähnliche gesundheitliche Situation geraten, wie die verstorbene Person. Eine Frau mittleren Alters sagte: „Ja, ich möchte wieder die Kraft haben, zu Reiten oder Freunde regelmäßig zu treffen“ (w, 54J.).

Für drei Angehörige war das Bedürfnis nach Nähe und Liebesbeziehung zum Erhebungszeitpunkt weiter unerfüllt und sie wünschten sich eine neue Partnerschaft, „Eine neue Lebenspartnerschaft“ (m, 70J.), wie ein älterer Herr berichtete.

Für zwei Angehörige war deren finanzielle Situation zum Zeitpunkt des Ausfüllens anhaltend sehr belastend, sodass sie ein großes Bedürfnis nach finanzieller Unterstützung hatten. Ein Mann fasste zusammen: „finanzielle[r] Not begegnen“ (m, 74J.). Eine detaillierte Darstellung der Daten zu aktuell unerfüllten Bedürfnissen findet sich in Tabelle 8. Für weitere Ankerbeispiele von unerfüllten Bedürfnissen zum Befragungszeitpunkt siehe Tabelle 22 im Anhang.

3.8.3 Hilfreiches, um unerfüllten Bedürfnissen zu begegnen

Auf die Frage, ob es etwas oder jemanden gibt, das oder der/die helfen könnte, diesen unerfüllten Bedürfnissen zu begegnen, antworteten 118 (69%) mit „nein“. Für 22 (13%) der Personen war es subjektiv klar, dass niemand ihnen helfen kann. Nicht zu wissen was ihnen helfen könnte, beklagten 11 (6%) Angehörige. Dagegen hatten 21 (12%) Angehörige eine konkrete Vorstellung davon, was für sie hilfreich sein könnte. Dabei ging es um drei verschiedene Themenkomplexe. Hier wurden zum einen der Themenkomplex „Selbstfürsorge und Sorge durch andere“ genannt (n=10). Dabei bezogen sich Angehörige vor allem auf professionalisierte Strukturen wie Trauerberatungsstellen oder auf offene Trauergruppen aber auch darauf, dass sie sich besser um sich selbst kümmern möchten. Ein Mann wünschte sich: „Menschen, die sich mit den Bedürfnissen Trauernder auskennen / offene Gesprächsgruppen“ (m, 52J.). Für neun Angehörige war klar, dass es Reformen von Strukturen im Gesundheitswesen beziehungsweise in den Behörden bedarf. Das reicht von

Umstrukturierung der Abläufe im IfR über bessere Therapieangebote für psychisch belastete Hinterbliebene bis hin zu mehr Empathie durch städtische Behörden. Eine Frau wünschte sich: „Mehr Menschlichkeit und Unterstützung bei den sozialen Einrichtungen der Stadt [Stadtname]“ (w, 75J).

Ebenfalls strukturell angesiedelt war der Wunsch nach mehr finanzieller Sicherheit, der von drei Angehörigen geäußert wurde. Dabei ging es um Teilhabe, bezahlbaren Wohnraum und ausreichend Geld zum Leben. Ein Mann forderte: „Mehr Geld, damit man an der Öffentlichkeit teilnehmen kann!“ (m, 74J.). Eine detaillierte Darstellung der Daten zu von Angehörigen als hilfreich eingeschätzten Aspekten, um unerfüllten Bedürfnissen zu begegnen, findet sich in Tabelle 8. Für weitere Ankerbeispiele zu möglichen hilfreichen Maßnahmen siehe Tabelle 23 im Anhang.

Tab. 8 Anhaltend offene Fragen und unerfüllte Bedürfnisse der Hinterbliebenen nach unerwartetem Versterben einer nahestehenden Person, N=172

Bedürfnisse / Wünsche		M (SD) / n (%)
Gibt es aktuell unbeantwortete Fragen? n (%)		
	Nein	131 (76)
	Ja	41 (24)
Wenn Ja (N=41), welche? n (%) (Mehrfachantworten möglich)		
	Frage nach Schuld: Hätte der Tod verhindert werden können? Gibt es jemand schuldigen?	12 (29)
	Frage nach der Todesursache: Woran ist die Person verstorben?	5 (12)
	Frage nach den Todesumständen: Wie ist die Person verstorben?	9 (21)
	Frage nach Zukunftsperspektiven: Wie geht es weiter?	7 (16)
	Frage nach dem Sinn: Warum?	6 (14)
	Fragen, die nicht mehr beantwortet werden können	5 (12)
Gibt es aktuell unerfüllte Bedürfnisse? n (%)		
	Nein	148 (86)
	Ja	24 (14)
Wenn ja (N=24), welche? n (%) (Mehrfachantworten möglich)		
	Bedürfnis danach, den Tod und die Situation um das Todesereignis herum, zu verarbeiten (ggf. mit Unterstützung)	9 (36)
	Sehnsucht nach dem alten Leben	6 (24)
	Bedürfnis nach Selbstfürsorge und danach, die eigene Gesundheit zu achten	5 (20)
	Bedürfnis nach neuer Partnerschaft	3 (12)
	Bedürfnis nach finanzieller Unterstützung	2 (8)

Fortsetzung Tab. 8 Anhaltend offene Fragen und unerfüllte Bedürfnisse der Hinterbliebenen nach unerwartetem Versterben einer nahestehenden Person, N=172

Bedürfnisse / Wünsche	M (SD) / n (%)
Gibt es aktuell etwas/jemanden, das/der helfen könnte? n (%)	
Nein	118 (69)
Niemand kann mir helfen	22 (13)
Ich weiß es nicht	11 (6)
Ja	21 (14)
Wenn ja (N=21): Wer oder was? n (%) (Mehrfachantworten möglich)	
Selbstfürsorge und Sorge durch andere	10 (48)
Reform von Strukturen im Gesundheitswesen/in den Behörden	9 (43)
Finanzielle Sicherheit	3 (14)

Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung

3.9 Zum Befragungszeitpunkt empfundene soziale Unterstützung

Die durch den SSUK-8 erhobenen Daten zur aktuell empfundenen sozialen Unterstützung ergaben für die Dimension der positiven Unterstützung einen Mittelwert von 10,9 (SD 3,9; Spannweite 0-16) und somit eine moderat bis gut empfundene soziale Unterstützung. Demgegenüber steht die Dimension der belastenden Interaktion. Diese wurde im Mittel mit 2,6 (SD 3,1; Spannweite 0-16) als niedrig angegeben. Die Daten zur aktuell empfundenen sozialen Unterstützung befinden sich in Tabelle 9.

Tab. 9 Zum Befragungszeitpunkt empfundene Soziale Unterstützung der Hinterbliebenen nach unerwartetem Versterben einer nahestehenden Person, N=172

Soziale Unterstützung	M (SD)
Soziale Unterstützung (SSUK-8)	
Positive Unterstützung (0-16) ^a : M (SD)	10,9 (3,9)
Belastende Interaktion (0-16) ^b : M (SD)	2,6 (3,1)

^a höhere Werte bedeuten eine bessere Unterstützung; ^b höhere Werte bedeuten mehr belastende Interaktionen
Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; SSUK-8: deutsche Kurzversion der *Illness-specific Social Support Scale* (ISSS)

3.10 Fragen zu aktuellen psychischen Belastungen

Anhand der Cut-offs für Depressivität (PHQ-9), für eine posttraumatische Belastungsstörung (SSS) und für eine komplizierte Trauer (ICG) ergab sich zum Befragungszeitpunkt bei 68 (40%) der Angehörigen der Hinweis auf das Auftreten einer oder mehrerer psychischer Störungen. Im Mittel traten 0,6 (SD 0,943;

Spannweite 0-3) Anzeichen auf Vorliegen mindestens einer psychischen Störung bei den Angehörigen auf.

Hier zeigten 40 (23%) Angehörige eine moderate bis schwer ausgeprägte depressive Symptomatik. Bei 22 (13%) Angehörigen traten Hinweise auf eine mögliche PTBS auf und 49 (29%) Personen zeigten Symptome mit Hinweis auf eine komplizierte Trauer.

Eine detaillierte Darstellung des Auftretens psychischer Störungen nach unerwartetem Verlust einer nahestehenden Person zeigt Tabelle 10.

Tab. 10 Auftreten von psychischen Belastungen zum Befragungszeitpunkt bei Angehörigen nach dem unerwarteten Verlust einer nahestehenden Person, N=172

Belastungen	M (SD) / n (%)
Auftreten mehrerer psychischer Belastungen	
Anzahl psychischer Belastungen (0-3): M (SD)	0,640 (0,934)
Hinweis auf Auftreten von mind. einer psychischen Belastung: n (%)	
Hinweis auf eine oder mehr	68 (40)
Kein Hinweis	103 (60)
<hr/>	
Depression (PHQ-9)	
Gesamtscore (0-27): M (SD)	5,6 (5,6)
Symptomstärke: n (%)	
Keine (0-4)	88 (52)
Mild ausgeprägt (5-9)	43 (25)
Moderat ausgeprägt (10-14)	28 (16)
Stark ausgeprägt (15-27)	12 (7)
Hinweis auf Auftreten einer moderaten bis schweren Depression: n (%)	
Moderat / schwer ausgeprägte depressive Symptomatik (≥ 10)	40 (23)
Keine / mild ausgeprägte depressive Symptomatik	131 (77)
<hr/>	
Posttraumatische Belastungsstörung (SSS)	
Gesamtscore (0-7): M (SD)	1,3 (1,8)
Hinweis auf Auftreten von PTBS: n (%)	
Hinweis auf PTBS (≥ 4)	22 (13)
Kein Hinweis	146 (87)
<hr/>	
Komplizierte Trauer (ICG)	
Gesamtscore (0-76): M (SD)	18,5 (12,8)
Hinweis auf Auftreten von komplizierter Trauer: n (%)	
Hinweis auf komplizierte Trauer (≥ 25)	49 (29)
Kein Hinweis	120 (71)

Abkürzungen: M, Mittelwert; SD, Standardabweichung; PHQ-9, *Patient Health Questionnaire - 9-item Depression Module*; SSS, *Short Screening Scale* für DSM-IV Posttraumatische Belastungsstörung; ICG, *Inventory of Complicated Grief*

3.11 Regressionsanalyse

In die Regressionsanalysen konnten die Daten von 143 der 172 Angehörigen eingeschlossen werden, was einem Anteil von 83% entspricht. Mittels des im ersten Schritt angewandten Omnibus-Test konnten sich alle Modelle der vier Regressionsanalysen als signifikant darstellen, die p-Werte rangierten über alle Regressionsmodelle hinweg zwischen 0,000 und 0,019. Multikollinearität konnte mittels VIF und Toleranzwerten ausgeschlossen werden. Die Werte verteilten sich über alle vier Regressionsmodelle hinweg für den VIF zwischen 1,042 und 1,607. Die Toleranzwerte hielten sich über alle Regressionsmodelle hinweg in einem Bereich zwischen 0,622 und 0,960 auf.

3.11.1 Einflussfaktoren mit Hinweis auf eine oder mehrere psychische Störungen

Die erste Regressionsanalyse untersuchte Faktoren, die hinweisend auf das Vorliegen eines oder mehrerer psychischer Störungsbilder sind. Das Nagelkerke's R^2 von 0,465 erklärt etwa 47% der Varianz bezüglich der Zugehörigkeit zu einer der Gruppen für das entwickelte Modell durch die ausgewählten unabhängigen Variablen. Dies entspricht einer guten Modellgüte (Kuckartz et al., 2013).

Der Faktor des weiblichen Geschlechts (OR 3,129; $p=0,042$) kann zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung um das 3,1-fache führen. Auch eine mögliche psychiatrische Vorerkrankung (Selbsteinschätzung) (OR 3,997; $p=0,012$) kann zu einer deutlichen Erhöhung der Wahrscheinlichkeit des Auftretens weiterer psychischer Störungen führen, hier um das Vierfache.

Eine insgesamt als niedriger eingeschätzte Unterstützung der Angehörigen (OR 1,193 (-); $p=0,037$) in den ersten Trauermonaten kann einen, wenn auch geringen, negativen Einfluss haben und somit die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung erhöhen. Je niedriger die empfundene Unterstützung ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung zu entwickeln, hier kommt es zu einer Erhöhung um das 1,2-fache.

Beide Dimensionen des SSUK-8 zur empfundenen Unterstützung aus dem sozialen Umfeld sind mit der Wahrscheinlichkeit des Auftretens von psychischen Störungen assoziiert. Auf der einen Seite wirkt sich ein niedriges Ausmaß an positiver Unterstützung (OR 1,312 (-); $p=0,001$) in geringem Maße negativ aus und erhöht die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung um das 1,3-fache. Ein höheres Ausmaß belastender Interaktionen (OR 1,332; $p=0,000$) erhöht die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer oder mehrerer psychischer Störungen

ebenfalls um das 1,3-fache. Detaillierte Werte zu Einflussfaktoren auf das Vorliegen einer oder mehrerer psychischer Störungen, inklusive Regressions-koeffizienten, *Odds ratios* und Konfidenzintervalle, können Tabelle 11 entnommen werden.

Tab. 11 Einflussfaktoren auf den Hinweis auf eine oder mehrere psychische Störungen

Unabhängige Variablen	Hinweis auf eine oder mehrere psychische Störungen			
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	OR [95% KI]	p
Alter (in Jahren)	-0,013	0,021	1,013 (-) [0,972;1,056]	.521
Geschlecht: weiblich (Ref.: männlich)	1,141	0,562	3,129 [1,040;9,415]	.042
Schulbildung: niedrig (Ref.: mittel bis hoch)	0,775	0,695	2,170 [0,556;8,478]	.265
Beziehung zur verstorbenen Person: (Ehe-)Partner (Ref.: andere Beziehungen)	0,243	0,530	1,275 [0,451;3,606]	.646
Aktuelle Lebenssituation: alleinlebend (Ref.: mit Familie zusammenlebend oder Familie in der Nähe)	-0,736	0,542	2,088 (-) [0,722;6,024]	.174
Psychiatrische Erkrankungen in der Vorgeschichte: ja (Ref.: nein)	1,385	0,550	3,997 [1,360; 11,746]	.012
Zeit seit Versterben des nahestehenden Menschen (in Jahren)	-0,201	0,145	1,222 (-) [0,920; 1,626]	.166
Alter der verstorbenen Person zum Todeszeitpunkt: frühes bis mittleres Erwachsenenalter (20-60 Jahre) (Ref.: spätes bis hohes Erwachsenenalter (>61 Jahre))	0,642	0,510	1,901 [0,699; 5,168]	.208
Qualität des Versterbens (0-10; 10=ideal)	-0,065	0,063	1,067 (-) [0,944; 1,206]	.298
Anschauen des Verstorbenen nach seinem/ihrer Tod: nein (Ref.: ja)	0,349	0,472	1,418 [0,563; 3,575]	.459
Unterstützung in den ersten drei Trauermonaten (0-10; 10=ideal)	-0,176	0,084	1,193 (-) [1,011; 1,406]	.037
Aktuelle soziale Unterstützung: Skala "Positive Unterstützung" (SSUK-8: 0-16; 16=stärkste Ausprägung)	-0,277	0,081	1,312 (-) [1,126; 1,548]	.001
Aktuelle soziale Unterstützung: Skala "Belastende Interaktion" (SSUK-8: 0-16; 16= stärkste Ausprägung)	0,287	0,081	1,332 [1,137; 1,560]	.000

Fortsetzung Tab. 11 Einflussfaktoren auf den Hinweis auf eine oder mehrere psychische Störungen

Unabhängige Variablen	Hinweis auf eine oder mehrere psychische Störungen			
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	OR [95% KI]	p
Konstante	3,225	1,852	25,148	.082
Beobachtungen			143 (83,1%)	
Nagelkerke's R ²			0.465	

Referenzgruppe: kein Hinweis auf eine oder mehrere psychische Störungen; VIF 1,045 bis 1,582 (mittlerer VIF: 1,232), Toleranzwerte .632 bis .957, p-Wert .000

Abkürzungen: Ref, Referenzwerte; OR, *odds ratio*; KI, Konfidenzintervall; SSUK-8: deutsche Kurzversion der *Illness-specific Social Support Scale* (ISSS)

3.11.2 Einflussfaktoren mit Hinweis auf Auftreten einer moderaten bis schweren Depression

In der zweiten Regressionsanalyse wurde geprüft, welche möglichen Einflussfaktoren hinweisend sind auf das Auftreten einer moderaten bis schweren Depression, gemessen am PHQ-9 (PHQ-9 \geq 10). Das Modell zeigte mit einem Nagelkerkes R² von 0,543 eine Erklärung für etwa 54% der Varianz bezüglich der Zugehörigkeit zu der Gruppe, der an Depressionen erkrankten, auf Basis der ausgewählten unabhängigen Variablen. Dies entspricht einer sehr guten Modellgüte (Kuckartz et al., 2013). Als signifikante Einflussfaktoren, die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer moderaten bis schweren Depression führen können, zeigten sich das Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung (Selbsteinschätzung) in der Vorgeschichte und die empfundene soziale Unterstützung gemessen am SSUK-8.

Eine bereits in der Vergangenheit bestehende psychiatrische Erkrankung (OR 16,671; p=0,000) kann die Wahrscheinlichkeit, nach dem Verlust der nahestehenden Person an einer mittelschweren bis schweren Depression zu leiden, um das 16-fache erhöhen. Ein niedriges Ausmaß positiver Unterstützung, gemessen am SSUK, (OR 1,435 (-); p=0,000) kann als Einflussfaktor wirken, der die Wahrscheinlichkeit an einer mittelschweren bis schweren Depression zu erkranken um das 1,4-fache erhöhen kann. Detaillierte Werte zu Einflussfaktoren auf das Vorliegen einer mittelschweren bis schweren Depression, inklusive Regressionskoeffizienten, *Odds ratios* und Konfidenzintervalle, können Tabelle 12 entnommen werden.

Tab. 12 Faktoren, die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer depressiven Störung führen können

Unabhängige Variablen	Mögliche Depression (PHQ-9 \geq 10)			
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	OR [95% KI]	p
Alter (in Jahren)	-0,020	0,028	1,020 (-) [0,965;1,079]	.473
Geschlecht: weiblich (Ref.: männlich)	0,970	0,762	2,637 [0,592;11,750]	.203
Schulbildung: niedrig (Ref.: mittel bis hoch)	1,230	0,775	3,421 [0,749;15,623]	.112
Beziehung zur verstorbenen Person: (Ehe-)Partner (Ref.: andere Beziehungen)	0,589	0,696	1,803 [0,461;7,051]	.397
Aktuelle Lebenssituation: alleinlebend (Ref.: mit Familie zusammenlebend oder Familie in der Nähe)	0,173	0,625	1,189 [0,349;4,051]	.782
Psychiatrische Erkrankungen in der Vorgeschichte: ja (Ref.: nein)	2,814	0,681	16,671 [4,393;63,271]	.000
Zeit seit Versterben des nahestehenden Menschen (in Jahren)	0,074	0,187	1,077 [0,746;1,553]	.693
Alter der verstorbenen Person zum Todeszeitpunkt: frühes bis mittleres Erwachsenenalter (20-60 Jahre) (Ref.: spätes bis hohes Erwachsenenalter (>61 Jahre))	0,567	0,662	1,763 [0,481;6,453]	.392
Qualität des Versterbens (0-10; 10=ideal)	0,003	0,077	1,003 [0,863;1,166]	.968
Anschauen des Verstorbenen nach seinem/i ihrem Tod: nein (Ref.: ja)	0,977	0,627	2,655 [0,777;9,077]	.119
Unterstützung in den ersten drei Trauermonaten (0-10; 10=ideal)	-0,158	0,102	1,171 (-) [0,958;1,431]	.124
Aktuelle soziale Unterstützung: Skala "Positive Unterstützung" (SSUK-8: 0-16; 16=stärkste Ausprägung)	-0,361	0,103	1,435 (-) [1,172;1,754]	.000
Aktuelle soziale Unterstützung: Skala "Belastende Interaktion" (SSUK-8: 0-16; 16= stärkste Ausprägung)	0,019	0,107	1,019 [0,827;1,256]	.860
Konstante	1,310	2,491	3,708	.599
Beobachtungen			143 (83,1%)	
Nagelkerke's R ²			.543	

Referenzgruppe: kein Hinweis auf Depression (PHQ <10); VIF 1,045 bis 1,582 (mittlerer VIF: 1,226), Toleranzwerte .632 bis .957, p-Wert .000

Abkürzungen: Ref, Referenzwerte; OR, *odds ratio*; KI, Konfidenzintervall; PHQ-9, *Patient Health Questionnaire - 9-item Depression Module*; SSUK-8: Deutsche Kurzversion der *Illness-specific Social Support Scale* (ISSS)

3.11.3 Einflussfaktoren mit Hinweis auf Auftreten einer PTBS

Die dritte Regressionsanalyse prüfte, welche Einflussfaktoren hinweisend auf das Auftreten einer PTBS, gemessen am *Short Screening Scale* für DSM-IV *Posttraumatic Stress Disorder* (SSS \geq 4), sind. Das Modell auf Basis der ausgewählten Variablen zeigt mit einem Nagelkerkes R² von 0,311 eine Erklärung

der Varianz von 31% zu der Gruppe der an PTBS erkrankten zu gehören und besitzt damit eine befriedigende Modellgüte (Kuckartz et al., 2013).

Als mögliche Einflussfaktoren, die einen Hinweis auf Auftreten einer PTBS geben konnten, zeigten sich eine vorbestehende psychiatrische Erkrankung (Selbsteinschätzung), eine als niedrig empfundene Unterstützung in den ersten drei Trauermonaten, sowie eine hohe belastende Interaktion gemessen am SSUK-8. Die Wahrscheinlichkeit einer PTBS kann bei bereits bekannter psychiatrischer Erkrankung (OR 4,135; $p=0,023$) um das 4,1-fache erhöht sein. Die als niedrig empfundene Unterstützung in den ersten drei Monaten nach Verlust (OR 1,248 (-); $p=0,037$) kann sich auf die Wahrscheinlichkeit eine PTBS zu entwickeln auswirken. Je niedriger sie empfunden wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit einer PTBS, hier kommt es zu einer Erhöhung um das 1,3-fache. Zu guter Letzt kann eine erhöhte belastende Interaktion (OR 1,271; $p=0,012$), gemessen mittels SSUK-8, zu einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit einer PTBS um das 1,3-fache beitragen.

Detaillierte Werte zu Einflussfaktoren auf das Vorliegen einer PTBS, inklusive Regressionskoeffizienten, *Odds ratios* und Konfidenzintervalle, können Tabelle 13 entnommen werden.

Tab. 13 Faktoren, die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer PTBS führen können

Unabhängige Variablen	Mögliche Posttraumatische Belastungsstörung (SSS \geq 4)			
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	OR [95% KI]	p
Alter (in Jahren)	0,007	0,027	1,007 [0,956;1,061]	.784
Geschlecht: weiblich (Ref.: männlich)	0,512	0,789	1,669 [0,356;7,837]	.516
Schulbildung: niedrig (Ref.: mittel bis hoch)	0,500	0,879	1,649 [0,294;9,245]	.569
Beziehung zur verstorbenen Person: (Ehe-)Partner (Ref.: andere Beziehungen)	-0,553	0,681	1,739 (-) [0,458;6,623]	.416
Aktuelle Lebenssituation: alleinlebend (Ref.: mit Familie zusammenlebend oder Familie in der Nähe)	0,336	0,637	1,399 [0,402;4,873]	.598
Psychiatrische Erkrankungen in der Vorgeschichte: ja (Ref.: nein)	1,420	0,626	4,135 [1,212;14,108]	.023
Zeit seit Versterben des nahestehenden Menschen (in Jahren)	-0,371	0,226	1,449 (-) [0,930;2,257]	.101

Fortsetzung Tab. 13 Faktoren, die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer PTBS führen können

Unabhängige Variablen	Mögliche Posttraumatische Belastungsstörung (SSS \geq 4)			
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	OR [95% KI]	p
Qualität des Versterbens (0-10; 10=ideal)	-0,126	0,084	1,134 (-) [0,961;1,339]	.136
Anschauen des Verstorbenen nach seinem/ihrer Tod: nein (Ref.: ja)	-0,692	0,642	1,996 (-) [0,568;7,042]	.281
Unterstützung in den ersten drei Trauermonaten (0-10; 10=ideal)	-0,222	0,107	1,248 (-) [1,013;1,538]	.037
Aktuelle soziale Unterstützung: Skala "Positive Unterstützung" (SSUK-8: 0-16; 16=stärkste Ausprägung)	-0,063	0,096	1,065 (-) [0,883;1,285]	.511
Aktuelle soziale Unterstützung: Skala "Belastende Interaktion" (SSUK-8: 0-16; 16= stärkste Ausprägung)	0,240	0,096	1,271 [1,054;1,534]	.012
Konstante	0,142	2,335	1,152	.952
Beobachtungen			141 (82,0%)	
Nagelkerke's R ²			.311	

Referenzgruppe: kein Hinweis auf eine PTBS (SSS <4); VIF 1,042 bis 1,607 (mittlerer VIF: 1,239), Toleranzwerte .622 bis .960, p-Wert .019

Abkürzungen: Ref, Referenzwerte; OR, *odds ratio*; KI, Konfidenzintervall; PTBS, Posttraumatische Belastungsstörung; SSS, *Short Screening Scale* für DSM-IV Posttraumatische Belastungsstörung; SSUK-8: Deutsche Kurzversion der *Illness-specific Social Support Scale* (ISSS)

3.11.4 Einflussfaktoren mit Hinweis auf Auftreten einer komplizierten Trauerstörung

Die vierte Regressionsanalyse untersuchte, welche Einflussfaktoren das Auftreten einer möglichen komplizierten Trauerstörung, erhoben mittels ICG (ICG \geq 25), begünstigen. Das Modell zeigt mit einem Nagelkerkes R² von 0,289 eine 29%-ige Erklärung der Varianz auf Basis der ausgewählten Variablen zu den Personen mit einer komplizierten Trauerstörung zu gehören. Es weist eine befriedigende Modellgüte auf (Kuckartz et al., 2013).

Zur Signifikanz kam hier ein möglicher Einflussfaktor. Die Skala der belastenden Interaktion (OR 1,220; p=0,008) im Rahmen des SSUK-8 zeigte einen möglichen Zusammenhang auf, der im Rahmen der sozialen Unterstützung bei einer hohen belastenden Interaktion zu einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit einer komplizierten Trauerstörung um das 1,2-fache führen kann. Detaillierte Werte zu Einflussfaktoren auf das Vorliegen einer komplizierten Trauerstörung, inklusive Regressionskoeffizienten, *Odds ratios* und Konfidenzintervalle, können Tabelle 14 entnommen werden.

Tab. 14 Faktoren, die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer komplizierten Trauer führen können

Unabhängige Variablen	Mögliche komplizierte Trauer (ICG > 25)			
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	OR [95% KI]	p
Alter (in Jahren)	0,007	0,020	1,007 [0,968;1,048]	.724
Geschlecht: weiblich (Ref.: männlich)	0,561	0,546	1,752 [0,601;5,111]	.305
Schulbildung: niedrig (Ref.: mittel bis hoch)	1,198	0,656	3,312 [0,915;11,983]	.068
Beziehung zur verstorbenen Person: (Ehe-)Partner (Ref.: andere Beziehungen)	0,087	0,524	1,091 [0,391;3,045]	.867
Aktuelle Lebenssituation: alleinlebend (Ref.: mit Familie zusammenlebend oder Familie in der Nähe)	-0,370	0,523	1,447 (-) [0,519;4,032]	.480
Psychiatrische Erkrankungen in der Vorgeschichte: ja (Ref.: nein)	0,457	0,509	1,580 [0,582;4,288]	.369
Zeit seit Versterben des nahestehenden Menschen (in Jahren)	-0,185	0,153	1,203 (-) [0,893;1,623]	.224
Alter der verstorbenen Person zum Todeszeitpunkt: frühes bis mittleres Erwachsenenalter (20-60 Jahre) (Ref.: spätes bis hohes Erwachsenenalter (>61 Jahre))	0,972	0,504	2,642 [0,983;7,101]	.054
Qualität des Versterbens (0-10; 10=ideal)	-0,118	0,062	1,125 (-) [0,997;1,271]	.057
Anschauen des Verstorbenen nach seinem/ihrer Tod: nein (Ref.: ja)	0,032	0,477	1,033 [0,406;2,630]	.946
Unterstützung in den ersten drei Trauermonaten (0-10; 10=ideal)	-0,112	0,080	1,119 (-) [0,956;1,307]	.163
Aktuelle soziale Unterstützung: Skala "Positive Unterstützung" (SSUK-8: 0-16; 16=stärkste Ausprägung)	-0,097	0,073	1,103 (-) [0,995;1,272]	.183
Aktuelle soziale Unterstützung: Skala "Belastende Interaktion" (SSUK-8: 0-16; 16= stärkste Ausprägung)	0,199	0,075	1,220 [1,054;1,412]	.008
Konstante	-0,106	1,754	0,899	.952
Beobachtungen			143 (81,3 %)	
Nagelkerke's R ²			.289	

Referenzgruppe: kein Hinweis auf eine komplizierte Trauerreaktion (ICG ≤25); VIF 1,045 bis 1,582 (mittlerer VIF: 1,232), Toleranzwerte .632 bis .957, p-Wert .004

Abkürzungen: Ref: Referenzwert; OR, *odds ratio*; KI, Konfidenzintervall; ICG, *Inventory of Complicated Grief*; SSUK-8: Deutsche Kurzversion der *Illness-specific Social Support Scale* (ISSS)

4. Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Dissertationsschrift war es zu untersuchen, welche Probleme und unerfüllten Bedürfnisse von Angehörigen in den ersten Monaten nach unerwartetem Versterben einer nahestehenden Person im Vordergrund stehen und inwieweit diese Bedürfnisse erfüllt sind. Zusätzlich sollte herausgearbeitet werden, zu welchen maßgeblichen Veränderungen es im Leben der Hinterbliebenen kam und wie häufig mögliche Hinweise auf psychische Belastungen zu beobachten sind. Potenzielle Einflussfaktoren auf eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Belastungen können wegweisend für zukünftige Screenings und bedarfsgerechte Interventionen sein, um besonders vulnerable Personen frühzeitig an Versorgungsangebote anbinden und sie auffangen zu können. Letztlich geht es darum, Strategien und Lösungen zu entwickeln, um den Bedürfnissen von Angehörigen plötzlich verstorbener Menschen im klinischen sowie im gesellschaftlichen Kontext bestmöglich begegnen zu können.

4.1 Probleme und Bedürfnisse von Angehörigen nach unerwartetem Versterben einer nahestehenden Person

Auf Ebene von Informationen

Wenn auch nur moderat stellten vor allem fehlende Informationen oder Schwierigkeiten mit der Bürokratie für die Mehrheit der befragten Angehörigen Probleme in der Zeit nach dem Verlust einer nahestehenden Person dar, wobei das Problem fehlender Informationen am häufigsten vorkam. Mehr als ein Viertel der Angehörigen beklagten das Vorhandensein von unbeantworteten Fragen in der ersten Zeit nach Versterben, deren Fragen teilweise auch bis zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens anhielten, was im Durchschnitt etwas mehr als drei Jahre nach dem Verlust entsprach. Insbesondere Fragen nach Schuld und Verantwortlichkeit, sowie nach Todesursache und -umständen nahmen dabei eine präzente Rolle ein. Die Verstorbenen wurden im IfR untersucht, da die Todesart in der Todesbescheinigung als nicht natürlich oder ungeklärt zertifiziert worden war. Nach der Untersuchung durch das IfR wussten dennoch 30% der Hinterbliebenen zum Zeitpunkt der Befragung nicht, woran ihre Angehörigen verstorben sind, was bei einigen von ihnen zu offenen Fragen und emotionalen Belastungen führte. Sie würden gerne mehr über die Begleitumstände wissen und haben teilweise Schuldgefühle, ob der Tod von ihnen hätte verhindert werden können. Das Bedürfnis nach Klärung der Todesumstände war für einige der befragten Angehörigen ein

wichtiges Thema. Mitunter haben die befragten Angehörigen auch noch mehrere Jahre nach dem Tod das Bedürfnis, die Situation um das Todesereignis herum zu verarbeiten. Das deckt sich mit früheren Untersuchungen, bei denen ein großes Informationsbedürfnis von Seiten der Hinterbliebenen bestand (Merlevede et al., 2004, Wisten and Zingmark, 2007, McDonald et al., 2020a, Carlsson et al., 2022, Carlsson et al., 2020). Daher ist es besonders wichtig, Angehörige nach ihrem Verlust mit ausreichenden und verständlichen Informationen über den Tod und die Todesumstände ihrer nahestehenden Person zu versorgen. Dies kann ebenfalls hilfreich im Umgang mit möglichem Aufkommen von Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen sein (Carlsson et al., 2022). Zusätzlich wurde deutlich, dass sich einige Angehörige Informationen über bereits bestehende Hilfsangebote wünschten. Dafür könnte das IfR als erste Ansprechinstanz mit Flyern, Internetseiten oder Telefonnummern entsprechender Unterstützungsquellen sorgen.

Auf praktischer Ebene

Zusätzlich ist für mindestens ein Viertel der Angehörigen der Verlust einer nahestehenden Person mit Problemen in verschiedenen anderen Bereichen verbunden. Teilweise waren diese Probleme praktischer Natur. Unter anderem kam es zu Überforderungen mit der Organisation von Erbe und Nachlass sowie der Verwaltung von Versicherungen und Bankkonten der verstorbenen Person. Zu dieser Art von Problemen nach Verlust einer nahestehenden Person gibt es bisher nur wenig Studien. Diese zeigen jedoch, dass praktische Herausforderungen in Zeiten von Trauer zu schlechterem psychischem und emotionalem Wohlbefinden beitragen können (Blackburn and Bulsara, 2018, Stroebe et al., 2006). Das alte Leben, wie es bekannt war, existiert nach einem Verlust nicht mehr. Für einige wenige Angehörige stellte vor allem die Veränderung der bisherigen Wohnsituation ein essenzielles Problem dar.

Veränderungen können sich dabei neben der Wohn- auch auf die Arbeitssituation und auf die finanzielle Lage beziehen. Dadurch können die soziale Rolle sowie der Status der Hinterbliebenen beeinflusst werden, was frühere Untersuchungen ebenfalls zeigen konnten (Corden et al., 2008). Einige Angehörige wünschten sich jemanden wie Lots:innen für Behördengänge, Rechtsfragen und zur Bereitstellung allgemeiner Informationen. Dies könnte sich als hilfreich erweisen, um zu wissen, um welche Dinge nach Versterben einer nahestehenden Person sich gekümmert werden muss und um an die entsprechenden Informationen für mögliche Hilfsangebote zu

gelangen. Insbesondere bei starker Überforderung könnte so eine Person bei Behördengängen und bürokratischen Erledigungen hilfreich zu Seite stehen.

Auf Beziehungsebene

Daneben kann der Umgang des sozialen Umfelds mit den trauernden Angehörigen zu Stress führen. Generell kann es nach Versterben einer nahestehenden Person zu großen Veränderungen im sozialen Gefüge kommen. Beziehungen können sich voneinander entfernen oder aber auch intensivieren. Ein Review aus dem Jahr 2015 konnte herausarbeiten, dass der Verlust einer geliebten Person die gesamte Familiendynamik beeinflussen und dadurch zu einer gesunden aber auch zu einer ungesunden Trauerverarbeitung beitragen kann (Delalibera et al., 2015). Hinzu kommt, dass die Hinterbliebenen sich unter Umständen in neuen Rollen wiederfinden, die mit einer erhöhten Verantwortung einhergehen oder aber auch mehr Freiheiten für sie bedeuten können. Dabei konnten Untersuchungen zeigen, dass vor allem für jüngere Menschen die Übernahme von Aufgaben der verstorbenen Person mit Stress verbunden sein kann (Eisma et al., 2022). Diese Ebene ist unter Umständen weniger sicht- und messbar als andere Ebenen, dennoch kann sie für Angehörige zu einer starken psychischen Belastung führen. Dies sollten professionelle Berufsgruppen im Umgang mit trauernden Angehörigen im Blick behalten und ggf. frühzeitig ansprechen bzw. für nötige Ansprechpartner:innen sorgen, damit familiäre Dynamiken nicht zu einer extremen Belastung für die Hinterbliebenen werden.

Auf emotionaler Ebene

Emotionales Leiden kann viele Bereiche des Lebens miteinschließen. Zum einen kann sich die angehörige Person durch den plötzlichen Verlust und die Trauer sehr allein und verlassen fühlen. Gefühle von Einsamkeit, reduzierte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und soziale Isolation können Folge davon sein. Es kann sich darin steigern, dass der Verlust und die Begleitumstände zu einer starken psychischen Belastung werden, worunter die Gesamtgesundheit leidet. Die häufig genannten Themen Einsamkeit und Alleinsein konnte in der Vergangenheit bereits von anderen Autor:innen beobachtet werden (Utz et al., 2014, Engel et al., 2022). Dabei konnte in einer weiteren Studie gezeigt werden, dass Einsamkeit nach einem Verlust mit einer schlechteren mentalen Gesundheit assoziiert ist (Vedder et al., 2022). Vor allem die Bekämpfung von Einsamkeit der trauernden Angehörigen sollte

im Mittelpunkt der emotionalen Versorgung stehen. Das Thema muss gezielt angesprochen und evaluiert werden, um im Anschluss entsprechend an mögliche Hilfsangebote verweisen zu können. Dabei kann es sich um Trauergruppen, Trauer-Cafés, Sorgentelefone oder andere Möglichkeiten der menschlichen Begegnung handeln.

Auf Ebene von Sinnfindung

Zudem blieben Angehörige damit zurück, einen Sinn im Tod der verstorbenen Person zu suchen und sich ihre Zukunft nach dem Verlust neu zu konstruieren. So konnte eine Studie mit explorativem Ansatz aus dem Jahr 2020 in einer qualitativen Erhebung mehrere wichtige Themen herausarbeiten. Neben dem Verlust der nahestehenden Person kommt es ebenfalls zu einem Verlust des bekannten Lebens und allem, was dazu gehören kann. Dies kann dazu führen, dass eine Sinnkrise ausgelöst wird, in der das gesamte Leben und die eigene Existenz in Frage gestellt werden können (Carlsson et al., 2020). Die Wichtigkeit, dem Verlust einen Sinn zu geben, wurde bereits in anderen Studien aus der Vergangenheit hervorgehoben. Dort konnte zum einen gezeigt werden, dass Angehörige, die einen Sinn in dem Verlust der ihnen nahestehenden Person finden konnten, weniger Anzeichen auf komplizierte Trauerstörungen in den folgenden zwei Jahren aufwiesen (Holland et al., 2006). Zusätzlich fand eine weitere Studie heraus, dass das Finden eines Sinns im Verlauf nach dem Verlust zukünftig zu einem besseren Wohlbefinden der Angehörigen führen kann (Coleman and Neimeyer, 2010).

Die durchgeführte Untersuchung konnte zeigen, dass die befragten Angehörigen ihre Bedürfnisse in den ersten Monaten als eher moderat erfüllt ansahen. Daher besteht in diesem Bereich sicherlich noch Verbesserungspotenzial, insbesondere auf den verschiedenen Bedürfnisebenen, die sich herauskristallisiert haben.

Einige Angehörige hatten zudem das Gefühl, dass kein Raum für ihre Bedürfnisse gewesen sei. Hierfür ist es essenziell, Räume zu schaffen, in denen Angehörigen zugehört und ihre Bedürfnisse wahr- und ernst genommen werden. Ein kleiner Teil sagte jedoch auch, dass niemand ihnen hätte helfen können und einige wissen nicht, was ihnen hätte helfen können. Dies spiegelt vor allem großes Unwissen und zu wenig Informationen wider, was durch entsprechende Angebote verändert werden könnte. Es ist für Mitarbeitende im Gesundheitswesen oder generell für Menschen, die mit trauernden Angehörigen zu tun haben, wichtig, diesen zu ermöglichen, über ausreichend Informationen über Todesursachen und -umstände der verstorbenen

Person, sowie über den Verlauf von Trauer und mögliche Hilfsangebote zu verfügen. Diese sollten insbesondere Bereiche von emotionaler Unterstützung, der Sinnfindung und von praktischer Unterstützung beinhalten.

4.2 Umgang der Angehörigen mit der Todessituation der ihnen nahestehenden Person

Die Art und Weise des Versterbens wurde von den meisten Angehörigen nur als moderat bewertet.

Was vielen Angehörigen geholfen hat, mit der Situation umzugehen, war, die verstorbene Person nach dem Versterben nochmal anzusehen. Dies deckt sich mit früheren Untersuchungen, bei denen gezeigt werden konnte, dass das Ansehen der verstorbenen Person ein wichtiger Schritt im Trauerprozess sein kann. Es ermöglicht den Angehörigen, Abschied zu nehmen und hilft dabei, die Realität zu akzeptieren (Chapple and Ziebland, 2010, Mowll et al., 2016). Angehörigen sollte es immer ermöglicht werden, die verstorbene Person noch einmal ansehen zu können. Dabei wäre es wichtig, auf einen angemessenen Rahmen zu achten und sie frei entscheiden zu lassen, ob ein Ansehen gewünscht ist oder nicht.

Zudem empfand eine Mehrheit der Angehörigen die Durchführung einer Obduktion und/oder einer Gewebespende als hilfreich, wobei eine vergangene Studie zeigen konnte, dass das offene Gespräch über mögliche Organ- und Gewebespenden von den meisten Angehörigen gut angenommen und in den seltensten Fällen als belastend empfunden wird (Wulff et al., 2013). Ärzt:innen können demnach auch trauernde Angehörige auf die Möglichkeit von Organ- und Gewebespenden ansprechen, solange dies respektvoll und sensibel geschieht.

Generell kommt der Rechtsmedizin als erster Kontaktstelle bei unerwarteten Todesfällen eine besondere Rolle im Umgang mit Angehörigen zu. Sie sind diejenigen, die den Angehörigen die für sie notwendige Klarheit über die Todesursache und eventuelle Todesumstände erklären und verständlich machen können und müssten. Dass es sich bei diesen Gesprächen mit Angehörigen um herausfordernde und belastende Konversationen handelt bestätigten Befragungen von in Deutschland und in der Schweiz tätigen Ärzt:innen der Rechtsmedizin (Aboutara et al., 2015, Hauswirth and Bartsch, 2011). Teilweise fühlten sich die dort tätigen Ärzt:innen nicht ausreichend auf die kommunikativen Herausforderungen vorbereitet und wünschten sich mehr Fortbildungen in diesem Bereich (Aboutara et al., 2015). Die Ärzt:innen der rechtsmedizinischen Institute können durch eine ausführliche und empathische Aufklärung der Angehörigen plötzlich Verstorbener

deren großes Bedürfnis nach Informationen erfüllen und gleichzeitig dafür sorgen, dass auch im Nachgang des Verlustes weniger Fragen offen bleiben. Zusätzlich können sie dadurch verhindern, dass Angehörige sich in Schuldgefühlen wiederfinden. Dafür bedarf es gut geschulten Personals, das sich gewachsen fühlt, diese herausfordernden Konversationen zu führen. Regelmäßige Fortbildungen und Schulungen bezüglich einer angemessenen Kommunikation mit Angehörigen und Wahrnehmen derer individueller Bedürfnisse kann ein erster Schritt in Richtung zu mehr Unterstützung von Angehörigen in solch schwierigen Zeiten sein. Bei hohem Unterstützungsbedarf auf psychisch-emotionaler Ebene, sollten Angehörige unkompliziert und zeitnah an entsprechende psychosoziale Stellen weitergeleitet werden. Dafür müssen ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen. Das bestätigten auch Wulff et al. in einer 2019 am UKE durchgeführten Untersuchung, nach der von 560 Angehörigen nach einem Gespräch nur etwa 10% eine Weiterleitung in die psychologische Ambulanz erhielten, obwohl der Bedarf höher sei. Dies lag vor allem an begrenzten Ressourcen (Wulff et al., 2019).

4.3 Psychische Belastungen von Angehörigen nach unerwartetem Verlust einer nahestehenden Person

Fast 40% der Angehörigen zeigten Hinweise auf das Vorliegen mindestens einer psychischen Störung. Dabei ergaben sich am häufigsten Hinweise auf eine mögliche komplizierte Trauerstörung, gefolgt von depressiven Störungen und posttraumatischen Belastungsstörungen.

Die Untersuchung möglicher Faktoren, die das Auftreten einer dieser Störungen begünstigen können, ergab, dass vor allem die als niedrig empfundene soziale Unterstützung (in den ersten Trauermonaten bzw. zum Befragungszeitpunkt) und eine mögliche psychiatrische Vorerkrankung Einflussfaktoren sind, die über alle psychischen Belastungen hinweg Einfluss auf deren Wahrscheinlichkeit nehmen können. Zusätzlich zeigte sich das weibliche Geschlecht als möglicher Einflussfaktor. Dies deckt sich mit bisheriger Forschung (Aneshensel et al., 2004, Kristensen et al., 2012, Shear et al., 2013, Visser et al., 2017). Dennoch handelt es sich bei den Hinweisen auf mögliche psychische Störungen nicht um eine klinische Diagnose, sondern um einen Wert auf Basis einer Selbsteinschätzung der trauernden Angehörigen. Daher sind die Ergebnisse vor diesem Hintergrund zu betrachten. Zudem sind auch die Einflussfaktoren zwar signifikant, aber auf Basis eines überlasteten Regressionsmodell entstanden, bei dem es zu wenig Ereignisse gab, um wirklich eine definitive Aussage treffen zu können. Das Modell an sich ist

literaturbasiert ausreichend gesichert, sodass sich dennoch eine gewisse Aussage aus den vorliegenden Ergebnissen ziehen lässt, die aber eher explorativ zu werten ist. Für eine genauere Erfassung definitiver Einflussfaktoren bedarf es weiterer Untersuchungen mit höherer Fallzahl.

4.4 Soziale Unterstützung von Angehörigen nach unerwartetem Verlust einer nahestehenden Person

Insgesamt fühlten sich Angehörige in den ersten drei Monaten sowie zum Befragungszeitpunkt moderat unterstützt. Von den befragten Angehörigen gab weniger als ein Drittel an, professionelle Unterstützungsangebote in Anspruch genommen zu haben. Am häufigsten wurden eine psychologische Begleitung sowie eine professionelle Trauerbegleitung in Anspruch genommen. Hier fällt eine gewisse Diskrepanz auf, da etwa 40% der Angehörigen Hinweise auf Vorliegen mindestens einer psychischen Belastung zeigten. Es stellt sich die Frage, ob diejenigen, die belastet waren und keine professionelle Unterstützung bekamen, nicht wussten, woher sie Unterstützung bekommen können oder ob sie überhaupt eine erhalten wollten. Für ersteres spricht, dass einige Angehörige in der durchgeführten Untersuchung benannt haben, dass es ihnen an Informationen über mögliche Unterstützungsangebote mangelte. Zudem wünschten sich mehrere Angehörige Zugang zu professionellen Unterstützungsangeboten. Hier erscheint der Bedarf an weiterer Evaluation zu Gründen, warum keine professionelle Unterstützung in Anspruch genommen wurde.

Bei den formellen Formen sozialer Unterstützung durch die Behörden und das IfR, berichteten die Angehörigen darüber, dass diese Kontakte von ihnen als moderat hilfreich eingeschätzt wurden, sofern sie stattfanden. Die Bestattungsunternehmen hingegen wurden mehrheitlich als hilfreich empfunden, was zu den Ergebnissen früherer Untersuchungen passt (Aoun et al., 2019b). Dabei unterstützen sie auf pragmatischer Ebene durch Übernahme von Organisationsaufgaben und geben den Angehörigen den nötigen Raum für ihre Trauer. Durch ihre Professionalität wird es ermöglicht, die Würde von Verstorbenen und Trauernden zu wahren und gleichzeitig dient das Bestattungsunternehmen als Informationsquelle über weitere Abläufe. Mögliche negative Aspekte hingegen können teilweise starke finanzielle Belastungen sein (Aoun et al., 2019b). Den Bestattungsunternehmen wird somit eine sehr wichtige Rolle zuteil, da sie Angehörige und Verstorbene auf deren letztem gemeinsamen Weg begleiten und von Angehörigen als große Unterstützung wahrgenommen werden.

Nahezu alle Angehörigen wurden vom privaten Umfeld unterstützt und empfanden diese Unterstützung als hilfreich. Dies deckt sich mit früheren Studien, in denen insbesondere Freund:innen und das familiäre Umfeld wichtige Stützen nach Verlust einer nahestehenden Person darstellten (Aoun et al., 2018).

Des Weiteren zeigte die Untersuchung, dass auch dem Arbeitsumfeld eine wichtige unterstützende Rolle zuteilwerden kann. Da die meisten Arbeitnehmenden in Vollzeit einen nicht unerheblichen Teil ihres Tages auf ihrem Arbeitsplatz verbringen, ist es nicht weiter verwunderlich, dass auf diese Weise enge soziale Kontakte entstehen können, die in emotional schwierigen Zeiten zu einer wichtigen Stütze werden können. Die Rolle des Arbeitsumfeldes im Rahmen von Trauerprozessen und sozialer Unterstützer wurde bisher nur vereinzelt untersucht. Eine kleine Studie mit qualitativem Ansatz konnte aber herausarbeiten, dass insbesondere Kommunikation, Rückhalt, Anerkennung des Verlustes und emotionale Unterstützung durch die Arbeitgebenden von trauernden Angestellten als sehr hilfreich im Berufskontext empfunden wurden (Gilbert et al., 2021). Somit kann dem Arbeitsumfeld eine wichtige Rolle zukommen, um ihren Teil zur Unterstützung trauernder Angehöriger beizutragen. Hierfür könnten Schulungen von Führungskräften und Mitarbeitenden hilfreich sein, um das nötige Bewusstsein für den Umgang mit trauernden Mitarbeitenden zu schaffen und somit eine Arbeitsumgebung zu schaffen, in denen die Themen Tod und Trauer Raum einnehmen können, sodass Betroffene sich gut unterstützt fühlen.

Zu guter Letzt finden trauernde Angehörige ebenfalls Unterstützung in spirituellen Gemeinden, wie Glaubensgemeinden und Kirchen. Somit ziehen trauernde Angehörige Unterstützung aus vielen verschiedenen Bereichen ihres alltäglichen Lebens. Leider werden insbesondere Institutionen der Öffentlichkeit noch nicht ausreichend als unterstützend wahrgenommen, sodass vor allem das private Umfeld viel Arbeit leistet, um Trauernde aufzufangen. Hier gibt es Entwicklungspotenzial, damit auch z.B. Behörden ihren Beitrag leisten können, trauernden Angehörigen die von ihnen benötigte Unterstützung zuteil kommen zu lassen. Das könnte dafür sorgen, das nähere soziale Umfeld zu entlasten und die Unterstützung Trauernder auf verschiedenen Säulen gleichmäßig zu verteilen.

4.5 Implikationen für die Klinik und die Gesellschaft

Nicht alle Angehörigen benötigen eine professionelle Trauerunterstützung, aber nicht jede Person, die sie benötigt, erhält sie auch (Aoun et al., 2019a). Zudem konnte in einer Studie gezeigt werden, dass der universelle Einsatz von Trauerbegleitung

unnötig und teilweise schädlich sein kann, weshalb Unterstützung nach einem Verlust nur als Antwort auf individuell erhobene Bedürfnisse erfolgen sollte (Agnew et al., 2010).

Aus diesen Gründen ist es in den Einrichtungen mit Erstkontakt zu trauernden Angehörigen (z.B. IfR, Notaufnahmen, Intensivstationen und andere Krankenhausstationen, Pflegeeinrichtungen) wichtig, mögliche Bedürfnisse der Angehörigen zu erfassen, um daraus ggf. einen sich ergebenden Bedarf zu evaluieren. Dafür bedarf es zum einen geschulten Personals, das sich den Herausforderungen dieser Konversationen gewachsen fühlt. Zum anderen bedarf es geeigneter Tools, die den Mitarbeitenden eine möglichst objektive Erfassung von Bedürfnissen ermöglichen. Aktuell gibt es keine standardisierten und validierten Tools, die dieser Aufgabe gerecht werden können. Es befinden sich aber einige in der Entwicklung oder Überprüfungsphase. So zum Beispiel auch der *Sudden Bereavement Needs Inventory (SBNI)*. Dieser wurde in einem kommunalen Lenkungsausschuss mit trauernden Angehörigen nach einem plötzlichen Verlust sowie Spezialist:innen aus dem Bereich traumatischer Verluste, die sowohl klinisch als auch wissenschaftlich in diesem Feld tätig waren, erstellt. Dabei kristallisierten sich die sechs Bereiche „Bedürfnisse nach Sinnfindung“, „Informationsbedürfnisse“, „Emotionale Bedürfnisse“, „Praktische Bedürfnisse“, „Spirituelle Bedürfnisse“, „Bedürfnisse auf Beziehungsebene“ heraus, denen insgesamt 20 Items zugeordnet wurden. Anschließend wurden diese auf Theorie basierenden Faktoren psychometrisch untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass es sich bei dem Tool um ein psychometrisch valides und zuverlässiges Instrument handelt, um trauerspezifische Bedürfnisse nach dem plötzlichen Verlust einer nahestehenden Person zu erfassen (Bottomley and Smigelsky, 2022). Solche oder ähnliche Instrumente könnten im klinischen Kontext Beschäftigten helfen, trauerspezifische Bedürfnisse bei Angehörigen zu erfassen und sie, bei Bedarf, mit gezielten Informationen oder Weiterleitung an spezialisierte Stellen zu unterstützen. Es könnte auch eine Art Gesprächsleitfaden entwickelt werden, anhand dessen verschiedene Bedürfnisebenen und mögliche Risikofaktoren oder Anzeichen für psychische Belastungen systematisch erhoben werden. Solch ein Leitfaden müsste nach seiner Entwicklung in kleineren und größeren Kohortenstudien angewandt und evaluiert werden, bis er sich als valides und praktikables Erhebungsinstrument bewiesen hat.

Zusätzlich ist es besonders wichtig den kleinen, aber umso stärker betroffenen Anteil an Angehörigen, die eine erhöhte Vulnerabilität für mögliche psychische Belastungen aufweisen, gezielt zu identifizieren und einer weiteren professionalisierten Unterstützung zuzuführen. Dafür braucht es besonderer Schulungen der Ärzt:innen und anderer Berufsgruppen, um zum einen Symptome bereits bestehender Störungen wie Depressivität, PTBS, Komplizierter Trauerstörung sowie zum anderen deren Risikofaktoren, die eine mögliche Entstehung begünstigen, zu evaluieren. In Angehörigengesprächen kann es eine Möglichkeit sein, für sich selbst eine Einteilung in Gruppen von wenig belasteten, moderat belasteten und stark belasteten Angehörigen vorzunehmen, um sie entsprechend ihrer Bedürfnisse und Belastungen über verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und entsprechenden Hilfestellen zuweisen zu können. Im Falle der hier befragten Angehörigen würde entsprechend das IfR als Brücke zu weiteren unterstützenden psychologischen und trauerspezifischen Angeboten fungieren.

Daneben bedarf es eines zusätzlichen gesamtgesellschaftlichen Ansatzes, in den die entsprechenden Angebote eingebettet sind. Da ein Großteil der befragten Angehörigen berichteten, dass sie vor allem aus dem sozialen Umfeld, Familie, Freund:innen, Berufsumfeld und auch durch Bestattungsunternehmen Unterstützung erhalten haben, was auch andere Forschungen aus dem Bereich bestätigen konnte (Aoun et al., 2019b) und die Mehrheit der Befragten keine schwerwiegenden psychischen Belastungen entwickelt, sollte man aus gesamtgesellschaftlicher Sicht vor allem diese bestehenden Strukturen als potenzielle Ressourcen für Unterstützung in Trauerphasen ansehen und weiter stärken. Dabei hat sich in der Palliativbewegung der Begriff der *compassionate communities* etabliert. Hierbei handelt es sich um ein Konzept, das den Umgang mit Tod und Sterben nicht mehr als Thema ansieht, das ausschließlich im klinischen und institutionellem Kontext behandelt wird, sondern für das alle Mitglieder der Gesellschaft Verantwortung übernehmen (Breen et al., 2022). Über die Lebensspanne ihrer Mitglieder hinweg sorgen diese Gemeinschaften für Inklusion, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Wohlbefinden nach einer Trauerphase (Aoun et al., 2019a). Dabei sollen sie allen Menschen zur Verfügung stehen, unabhängig von Alter, Erkrankung oder sozialem Status (Breen et al., 2022). Wichtig innerhalb dieser Gemeinschaften ist es auch, die Trauerkompetenz der einzelnen Mitglieder zu stärken. Damit ist die Fähigkeit gemeint, Wissen über die Erfahrung von Verlust zu

erlangen, zu verarbeiten und zu nutzen (Breen et al., 2022). Diese Fähigkeit ist mehrdimensional anzusehen und besteht aus verschiedenen Komponenten: zum einem die Wissenskomponente, mit der sich Trauer erkennen lässt, mit der man Quellen für Informationen kennt und mit der man Warnzeichen für kompliziertere Verläufe erkennen kann. Eine zweite Komponente zeichnet sich durch Kompetenz aus. Hier geht es um Zuhören, die Fähigkeit, einfühlsam Fragen zu stellen und bedürftigen Menschen bei Ihrer Suche nach Unterstützung zu helfen. Bei der Komponente der Werte geht es um Gemeinschaft, Verbundenheit und eine Ethik zur Pflege erkrankter Menschen (Breen et al., 2022). Da bisher vor allem das familiäre Umfeld sowie Freund:innen einen Großteil der Unterstützung Trauernder übernehmen, sollten andere Bereiche wie das Arbeitsumfeld, Bildungseinrichtungen und Sportvereine im Bereich der Trauerarbeit gestärkt werden. Dafür würde es sich anbieten, vor allem auf Führungsebene und im Rahmen von z.B. „Trauer-Buddies“ Bewusstsein für Bedürfnisse und Probleme von Trauernden zu schaffen und ein Umfeld zu kreieren, in dem Raum für diese ist.

Für eine zusätzliche Erhöhung der Trauerkompetenz in Gemeinschaften gibt es seit einigen Jahren das Konzept sogenannter *death cafés*. Dort treffen sich regelmäßig Menschen aus verschiedenen Teilen der Gesellschaft, um sich über Themen wie Tod, Sterben, Krankheit und Trauer auszutauschen. Damit können sie innerhalb von *compassionate communities* einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Raum für Konversationen über das Lebensende zu schaffen, sowie die Stigmatisierung von Tod und Trauer zu verringern (Laranjeira et al., 2022).

Wichtig wird es sein, professionalisierte Strukturen sowie gemeinschaftlich organisierte Unterstützung zu verknüpfen, um sowohl stark belasteten trauernden Angehörigen als auch weniger stark belasteten Angehörigen ihren Bedürfnissen angemessene Angebote machen zu können. (Aoun et al., 2019a, Breen et al., 2022). Soziale Netzwerke sind für die meisten Menschen bereits vorhanden, sodass eine große Zahl von gestärkten Strukturen profitieren kann. Dadurch können professionalisierte Strukturen entlastet werden, sodass ihnen mehr Ressourcen bleiben, um sich um besonders stark belastete Angehörige kümmern zu können (Aoun et al., 2019a). Laut Aoun et al. ist ein *Public-Health-Ansatz*, der die persönlichen Bedürfnisse von Angehörigen mit dem sozialen Leben verknüpft und die formelle Betreuung mit der informellen Unterstützung verbindet, grundlegend für ein ausgewogenes Konzept der Trauerbegleitung (Aoun et al., 2019a). Dies fordern

auch Breen et al., indem sie hervorheben, dass es eines doppelten Schwerpunkts bedarf. Einerseits sollte die Entwicklung und Verfügbarkeit spezialisierter Dienste vorangebracht werden. Gleichzeitig ist es wichtig, Investitionen in den Aufbau der Fähigkeit der Gemeinschaft, Trauer zu verstehen und unterstützende, mitfühlende Pflege zu leisten, zu tätigen. Zusätzlich bedarf es einer nicht minder wichtigen Aufklärung über Tod und Sterben innerhalb der Gesamtgesellschaft (Breen et al., 2022).

4.6 Limitationen

Die durchgeführte Untersuchung evaluiert rückblickend, mit welchen Bedürfnissen und psychischen Belastungen Angehörige plötzlich Verstorbener zu tun haben. Dabei muss beachtet werden, dass die Stichprobe klein und nicht-repräsentativ ist. Eine Antwortrate, wie bei der durchgeführten Studie, von 20% ist in diesem Forschungsbereich, mit einer hoch sensiblen Zielgruppe wie trauernder Angehöriger, jedoch erwartbar. Dadurch, dass viele Studienunterlagen nicht zugestellt werden konnten bzw. von vielen Angehörigen keinerlei Rückmeldung erfolgte, ist es schwierig einzuschätzen, welche Personen gar nicht erreicht wurden und welche Personen nicht teilnehmen wollten, weil sie vielleicht noch zu stark belastet waren. Vor diesem Hintergrund müssen die vorliegenden Ergebnisse betrachtet werden. Zusätzlich handelte es sich bei der Stichprobe von Angehörigen nur um solche, bei denen die Todesart auf der Todesbescheinigung primär als nicht-natürlich oder ungeklärt zertifiziert worden ist, sodass das IfR hinzugezogen wurde. Zudem wurden Angehörige Verstorbener, bei denen eine gerichtliche Obduktion angeordnet wurde, aus juristischen Gründen von vornherein ausgeschlossen. Dies könnte dazu führen, dass insbesondere die Ergebnisse von möglichen Belastungen der Angehörigen verzerrt sind, da dadurch u.a. Tötungsdelikte keine Betrachtung fanden. Hier zeigten Studien in der Vergangenheit, dass vor allem Tode durch Gewalteinwirkung mit erhöhten psychischen Belastungen bei Hinterbliebenen einhergehen können (Kristensen et al., 2012, Boelen, 2015). Eine Studie konnte zeigen, dass Hinterbliebene von an Homizid gestorbenen Menschen ein deutlich höheres Risiko zeigen, eine PTBS zu entwickeln im Gegensatz zu Hinterbliebenen anderer gewaltvoller Todesumstände (Zinzow et al., 2011). Zudem ergab sich der Hinweis auf ein erhöhtes Risiko an depressiven Störungen zu erkranken, wenn man eine nahestehende Person durch Homizid verloren hat (Zinzow et al., 2009). Durch Ausschluss der Tötungsdelikte kann es somit zu einer nicht vollständigen Darstellung

möglicher psychischer Belastungen kommen, die die Symptomlast der hinterbliebenen Angehörigen als zu gering einschätzt.

Durch den großen Zeitraum der Todesfälle liegen einige Verlustereignisse der Angehörigen bereits mehr als sechs Jahre zurück, was zu möglichen Verzerrungen in der Erinnerung der Angehörigen führen kann.

Die Erhebung möglicher vorbestehender psychiatrischer Erkrankungen erfolgte nicht als ärztlich gestellte Diagnose, sondern auf Basis von Selbsteinschätzungs-Fragebögen. Genauso verhielt es sich bei den aktuellen psychischen Belastungen von Angehörigen. Somit lässt sich keine validierte Diagnose stellen, sondern es konnten nur Hinweise auf mögliche psychische Belastungen gesammelt werden. Insbesondere das Modell für die Regressionsanalyse zur Identifizierung möglicher Faktoren als Hinweis auf bestehende psychische Belastungen ist überlastet, da es nicht ausreichend Ereignisse gab aufgrund der niedrigen Fallzahl. Dies war vor allem bei der PTBS der Fall, was sich in einem sehr großen Konfidenzintervall bemerkbar machte. Daher erfüllt die Regressionsanalyse ihre Funktion eher in Form einer explorativen Analyse mit Hinweisen auf mögliche Einflussfaktoren auf eine erhöhte Vulnerabilität eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Dennoch ist das erstellte Modell inhaltlich und theoretisch gut gesichert. Auch wenn das Ausmaß des Einflusses verschiedener Faktoren auf Auftretens-wahrscheinlichkeiten psychischer Belastungen bisher unklar ist, sind die gefundenen Faktoren und Ergebnisse klinisch dennoch von Relevanz und können Hinweise darauf geben, welche Angehörigen eher einer weiteren professionellen Unterstützung bedürfen.

5. Zusammenfassung

Bei der durchgeführten retrospektiven Querschnittsstudie mit Angehörigen von unerwartet verstorbenen Personen konnten verschiedene Probleme und unerfüllte Bedürfnisse im Nachgang des Verlustes identifiziert werden. Dabei handelte es sich insbesondere um unerfüllte Bedürfnisse auf Ebene von Informationen, Emotionen, auf praktischer Ebene, darin in dem Versterben der nahestehenden Person einen Sinn zu finden sowie auf sozialer Ebene. Etwa 40% der befragten Angehörigen zeigten zudem Hinweise auf Vorliegen mindestens einer psychischen Belastung aus dem Feld von komplizierter Trauer, von Depressionen oder von PTBS. Als mögliche Einflussfaktoren erwiesen sich insbesondere eine vorbestehende psychiatrische Vorerkrankung, eine als niedrig empfundene soziale Unterstützung sowie ein weibliches Geschlecht. Die empfundene soziale Unterstützung beschrieben die Angehörigen als moderat. Unterstützung erhielten sie vor allem aus dem familiären Umfeld und von Freund:innen. Auch Bestattungsunternehmen und dem Arbeitsumfeld kamen eine besondere Unterstützungsrolle zu. Nur etwa ein Drittel der Angehörigen nahmen professionelle Unterstützungsangebote in Anspruch.

Es zeigte sich, dass insbesondere im Erstkontakt mit trauernden Angehörigen das Potenzial liegt, deren Bedürfnisse systematisch zu erfassen und ihnen entsprechende Hilfsangebote zukommen zu lassen. Dafür bedarf es ausreichend sensibilisierten und geschulten Personals sowie entsprechender Werkzeuge und Ressourcen. Zusätzlich kommt der gesamte Themenkomplex um Tod und Trauer nicht ohne eine gesamtgesellschaftliche Bemühung aus, die Themen zu entstigmatisieren sowie jedes Mitglied der Gesellschaft zu befähigen, mit den Bedürfnissen Trauernder umzugehen. Dafür bietet sich das Konzept der *compassionate community* an, in der jedes Mitglied der Gemeinschaft Verantwortung übernimmt. Damit kann ermöglicht werden, dass leicht belastete trauernde Angehörige mit kleinen Maßnahmen gut aufgefangen werden und Ressourcen aus dem professionalisierten Bereich für stark belastete und psychisch erkrankte Trauernde genutzt werden können. Voraussetzung dafür ist ein gesteigertes gesellschaftliches Bewusstsein sowie eine gute Kooperation der verschiedenen beteiligten Akteur:innen.

5.1 Summary

In this retrospective cross-sectional study conducted with relatives of individuals who died unexpectedly, various problems and unmet needs were identified in the aftermath of the loss. In particular, these were unmet needs at the level of information, emotional needs, at the practical level, at meaningmaking of the death of the close person, and at the social level. About 40% of the interviewed relatives also showed indications of the presence of at least one mental disorder from the field of complicated grief, depression or PTSD. Possible influencing factors were, in particular, a pre-existing psychiatric illness, a as low perceived level of social support, and a female gender. The relatives described the level of perceived social support as moderate. They received support mainly from family and friends. Funeral homes and the work environment also played a special supportive role. Only about one third of the relatives made use of professional support services. It became apparent that there is potential, particularly in the initial contact with grieving relatives, to systematically identify their needs and provide them with appropriate support services. This requires sufficiently sensitized and trained personnel as well as appropriate tools and resources. In addition, the entire complex of themes surrounding death and mourning can not be dealt with unless society as a whole makes an effort to destigmatize the topics and to enable every member of society to deal with the needs of mourners. The concept of the compassionate community approach, in which every member of the community takes responsibility, is a good way to do this. This can enable lightly burdened grieving relatives to be well supported with small interventions and allow resources from the professionalized field to be used for severely burdened and mentally ill mourners. The prerequisite for this is an increased social awareness and good cooperation between the various actors involved.

6. Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychological Association
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Version
ICD-11	Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Version
ICG	Inventory of Complicated Grief
IfR	Institut für Rechtsmedizin
ISSS	Illness-Specific-Social-Support-Scale
OR	Odds-ratio
PHQ	Prime MD Patient Health Questionnaire
PHQ-9	Teilbereich des Gesundheitsfragebogens für Patienten, deutsche Version
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
QoDD	Quality of Dying and Death Questionnaire
SBNI	Sudden Bereavement Needs Inventory
SSS	Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
SSUK	Skalen zur sozialen Unterstützung bei Krankheit
T	Toleranzwert
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
VIF	Varianzinflationsfaktor
WHO	World Health Organisation

7. Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Soziodemografische Daten der Angehörigen und Verstorbenen, N=172....	25
Tab. 2 Beurteilung der Todesumstände der verstorbenen Person durch die Angehörigen, N=172.....	27
Tab. 3 Relevanteste Veränderungen im Leben der Angehörigen seit Versterben der nahestehenden Person, N=172	31
Tab. 4 Auftreten von Hürden und Problemen in den ersten drei Monaten nach Versterben einer nahestehenden Person, N=172.....	34
Tab. 5 Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Unterstützung durch die Angehörigen nach Versterben einer nahestehenden Person, N=172.....	35
Tab. 6 Quellen der Unterstützung in den ersten drei Monaten nach Versterben einer nahestehenden Person, N=172	37
Tab. 7 Offene Fragen und unerfüllte Bedürfnisse von Angehörigen in den ersten drei Monaten nach dem Versterben einer nahestehenden Person, N=172 .	41
Tab. 8 Anhaltend offene Fragen und unerfüllte Bedürfnisse der Hinterbliebenen nach unerwartetem Versterben einer nahestehenden Person, N=172	45
Tab. 9 Zum Befragungszeitpunkt empfundene Soziale Unterstützung der Hinterbliebenen nach unerwartetem Versterben einer nahestehenden Person, N=172.....	46
Tab. 10 Auftreten von psychischen Belastungen zum Befragungszeitpunkt bei Angehörigen nach dem unerwarteten Verlust einer nahestehenden Person, N=172	47
Tab. 11 Einflussfaktoren auf den Hinweis auf eine oder mehrere psychische Störungen	49
Tab. 12 Faktoren, die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer depressiven Störung führen können	51
Tab. 13 Faktoren, die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer PTBS führen können.....	52
Tab. 14 Faktoren, die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer komplizierten Trauer führen können	54
Tab. 15 Größte Veränderungen in der persönlichen Situation seit Versterben der nahestehenden Person, wie angegeben durch Freitextantworten	XIV
Tab. 16 Probleme/Hürden in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten	XVII
Tab. 17 Quellen der Unterstützung in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten	XVIII
Tab. 18 Offene Fragen in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten	XIX
Tab. 19 Unerfüllte Bedürfnisse in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten	XXI
Tab. 20 Wunsch nach zusätzlicher professioneller Unterstützung in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten.....	XXII

Tab. 21 Zum Befragungszeitpunkt offene Fragen, wie angegeben durch Freitextantworten	XXIII
Tab. 22 Zum Befragungszeitpunkt unerfüllte Bedürfnisse, wie angegeben durch Freitextantworten	XXIV
Tab. 23 Hilfreiches zur Begegnung aktuell unerfüllter Bedürfnisse, wie angegeben durch Freitextantworten	XXVI
Tab. 24 STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of cohort studies	XXVII

8. Literaturverzeichnis

- ABOUTARA, M., PÜSCHEL, K. & WULFF, B. 2015. Communication skills of doctors in German forensic medicine institutes. *Rechtsmedizin*, 25, 139-144.
- AGNEW, A., MANKTELOW, R., TAYLOR, B. & JONES, L. 2010. Bereavement needs assessment in specialist palliative care: a review of the literature. *Palliat Med*, 24, 46-59.
- ALLEN, J. Y., HALEY, W. E., SMALL, B. J., SCHONWETTER, R. S. & MCMILLAN, S. C. 2013. Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following loss: predictors of grief, complicated grief, and symptoms of depression. *J Palliat Med*, 16, 745-51.
- ANESHENSEL, C. S., BOTTICELLO, A. L. & YAMAMOTO-MITANI, N. 2004. When Caregiving Ends: The Course of Depressive Symptoms After Bereavement. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 422-440.
- 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, e0121101.
- AOUN, S. M., BREEN, L. J., RUMBOLD, B., CHRISTIAN, K. M., SAME, A. & ABEL, J. 2019a. Matching response to need: What makes social networks fit for providing bereavement support? *PLoS One*, 14, e0213367.
- AOUN, S. M., BREEN, L. J., WHITE, I., RUMBOLD, B. & KELLEHEAR, A. 2018. What sources of bereavement support are perceived helpful by bereaved people and why? Empirical evidence for the compassionate communities approach. *Palliat Med*, 32, 1378-1388.
- AOUN, S. M., LOWE, J., CHRISTIAN, K. M. & RUMBOLD, B. 2019b. Is there a role for the funeral service provider in bereavement support within the context of compassionate communities? *Death Stud*, 43, 619-628.
- BACHMANN, C. J., CZWIKLA, J., JACOBS, H., FEGERT, J. M. & HOFFMANN, F. 2021. Prävalenz und Versorgung der Posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland: Eine bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten aus den Jahren 2008 und 2017. *Psychiatr Prax*, 48, 316-323.
- BACKHAUS, K., ERICHSON, B., WEIBER, R. & PLINKE, W. 2016. Logistische Regression. In: BACKHAUS, K., ERICHSON, B., PLINKE, W. & WEIBER, R. (eds.) *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- BERBÍS-MORELLÓ, C., MORA-LÓPEZ, G., BERENQUER-POBLET, M., RAIGAL-ARAN, L., MONTESÓ-CURTO, P. & FERRÉ-GRAU, C. 2019. Exploring family members' experiences during a death process in the emergency department: A grounded theory study. *Journal of clinical nursing*, 28, 2790-2800.
- BLACKBURN, P. & BULSARA, C. 2018. "I am tired of having to prove that my husband was dead." Dealing with practical matters in bereavement and the impact on the bereaved. *Death Studies*, 42, 627-635.
- BOELEN, P. A. 2015. Peritraumatic Distress and Dissociation in Prolonged Grief and Posttraumatic Stress Following Violent and Unexpected Deaths. *J Trauma Dissociation*, 16, 541-50.
- BOELEN, P. A., VAN DE SCHOOT, R., VAN DEN HOUT, M. A., DE KEIJSER, J. & VAN DEN BOUT, J. 2010. Prolonged Grief Disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *J Affect Disord*, 125, 374-8.
- BOELEN, P. A. & VAN DEN BOUT, J. 2005. Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: a confirmatory factor analysis study. *Am J Psychiatry*, 162, 2175-7.

- BOHNERT, K. M. & BRESLAU, N. 2011. Assessing the performance of the short screening scale for post-traumatic stress disorder in a large nationally-representative survey. *Int J Methods Psychiatr Res*, 20, e1-5.
- BOTTOMLEY, J. S., CAMPBELL, K. W. & NEIMEYER, R. A. 2022. Examining bereavement-related needs and outcomes among survivors of sudden loss: A latent profile analysis. *J Clin Psychol*, 78, 951-970.
- BOTTOMLEY, J. S. & SMIGELSKY, M. A. 2022. Bereavement in the Aftermath of Suicide, Overdose, and Sudden-Natural Death: Evaluating a New Measure of Needs. *Assessment*, 0, 10731911221081139.
- BREEN, L. J., AOUN, S. M., RUMBOLD, B., MCNAMARA, B., HOWTING, D. A. & MANCINI, V. 2017. Building community capacity in bereavement support: Lessons learnt from bereaved caregivers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 34, 275-281.
- BREEN, L. J., KAWASHIMA, D., JOY, K., CADELL, S., ROTH, D., CHOW, A. & MACDONALD, M. E. 2022. Grief literacy: A call to action for compassionate communities. *Death Studies*, 46, 425-433.
- BREEN, L. J. & O'CONNOR, M. 2011. Family and social networks after bereavement: experiences of support, change and isolation. *Journal of Family Therapy*, 33, 98-120.
- BRESLAU N, P. E., KESSLER RC, SCHULTZ LR 1999. - Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. - *Am J Psychiatry*. 1999 Jun;156(6):908-11. doi: 10.1176/ajp.156.6.908., - 908-11.
- BURTON, A., HALEY, W. & SMALL, B. 2006. Bereavement after caregiving or unexpected death: Effects on elderly spouses. *Aging and Mental Health*, 10, 319-326.
- CARLSSON, N., BREMER, A., ALVARIZA, A., ARESTEDT, K. & AXELSSON, L. 2022. Losing a close person following death by sudden cardiac arrest: Bereaved family members' lived experiences. *Death Stud*, 46, 1139-1148.
- CARLSSON, N., BREMER, A., ALVARIZA, A., ÅRESTEDT, K. & AXELSSON, L. 2020. Losing a close person following death by sudden cardiac arrest: Bereaved family members' lived experiences. *Death Studies*, 1-10.
- CHAPPLE, A. & ZIEBLAND, S. 2010. Viewing the body after bereavement due to a traumatic death: qualitative study in the UK. *BMJ*, 340, c2032.
- COLEMAN, R. A. & NEIMEYER, R. A. 2010. Measuring Meaning: Searching for and Making Sense of Spousal Loss in Late-Life. *Death Studies*, 34, 804-834.
- CORDEN, A., HIRST, M. & NICE, K. 2008. *Financial implications of death of a partner*, University of York, Social Policy Research Unit.
- DAOUD, J. I. 2017. Multicollinearity and Regression Analysis. *Journal of Physics: Conference Series*, 949, 012009.
- DELALIBERA, M., PRESA, J., COELHO, A., BARBOSA, A. & FRANCO, M. H. P. 2015. Family dynamics during the grieving process: a systematic literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20.
- DETTMEYER, R., VEIT, F. & VERHOFF, M. 2019. Einleitung. In: DETTMAYER, R., VEIT, F. & VERHOFF, M. (eds.) *Rechtsmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- EISMA, M. C., DE LANG, T. A. & STROEBE, M. S. 2022. Restoration-oriented stressors of bereavement. *Anxiety, Stress, & Coping*, 35, 339-353.
- ENGEL, L., BRIJNATH, B., CHONG, T. W. H., HILLS, D., HJORTH, L., LOI, S., MAJMUDAR, I., MIHALOPOULOS, C. & GERBER, K. 2022. Quality of life and loneliness post-bereavement: Results from a nationwide survey of bereaved older adults. *Death Studies*, 1-12.

- GILBERT, S., MULLEN, J., KELLOWAY, E. K., DIMOFF, J., TEED, M. & MCPHEE, T. 2021. The C.A.R.E. model of employee bereavement support. *Journal of Occupational Health Psychology*, 26, 405-420.
- GRÄFE, K., ZIPFEL, S., HERZOG, W. & LÖWE, B. 2004. Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". *Diagnostica*, 50, 171-181.
- GROOT, M. D., KEIJSER, J. D. & NEELEMAN, J. 2006. Grief shortly after suicide and natural death: A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 418-431.
- HAMDAN, S., BERKMAN, N., LAVI, N., LEVY, S. & BRENT, D. 2020. The Effect of Sudden Death Bereavement on the Risk for Suicide. *Crisis*, 41, 214-224.
- HAUSWIRTH, V. & BARTSCH, C. 2011. Angehörigenkontakt in der Rechtsmedizin. *Rechtsmedizin*, 21, 291-297.
- HOLLAND, J. M., CURRIER, J. M. & NEIMEYER, R. A. 2006. Meaning Reconstruction in the First Two Years of Bereavement: The Role of Sense-Making and Benefit-Finding. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 53, 175-191.
- HOLLY G. PRIGERSON, P. K. M., CHARLES F. REYNOLDS III, ANDREW J. BIERHALS, JASON T. NEWSOM, AMY FASICZKA, ELLEN FRANK, JACK DOMAN, MARK MILLER 1995. Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- HUI, D. 2015. Unexpected death in palliative care: what to expect when you are not expecting. *Curr Opin Support Palliat Care*, 9, 369-74.
- ICD-11. 2023. Available: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314> [Accessed 11. April 2023].
- JOZWIAK, N., PREVILLE, M. & VASILADIS, H.-M. 2013. Bereavement-related depression in the older adult population: A distinct disorder? *Journal of affective disorders*, 151, 1083-1089.
- KERSTING, A., BRAHLER, E., GLAESMER, H. & WAGNER, B. 2011. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord*, 131, 339-43.
- KEYES, K. M., PRATT, C., GALEA, S., MCLAUGHLIN, K. A., KOENEN, K. C. & SHEAR, M. K. 2014. The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *Am J Psychiatry*, 171, 864-71.
- KIMERLING, R., OUIMETTE, P., PRINS, A., NISCO, P., LAWLER, C., CRONKITE, R. & MOOS, R. H. 2006. Brief report: Utility of a short screening scale for DSM-IV PTSD in primary care. *J Gen Intern Med*, 21, 65-7.
- KLAUER, T. 2009. Soziale Unterstützung. *Handbuch der Gesundheitspsychologie und medizinischen Psychologie*, 80-85.
- KRISTENSEN, P., WEISAETH, L. & HEIR, T. 2012. Bereavement and mental health after sudden and violent losses: a review. *Psychiatry*, 75, 76-97.
- KUCKARTZ, U., RÄDIKER, S., EBERT, T. & SCHEHL, J. 2013. Regression: komplexe Zusammenhänge analysieren und Vorhersagen treffen. In: KUCKARTZ, U., RÄDIKER, S., EBERT, T. & SCHEHL, J. (eds.) *Statistik: Eine verständliche Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- KURT KROENKE, R. L. S., JANET B. W. WILLIAMS 2001. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.
- LANGFORD, C. P. H., BOWSER, J., MALONEY, J. P. & LILLIS, P. P. 1997. Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.

- LARANJEIRA, C., DIXE, M. A., QUERIDO, A. & STRITCH, J. M. 2022. Death cafés as a strategy to foster compassionate communities: Contributions for death and grief literacy. *Frontiers in Psychology*, 13.
- LEE, S. P. L. C. W. H. C. D. T. F. 2002. Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 170-180.
- LI, S. P., CHAN, C. W. & LEE, D. T. 2002. Helpfulness of nursing actions to suddenly bereaved family members in an accident and emergency setting in Hong Kong. *Journal of advanced nursing*, 40, 170-180.
- LOBB, E. A., KRISTJANSON, L. J., AOUN, S. M., MONTEROSSO, L., HALKETT, G. K. & DAVIES, A. 2010. Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Stud*, 34, 673-98.
- LOGAN, E. L., THORNTON, J. A., KANE, R. T. & BREEN, L. J. 2018. Social support following bereavement: The role of beliefs, expectations, and support intentions. *Death Stud*, 42, 471-482.
- LÖWE, B. 2004. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 78, 131-140.
- LÖWE, B., SPITZER, R. L. & STEPHAN ZIPFEL, W. H. 2002. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Manual und Testunterlagen. 2. Auflage [PRIME MD Patient Health Questionnaire (PHQ) - German version. Manual and materials, 2nd Edition]. Pfizer, Karlsruhe.
- LUMBECK, G., BRANDSTÄTTER, M. & GEISSNER, E. 2012. Erstvalidierung der deutschen Version des „Inventory of Complicated Grief“ (ICG-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41, 243-248.
- MAERCKER, A., FORSTMEIER, S., ENZLER, A., KRUSI, G., HORLER, E., MAIER, C. & EHLERT, U. 2008a. Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Compr Psychiatry*, 49, 113-20.
- MAERCKER, A., FORSTMEIER, S., WAGNER, B., GLAESMER, H. & BRAHLER, E. 2008b. [Post-traumatic stress disorder in Germany. Results of a nationwide epidemiological study]. *Nervenarzt*, 79, 577-86.
- MARTIN, A., RIEF, W., KLAIBERG, A. & BRAEHLER, E. 2006. Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry*, 28, 71-7.
- MATTHEWS, L. R., QUINLAN, M. G. & BOHLE, P. 2019. Posttraumatic stress disorder, depression, and prolonged grief disorder in families bereaved by a traumatic workplace death: the need for satisfactory information and support. *Frontiers in psychiatry*, 10, 609.
- MAYRING, P. 2015. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarb. Aufl, Weinheim u.a., Beltz.
- MCDONALD, K., SHARPE, L., YEATES, L., SEMSARIAN, C. & INGLES, J. 2020a. Needs analysis of parents following sudden cardiac death in the young. *Open Heart*, 7.
- MCDONALD, K., SHARPE, L., YEATES, L., SEMSARIAN, C. & INGLES, J. 2020b. Needs analysis of parents following sudden cardiac death in the young. *Open heart*, 7, e001120.
- MERLEVEDE, E., SPOOREN, D., HENDERICK, H., PORTZKY, G., BUYLAERT, W., JANNES, C., CALLE, P., VAN STAEY, M., DE ROCK, C., SMEESTERS, L., MICHEM, N. & VAN HEERINGEN, K. 2004. Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. *Resuscitation*, 61, 341-8.

- METZ-GÖCKEL, H. 2022. *Bedürfnis im Dorsch Lexikon der Psychologie* [Online]. Available: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/beduerfnis> [Accessed 11. April 2023].
- MILIC, J., MUKA, T., IKRAM, M. A., FRANCO, O. H. & TIEMEIER, H. 2017. Determinants and Predictors of Grief Severity and Persistence: The Rotterdam Study. *J Aging Health*, 29, 1288-1307.
- MITCHELL, A. M. & TERHORST, L. 2017. PTSD symptoms in survivors bereaved by the suicide of a significant other. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23, 61-65.
- MIYABAYASHI, S. & YASUDA, J. 2007. Effects of loss from suicide, accidents, acute illness and chronic illness on bereaved spouses and parents in Japan: their general health, depressive mood, and grief reaction. *Psychiatry Clin Neurosci*, 61, 502-8.
- MOWLL, J., LOBB, E. A. & WEARING, M. 2016. The transformative meanings of viewing or not viewing the body after sudden death. *Death Stud*, 40, 46-53.
- MURRAY, J. A. 2011. Loss as a Universal Concept: A Review of the Literature to Identify Common Aspects of Loss in Diverse Situations. *Journal of Loss and Trauma*, 6, 219-241.
- NAKAJIMA, S., MASAYA, I., AKEMI, S. & TAKAKO, K. 2012. Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14, 210.
- NEWSON, R. S., BOELEN, P. A., HEK, K., HOFMAN, A. & TIEMEIER, H. 2011. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of affective disorders*, 132, 231-238.
- PITMAN, A. L., RANTELL, K., MORAN, P., SIRELING, L., MARSTON, L., KING, M. & OSBORN, D. 2017. Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, 7, e014487.
- PRIGERSON, H. G., BIERHALS, A. J., KASL, S. V., REYNOLDS, C. F., 3RD, SHEAR, M. K., NEWSOM, J. T. & JACOBS, S. 1996a. Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *Am J Psychiatry*, 153, 1484-6.
- PRIGERSON, H. G., HOROWITZ, M. J., JACOBS, S. C., PARKES, C. M., ASLAN, M., GOODKIN, K., RAPHAEL, B., MARWIT, S. J., WORTMAN, C., NEIMEYER, R. A., BONANNO, G. A., BLOCK, S. D., KISSANE, D., BOELEN, P., MAERCKER, A., LITZ, B. T., JOHNSON, J. G., FIRST, M. B. & MACIEJEWSKI, P. K. 2009. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11.
- PRIGERSON, H. G., SHEAR, M. K., NEWSOM, J. T., FRANK, E., REYNOLDS, C. F., 3RD, MACIEJEWSKI, P. K., HOUCK, P. R., BIERHALS, A. J. & KUPFER, D. J. 1996b. Anxiety among widowed elders: is it distinct from depression and grief? *Anxiety*, 2, 1-12.
- PURVES, Y. & EDWARDS, S. 2005. Initial needs of bereaved relatives following sudden and unexpected death. *Emergency nurse*, 13.
- RAMM, G. C. & HASENBRING, M. 2003. Die deutsche Adaptation der Illness-specific Social Support Scale und ihre teststatistische Überprüfung beim Einsatz an Patienten vor und nach Knochenmarktransplantation. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12, 29-38.
- REVENSON, T. A., SCHIAFFINO, K. M., MAJEROVITZ, S. D. & GIBOFSKY, A. 1991. Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social science & medicine*, 33, 807-813.

- RIEF, W., NANKE, A., KLAIBERG, A. & BRAEHLER, E. 2004. Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study. *J Affect Disord*, 82, 271-6.
- ROSS, V., KÖLVES, K. & DE LEO, D. 2019. Exploring the Support Needs of People Bereaved by Suicide: A Qualitative Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 82, 632-645.
- SCOTT, H. R., PITMAN, A., KOZHUHAROVA, P. & LLOYD-EVANS, B. 2020. A systematic review of studies describing the influence of informal social support on psychological wellbeing in people bereaved by sudden or violent causes of death. *BMC Psychiatry*, 20, 265.
- SHEAR, M. K. 2012. Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14, 119.
- SHEAR, M. K., GHESQUIERE, A. & GLICKMAN, K. 2013. Bereavement and complicated grief. *Curr Psychiatry Rep*, 15, 406.
- SHEPARD, D. A. 1977. Principles and practice of palliative care.
- SIEGRIST, P. & MAERCKER, A. 2010. Deutsche Fassung der Short Screening Scale for DSM-V Posttraumatic Stress Disorder. *Trauma & Gewalt*, - 4, - 213.
- SPILLANE, A., MATVIENKO-SIKAR, K., LARKIN, C., CORCORAN, P. & ARENSMAN, E. 2018. What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ open*, 8, e019472.
- SPITZER R, K. M., WILLIAMS J & THE PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE PRIMARY CARE STUDY GROUP 1999. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. The PHQ primary care study. *Journal of the American Medical association*, 282, 1737-1744.
- STROEBE, M. S., FOLKMAN, S., HANSSON, R. O. & SCHUT, H. 2006. The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63, 2440-2451.
- SZUMILAS, M. 2010. Explaining odds ratios. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 227-229.
- TONG, A., SAINSBURY P FAU - CRAIG, J. & CRAIG, J. 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19, 349-357.
- ULLRICH, A. & MEHNERT, A. 2010. A psychometric validation of the 8-Item short-version of the Illness-Social Support Scale (ISSS) among cancer patients. *Klin. Diagnostik u. Evaluation*, - 3, 359- 381.
- URBAN, D. & MAYERL, J. 2011. 6.2.1 Gewinnchancen (odds) und Effektkoeffizienten (odds ratios), Prof. Dr. Heinz Sahner, Dr. Michael Bayer und Prof. Dr. Reinhold Sackmann, begründet von Prof. Dr. Erwin K. Scheuch †
- VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- UTZ, R. L., SWENSON, K. L., CASERTA, M., LUND, D. & DEVRIES, B. 2014. Feeling lonely versus being alone: loneliness and social support among recently bereaved persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 69, 85-94.
- VEDDER, A., BOERNER, K., STOKES, J. E., SCHUT, H. A. W., BOELEN, P. A. & STROEBE, M. S. 2022. A systematic review of loneliness in bereavement: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 43, 48-64.
- VISSER, E., GOSENS, T., DEN OUDSTEN, B. L. & DE VRIES, J. 2017. The course, prediction, and treatment of acute and posttraumatic stress in trauma patients: A systematic review. *J Trauma Acute Care Surg*, 82, 1158-1183.
- VON ELM, E., ALTMAN, D. G., EGGER, M., POCOCK, S. J., GÖTZSCHE, P. C. & VANDENBROUCKE, J. P. 2007. The Strengthening the Reporting of Observational

- Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies. *PLOS Medicine*, 4, e296.
- WEBER, M., CLAUS, M., ZEPF, K. I., FISCHBECK, S. & ESCOBAR PINZON, L. C. 2012. Dying in Germany--unfulfilled needs of relatives in different care settings. *J Pain Symptom Manage*, 44, 542-51.
- WHO. 2020. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Accessed 11. April 2023].
- WISTEN, A. & ZINGMARK, K. 2007. Supportive needs of parents confronted with sudden cardiac death--a qualitative study. *Resuscitation*, 74, 68-74.
- WULFF, B., HEINEMANN, A., MEINS, S., PÜSCHEL, K. & MÜLLER, K. 2013. A retrospective evaluation of informed consent for tissue donation within a year of the donor's death.
- WULFF, B., PÜSCHEL, K., HÄRTER, M., SCHULZ-KINDERMANN, F. & ROSENBERGER, C. 2019. Psychotherapeutischer Unterstützungsbedarf Hinterbliebener nach plötzlichem unerwarteten Tod. *Rechtsmedizin*, 29, 259-265.
- YOUNG, I. T., IGLEWICZ, A., GLORIOSO, D., LANOUEUETTE, N., SEAY, K., ILAPAKURTI, M. & ZISOOK, S. 2012. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14, 177.
- ZINZOW, H. M., RHEINGOLD, A. A., BYCZKIEWICZ, M., SAUNDERS, B. E. & KILPATRICK, D. G. 2011. Examining posttraumatic stress symptoms in a national sample of homicide survivors: Prevalence and comparison to other violence victims. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 743-746.
- ZINZOW, H. M., RHEINGOLD, A. A., HAWKINS, A. O., SAUNDERS, B. E. & KILPATRICK, D. G. 2009. Losing a loved one to homicide: prevalence and mental health correlates in a national sample of young adults.

9. Anhang

Tab. 15 Größte Veränderungen in der persönlichen Situation seit Versterben der nahestehenden Person, wie angegeben durch Freitextantworten

Hauptkategorie	Subkategorie	Beispielzitat
Emotionales Leiden	Mehr Einsamkeit/Allein sein	„[Ich] fühle mich gelegentlich einsam. Stark reduzierte Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen: Kino, Theater, Musical“ (m, 70J) „Das Alleinsein am Abend, ohne "Gute Nacht" und morgens ohne "Guten Morgen"“ (w, 74J) „Das Alleinsein, die Ruhe und das große Loch in das man reinfällt. Keine Gemeinsamkeiten, nie kuscheln etc.“ (m, 72J)
	Verschlechterte emotionale Gesundheit	„Einsamkeit und Haltlosigkeit, starke Zweifel an eigenen Handlungen, an Verhalten insbesondere im Zusammenhang mit der Zeit vor dem Tod“ (w, 47J) „Angst vor dem Tod, Angst um meine Kinder, sie zu verlieren und meinen Mann, große Verlustängste“ (w, 31J) „Ich fühle mich alt und ohne Zukunft“ (w, 55J)
Neue Rollen im Leben	Übernahme von mehr Verantwortung	„Alleinerziehend von Pubertierenden Kindern zu sein. Alles allein zu managen und entscheiden zu müssen und sich selbst dabei nicht zu verlieren.“ (w, 52J) „Belastend ist die Verantwortung für mich in finanziellen Angelegenheiten, Rentenfragen, Steuerlichen Angelegenheiten“ (w, 76J)

Fortsetzung Tab. 15 Größte Veränderungen in der persönlichen Situation seit Versterben der nahestehenden Person, wie angegeben durch Freitextantworten

Hauptkategorie	Subkategorie	Beispielzitat
Neue Rollen im Leben	Übernahme von mehr Verantwortung	„Eintritt als "Familienoberhaupt" und Übernahme der Verantwortung des Verstorbenen. Dazu auch die Bewältigung der daraus entstandenen Probleme, wie Steuerschulden etc. des Verstorbenen“ (m, 46J)
	Wiedergewonnene Freiheiten	„Verantwortung, Sorgen, Zuständigkeit sind weggefallen. Mit dem Tod beider Elternteile ist die Rolle Tochter "abgeschlossen"“ (w, 50J)
		„Die großen und kleinen Angelegenheiten des Lebens selbst regeln zu müssen und zu dürfen“ (w, 72J)
		„Ich lebe ruhiger und entspannter“ (w, 66J)
Plötzlicher Verlust des „alten Lebens“	Veränderte Wohnsituation	„Die Verstorbene hat mit uns in einem Haus gewohnt. Jetzt lebt unser Sohn mit Familie bei uns.“ (w, 64J)
		„Neue Wohnung (keine Erinnerungen [an die verstorbene Person dort])“ (w, 54J)
		„[...] Aus Vernunftgründen das Reduzieren des Haushalts = Trauer um gemeinsame Dinge, die nicht aufbewahrt werden können.“ (w, 75J)
	Veränderte Arbeitssituation	„Ich habe als Rentnerin wieder meine Arbeit aufgenommen, mit 12 Std die Woche, im Einzelhandel“ (w, 69J)
		„Arbeitsplatzverlust wegen Kuraufenthalt zur Trauerbewältigung, neuer Arbeitsplatz, [...]“ (w, 57J)

Fortsetzung Tab. 15 Größte Veränderungen in der persönlichen Situation seit Versterben der nahestehenden Person, wie angegeben durch Freitextantworten

Hauptkategorie	Subkategorie	Beispielzitat
Plötzlicher Verlust des „alten Lebens“	Veränderte Arbeitssituation	„[...] Wegen des Todes des Bruders [...] Arbeitszeit auf 2/3 reduziert“ (m, 63J)
	Veränderte finanzielle Situation	„Verbesserung der finanziellen Verhältnisse durch Erbschaft“ (m, 59J) „Allein wohnen, [...] Wohnkosten allein tragen“ (w, 58J) „Arbeitsverlust - Witwenrente (372-), - Lebensstandard ist gesunken- Hausverlust“ (w, 61J)
	Gewinn und Verlust in sozialen Beziehungen	Veränderte Familiendynamik „Meine persönliche Situation hat sich nicht geändert. Der Zusammenhalt der restlichen Familie wurde gestärkt.“ (m, 53J) „[Ich habe das] Gefühl, dass ein Element in unserem "Familien-Mobilé" fehlt, es wird in jeder Hinsicht schief“ (w, 65J) „Der letzte noch Überlebende der Familie [...]“ (m, 64J)
	Verlust von Ratgeber:in / Ansprechpartner:In	„Es fehlt der regelmäßige Gedankenaustausch über das tägliche Leben. Aber auch Diskussionen über die Weltlage.“ (w, 84J) „Seit dem Tod meines Partners, empfinde ich eine große Leere, ich habe keinen Partner mehr, der mich in wichtigen Lebensentscheidungen unterstützt.“ (w, 45J) „[...] es ist keiner zum "Fragen" mehr da“ (m, 76J)

Abkürzungen: m=männlich, w=weiblich, J=Jahre

Tab. 16 Probleme/Hürden in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Probleme mit alltagspraktischer und/oder emotionaler Überforderung	<p>„Fühlte mich mit meiner Situation allein gelassen“ (w, 54 J)</p> <p>„Z.Bsp. [fehlende] praktische Hilfestellung bei Problemen handwerklicher Art“ (w, 76 J)</p> <p>„Es war viel zu erledigen in einer Zeit, in der ich kaum in der Lage dazu war“ (w, 61 J)</p>
Probleme mit Versicherungen, Bankgeschäften, Kontovollmachten	<p>„Hatte keine Kontovollmacht, bekam nicht einmal Auskunft, ob das Konto gedeckt war. Obwohl schon ewig Kunde bei der Bank [Bankname].“ (w, 57 J)</p> <p>„Versicherungen. Keine Pflege der Datenbanken. Ständig Briefe. Bankkonten eingefroren (gemeinsame Konten).“ (w, 59 J)</p> <p>„Fehlende Vollmachten, rechtliche Hilflosigkeit“ (m, 50 J)</p>
Probleme mit Erbe, Nachlass, Schulden der Verstorbenen	<p>„Mein Mann hat sehr viele Schulden hinterlassen, für die ich mitunterzeichnet hatte“ (w, 66 J)</p> <p>„[...] das Auflösen+Verkauf des Hauses meiner Mutter“ (w, 71 J)</p> <p>„Steuerschulden des Verstorbenen in 7-stelliger Höhe, Fortführung seines Unternehmens“ (m, 43 J)</p>
Probleme im und mit dem sozialen Umfeld	<p>„Das Umfeld konnte meine Trauer nicht verstehen ("Schlechtes Umfeld")“ (w, 59 J)</p> <p>„Mein Stiefsohn hat das Testament meines Mannes angefochten, ich hätte es gefälscht.“ (w, 69 J)</p> <p>„Versorgung des sich derzeit im Krankenhaus befindenden Lebensgefährten meiner Mutter“ (w, 55 J)</p>
Probleme rund um die Bestattung	<p>„Zu entscheiden, wie/wo die Beisetzung stattfinden soll“ (w, 37 J)</p>

Fortsetzung Tab. 16 Probleme/Hürden in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Probleme rund um die Bestattung	„Mein Bruder wollte einen Bestatter beauftragen und fand sehr schlecht einen, weil seine Kreditwürdigkeit als nicht ausreichend bewertet wurde“ (w, 53 J) „Freigabe des Leichnams meines Mannes aus der Gerichtsmedizin“ (w, 60 J)
Probleme mit der Wohnsituation	„Gnadenloser Vermieter“ (w, 46 J) „Die Wohnungsübergabe“ (w, 65 J) „Wohnungssperrung [durch die Polizei], [...]“ (w, 67 J)

Abkürzungen: m=männlich, w=weiblich, J=Jahre

Tab. 17 Quellen der Unterstützung in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Unterstützung durch das Arbeitsumfeld	„Mein Arbeitgeber hat mich spontan 1 Woche Urlaub nehmen lassen + alle Termine abgesagt.“ (w, 50 J) „Gesundheitsmanagement meines Arbeitgebers“ (w, 57 J) „[...] [Unterstützung durch] Arbeitskollegen, Mitglieder der Freiwilligen Feuerwehr Halstenbek (mein Mann war dort tätig) Polizei Hamburg (auch hier war mein Mann tätig)“ (w, 50 J)
Unterstützung durch kirchliche und/oder spirituelle Gemeinden	„Kirche, persönliche Betreuung durch meinen Pastor“ (m, 66 J) „Trauerbegleitung der Kirche-Seelsorge [...]“ (w, 62 J) „Meine Kirchengemeinde, Gebet, das Kümmern um Trauerfeier und Grabbestattung tat mir gut“ (w, 62 J)
Unterstützung durch Quellen professioneller Art (psychisch, gesundheitlich, praktisch)	„Trauerbegleitung [Name der Einrichtung], psychologische Beratung“ (m, 68 J)

Fortsetzung Tab. 17 Quellen der Unterstützung in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Unterstützung durch Quellen professioneller Art (psychisch, gesundheitlich, praktisch)	„Durch den Rechtsanwalt und die Mitarbeiter der Stiftung, die der Verstorbene per Testament eingesetzt hat.“ (w, 76 J) „Hausarzt“ (w, 75 J)
Unterstützung durch informative Quellen (Literatur, Internet)	„Texte, Bücher, Literatur+Musik [...]“ (w, 63 J) „Recherche im Internet“ (m, 28 J) „Internet, med. Informationen“ (w, 58 J)

Abkürzungen: m=männlich, w=weiblich, J=Jahre

Tab. 18 Offene Fragen in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Frage nach der Todesursache: Woran ist die Person verstorben?	„An was genau ist mein Sohn gestorben? (Herzstillstand, Verbluten...)“ (weiblich, Alter unbekannt) „Klärung der Todesursache, keine Ermittlungen durch Polizei, obwohl unsere Tochter bedroht wurde, durch Exmann“ (w, 57 J) „Wie ist es zu ihrem Tod gekommen?“ (w, 57 J)
Frage nach den Todesumständen: Wie ist die Person verstorben?	„Musste er leiden? Hätte ich helfen können? Wie lange habe ich neben seiner Leiche gelegen? Ist der 3. oder 4. Juni tatsächlicher Sterbetag?“ (w, 46 J) „Wie hat die Verstorbene den Tod erlebt? Hatte sie Schmerzen? Wusste sie, dass sie stirbt?“ (w, 42 J) „Wie ist mein Mann gestorben? Musste er leiden? Wann ist er gestorben?“ (w, 60 J)

Fortsetzung Tab. 18 Offene Fragen in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Frage nach Schuld: Hätte der Tod verhindert werden können? Gibt es jemand schuldigen?	„Warum hat sich mein Mann mir nicht anvertraut? Sein Gesundheitszustand war nicht gut. Hätte ich mehr tun können?“ (w, 60 J)
	„Warum haben zwei Ärzte, die unseren Angehörigen behandelt haben, nicht miteinander kommuniziert --> zwei Ärzte, zwei Medikamente, die zusammen genommen tödlich wirken“ (w, 65 J)
	„Wie genau es zu dem Herzstillstand kam. Ob wir es hätten bemerken und verhindern können. Ob es meine Schuld ist.“ (w, 37 J)
Frage nach Zukunftsperspektiven: Wie geht es weiter?	„Bekomme ich alles soweit alleine geregelt? Wie verkraften wir (meine 2 Mädels und ich) alles?“ (w, 50 J)
	„Grundsätzliche Lebensplanung für mich, meine Zukunft ist immer noch offen“ (w, 62 J)
	„Habe ich genetisch bedingte Veranlagungen für Herzprobleme?“ (m, 27 J)
Frage nach dem Ablauf: Was ist zu tun, wenn eine Person stirbt?	„Bürokratische Abwicklung (Erbschein, Sterbeurkunde, Organspende)“ (m, 43 J)
	„Was dauert wie lang/Ablauf bzw. Zeitpunkt der Obduktion“ (w, 42 J)
	„Hilfe bei der Beantragung der Witwenrente“ (w, 60 J)
Frage nach dem Sinn: Warum?	„Warum passiert es uns?“ (w, 52 J)
	„Ich bin ein Christ. In unserem Glaubensbekenntnis heißt es: Auferstehung von den Toten und ein ewiges Leben!???“ (w, 81 J)
	„Weshalb und warum so plötzlich“ (w, 74 J)

Abkürzungen: m=männlich, w=weiblich, J=Jahre

Tab. 19 Unerfüllte Bedürfnisse in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Unerfüllte emotionale Bedürfnisse	<p>„Zeit für mich, um das Ganze zu begreifen und anfangen zu verarbeiten“ (w, 54 J)</p> <p>„Leide sehr darunter, mich nicht verabschiedet zu haben, sein einsames sterben“ (w, 76 J)</p> <p>„Der Wunsch nach Ruhe und "sich nicht kümmern müssen"" (m, 58 J)</p>
Unerfüllte praktische Bedürfnisse	<p>„Hilfe bei der Bürokratie. Unterstützung bei der Arbeit“ (w, 37 J)</p> <p>„Dass ich alles allein entscheiden musste“ (w, 66 J)</p> <p>„Auskunft über geeignete psychologische Beratungsstellen bzw. Beratungsstellen für allgemeine Probleme“ (m, 63 J)</p>
Allumfassend unerfüllte Bedürfnisse	<p>„Alle Bedürfnisse. Wenn ein Kind stirbt, hat man so etwas [eigene Bedürfnisse] nicht.“ (w, 80 J)</p> <p>„Fast alle menschlichen, war zu nichts in der Lage“ (w, 59 J)</p> <p>„Fast alle, da ich mich um meinen Vater nun allein kümmern musste“ (w, 54 J)</p>
Die eigenen Bedürfnisse wurden zurückgestellt / nicht wahrgenommen	<p>„Ich habe meine eigene Trauer zurückgestellt, um für meine Tochter da zu sein und die vielfältigen Aufgaben zu organisieren“ (w, 62 J)</p> <p>„Ich konnte keine eigenen Bedürfnisse haben. Ich hatte keine eigenen Bedürfnisse“ (w, 67 J)</p> <p>„Ich spürte meine Bedürfnisse kaum. Ich verdrängte sehr viel.“ (w, 53 J)</p>
Unerfülltes Bedürfnis nach Gespräch mit behandelnden Ärzt:innen	<p>„Ich hätte dem Notarzt gerne gesagt, was für einen miesen Job er gemacht hat! Sein Verhalten war unmöglich!“ (w, 63 J)</p> <p>„Gespräche mit einem Arzt, der zuletzt für meinen Sohn zuständig war.“ (w, Alter unbekannt)</p>

Fortsetzung Tab. 19 Unerfüllte Bedürfnisse in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Unerfülltes Bedürfnis nach Gespräch mit behandelnden Ärzt:innen	„Die klärenden Gespräche mit den beiden Ärzten. Wer hatte Schuld an seinem Tod?“ (w, 65 J)
Sehnsucht nach dem alten Leben	„Ja, zu Hause war es nicht mehr so wie es früher war.“ (w, 59 J) „Das Menschliche meiner geliebten Frau“ (m, 72 J) „Einen Partner zu haben, wieder am Leben teilzunehmen, Tiefsinnigkeit.“ (w, 60 J)

Abkürzungen: m=männlich, w=weiblich, J=Jahre

Tab. 20 Wunsch nach zusätzlicher professioneller Unterstützung in den ersten 3 Monaten nach Versterben, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Zusätzliche professionelle Unterstützung in Form von Seelsorge/Psychologie/Trauerbegleitung	„Ich hätte mehr Kontakt zu Theologen aufnehmen müssen! Muss ich nachholen!“ (w, 81 J) „Trauerbegleitung, Beratungsstelle“ (w, 63 J) „Ärzte, Psychologen.“ (w, Alter unbekannt)
Zusätzliche professionelle Unterstützung in Form von Lotsen für Behördengänge/Rechtsfragen/Informationen	„Überhaupt zu wissen, was es gibt wäre klasse gewesen. Für die Kinder gab es Prospekte.“ (w, 52 J) „Beratung bei den Behördengängen“ (w, 61 J) „Was man wie, wo, wann beantragt (Rente, Steuerklasse etc.)“ (w, 50 J)

Abkürzungen: m=männlich, w=weiblich, J=Jahre

Tab. 21 Zum Befragungszeitpunkt offene Fragen, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Frage nach der Todesursache: Woran ist die Person verstorben?	<p>„Ich hätte der Obduktion zustimmen sollen. Es belastet mich sehr, nicht zu wissen, warum er plötzlich verstorben ist.“ (w, 67 J)</p> <p>„Todesursache und Klärung, ob ein Tötungsdelikt vorgelegen hat. Es fehlt mir die Gewissheit, um abschließen zu können.“ (w, 57 J)</p> <p>„Todesursache. Was ist passiert?“ (w, 79 J)</p>
Frage nach den Todesumständen: Wie ist die Person verstorben?	<p>„Wann genau war der Todeszeitpunkt? Wie waren die letzten Lebensstunden des Verstorbenen?“ (w, 62 J)</p> <p>„Mich quält immer noch die Frage, ob sein Tod angstvoll, schmerzhaft, qualvoll war“ (w, 76 J)</p> <p>„Wie hat die Verstorbene den Tod erlebt? Hatte sie Schmerzen? Wusste sie, dass sie stirbt?“ (w, 42 J)</p>
Frage nach Schuld: Hätte der Tod verhindert werden können? Gibt es jemand schuldigen?	<p>„Am Anfang der Krankheit ging alles schief. Keiner erkannte erst die Krankheit, was mich sehr bedrückt und wütend macht, vielleicht hätte alles anders laufen können. Und mein Sohn würde noch leben.“ (w, Alter unbekannt)</p> <p>„Schuldfrage: nicht WER hat Schuld, sondern gibt es überhaupt einen Schuldigen?“ (w, 65 J)</p> <p>„Warum hat der Hausarzt meines Bruders nicht reagiert und meinem Bruder den Ernst der Lage eindringlich und klar dargelegt? War die Medikamenteneinnahme fahrlässig? [Medikamentenname]“ (w, 55 J)</p>
Frage nach Zukunftsperspektiven: Wie geht es weiter?	<p>„Wann wird mein Leben wieder "normal" sein“ (m, 52 J)</p> <p>„Was mache ich mit Haus und Garten, wenn ich nicht mehr kann? Und die Kinder kaum Zeit/Kraft haben alles zu regeln“ (w, 75 J)</p>

Fortsetzung Tab. 21 Zum Befragungszeitpunkt offene Fragen, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Frage nach Zukunftsperspektiven: Wie geht es weiter?	„Ich frage mich manchmal, ob meinen Sohn das Trauma wieder einholen könnte. Aber wer weiß darauf schon die Antwort!“ (w, 58 J)
Frage nach dem Sinn: Warum?	„Er erkannte die Schwere seiner Krankheit nicht? Oder war da ein Suizid Gedanke da, weil die sozialen und finanziellen Probleme so groß waren? Hat er seinen Lebenswillen verloren?“ (w, 75 J) „Ich kann es immer noch nicht verstehen, dass meine liebe Tochter so früh sterben musste! WARUM!“ (w, 81 J) „Ja, das Warum, aber das kann mir niemand sagen.“ (w, 45 J)
Fragen, die nicht mehr beantwortet werden können	„Das kann ich nicht beantworten“ (w, 61 J) „Es gab viele Fragen, die nicht mehr beantwortet werden konnten.“ (m, 64 J) „Keine, die sie mir beantworten könnten.“ (w, 60 J)

Abkürzungen: m=männlich, w=weiblich, J=Jahre

Tab. 22 Zum Befragungszeitpunkt unerfüllte Bedürfnisse, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Bedürfnis danach, den Tod und die Situation um das Todesereignis herum, zu verarbeiten (ggf. mit Unterstützung)	„Professionelle Aufarbeitung des Todes und der Tage davor und danach“ (w, 47 J) „Höchstens, die Aufklärung der Krankheiten die zum Versterben des Angehörigen geführt haben“ (w, 59 J) „Gespräch mit den Kollegen des Verstorbenen, die zum Zeitpunkt seines Todes da waren (bzw. nicht aufmerksam waren)“ (w, 65 J)

Fortsetzung Tab. 22 Zum Befragungszeitpunkt unerfüllte Bedürfnisse, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Sehnsucht nach dem alten Leben	<p>„Ich wünsche mir einfacher wäre noch hier bei mir, wäre noch am Leben!!! Ich wünschte, er würde mir ab und zu einen imaginären Ar...tritt verpassen.“ (w, 61 J)</p> <p>„Zärtlichkeit (harmlose), verständnisvolle Blicke, auch ironische meines Mannes“ (w, 75 J)</p> <p>„Mehr Kontakt zu unserem ehemaligen sozialen Umfeld z.B. Nachbarn, Hundegassirunde ohne stundenlange Anreise.“ (w, 46 J)</p>
Bedürfnis nach Selbstfürsorge und danach, die eigene Gesundheit zu achten	<p>„Das Bedürfnis, besser für mich zu sorgen + besser auf die eigene Gesundheit zu achten als die Verstorbene, setze ich aktiv um.“ (w, 50 J)</p> <p>„Gesund bleiben/und immer in Erinnerung behalten“ (w, 79 J)</p> <p>„Ja, ich möchte wieder die Kraft haben, zu Reiten oder Freunde regelmäßig zu treffen.“ (w, 54 J)</p>
Bedürfnis nach neuer Partnerschaft	<p>„Offen für eine neue Beziehung zu sein. Lebensqualität zu steigern -> aktiver zu werden“ (w, 52 J)</p> <p>„Eine neue Lebenspartnerschaft“ (m, 70 J)</p> <p>„Weibliche Nähe“ (m, 90 J)</p>
Bedürfnis nach finanzieller Unterstützung	<p>„bessere finanzielle Unterstützung z.B. Witwenrente“ (w, 63 y)</p> <p>„finanzielle[r] Not begegnen“ (m, 74 J)</p>

Abkürzungen: m=männlich, w=weiblich, J=Jahre

Tab. 23 Hilfreiches zur Begegnung aktuell unerfüllter Bedürfnisse, wie angegeben durch Freitextantworten

Kategorie	Beispielzitat
Selbstfürsorge und Sorge durch andere	<p>„Ein Seelsorger, Trauerbegleiter“ (w, 54 J)</p> <p>„Nur die eigene Gesundheit. [Ich] möchte bei Kräften bleiben, damit ich mir selbst helfen kann.“ (w, 65 J)</p> <p>„Menschen die sich mit den Bedürfnissen Trauernder auskennen / Offene Gesprächsgruppen“ (m, 52 J)</p>
Reform von Strukturen im Gesundheitswesen/ in den Behörden	<p>„Mehr Menschlichkeit und Unterstützung bei den sozialen Einrichtungen der Stadt [Stadtname]“ (w, 75 J)</p> <p>„Reform der Rechtsmedizin; Veränderung in der Rechtsmedizin, insbesondere [der] Umgang mit Toten und Lebenden“ (w, 63 J)</p> <p>„Ich wünsche mir eine bessere therapeutische Betreuung für psychisch kranke Menschen.“ (w, 76 J)</p>
Finanzielle Sicherheit	<p>„Bezahlbarer Wohnraum.“ (w, 46 J)</p> <p>„Die Stellen, die entschieden haben, die Witwenrente an das Einkommen zu koppeln, so dass man z.T. überhaupt kein Geld bekommt.“ (w, 63 J)</p> <p>„Mehr Geld, damit man an der Öffentlichkeit teilnehmen kann!“ (m, 74 J)</p>

Abkürzungen: m=männlich, w=weiblich, J=Jahre

Tab. 24 STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of cohort studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up (b) For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, explain how loss to follow-up was addressed (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures over time
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized

		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at <http://www.strobe-statement.org>.

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	
Gender	4	Was the researcher male or female?	
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
Sample size	12	How many participants were in the study?	
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

10. Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei Frau Prof. Dr. med. Karin Oechsle für die Bereitstellung des Themas, die wunderbare Betreuung sowie die konzeptuelle und inhaltliche Unterstützung bedanken.

Zusätzlich danke ich Frau Anneke Ullrich für ihre wertvolle Hilfestellung bei Datenerhebung und Auswertung sowie dafür, dass sie mich mit viel Kompetenz und Engagement unterstützt und meine Fähigkeiten, wissenschaftlich zu arbeiten, sehr gefördert hat.

Frau PD Dr. med. Birgit Wulff danke ich für die inhaltliche Unterstützung bei rechtsmedizinischen Fragestellungen.

Zu guter Letzt gilt mein Dank dem gesamten Team der Forschungs-AG Palliativmedizin, die insbesondere bei organisatorischen und administrativen Aufgaben eine große Hilfe darstellten.

11. Lebenslauf

Lebenslauf aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht enthalten

12. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: