

**Aus dem Institut für Comprehensive Cancer Center Mainfranken
der Universität Würzburg**

Vorstand: Prof. Dr. med. Ralf C. Bargou

**Förderliche und hinderliche Faktoren im Trauerprozess
von Nahestehenden eines*r Verstorbenen**

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Solveig Eva Bönninger

aus Stuttgart

Würzburg, September 2023

Referenten

Referent: Prof. Dr. med. Ralf C. Bargou

Koreferentin: PD Dr. rer. nat. Karin Meng

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung:

25.04.2024

Die Promovendin ist Ärztin

Inhaltsverzeichnis

I	Einleitung.....	1
II	Theoretische Aspekte	3
1	Stand der Trauerforschung und Umsetzung in der Praxis.....	3
2	Definitionen und Konzepte der Trauer.....	4
2.1	„normale“ Trauer	4
2.2	„nicht normale“ Trauer, ICD-11: Anhaltende Trauerstörung.....	6
3	Trauermodelle	8
3.1	Phasenmodelle	8
3.2	Duales Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen (DPM)	9
4	Einflussfaktoren des Trauerprozesses	11
4.1	Trauer im gesellschaftlichen Kontext – Disenfranchised grief.....	12
4.2	Beziehung zur verstorbenen Person.....	15
4.3	Intrapersonale Faktoren.....	19
4.4	Betreuung der Nahestehenden als Einflussfaktor	22
5	Forschungsinteresse und Exploration	28
III.	Methodik.....	29
6	Forschungsmethode.....	29
6.1	Grundlagen qualitativer Sozialforschung	29
6.2	Gütekriterien der qualitativen Forschung	30
6.3	Auswahl Studiendesign.....	32
6.4	Erhebungsmethode: Das teilstrukturierte Interview.....	32
6.5	Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	33
7	Durchführung.....	36
7.1	Ethikvotum	36

7.2	Vorbereitung der Datenerhebung.....	36
7.3	Datenerhebung und Auswertung	38
IV.	Ergebnisse.....	43
8	Beschreibung der Stichprobe	43
9	Gegenüberstellende Betrachtungen zur Oberkategorie Betreuung der trauernden und erkrankten Personen.....	45
9.1	Medizinische Betreuung.....	47
9.2	Psychologische Betreuung.....	59
9.3	Geistlicher Beistand	62
10	Gegenüberstellende Betrachtungen zur Oberkategorie <i>soziales Umfeld</i> 63	
10.1	Verhaltensweisen im Umgang mit dem*der Trauernden.....	64
10.2	Gesellschaftliche und kulturelle Konventionen.....	69
10.3	Arbeitsumfeld	71
10.4	Familie	73
10.5	Freunde.....	76
11	Gegenüberstellende Betrachtungen zur Oberkategorie <i>Beziehung zur verstorbenen Person</i>	77
11.1	Umgang der verstorbenen Person mit ihrer Erkrankung	79
11.2	Art der Beziehung	80
11.3	Gemeinsam genutzte Zeit	81
11.4	Kommunikation mit der sterbenden Person	82
11.5	Abschiednehmen	84
12	Gegenüberstellende Betrachtungen zur Kategorie <i>intrapersonale Faktoren</i>	85
12.1	Physische und psychische Belastungen	87
12.2	Emotionen und Gefühle	88

12.3	Antizipieren des bevorstehenden Todes	90
12.4	Strategien der Trauerbewältigung.....	91
13	Übersicht zum Kategoriensystem.....	95
V.	Diskussion	100
14	Methodendiskussion.....	100
14.1	Stichprobe und Rekrutierung der Interviewpartner*innen	100
14.2	Leitfadeninterview und qualitative Analyse	101
15	Diskussion der inhaltlichen Kategorien und Beantwortung der Forschungsfrage	103
15.1	Medizinische, psychologische und geistliche Betreuung der trauernden Person	103
15.2	Soziales Umfeld	112
15.3	Beziehung zur verstorbenen Person.....	119
15.4	Intrapersonale Faktoren.....	124
15.5	Übersicht der Schlussfolgerungen	129
15.6	Fazit und Ausblick.....	134
VI.	Zusammenfassung	136
VII.	Literaturverzeichnis	137
VIII.	Appendix	1
IX.	Abkürzungsverzeichnis.....	8
X.	Abbildungsverzeichnis.....	9
XI.	Tabellenverzeichnis.....	9
XII.	Danksagung	10
XIII.	Eigene Veröffentlichungen und Kongressteilnahmen.....	11

I Einleitung

„[Die] Hinterbliebenen hatten keine Möglichkeit, Abschied zu nehmen. Das ist eine Seelenqual, davon haben mir viele Angehörige berichtet.“

Mit diesen Worten plädierte Frank-Walter Steinmeier, Bundespräsident der Bundesrepublik Deutschland, im September 2020 für eine Gedenkveranstaltung für die Menschen, die im Zusammenhang mit dem Coronavirus verstarben (Deutsche Welle 2020). Das Zitat Steinmeiers macht deutlich, dass in der öffentlichen Debatte zum Sars-CoV-2 das Thema Tod und die damit verbundene Trauer von Angehörigen stärker in das Bewusstsein der Menschen und in den Fokus der medialen Berichterstattung rückte als bisher. So konstatierte zum Beispiel die Trauerbegleiterin Mechthild Schroeter-Rupieper:

„Für Kranke und Sterbende wird gesorgt. Die Angehörigen haben aber neben ihrer Traurigkeit die Sorge um den Menschen, der da liegt, weil sie vielleicht gesagt haben: Ich habe dir versprochen, am Ende da zu sein. Ich habe versprochen, deine Hand zu halten, auf dich aufzupassen. Oder die Sorge: Gehen sie gut mit ihm um? Hat er oder sie Ängste? Das belastet Angehörige neben ihrer eigenen Trauer.“ (Grunau 2020).

Zwar wurden die leitfaden-gestützten Interviews noch vor der Corona-Pandemie geführt, aber auch unabhängig von der pandemischen Ausnahmesituation betrifft Trauer einen erheblichen Teil der deutschen Gesellschaft. Laut statistischem Bundesamt starben allein im Jahr 2020 zirka 985.500 Menschen. Dabei waren die häufigsten Todesursachen auf Herz-Kreislaufkrankungen und Krebsleiden zurückzuführen (vgl. Destatis 2020). Meist geht dem Tod ein Krankheitsverlauf voraus und nur etwa 5 Prozent der Todesfälle ereignen sich unvorhergesehen (vgl. Haussener 2017). Die meisten Menschen haben den Wunsch zuhause zu sterben, doch in Realität stirbt die Mehrheit in Krankenhäusern und Alten- und Pflegeheimen (vgl. DHPV 2017; Dasch et al. 2015). Stirbt ein Mensch, betrifft ihr Tod etwa 9 Personen in ihrem sozialen Umfeld (vgl. Verdery et al. 2020). Der Tod eines nahestehenden Menschen kann bei Hinterbliebenen mit physischen und psychischen Belastungen einhergehen und zu großen gesundheitlichen Problemen sowie einer gesteigerten Mortalität führen (vgl. Stroebe et al. 2007). Wie ein Mensch Verluste bewältigt, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. So spielen unter anderem Beziehungsfaktoren, Persönlichkeitsmerkmale, der Bewältigungsstil, psychiatrische Vorgeschichte und Komorbiditäten sowie sozioökonomische Faktoren eine Rolle (vgl. Tofthagen et al. 2017). Mit der Einführung der Diagnose „Anhaltende Trauerstörung“ in der ICD-11, einem Klassifikationssystem physischer und psychischer Krankheiten, wird Erkenntnissen aus der aktuellen Trauerforschung Rechnung getragen, die gezeigt haben, dass nicht alle Hinterbliebenen einen resilienten Trauerverlauf entwickeln.

Diese Forschungsarbeit beschäftigt sich mit dem Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person und hat zum Ziel, förderliche und hinderliche Einflussfaktoren auf den Trauerverlauf zu erarbeiten und empirisch zu untermauern.

Zunächst werden in Kapitel II „Theoretische Aspekte“ der Stand der Trauerforschung, Trauermodelle und bereits bekannte Einflussfaktoren beleuchtet. Kapitel III erläutert das methodische Vorgehen. Kapitel IV widmet sich den Ergebnissen, die mit Hilfe des entwickelten Kategoriensystems geordnet werden. Abschließend werden die Ergebnisse in Kapitel V anhand aktueller Studien und Literatur diskutiert und Schlussfolgerungen gezogen.

II Theoretische Aspekte

1 Stand der Trauerforschung und Umsetzung in der Praxis

Der Verlust des*der Partner*in ist mit einer erhöhten Sterblichkeit assoziiert (vgl. Sullivan und Fenelon 2014). Der durch Trauer ausgelöste Stress kann zudem das Auftreten von physischen sowie psychischen Erkrankungen erhöhen oder schon bestehende Symptome verschlimmern (vgl. Shear et al. 2011). „Dennoch ist die Trauer ein Thema, das in der psychologischen Literatur bisher eher wenig beachtet wird, gemessen an der großen Bedeutung, die sie für unsere psychische Gesundheit hat“ (Kast 2008, S. 85). Auch der Psychologe Wittkowski kritisiert eine ungenügende Beachtung der Thanatopsychologie, der Wissenschaft, die sich mit dem Erleben und Verhalten der unheilbaren kranken und sterbenden Person sowie deren Angehörigen beschäftigt. Er prangert eine schon seit vielen Jahren bestehende Diskrepanz zwischen der internationalen Trauerforschung und dem mangelhaften Fortschritt auf deutschsprachigem Boden an. Es würde „hierzulande kaum Interesse an Forschung zu Sterben, Tod und Trauer jenseits von Diplom- bzw. Magisterarbeit bzw. Dissertation bestehen“ (Wittkowski 2013, S. 139). Einen möglichen Grund sieht er im deutschen Wissenschaftssystem, das im Vergleich zu anderen Ländern weniger offen sei und thanatopsychologische Forschungsgegenstände „am besten zur Geltung kommen, wenn sie sich in bestehende Strukturen einordnen lassen“ (Wittkowski 2013, S. 139). Auch die deutsche Vergangenheit könnte eine gewisse Rolle am Desinteresse zur Erkundung der Thanatopsychologie spielen. Wittkowski vermutet, dass die Kriegsschuld Deutsche daran hindere, eine „sachlich-nüchterne und ohne Wertungen besetzte Forschung zu Sterben, Tod und Trauer“ zu etablieren (Wittkowski 2013, S. 139).

Die an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) angegliederte AG der „Psychosozialen und Spirituellen Versorgung“ beklagt eine mangelhafte Inklusion von Erkenntnissen der (inter-)nationalen Trauerforschung in die Praxis der Palliativmedizin. Zudem prangern die Autoren des Positionspapiers „Trauer – im palliativen Kontext“ an, dass auch innerhalb der DGP das Thema Trauer kaum Beachtung geschenkt würde. Sie fordern „eine auf wissenschaftlichen Erkenntnissen fußende umfassende Eingliederung dieses Themas auch in den palliativen Versorgungssektor und damit eine Professionalisierung der Unterstützungsleistungen der Betroffenen. [...]“ (Müller et al., S. 4).

Auch international gesehen scheint das Thema Trauer in der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften kaum vertreten zu sein (vgl. Breen et al. 2012) und Lehrbücher scheinen in ihrer Aktualität hinterherzuhinken (vgl. Corr 2021).

Nichtdestotrotz hat die thanatopsychologische Forschung in den vergangenen Jahren an Umfang und Importanz zugelegt. Das manifestiert sich beispielweise darin, dass die „Anhaltende Trauerstörung“ als eigenständige Diagnose in den ICD-11-Katalog aufgenommen ist (siehe Kapitel 2.2). Auch in jüngster Vergangenheit erfuhr die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod eine neue Dimension. Durch die Covid19-Pandemie wurden viele Menschen in Industrienationen zwangsläufig mit Krankheit und Sterben konfrontiert. Dies führte bei der ein oder anderen Person dazu, sich mit der eigenen Endlichkeit auseinanderzusetzen und trieb Forschende an, die Auswirkungen der Pandemie zu untersuchen. Bezogen auf die Thanatopsychologie interessierte dabei vor allem die Auswirkung auf den Trauerprozess von Angehörigen, die ihre Liebsten durch das Coronavirus verloren haben.

2 Definitionen und Konzepte der Trauer

Im deutschsprachigen Raum wird das Wort „Trauer“ für sämtliche Aspekte des Trauererlebens verwendet, wohingegen im Englischen verschiedene Worte für Trauer verwendet werden (vgl. Münch 2020, S. 16). Da Englisch die dominierende Sprache in der Wissenschaft ist und somit die meisten Publikationen zum Thema Trauer englischsprachig verfasst sind, soll hier auf drei häufige in der Trauerforschung verwendete Begriffe eingegangen werden. Der Begriff „Grief“ beschreibt die emotionale Komponente, die tiefe Seelenqual, die eine Person nach dem Verlust eines geliebten Menschen empfindet. „Grief“ ist charakterisiert als ein innerer, intrapsychischer Prozess einer trauernden Person, wohingegen „Bereavement“ objektiv die Situation beschreibt, in der sich eine trauernde Person befindet, nachdem der geliebte Mensch verstorben ist (vgl. Maciejewski et al. 2016). Eine weitere Bezeichnung im Englischen ist „mourning“, welcher sich auf die „äußeren oder öffentlichen Ausdrucksformen der Trauer“ bezieht (vgl. Stroebe et al. 2008 nach Münch 2020, S. 17).

2.1 „normale“ Trauer

Ist es normal wie ich mich fühle? Verhalte ich mich normal? Geht es anderen Trauernden genauso? Das sind typische Fragen, mit denen sich Trauernde in ihrem alltäglichen Trauererleben beschäftigen. Aus der wissenschaftlichen Perspektive ergibt sich dazu folgende zentrale Frage: Gibt es eine „normale“ Trauer und wie lässt sich diese definieren? Die Psychologin und Psychotherapeutin Birgit Wagner sagt dazu:

„Der Verlust einer nahestehenden Person hat in der Regel einen normalen und nicht pathologisch verlaufenden Trauerprozess zur Folge. Die Reaktionen auf einen Verlust können sowohl kulturell als auch individuell sehr unterschiedlich erlebt werden“ (Wagner 2016, S. 250).

Dennoch entwickelte sich in den letzten Jahren eine Debatte darüber, ab wann eine Trauer als „nicht normal“ einzustufen sei und sich eine „Anhaltende Trauerstörung“ diagnostizieren lasse. Einige Wissenschaftler*innen auf dem Gebiet der Thanatopsychologie haben sich darüber Gedanken gemacht. Dabei meint die Mehrzahl der Forscher*innen, dass die meisten Trauerverläufe als nicht pathologisch einzustufen seien. Die dabei eruierten Zahlen variieren zwischen 65 und 99 Prozent (vgl. Wagner 2013 nach Münch 2020, S. 18). Trauer ist Teil des Lebens, so wie auch die Geburt Teil des Lebens eines jeden Menschen ist. Sie ist keine Krankheit sondern Bestandteil des Lebensverlaufs (vgl. Wagner 2016, S. 250).

Die Reaktionsweisen von Trauernden sind stark individuell und können auf verschiedenen Ebenen in Erscheinung treten. Auf der emotional-kognitiven Ebene zeigen Hinterbliebene häufig einen schnellen Wechsel an Gefühlen, darunter Verzweiflung, Schuldgefühle, Sehnsucht, Wut, Angst, Einsamkeit und einen tiefen Trennungsschmerz. Es kann auch zu körperlichen Reaktionen kommen, wie zum Beispiel Schlafstörungen und Übelkeit. Bei manchen führt Trauer zu einem sozialen Rückzug und auf geistig-spirituel-ler Ebene zu Hadern mit Gott sowie der Suche nach einer neuen Weltansicht (vgl. Znoj und Maercker 2005). Auch wenn viele Hinterbliebene durch ihre Verlusterfahrung in manchen Dingen verändert bleiben, erreichen die meisten nach ein bis zwei Jahren wieder einen Zustand des Wohlbefindens und ihre Funktionsfähigkeit (vgl. Wittkowski und Scheuchenpflug 2016). Lange war man der Annahme, dass ein Fehlen von Trauersymptomatik ein Zeichen für pathologische Trauer sei. Personen, die keine typischen Symptome für Trauer zeigten, wurde nachgesagt, sie würden die Trauer unterdrücken oder hätten nur eine oberflächliche Bindung mit dem*der Verstorbenen geführt (vgl. Middleton et al. 1993). Durch Studien konnten diese Annahmen nicht bestätigt werden. Vielmehr zeigte ein Forschungsteam um Bonanno, dass eine fehlende Trauerreaktion häufig vorkomme und nicht als pathologische Trauer einzustufen sei (vgl. Bonanno 2004, S. 23). Trauernde sind nicht, wie manche vermuten, ausschließlich negativen Emotionen ausgesetzt. Vielmehr gehört zu einem normalen Trauerprozess auch das Empfinden von positiven Emotionen, beispielsweise Freude in Verbindung mit schönen Erinnerungen. „[...] [S]ie [die Trauernden] erleben in ihrer Auseinandersetzung mit dem Verlust positive wie auch negative Gefühle“ (Müller und Willmann 2016, S. 60).

2.2 „nicht normale“ Trauer, ICD-11: Anhaltende Trauerstörung

Weltweit sind sich Trauerforschende überwiegend darin einig, dass es problematische, nicht „normale“ Trauerverläufe gibt (vgl. Münch 2020, S. 20). Dabei unterscheiden sie sich nicht in ihrer Reaktion auf den Verlust sondern in der Dauer und Intensität von „normalen“ Trauerprozessen (vgl. Wagner 2016; Münch 2020). Es gibt allerdings auch Erkenntnisse aus der Neuropsychologie, die auf qualitativ messbare Unterschiede zwischen normalen und komplizierten Trauerverläufen hinweisen. So zeigten Teilnehmende mit „Komplizierter Trauer“ in einer Studie von O’Connor und Arizemendi eine verlängerte Reaktionszeit auf mit Trauer assoziierte Wörter, die ihnen in der Untersuchung präsentiert wurden. Die Forschenden interpretierten dies als Vermeidungsverhalten und verdeutlichten einen weiterbestehenden Bedarf an zukünftiger Forschung, um neuropsychologische Unterschiede in den verschiedenen Trauerverläufen zu erkunden (vgl. O’Connor und Arizmendi 2014). Unter „nicht normaler Trauer“ werden in der vorliegenden Dissertation alle Termini zusammengefasst, die von verschiedenen Forschungsgruppen vorgeschlagen wurden. Allen gemeinsam ist die Beschreibung von Trauerprozessen, die als problematisch gelten. So bezeichnete das Forschungsteam um Horowitz das Phänomen als *pathologische Trauer* (vgl. Horowitz et al. 1993), während Prigerson et al. sich für die Definition der *komplizierten Trauer* (vgl. Prigerson et al. 1995) entschied. Einige Jahre später benannten Forscher*innen um Prigerson das Konzept als „*prolonged grief*“ (*prolongierte Trauer*). Im deutschsprachigen Raum hat sich der Begriff der anhaltenden Trauerstörung durchgesetzt (vgl. Wagner 2016). Es gibt verschiedene Studien zur Häufigkeit des Auftretens von „nicht normaler Trauer“. Meist wird hierbei die Studie von Kersting, Brähler, Glaesmer und Wagner (2011) aufgeführt. Sie führten eine Befragung mit einer repräsentativen Studienpopulation von N=2520 Trauernden im deutschsprachigen Raum durch, wobei alle Altersgruppen von 14 bis 95 Jahren vertreten waren. Die Forschenden kamen zu dem Ergebnis, dass die Wahrscheinlichkeit, die Diagnose einer „komplizierten Trauer“ (complicated grief) zu erhalten, bei 6,7% liegt und die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung 3,7% beträgt. Als Risikofaktoren identifizierten sie das weibliche Geschlecht, ein niedriges Einkommen, Alter über 61 Jahren, der Verlust eines Kindes oder des Partners und Krebs als Todesursache (vgl. Kersting et al. 2011). Eine weitere Metanalyse zur Prävalenz von *Prolonged grief disorder* (PGD) kam zu dem Ergebnis, dass 9,8% der Trauernden von einer *anhaltenden Trauer* betroffen sind und auf psychologische Betreuung angewiesen sind (vgl. Lundorff et al. 2017).

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, kurz ICD, ist ein global angewendetes Klassifikationssystem von

medizinischen Diagnosen, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird. Nach langer und intensiver Entwicklung hat die WHO im Mai 2019 das neue Klassifikationssystem ICD-11 verabschiedet, welches am 1. Januar 2022 in Kraft trat und das ICD-10 ablöste. Als Neuheit wird in den Katalog des ICD-11 die *Anhaltende Trauerstörung* als eigenständige Diagnose aufgenommen. In der bisherigen Klassifikation, der ICD-10, wurden pathologische Trauerreaktionen meist als Anpassungsstörungen, Depression oder posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert (vgl. Wagner 2016). Die daraus resultierenden Konsequenzen sind problematisch, weil beispielsweise Antidepressiva verschrieben werden, obwohl für diese bisher keine zufriedenstellende Wirkung bei Trauerstörung nachgewiesen wurde (vgl. Bui et al. 2012). Ein Hauptargument für die Aufnahme der *Anhaltenden Trauerstörung* als eigenständige Diagnose in den Katalog der ICD-11 ist die frühzeitige Identifizierung von Trauernden mit pathologischem Trauerverlauf. Die Hoffnung ist, dass durch psychologische Interventionen eine Chronifizierung der Trauer und psychische, sowie somatische Langzeitfolgen vermieden werden können (vgl. Wagner 2016).

Die ICD-11 Version der Diagnose der *Anhaltenden Trauerstörung* orientiert sich an den Vorschlägen der Arbeitsgruppe Prigersons, wobei erstere nicht in Sektoren gegliedert ist, sondern als Fließtext aufgeführt wurde. Prigersons Team schlug folgende Diagnosekriterien vor (vgl. Münch 2020, S. 33–36; vgl. Wagner 2016):

- Es liegt ein Verlust eines bedeutsamen Menschen vor.
- Leitsymptom: Trennungsschmerz mit starker Sehnsucht nach der verstorbenen Person
- Kognitive, emotionale und behaviorale Reaktionen. Davon mindestens fünf der folgenden Symptome: Unsicherheit bezüglich der eigenen Rolle im Leben; Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren; Vermeiden von Erinnerungen an den Verlust; Unfähigkeit, anderen seit dem Verlust zu vertrauen; Verbitterung; Wut; Schwierigkeiten, das eigene Leben fortzuführen; emotionale Taubheit; Gefühl der Einsamkeit und Sinnlosigkeit; Gefühl von Betäubung und Schock seit dem Verlust.
- Zeitkriterium: Mindestens sechs Monate ab Verlust
- Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen
- Die Störung kann nicht durch Depression, generalisierte Angststörung oder Posttraumatische Belastungsstörung erklärt werden.

Die WHO übernahm weitestgehend die Vorschläge der Forschergruppe, verzichtete aber auf die Mindestkriterien, die erfüllt werden müssen, damit die Diagnose der Anhaltenden Trauerstörung vergeben werden darf. Stattdessen benennt die ICD-11 in ihrer Version von 2019 lediglich die zentralen Symptome und Reaktionsweisen von Hinterbliebenen mit anhaltender Trauerstörung. Darüber hinaus berücksichtigt sie kulturelle und religiöse Normen des Trauerns, sodass das Zeitkriterium immer vor dem Hintergrund ebendieser Aspekte betrachtet werden muss (vgl. Münch 2020, S. 35). Die Aufnahme der Anhaltenden Trauerstörung als Diagnose in den Katalog der ICD-11 ist nicht ganz unumstritten. Differenzialdiagnostisch lässt sich die Störung zwar von anderen psychischen Erkrankungen (z.B. Depression, Angststörung) unterscheiden, der Differenzierung zwischen einem intensiven, normalen Trauerverlauf und anhaltender Trauerstörung fehlt es jedoch an empirischer Grundlage (vgl. Wagner 2016). Als einziger Unterschied lässt sich bei einem intensiven, normalen Trauerverlauf eine Symptommindering im Laufe der Zeit feststellen (vgl. Wakefield 2012 nach Wagner 2016). Das Zeitkriterium von sechs Monaten zur Diagnosestellung bleibt ein Diskussionspunkt zwischen Wissenschaftler*innen und führt zu der Frage, „wie lange Trauer in unserer modernen Gesellschaft dauern darf“ (Wagner 2016, S. 255). Fest steht, dass es weiterer Forschung bedarf sowie an Schulungen für Fachkräfte, um einen geeigneten Umgang mit der Diagnosestellung der Anhaltenden Trauerstörung zu finden.

3 Trauermodelle

3.1 Phasenmodelle

In der Trauerforschung der 60er- und 70er-Jahre dominierte die Vorstellung, dass eine trauernde Person Phasen durchläuft, um den Verlust eines geliebten Menschen zu verarbeiten. Zu den wichtigsten Vertreter*innen ebendieser Denkschule gehörten u.a. die Schweizer Psychotherapeutin Verena Kast (vgl. Kast 2018). Sie entwickelte das Trauerphasenmodell, welches sich in vier Phasen einteilt: Zunächst befindet sich der*die Trauernde in einem Stadium des *Nicht-Wahrhaben-Wollens*, die anschließende Phase ist gekennzeichnet durch *aufbrechende Emotionen*. Die dritte Phase beschreibt Kast als das *Suchen und Sich-Trennen*. Damit ist die intensive Auseinandersetzung des*der Trauernden mit sich und des*der Verstorbenen und ihren gemeinsamen Gewohnheiten und Erlebnissen gemeint. In der letzten Trauerphase erfolgt der *neue Selbst- und Weltbezug*. Es kehrt Ruhe in die Seele zurück. Der*die Hinterbliebene schmiedet neue Pläne

für sein Leben, während der*die Verstorbene in Gedanken und Erinnerungen fortlebt (vgl. Kast 2018).

Weitere bekannte Vertreter von Phasenmodellen sind der britische Psychiater J. Bowlby, der amerikanische Psychologieprofessor J. W. Worden und die Psychiaterin E. Kübler-Ross. Letztere befasste sich mit dem seelischen Befinden Sterbender und charakterisierte fünf Entwicklungsstufen (1. Nicht-Wahrhaben-Wollen, 2. Zorn, 3. Verhandeln, 4. Depression, 5. Zustimmung), die eine erkrankte Person beginnend mit der Diagnose bis zum Zeitpunkt des Todes durchläuft (vgl. Kübler-Ross 2013).

Allerdings werden die soeben skizzierten Phasenmodelle im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs kritisch beleuchtet. Stroebe et al. zeigen sich besorgt über die weiterhin bestehende Popularität der Phasenmodelle und kritisieren den weitreichenden Einfluss auf Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen. Sie beanstanden das Fehlen von empirischen Belegen und inhaltlicher Stringenz. Am meisten jedoch fürchten sie eine schädliche Auswirkung dieser Modelle auf Trauernde, die nicht die als notwendig erachteten Phasen durchlaufen (vgl. Stroebe et al. 2017, S. 85).

3.2 Duales Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen (DPM)

Stattdessen entwickelten Margaret Stroebe und Henk Schut 1999 das Duale Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen (siehe Abbildung 1). Im Gegensatz zu den linear verlaufenden Phasenmodellen bedient sich das Duale Prozessmodell einer anderen Strukturierung. Hierbei wird zwischen zwei Kategorien von Stressoren unterschieden, die auf den Betroffenen einwirken und „von Anfang an um die Aufmerksamkeit der Betroffenen“ (Müller und Willmann 2016, S. 48) konkurrieren. Jedoch kann ein*e Trauernde*r sich nicht gleichzeitig mit Stressoren beider Kategorien auseinandersetzen (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 48).

Eine Kategorie beinhaltet verlustbezogene Stressoren, während die anderen Stressoren wiederherstellungsorientiert sind. Die nachfolgende Abbildung (siehe Abbildung 1) stellt das Duale Prozessmodell dar:

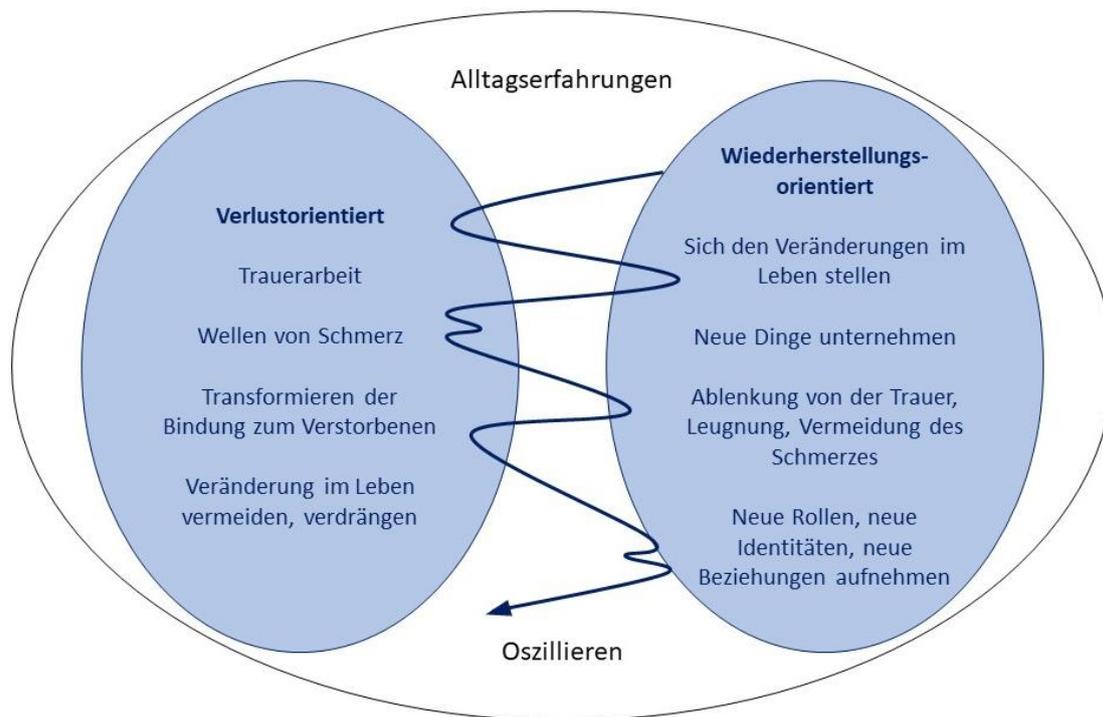


Abbildung 1: Darstellung des Dualen Prozessmodells (DPM)
(Stroebe und Schut, 2007 nach Müller und Willmann 2016, S. 51)

Die verlustorientierten Belastungsfaktoren hängen unmittelbar mit dem Verlust des*der Verstorbenen zusammen. Betroffene sind durch Ereignisse im Alltag mit Gefühlen, Erinnerungen und Gedanken an die verstorbene Person konfrontiert, wodurch sie sich intensiv mit ihrem Verlust und ihrer Trauer auseinandersetzen. Meist sind Trauernde damit beschäftigt, die Bindung zum verstorbenen Menschen aufrechtzuerhalten und diesem einen neuen Platz im Leben zuzuweisen. Somit mangelt es häufig an Zeit und Kraft notwendige Veränderungen im Leben zuzulassen.

Die wiederherstellungsbezogenen Stressoren werden von Stroebe und Schut auch als sekundäre Stressoren bezeichnet, da sie nicht in unmittelbarer Verbindung zu der verstorbenen Person stehen (vgl. Stroebe und Schut 2010, S. 277). Damit sind jene Belastungen gemeint, unter denen sich Betroffene in einer Welt ohne ihren geliebten Menschen neu orientieren müssen. Solchen Veränderungen sind Trauernde zwangsläufig ausgesetzt. So ist beispielsweise ein junger Witwer auf einmal nicht nur alleinerziehend, sondern muss auch mit einer neuen finanziellen Situation umgehen.

Zur Bewältigung der Belastungsfaktoren wenden Trauernde unterschiedliche Copingstrategien an. Dabei unterscheiden Stroebe und Schut *emotions- und problemorientierte Bewältigungsstrategien*. Auf den ersten Blick könnte man denken,

emotionsfokussierende Strategien seien eher verlustorientiert und problemfokussierende Strategien vornehmlich wiederherstellungsorientiert. Vielmehr gehen Betroffene mit Hilfe emotionsorientierten Verfahrensweisen mit ihren stressinduzierten Gefühlen um, während problemorientierte Methoden eher angewandt werden, um die Lebenssituation zum Positiven zu verändern und damit Stress zu reduzieren (vgl. Stroebe und Schut 2010, S. 277).

Das sogenannte Oszillieren, das Pendeln des*der Trauernden zwischen den beiden Kategorien *verlustorientiert und wiederherstellungsorientiert*, ist ein zentraler Aspekt, der das DPM von anderen Trauermodellen unterscheidet (vgl. Stroebe und Schut 1999, S. 215). Das Oszillieren der trauernden Person muss stattfinden, um erfolgreich die Verlust Erfahrung bewältigen zu können. Geschieht dies nicht und eine betroffene Person beschäftigt sich ausschließlich mit ihrem Verlust und stellt sich nicht den Veränderungen in ihrem Leben, so droht sie in ihrem Trauerprozess hängen zu bleiben (vgl. Münch 2020, S. 55). Ein normaler Trauerverlauf ist also dadurch charakterisiert, dass Trauernde sich zu einem Zeitpunkt ausschließlich ihrem Verlust widmen, um dann wieder in anderen Momenten sich mit der Neuausrichtung ihres alltäglichen Lebens zu beschäftigen (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 50).

Ein wichtiger Aspekt für Stroebe und Schut ist darüber hinaus auch das Vermeiden der Trauer. Ein Trauerprozess kann sehr kräftezehrend sein, deshalb ist es wichtig, dass sich Hinterbliebene auch ein „Time-out“ nehmen können (vgl. Stroebe und Schut 2010, S. 278).

Seit der Entwicklung des DPMs im Jahre 1999 wurden einige Untersuchungen durchgeführt, um die theoretischen Annahmen auf ihre Validität und das Modell auf seine Anwendbarkeit hin zu überprüfen. Das DPM hat bei vielen Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen Anklang gefunden. Es erwies sich als aussagekräftig und trug zum Gewinn neuer Erkenntnisse bei (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 61).

4 Einflussfaktoren des Trauerprozesses

Einen geliebten Menschen zu verlieren ist eine schmerzhaft Erfahrung für Hinterbliebene. In ihrer Trauer können sie sich dabei wesentlich unterscheiden. Denn wie jemand trauert und wie ein Trauerprozess verläuft, ist von zahlreichen Faktoren abhängig. Dazu gehören unter anderem das soziale Umfeld, die psychische Konstitution und Persönlichkeit der trauernden Person, die Todesumstände, sowie die Qualität der Beziehung zur

verstorbenen Person. Auswirkungen auf den Trauerprozess hat auch die Betreuung der erkrankten Person und deren Nahestehenden während Krankheit und Sterbephase (vgl. Morris et al. 2020). Die Thanatologin Therese A. Rando (siehe Abbildung 2) listet folgende Determinanten auf, die einen Trauerprozess beeinflussen können:



Abbildung 2 Determinanten nach Rando 2003

4.1 Trauer im gesellschaftlichen Kontext – Disenfranchised grief

Regeln und Normen begleiten, ordnen und strukturieren jegliche menschliche Interaktion. Derartige soziale Konventionen existieren auch für die Bereiche Tod und Trauer. Deshalb ist es ein Irrglaube zu meinen, dass das trauernde Individuum unabhängig von seiner kulturellen Prägung und seines sozialen Umfelds trauert. Trauerregeln beeinflussen sehr wohl die Verlustreaktionen und die Verarbeitungsprozesse der Hinterbliebenen (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 17–18).

Zwar dienen Trauerregeln als Orientierung für das gesellschaftliche Zusammenleben und werden von Betroffenen häufig als unproblematisch wahrgenommen. Dennoch besteht die Gefahr, dass sich Hinterbliebene durch die Erwartungen ihres sozialen, familiären oder beruflichen Umfelds unter Druck gesetzt fühlen. Ebendieses Phänomen

beschrieb Kenneth J. Doka in den 1980er-Jahren mit seinem Konzept des „Disenfranchised grief“ (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 23). Demnach signalisiert das soziale Umfeld der trauernden Person, dass „ihr Verlust oder ihre Reaktionen darauf nicht den gesellschaftlichen Vorstellungen entsprechen“ (Müller und Willmann 2016, S. 19). Doka resümiert: „Obwohl eine Person Trauerreaktionen durchlebt, hat sie aus Sicht des sozialen Umfeldes kein Recht zu trauern und keinen Anspruch auf Mitgefühl oder soziale Unterstützung“ (Doka 2008 nach Müller und Willmann 2016, S. 20).

Auf Deutsch wird der Begriff „Disenfranchised grief“ von Müller und Willmann (vgl. 2016, S. 20) mit „sozial nicht anerkannter Trauer“ übersetzt. In der Trauerforschung wird der Begriff „disenfranchise“ kritisch gesehen, weil dadurch ein Dualismus mitschwingt, der dem beschriebenen Phänomen nicht gerecht wird. Es ist nämlich keinesfalls so, dass man den Betroffenen ihr Recht auf Trauer vollumfänglich abspricht. Die Bewertung des Umfelds bezieht sich eher auf das Ausmaß der Trauerreaktionen in Relation zu den gesellschaftlichen Normen. „Jeder wägt ab und jedem erscheint ein anderes Maß an Trauer und Unterstützung gerechtfertigt“ (Müller und Willmann 2016, S. 21). Die kritischen Positionen zum Modell „Disenfranchised grief“ (vgl. Robson und Walter 2012) mündeten bisher nicht in einer neuen, passenderen Begrifflichkeit, weshalb in der vorliegenden Doktorarbeit „Disenfranchised grief“ weiterhin verwendet wird.

Doka spezifizierte das Konzept von „Disenfranchised grief“, indem er Ursachen für das Aberkennen von Trauer in fünf Bereiche kategorisierte (Doka 2008 nach Müller und Willmann 2016, S. 21):

1. Bewertung der Beziehung

Steht der*die Trauernde in einer Beziehung zum Verstorbenen, die von Teilen der Gesellschaft nicht akzeptiert wird, wird auch seine*ihre Reaktion kritisch betrachtet. Dazu gehören „geheimgehaltene Liebesbeziehungen, gleichgeschlechtliche Partnerschaften oder auch Partnerschaften ohne Trauschein“ (Müller und Willmann 2016, S. 21). Ähnliches Unverständnis ist gegenüber Trauernden zu erwarten, die den Verlust des Ex-Ehemanns oder der Ex-Ehefrau verarbeiten und dabei eine vermeintlich unangemessene Trauer an den Tag legen. Nicht selten wird auch den behandelnden Ärzt*innen und dem Pflegepersonal eine besonders emotionale Trauerreaktion beim Tod eines*einer Patienten*in abgesprochen, weil es sich für Außenstehende bloß um eine professionelle Beziehung handele.

2. Bewertung des Verlusts

Menschen im sozialen Umfeld gestehen der trauernden Person ein geringeres Maß an Trauer zu, wenn der Tod aus ihrer Sicht als „nicht besonders schwerwiegend“ bewertet wird. Beispielhaft führen Müller und Willmann die Fehlgeburt eines Kindes, einen Schwangerschaftsabbruch, den Tod eines älteren Menschen oder den Verlust eines Haustiers auf (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 22).

3. Bewertung des Betroffenen

Personengruppen, denen man aufgrund ihres Alters oder ihrer Behinderung eine geringere emotional-soziale Reife unterstellt, schreibt man eine geringere Kompetenz beim Verarbeiten ihres Verlusts zu. Einem ähnlichen Denkmuster folgend rät man beispielsweise Kindern vom Besuch einer Trauerfeier ab, weil sie die emotionale Last nicht verkraften könnten (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 23).

4. Bewertung der Todesumstände

Auch der Todesumstand fließt bei der Bewertung über angemessene oder „nicht“ angemessene Trauerreaktionen ein. Handelt es sich der verstorbenen Person um jemanden, der seinen Tod eigenmächtig oder willkürlich in Kauf genommen hat, gesteht man den Nahestehenden die Trauer nur begrenzt zu. Ebendiese Bewertung findet häufig bei Drogenabhängigen statt oder bei Menschen, die durch Suizid aus dem Leben schieden, weil man den Verstorbenen oder auch den Hinterbliebenen eine Mitverantwortung am Tod gibt. „Besonders deutlich tritt der Zusammenhang zwischen Schuldvorwurf und Mitgefühl zutage, wenn der Verstorbene als Gewaltverbrecher, zum Beispiel als Amokläufer, zu Tode kam“ (Müller und Willmann 2016, S. 23).

5. Bewertung des individuellen Trauerstils

Unabhängig von den oben genannten Kriterien können Hinterbliebene von „disenfranchised grief“ betroffen sein, wenn ihre Art zu trauern von anderen Personen als deplatziert empfunden wird, weil man entweder Gefühle zurückhält oder man mehr Haltung von den Nahestehenden erwartet (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 24).

Hinterbliebene, die „disenfranchised grief“ erleben, haben es häufig schwerer in ihrer Verlustverarbeitung als diejenigen, deren Trauer sozial anerkannt wird. Dies liegt unter anderem daran, dass nicht nur das Umfeld ihr Trauererleben in Frage stellt, sondern auch die Betroffenen selbst (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 30). Auch sie sind mit gesellschaftlichen Normen und Regeln über Trauern aufgewachsen und nicht frei davon.

Dies kann zu Verunsicherung führen und das Selbstvertrauen in die eigene Bewältigungskompetenzen stören (vgl. Attig 2004 nach Müller und Willmann 2016, S. 30).

4.2 Beziehung zur verstorbenen Person

„Die Beziehung bzw. Bindung an die verstorbene Person gilt als eine der wichtigsten Determinanten des Trauerns“ (Wittkowski und Scheuchenpflug 2016, S. 5). Die beiden Forscher Wittkowski und Scheuchenpflug untersuchten in ihrer Studie das Trauern in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsverhältnis zur verstorbenen Person und der Todesart. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die emotionale und kognitive Beeinträchtigung nach Ableben des eigenen Kindes oder des Ehepartners ausgeprägter ist als nach dem Verlust eines Elternteils oder von Geschwistern (vgl. Wittkowski und Scheuchenpflug 2016, S. 14). Wie der Trauerprozess einer hinterbliebenen Person verläuft, hängt nach aktuellen Erkenntnissen auch vom Bindungsstil des*der Trauernden ab. Die Trauerforscher*innen Margaret Stroebe, Henk Schut und Kathrin Boerner nutzten zur Untersuchung dieser Annahme das Konzept der Bindungstheorie nach John Bowlby (vgl. Stroebe et al. 2010). Der britische Kinderarzt und Psychoanalytiker erforschte die Qualität der frühen Mutter-Kind-Beziehung und stellte die Theorie der verschiedenen Bindungsstile auf. Er unterschied vier Bindungsstile, die vor allem dann in Erscheinung treten, sobald die Bindung bedroht wird: „sicherer, abhängig-anklammernder, unsicher-vermeidender und desorganisierter Bindungsstil“ (Müller und Willmann 2016, S. 81). Stroebe, Schut und Boerner erstellten anhand dieser Bindungsstile Hypothesen, wie sich diese auf die Verlustverarbeitung von Trauernden auswirken und inwiefern Hinterbliebene die Bindung zum*r Verstorbenen aufrechterhalten:

- Menschen mit einem sicheren Bindungsstil zeichnen sich dadurch aus, dass sie Nähe zulassen können und Trennungen gut bewältigen. Sie können die Bindung zum*r Verstorbenen lösen und sie so verändern, dass sie auf symbolische Art fortbesteht, ohne dabei den neuen Lebensabschnitt allzu stark zu beeinträchtigen (vgl. Stroebe et al. 2010, S. 263; Müller und Willmann 2016).
- Trauernden mit einem abhängig-anklammernden Bindungsstil gelingt es oftmals nicht, die Bindung zu lösen. Sie versuchen die Verbindung zur verstorbenen Person um jeden Preis aufrechtzuerhalten. Dies hindert sie jedoch daran, ihr Leben ohne den geliebten Menschen weiterzuführen (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 81).
- Menschen mit einem unsicher-vermeidenden Bindungsstil fällt es schwer, Nähe zuzulassen. Die Bindung zu einer verstorbenen Person wird schnell gelöst und

Gedanken über den Verlust vermieden, wodurch eine Auseinandersetzung mit dem Geschehenen ausbleibt (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 82).

- Menschen mit desorganisiertem Bindungsstil fürchten die Trennung von einer Bezugsperson, können allerdings Nähe auch nur schwer zulassen. Trauernde versuchen auf der einen Seite die Bindung zur verstorbene Person radikal zu kappen, um dann im nächsten Moment wieder Trost zu suchen, indem die Verbindung aufrechterhalten wird (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 82).

Stroebe, Schut und Boerner gehen davon aus, dass Trauernde mit einem desorganisierten Bindungsstil ein erhöhtes Risiko für Posttraumatische Belastungsstörungen oder Depressionen aufweisen. Wohingegen Menschen mit einem abhängig-anklammernden Bindungsstil das höchste Risiko haben, eine Anhaltende Trauerstörung zu entwickeln (vgl. Stroebe et al. 2010, S. 264). In der aktuellen Debatte um Bindungsstile bei Erwachsenen wird laut Maccallum und Byrant (vgl. 2018) ein Konzept diskutiert, welches zwei Größen beinhaltet: Bindungsangst und Bindungsvermeidung. Bindungsangst zeichnet sich durch ein Bedürfnis nach Sicherheit, durch ein hohes Maß an zwischenmenschlichen Beziehungen aus. Befinden sich betroffene Menschen in einer herausfordernden Lebenslage, so kann es zu Überstimulierung ihres Bindungsverhaltens kommen. Woraufhin sie all ihre Aufmerksamkeit auf den Menschen richten, dem ihre Bindungsbedürfnisse gelten. Menschen mit Bindungsvermeidung versuchen sich emotional von engen Beziehungen abzugrenzen, um eventuelles Leid zu reduzieren (vgl. Mikulincer und Shaver 2012). Bezogen auf ein Verlusterlebnis und die damit verbundene Trauer können starke Ausprägungen beider Bindungsarten zu problematischen Trauerverläufen führen. Die australischen Forscher Maccallum und Byrant (vgl. 2018) untersuchten, welche Trauerreaktionen durch jeweilige Bindungsstile ausgelöst werden können und kamen zu dem Ergebnis, dass ausgeprägte Arten von Bindungsangst mit Symptomen der Anhaltenden Trauerstörung korreliert, während das Bindungsvermeiden mit einem erhöhten Risiko für Depressionen assoziiert ist.

Trotz zahlreicher theoretischer Ausführungen zu Bindungsstilen und Trauerverläufen fehlt es an ausreichend empirischen Untersuchungen (vgl. Münch 2020, S. 58). Studien, wie die der beiden Australier zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Bindungsstilen und den jeweiligen Trauerreaktionen gibt. Folglich sollte der Bindungsstil eines Trauernden von betreuenden Fachkräften nicht außer Acht gelassen werden.

Als Risikofaktor für eine erschwerte Verlustverarbeitung gelten ungelöste Beziehungsprobleme (vgl. Holland et al. 2020). Bisher wurde in dieser thematischen Richtung der Trauerforschung mit zwei Konzepten gearbeitet. Zum einen mit „bereavement related regrets“ – übersetzt etwa mit: verlustbezogener Reue. Das heißt: Der*die Hinterbliebene wünscht bereits Geschehenes rückgängig zu machen oder bedauert etwas nicht getan zu haben. Zum anderen mit „unfinished business with the deceased“ – also ungelöste Probleme mit dem*der Verstorbenen, die nicht mehr vor dem Tod aufgearbeitet werden konnten (vgl. Holland et al. 2020, S. 42). Jason M. Holland und seine Kolleg*innen untersuchten beide Konstrukte auf ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Reue, sowie ungelöste Beziehungsprobleme die Trauer beeinflussen. Wobei ungelöste Konflikte vor allem dann vorhanden waren, wenn sich beide Personen sehr nahestanden und der Tod plötzlich oder gewaltsam eintrat. Des Weiteren detektierten sie einen Zusammenhang zwischen „unfinished business“ und komplizierter Trauer (vgl. Holland et al. 2020). Eine schwedische Studie von 2011 untersuchte den Zusammenhang zwischen Kommunikation von Ehepaaren vor dem Krebstod der Ehefrau und den Schuldgefühlen, sowie dem Bedauern des Witwers nach dem Tod der Frau. Nach Auswertung von Daten einer Bevölkerungsstichprobe (N=907) kamen die Forschenden zu der Schlussfolgerung, dass Männer, die in den letzten drei Lebensmonaten mit ihrer Partnerin nicht über Themen wie Sterben, Tod und Trauer redeten, ein erhöhtes Risiko aufwiesen, Schuldgefühle zu entwickeln oder Dinge zu bereuen, als Männer denen es gelang mit ihrer Frau darüber zu sprechen (vgl. Jonasson et al. 2011).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Beziehung zur verstorbenen Person eine wesentliche Rolle spielt im Hinblick auf den Trauerverlauf der Hinterbliebenen. Dabei spielt nicht nur der Bindungsstil des*der Trauernden eine Rolle, sondern auch das Verwandtschaftsverhältnis bzw. die Nähe zum*zur Verstorbenen und die Qualität, sowie die Kommunikation innerhalb der Beziehung.

Das Konzept der „Continuing Bonds“

Im Deutschen ist mit der Bezeichnung der „Continuing Bonds“ die Fortsetzung der Bindung zur verstorbenen Person gemeint (vgl. Müller und Willmann 2016). Wenn ein Mensch verstorben ist, so ist er physisch nicht mehr da, dennoch lebt er in den Erinnerungen der Hinterbliebenen weiter. Die Gefühle, die Nahestehende der sterbenden Person entgegenbringen, erlöschen nicht von jetzt auf gleich. Viele Menschen setzen daher die Beziehung mit der verstorbenen Person in einer anderen Form weiter fort (vgl. Müller und Willmann 2016). Noch bis ins 20. Jahrhundert galt die Annahme, es sei schädlich,

diese Verbindungen über den Tod hinaus weiterzuführen (vgl. Klass 2006, S. 844). Der US-amerikanische Religionspsychologe Dr. Dennis Klass erkannte und beschrieb das Phänomen, dass Hinterbliebene innere Bindungen zu den Verstorbenen haben können, ohne dass etwas Pathologisches darin liegt und entwickelte das Konzept der „Continuing bonds“ (vgl. Klass 2006). Die Gestaltung dieser inneren Bindung zum oder zur Verstorbenen hat viele Formen und wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst (beispielsweise: Spiritualität, Bindungsstil, Persönlichkeit). Typische Ausdrucksformen sind dabei: Die Anwesenheit der verstorbenen Person spüren; mit ihr sprechen; eine innere Verbindung aufbauen; die Erinnerungen pflegen; Kontakt zur verstorbenen Person suchen (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 72).

Die Frage, ob eine Bindung fortgesetzt oder gelöst werden sollte, wird heutzutage von Wissenschaftlern differenziert diskutiert, da man nicht pauschal behaupten kann, eine Bindung muss unter allen Umständen aufrechterhalten werden oder die Bindung muss für einen gelingenden Trauerprozess gelöst werden. Einigkeit herrscht bei der Tatsache, dass zahlreiche Faktoren beeinflussen, ob eine fortgesetzte Bindung heilsam oder schädlich ist (vgl. Müller und Willmann 2016). Der Psychologe George A. Bonanno nennt in diesem Zusammenhang vier Faktoren (Bonanno 2009 nach Müller und Willmann 2016, S. 79):

- Zeit: Erinnerungen und Gedanken an die verstorbene Person kurze Zeit nach deren Tod sind besonders schmerzhaft und intensivieren das Leiden. In dieser Phase muss zunächst der Verlust realisiert werden. Nachdem die trauernde Person sich einigermaßen in ihrem Leben ohne die nahestehende Person eingerichtet hat, kann eine innere Bindung als heilsam wahrgenommen werden (vgl. Field und Friedrichs 2004).
- Intensität: Eine zu starke innere Bindung an die verstorbene Person kann zur Folge haben, dass Hinterbliebene sich in Sehnsucht und Einsamkeit verlieren. Es kommt auf das richtige Maß an Intensität an (vgl. Bonanno, 2009 nach Müller und Willmann 2016, 80).
- Qualität der Bindung: Ob eine andauernde Bindung förderlich oder hinderlich ist, hängt unter anderem von dem Bindungsstil der Hinterbliebenen ab (vgl. Müller und Willmann 2016). Zu den verschiedenen Bindungsstilen siehe oben.
- Jenseitsvorstellungen: Bonanno nennt diesen Faktor „Kultur“, denn Vorstellungen und Überzeugungen eines Individuums sind abhängig von der Gesellschaft, in der es lebt. Diese Überzeugungen können sich in Bezug auf eine innere

Bindung förderlich oder hinderlich auswirken. So kann beispielsweise der Gedanke Trost spenden, dass die geliebte Person nun an einem besseren Ort sei oder aber die Überlegung, der oder die Verstorbene könnte für Sünden in der Hölle büßen, sich als schmerzvoll herausstellen (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 83).

Es existieren weitere Faktoren, die darüber entscheiden, ob eine innere Bindung zur verstorbenen Person als heilsam oder problematisch empfunden wird. Doch wird an dieser Stelle darauf verzichtet, auf diese einzugehen. Grundsätzlich gilt, dass es das Phänomen der „Continuing bonds“ gibt und Trauernde durchaus daraus Kraft ziehen können. Ausschlaggebend ist, dass Hinterbliebene anerkennen, dass die Verbindung, so wie sie zu Lebzeiten war, nicht mehr existiert (vgl. Müller und Willmann 2016).

4.3 Intrapersonale Faktoren

Betrachtet man die unterschiedlichen Trauerverläufe von Hinterbliebenen, fragt man sich, warum es manchen trotz widriger Lebensumstände und gesellschaftlichen Hürden besser gelingt mit ihrer Trauer umzugehen als anderen. Die Resilienz-Forschung geht dieser Frage nach. Aus psychologischer Sicht beschreibt der Terminus „Resilienz“ die Fähigkeit des Menschen mit belastenden und traumatischen Lebensumständen zurechtzukommen ohne große Belastungsreaktionen zu zeigen (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 93). Der US-amerikanische Psychologie-Professor George A. Bonanno ist dafür verantwortlich, dass die Untersuchung von Resilienz Einzug in die Trauerforschung gehalten hat. Er kritisiert eine seit langem bestehende Ignoranz des Themas, da sich Forschende vorwiegend auf die Betrachtung von problematischen Trauerverläufen konzentriert hätten. Fachpersonal und Theoretiker*innen unterschätzten Resilienz bei Trauernden und verstünden diese als etwas sehr seltenes (vgl. Bonanno 2004, S. 20). Bonanno versteht Resilienz als:

„...the ability of adults in otherwise normal circumstances who are exposed to an isolated and potentially highly disruptive event, such as the death of a close relation or a violent or life-threatening situation, to maintain relatively stable, healthy levels of psychological and physical functioning.” (Bonanno 2004, S. 20).

Im heutigen Verständnis gilt Resilienz häufig als Persönlichkeitsmerkmal oder als persönliche Eigenschaft, die man sich aneignen kann. Dem widersprechen Bonanno und Kolleg*innen. Sie stimmen zwar zu, dass die Persönlichkeit Hinterbliebener Einfluss auf den Trauerverlauf hat, diese aber nur ein Faktor unter vielen sei. Vielmehr würde die Persönlichkeit als Einflussfaktor überschätzt (vgl. Bonanno et al. 2011, S. 519). Des Weiteren beschreibt Bonanno Resilienz nicht als Zustand absoluter Abwesenheit von

Psychopathologien. Auch Menschen mit einem resilienten Verlauf können Symptome der Bestürzung und Unruhe aufweisen, behalten aber im Allgemeinen ihre Funktionsfähigkeit im Alltag, sowie die Fähigkeit, positive Emotionen zu verspüren (vgl. Bonanno 2004, S. 20–21).

Es gibt zahlreiche Faktoren, die darüber entscheiden, wie Menschen auf eine Verlusterfahrung reagieren und damit umgehen. Nicht nur das Geschlecht, Alter und der Bildungsgrad spielen eine Rolle sondern auch der ethnische Hintergrund, das Ausmaß des zusätzlichen Stresses und die finanzielle Situation der Hinterbliebenen (vgl. Bonanno et al. 2011). Das männliche Geschlecht, ein gehobenes Alter und ein hoher Bildungsgrad sind mit einem resilienten Trauerverlauf assoziiert (vgl. Bonanno et al. 2011, S. 520). Mehrere Studien zeigen, dass auch emotionale und soziale Unterstützung die Resilienz von Menschen mit traumatischen Erlebnissen und Verlusterfahrungen fördern (vgl. Kaniasty und Norris 2009; Bonanno et al. 2011). Ebenso besteht ein Zusammenhang zwischen finanzieller Sicherheit und der erfolgreichen Bewältigung von traumatischen Erlebnissen (vgl. Brewin et al. 2000; Norris et al. 2002), während der Verlust von finanziellen Quellen, zum Beispiel wenn das Gehalt des*der Partners*in wegfällt, mit einer erniedrigten Prävalenz von Resilienz zusammenhängt (vgl. Bonanno et al. 2011). Bonannos Forschungsgruppe hat sich bei der Untersuchung von Resilienz im Hinblick auf Verlusterfahrungen speziell auf personenbezogene Einflussfaktoren konzentriert. Dabei war überraschend für sie, dass Verhaltensweisen, die normalerweise unter anderen Umständen als ungünstig gelten, in schwierigen Lebenslagen hilfreich sind. Sie benannten diese Beobachtung „pragmatisches Coping“ im Sinne von „alles darf sein, was hilft“ (Mancini und Bonanno 2009, S. 4). Zu den Verhaltensweisen gehören beispielsweise:

Repressives Bewältigungsverhalten: Dabei unterdrücken Betroffene bedrohliche und problematische Stimulanzen aus der Umwelt. Stressreaktionen finden auf physiologischer Ebene zwar statt, doch werden sie nicht bewusst wahrgenommen. Hinterbliebene können dies nicht bewusst steuern, vielmehr ist es ein automatisch ablaufendes Meiden von aufwühlenden Gedanken, Gefühlen und Erinnerungen. Nach Verlust einer nahestehenden Person scheint repressives Verhalten zu helfen, indem die Flut an Gefühlen reduziert wird (vgl. Mancini und Bonanno 2009, S. 4–5).

Unsicher-vermeidender Bindungsstil: Menschen mit unsicher-vermeidendem Bindungsstil zeigen geringe Belastungsreaktionen nach Verlust einer nahestehenden Person. Ihnen ist ihre Unabhängigkeit wichtig, den Wert von nahen Bindungen setzen sie herab

und lösen früh die Bindung zur verstorbenen Person, sodass Gedanken über den Verlust gemieden werden (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 107).

Selbstüberschätzendes Verhalten: Menschen, die dazu neigen sich selbst zu überschätzen, das heißt, dass sie ihre eigenen Fähigkeiten als sehr positiv bewerten, können Verlustsituationen besser bewältigen. Sie fühlen sich durch unbekannte und unangenehme Situationen weniger bedroht und haben Vertrauen in ihre Fähigkeit, damit fertig zu werden. Des Weiteren fällt es ihnen vermutlich leichter, auf sozialen Support zurückzugreifen, diesen sogar einzufordern und davon zu profitieren (vgl. Mancini und Bonanno 2009, S. 7)

Neben diesen pragmatischen Bewältigungsstrategien haben die Resilienzforscher*innen folgende weitere Faktoren identifiziert, die Menschen helfen, mit traumatischen Situationen und Verlustsituationen besser umzugehen (vgl. Mancini und Bonanno 2009):

Identitätskontinuität: Der Verlust eines geliebten Menschen kann bei Betroffenen zu einer Veränderung der eigenen Identität führen. Oftmals wird die Aussagen getätigt: „Ich fühle mich, als würde ein Teil von mir fehlen“. Menschen mit einem resilienten Trauerverlauf scheinen nur eine geringe Veränderung in ihrer Identität zu verspüren. Diese Kontinuität stärkt sie und hilft ihnen, sich den neuen Anforderungen der veränderten Welt zu stellen (vgl. Mancini und Bonanno 2009, S. 9).

Weltansicht: Menschen, die vor dem Verlust einer nahestehenden Person eine positive Lebenseinstellung haben, neigen zu einem resilienten Trauerverlauf. Es fällt ihnen leichter, den Tod zu akzeptieren und in ihre Weltansicht zu integrieren. Ihre positive Grundeinstellung führt dazu, dass sie sich weniger von Verlusten bedroht fühlen. Dadurch werden auch Belastungsreaktionen reduziert. (vgl. Mancini und Bonanno 2009, S. 8)

Positive Emotionen: Lange hielt sich der Glaube, positive Emotionen nach einem Verlust seien Zeichen eines pathologischen Verdrängens des Geschehenen. Dies konnte allerdings widerlegt werden. Vielmehr gibt es die empirische Evidenz, dass positive, emotionale Erfahrungen, selbst Lachen die Resilienz von Trauernden fördert. Bonanno nimmt an, dass positive Emotionen negative Emotionen reduzieren. Darüber hinaus signalisieren positive Emotionen an das Umfeld den Willen, soziale Kontakte zu halten und erhöhen damit die Verfügbarkeit der sozialer Unterstützung (vgl. Mancini und Bonanno 2009, S. 10).

Kraft aus positiven Erinnerungen: Studien haben gezeigt, dass resiliente Menschen Kraft aus positiven Erinnerungen an den oder die Verstorbenen schöpfen. Anders als andere

Trauernde fühlen sie sich glücklich und friedlich, wenn sie an den geliebten Menschen denken und über ihn sprechen. Diese Erkenntnisse lassen vermuten, dass positive Erinnerungen den Belastungsstress reduzieren und die Resilienz Trauernder stärken (vgl. Mancini und Bonanno 2009, S. 10).

Abschließend lässt sich Folgendes feststellen: Verhaltensweisen und Faktoren wirken sich dann förderlich auf einen resilienten Trauerverlauf aus, wenn sie dazu führen, dass Trauernde sich weniger von dem Verlust bedroht fühlen und sie Belastungsstress reduzieren. Dabei sind nahezu alle Reaktionen „erlaubt“. Sei es das Ausblenden unangenehmer Reize oder die Überschätzung der eigenen Person. Zudem profitieren Trauernde von den Faktoren, die den sozialen Support mobilisieren (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 109).

4.4 Betreuung der Nahestehenden als Einflussfaktor

Laut internationaler Studien scheint das Thema Trauer in der Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften eine untergeordnete Rolle zu spielen (vgl. Breen et al. 2012). Lehrbücher seien nicht auf dem neuesten Stand (vgl. Corr 2021) und evidenzbasierte Kenntnisse zu Trauer und Sterben durch einen mangelhaften Zugang zu wissenschaftlichen Zeitschriften Fachkräften verwehrt (vgl. Breen et al. 2014). Ärztliches und pflegendes Personal unterschätzen häufig die Bedürfnisse von Nahestehenden des*der Patienten*in und gehen nicht adäquat auf diese ein (vgl. Hönig und Gündel 2016). Bereits in den 70er Jahren haben sich Pflegewissenschaftler mit den Bedürfnissen Angehöriger von schwerstkranken Personen befasst. Nancy Molter und Jane Leske entwickelten den „Critical Care Family Needs Inventory“, kurz CCFNI, ein Selbstbefragungsinstrument zur Identifizierung der Bedürfnisse von Angehörigen (vgl. Molter 1979; Leske 1986). Dieser Fragebogen entwickelte sich weltweit zu einem häufig verwendeten Instrument zur Erfassung der Belange von Angehörigen einer schwerkranken Person (vgl. Hönig und Gündel 2016). Er gliedert sich in die fünf Bedürfniskategorien: Information, Nähe, Sicherheit/Gewissheit, Unterstützung und Trost. Molter identifizierte in ihrer Untersuchung folgende Bedürfnisse (vgl. Molter 1979 nach Hönig und Gündel 2016, S. 270):

- Das Bedürfnis, Hoffnung zu empfinden
- Ein fürsorglicher Umgang des Patienten durch das Krankenhauspersonal
- In der Nähe des Patienten sein zu können und ihn häufig sehen zu dürfen
- Tägliche Information über den Patienten und sofortige Information bei Zustandsveränderung
- Mitteilung der Prognose und spezieller Fakten zum Krankheitsbild

- Aufrichtige Beantwortung ihrer Fragen und verständliche Erklärungen

Weitere Studien kamen zu analogen Ergebnissen (vgl. Leske 1986, Lam und Beaulieu 2004). Dabei stellte sich heraus, dass die Bedürfnisse nach Information und Sicherheit/Gewissheit für Angehörige an erster Stelle stehen, während persönliche Belange wie Unterstützung und das eigene Wohlbefinden nachrangig zu sein scheinen (vgl. Freichels 1991 nach Hönig und Gündel 2016). Personen, die eine schwerstkranke Person begleiten, wünschen sich vorrangig einen positiven Krankheitsverlauf und verständliche sowie transparente Kommunikation seitens des Gesundheitspersonals. Ihr persönliches Wohlbefinden und Unterstützungsangebote stufen sie zwar als wichtig, aber doch als zweitrangig ein (vgl. Padilla Fortunatti 2014). In ihrer Literaturübersicht zu den Bedürfnissen Angehöriger auf einer Intensivstation kommen Verhaeghe und Kolleg*innen zu der Schlussfolgerung, dass Ärztinnen und Ärzte und Pflegepersonal häufig die Bedürfnisse der Angehörigen unterschätzen und zu wenig darum bemühen, ihnen gerecht zu werden (vgl. Verhaeghe et al. 2005). Dies wird nicht zuletzt durch chronischen Zeitmangel verschuldet. Gerade die Informationsbereitstellung und die Kommunikation scheint häufig zu misslingen. Dabei erwarten Angehörige von behandelnden Mediziner*innen Aufklärung über den Krankheitsstand, die Prognose und genaue Details der Behandlung. Vom Pflegepersonal erwarten sie Informationen über die tägliche Pflege, über die stationäre Umgebung an sich und über Möglichkeiten, wie sie selbst den Erkrankten bzw. die Erkrankte unterstützen können. Des Weiteren wünschen sich Nahestehende eine Bezugspflegerkraft, die ihnen als Ansprechpartner dient (vgl. Verhaeghe et al. 2005). Um die Rolle der Angehörigen im Behandlungsprozess zu würdigen und zu stärken hat die Stiftung Pflege e.V. in Deutschland das Zertifikat „angehörigenfreundliche Intensivstation“ entwickelt. Ziel ist es, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis zu integrieren und Intensivstationen zu ermutigen ein einladendes Setting für Angehörige zu schaffen. Ein zentraler Punkt ist dabei, dem*der Angehörigen mehr Besuchszeiten zu ermöglichen (vgl. Stiftung Pflege 2021). Mit Blick auf die Corona-Maßnahmen handelt es sich dabei um perspektivische Bestrebungen, die in der pandemischen Situation nicht angegangen werden konnten.

Ist eine kurative Therapie nicht mehr möglich und der*die Patient*in dem Lebensende nahe, so ist eine Patienten- und angehörigenorientierte Sterbebegleitung gefragt (vgl. Wallner 2014). In dieser letzten Phase können Faktoren auftreten, die für Angehörige eine Belastung oder eine Erleichterung darstellen. Wallner listet dazu in Anlehnung an Lautrette et al. 2010 folgende auf (siehe Tabelle 1):

Belastungen	Erleichterungen
Schlechte Kommunikation mit Behandlungsteam	Respekt und Einfühlung seitens des Behandlungsteams
Ungenügende, unklare oder widersprüchliche Informationen	Vollständigkeit von Informationen bezüglich Diagnose, Prognose und Behandlung
Gespräche mit dem*der diensthabenden Arzt*Ärztin im öffentlichen Warteraum	Gespräche mit dem*der diensthabenden Arzt*Ärztin in ruhiger Atmosphäre
Seltene Kommunikation mit dem*der Arzt*Ärztin	Informationen über Entscheidungen, lebenserhaltende Maßnahmen zu begrenzen
Konflikte zwischen Angehörigen und Behandlungsteam	Gespräche mit dem Behandlungsteam, was dem*der Patienten*in wichtig war und ist.
Finanzielle Schwierigkeiten	Möglichkeit, Bedenken und Sorgen zu äußern
Suboptimale Besuchszeiten	Das Gefühl, dass der*die Patient*in nicht leiden muss
	Möglichkeit, seelsorgliche oder psychologische Unterstützung zu erhalten

Tabelle 1: Faktoren, die für Angehörige eine Belastung bzw. Erleichterung in der Sterbephase eines Patienten darstellen nach Wallner 2014, modifiziert nach Lautrette et al. 2010

Eine angemessene Kommunikation zwischen Behandlungsteam, Patient*in und Nahestehende der erkrankten Person spielt eine zentrale Rolle. In der Medizin geht es häufig um komplexe Informationen und Befunde, zudem befinden sich Patient*in und Angehörige in einer Ausnahmesituation und sind oftmals nicht in der Lage, das Gehörte vollständig aufzunehmen und zu verstehen. 2000 entwickelten Baile und Kollegen das empirisch erprobte SPIKES-Schema, welches kommunikative Kerntechniken für Gespräche in schwierigen Situationen beinhaltet. Dieses Schema lässt sich für Besprechungen mit der erkrankten Person sowie mit den Nahestehenden anwenden. Die Abkürzung SPIKES steht für (vgl. Baile et al. 2000 nach Hönig und Gündel 2016):

- S—SETTING up the Interview: Vorbereitung der Gesprächssituation.
Es sollte auf eine ruhige Umgebung geachtet und Störfaktoren eliminiert werden.
- P—Assessing the Patient's PERCEPTION: Kenntnisstand des*der Patienten*in feststellen.
Mit offenen Fragen kann der Kenntnisstand der erkrankten Person oder Angehörigen ermittelt werden und etwaige Fehlinformationen vorab korrigiert werden. Des Weiteren erhält die gesprächsführende Person einen Eindruck, ob verdrängendes Verhalten, Wunschdenken oder unrealistische Erwartungen bestehen (vgl. Baile et al. 2000).
- I—Obtaining the Patient's INVITATION: Einladung zur Informationsweitergabe

Nicht alle Patienten*innen oder Nahestehende möchten genaue Informationen und Details erhalten. Daher sollte zunächst erfragt werden, wie und in welcher Genauigkeit die Information mitgeteilt werden sollen (vgl. Baile et al. 2000).

- K—Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient: Vermittlung von Wissen und Informationen

Es ist darauf zu achten, dass die erkrankte Person und die Angehörigen die Informationen versteht. Dazu sollte man medizinische Fachbegriffe vermeiden, die Informationen portionieren und regelmäßig nachfragen, ob Gesagtes verstanden wurde. Des Weiteren sollte bei letalen Verläufen auf Phrasen wie „Wir können nichts mehr für Sie tun“ verzichtet werden, da es dem neuen Ziel der Symptomlinderung widersprechen würde (vgl. Baile et al. 2000, S.306).

- E—Addressing the Patient’s emotions with EMPATHIC responses: Emotionen der erkrankten Person ansprechen und mit Empathie reagieren.

Aufgrund der großen Bandbreite an möglichen Reaktionen seitens des*der Patienten*in oder der Angehörigen, stellt dies die schwierigste Aufgabe dar. Es ist wichtig, die Emotionen zu identifizieren, anzuerkennen und empathisch damit umzugehen (vgl. Baile et al. 2000).

- S—STRATEGY and SUMMARY: Planung und Zusammenfassung

Zum Schluss des Gesprächs sollte eine Zusammenfassung erfolgen sowie die Klärung von offen gebliebenen Fragen. Auch das weitere Vorgehen sollte besprochen werden, um den*die Patienten*in und dessen*deren Nahestehenden auf die kommende Zeit vorzubereiten (vgl. Baile et al. 2000).

Das SPIKES-Schema wurde zwar für schwierige Gespräche mit erkrankten Personen entwickelt, doch ist die Anwendung auch auf Besprechungen mit Angehörigen und Nahestehenden übertragbar.

Palliative Betreuung

Laut wissenschaftlicher Studien präferieren die meisten Menschen das häusliche Umfeld als ihren Sterbeort (vgl. Escobar Pinzon et al. 2011; Gomes et al. 2013). Doch in der Realität versterben über 50% im Krankenhaus und nur etwa jeder vierte stirbt Zuhause (vgl. Dasch et al. 2015). Im zeitlichen Verlauf der Studie von Dasch et al., welche Daten zwischen 2001 und 2011 innerhalb Deutschlands erfasste, zeichnete sich eine Sterbeortverlagerung ab. Im Krankenhaus und im häuslichen Umfeld sanken die Sterbezahlen während sie in Alten- und Pflegeheimen, aber auch auf Palliativstationen und Hospizen stiegen.

Die Palliativstation, Hospize und der ambulante palliative Pflegedienst sind Einrichtungen, in denen zusätzlich zu einer optimalen Patientenversorgung, Wert daraufgelegt wird, Nahestehende in das Behandlungsgeschehen einzubinden. Ziel der Palliativmedizin ist es, Symptome der erkrankten Person zu lindern und ihre Lebensqualität zu verbessern. Die zugrundeliegende Haltung in der Palliativmedizin ist „die umfassende und ganzheitliche Begleitung der betroffenen Patientinnen und Patienten wie auch ihrer Angehörigen, die an ihrem Bedarf und ihren Prioritäten in der letzten Lebensphase ausgerichtet ist“ (DGP e. V. 2019, S. 6). Der Ursprung der Palliativmedizin in Deutschland liegt in der aus Großbritannien stammenden Hospizidee in den 70er Jahren. Seitdem ist die Palliativmedizin ein stetig wachsender Fachbereich der Medizin und die Palliativversorgung fester Bestandteil des Gesundheitswesens. Doch „es bleibt keine Zeit zum Ausrufen“, so Prof. Dr. Radbruch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, „es gibt noch immer weiße Flecken auf der Landkarte der Palliativversorgung“ und noch immer zu viele Menschen, die keinen Zugang zu einer palliativen Versorgung haben (DGP e. V. 2019, S. 6).

Wie geht es nach dem Tod weiter?

Im Positionspapier der AG „Psychosoziale und Spirituelle Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin kritisieren Müller et al., dass die Zuständigkeit für trauernde Menschen bisher ungeklärt sei und es an Versorgungsangeboten für Hinterbliebene mangle (vgl. Müller et al. 2020). Wer ist zuständig für trauernde Menschen und was gibt es für Hilfsangebote? Der deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) sowie der Bundesverband Trauerbegleitung e. V. sind maßgeblich in die Integration von Trauerbegleitung und Trauerberatung in die deutsche Versorgungsstruktur involviert. Er sorgt z.B. für Angebote und Durchführung von Trauergruppen oder Trauercafés für Hinterbliebenen. In der S3-Leitlinie Palliativmedizin ist vermerkt, dass die Unterstützung Trauernder, sowie die Bereitstellung von Hilfsangeboten Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung seien (vgl. AWMF 2020). Auch wenn es viele positive Erfahrungsberichte von Trauernden über die Wirksamkeit von Trauergruppen gibt, mangelt es bis heute an wissenschaftlicher Evidenz. In einer Metaanalyse untersuchte Maass et al. die Wirksamkeit von Trauergruppen im Hinblick auf Verbesserung von Trauersymptomatik und Depressivität. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass es nur eine geringe Evidenz für die Wirksamkeit von Trauergruppen gibt. Gleichzeitig verwiesen sie auf die erschwerte Verallgemeinerung der Ergebnisse, da den untersuchten Trauergruppen unterschiedliche Konzepte zugrunde lagen (vgl. Maass et al. 2022). Auch Dipl.Psychologe und Trauerexperte Urs

Münch beklagt in seinem Buch „Anhaltende Trauer“ die unzureichende Datenlage zur Wirksamkeit von Trauergruppen und Trauerbegleitung. Er fordert daher klare Angebots- und Versorgungsstrukturen für Trauernde zu schaffen, aber auch wissenschaftsbasierte, ethische und nachvollziehbare Leitlinien zur Trauerbegleitung zu erarbeiten (vgl. Münch 2020, S. 86 und S. 99). Worauf müssen Trauerbegleitende und Trauerberatende in ihrem Umgang mit Hinterbliebenen achten? Simonsen und Cooper gingen dieser Fragestellung auf den Grund. Sie ermittelten, dass Trauernde es schätzen, wenn ihr Gegenüber unabhängig ist, wertschätzend und einfühlsam auf sie eingeht und ein nondirektes Verhalten zeigt, d.h. dem Trauernden die Führung überlassen wird. Des Weiteren empfanden sie Entpathologisieren und Normalisieren als positive Vorgehensweisen sowie ein kompetenter Umgang mit dysfunktionalen Gedanken (vgl. Simonsen und Cooper 2016 nach Münch 2020, S. 89). Münch merkte kritisch an, dass die Ergebnisse von Simonsen und Cooper nicht verallgemeinernd auf alle Trauernde übertragen werden könnten. Vielmehr verweist er auf bereits bestehende Konzepte der Palliativversorgung, die im Umgang mit trauernden Menschen hilfreich seien. So erwähnt er zum Beispiel das Konzept der Würde von Chochinov, welches das „ABCD der Würde“ genannt wird und für den Umgang mit sterbenskranken Menschen entwickelt wurde (vgl. Chochinov 2017; Münch 2020, S. 93–94):

- **A Attitude** (Einstellung): Die eigene Einstellung reflektieren, denn sie kann ausschlaggebend sein, wie wir mit unserem Gegenüber umgehen.
- **B Behaviour** (Verhalten): Durch Gesten und Handlungen die Autonomie und den Stolz des Gegenübers stärken. Sich für den*die Gesprächspartner*in interessieren und zuvorkommende Verhaltensweisen aufzeigen, wozu zum Beispiel das Herstellen physischer Augenhöhe gehört.
- **C Compassion** (Mitgefühl): Mitgefühl zeigen in dem Bewusstsein, dass man selbst auch ein verwundbarer Mensch ist und sich rein zufällig in der hilfe anbietenden Position befindet.
- **D Dialogue** (Gespräch): Ob sich ein Mensch wertgeschätzt fühlt, hängt stark von der verbalen sowie nonverbalen Kommunikation ab. Der Satz „Was sollte ich alles über Sie als Mensch wissen, damit ich Sie bestmöglich behandeln kann?“ stellt eine gute Leitfrage zu Beginn eines Gesprächs dar.

Um das Ziel einer optimalen Betreuung von Trauernden zu erreichen, ist eine weiterführende Trauerforschung vonnöten. Dabei sollte untersucht werden, auf was Fachkräfte bei der Begleitung von Nahestehenden während des Krankheitsverlaufs achten sollten,

um eine Grundlage für einen gelingenden Trauerprozess zu schaffen. Basierend auf empirischen Erkenntnissen sollte eine klare Versorgungsstruktur für Hinterbliebene geschaffen werden, sodass sie in ihrer Trauer Begleitung und Unterstützung erfahren.

5 Forschungsinteresse und Exploration

Die vorliegende Arbeit hat als zentrales Forschungsthema die Identifikation von Einflussfaktoren, die den Trauerverlauf von Hinterbliebenen erleichtern oder erschweren können. Darüber hinaus ist es ein Anliegen, mit neuen Erkenntnissen die Trauerforschung voranzubringen sowie die Untersuchung von Trauer im wissenschaftlichen Kontext zu etablieren. Gerade mit der Einführung der neuen ICD-11-Diagnose Anhaltende Trauerstörung ist es wichtig, potenzielle Risikofaktoren für einen problematischen Trauerverlauf zu identifizieren und Faktoren zu ermitteln, die davor schützen können. In der vorliegenden Forschungsarbeit sind unter hinderlichen Faktoren Sachverhalte gemeint, die Hinterbliebenen in ihrer Trauer zu schaffen machen und ihren Umgang mit dem Verlust erschweren. Wohingegen förderliche Faktoren Aspekte darstellen, die ihnen in der Trauer guttun und den Verarbeitungsprozess der Verlusterfahrung erleichtern. Es gilt die Annahme, dass diese Faktoren nicht erst nach dem Tod der nahestehenden Person relevant sind, sondern oftmals auch schon vorher ihre Bedeutung haben. So können der Krankheitsverlauf und die Qualität der Beziehung Einfluss auf den Trauerverlauf nehmen sowie die soziale Unterstützung nach Versterben des oder der Nahestehenden. Mit der erlangten Kenntnis der Faktoren können Gesundheitspersonal, Familienangehörige, das soziale Umfeld als auch die Trauernden selbst dafür sensibilisiert werden, diese Faktoren zu identifizieren und gegebenenfalls hinderliche Faktoren zu vermeiden und förderliche Faktoren zu stärken.

Die zentrale Forschungsfrage dieser Dissertation lautet daher:

Welche Faktoren wirken sich hinderlich bzw. förderlich auf den Trauerprozess von Nahestehenden eines*r Verstorbenen aus?

Dieser Forschungsfrage soll im Rahmen der Forschungsarbeit mit Hilfe von qualitativen Forschungsmethoden nachgegangen werden, die im folgenden Kapitel näher beschrieben werden. Dabei verzichtet die vorliegende Forschungsarbeit auf die empirische Prüfung von Hypothesen, da in der angewandten Forschungsmethode, der qualitativen Inhaltsanalyse, die Exploration Vorrangstellung hat (vgl. Flick 1995) und dem Forschungsthema mit größtmöglicher Offenheit begegnet werden soll.

III. Methodik

6 Forschungsmethode

6.1 Grundlagen qualitativer Sozialforschung

Die qualitative Forschung bezeichnet eine Gruppe verschiedener Forschungsrichtungen und Methoden, die in unterschiedlichen sozial-, kultur- und wirtschaftswissenschaftlichen sowie psychologischen Disziplinen eingesetzt werden (vgl. Renner und Jacob 2020, S. 42.). Qualitative und quantitative Forschungsansätze werden häufig als Antagonisten wahrgenommen. Es gibt in der empirischen Sozialforschung sowohl Verfechter des einen und des anderen Lagers. Vermehrt wird jedoch die Meinung vertreten, dass die Verbindung beider Ansätze sich gewinnbringend auf den Forschungsprozess auswirken kann und „dass qualitative und quantitative Methoden eher komplementär gesehen werden sollten“ (vgl. Jick 1983 nach Flick 2011, S. 75). So wird beispielsweise die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring forschungsmethodologisch der qualitativen Sozialforschung zugeordnet. Sie steht jedoch der quantitativen Forschung nahe, da sie einige ihrer Elemente für sich nutzt (vgl. Vogt und Werner 2014, S. 4). Laut Lamnek geht die quantitative Sozialforschung davon aus, „dass das soziale Leben [...] nach bestimmten Regelmäßigkeiten abläuft und der/die Forschende es gleichsam von außen in seinem Ablauf beobachten und prinzipiell erklären kann“ (Lamnek und Krell 2016, S. 44). Für die qualitative Sozialforschung ist der Mensch nicht nur ein Untersuchungsobjekt, sondern auch erkennendes Subjekt. Zudem gehen Forschende bereits mit gewissen Erwartungen an ihre Arbeit, sodass das Ziel des Forschungsprozesses nicht die Herstellung von Objektivität im naturwissenschaftlichen Sinne sein kann (vgl. Lamnek und Krell 2016, S. 44). Vereinfacht könnte man sagen, dass quantitative Ansätze dem Konzept des Objektivismus folgen. Stattdessen proklamiert qualitative Forschung keine endgültige objektive Wahrheit für sich, sondern geht von einer relativen Wahrheit, dem sogenannten Subjektivismus, aus (vgl. Vogt und Werner 2014, S. 4–5). Es entstand im Lauf der Zeit eine große Anzahl an Methoden und Forschungsansätzen, die sich unter dem Terminus der qualitativen Sozialforschung verorten lassen. Daher soll hier lediglich auf die fünf Postulate qualitativen Denkens eingegangen werden, die von Philipp Mayring herausgearbeitet wurden. Sie fassen die Wesensmerkmale aller qualitativen Ansätze treffend zusammen (vgl. Mayring 2016, S. 19–24):

- **Subjektbezogenheit:** Jegliche qualitative Forschung orientiert sich bei der wissenschaftlichen Betrachtung am Menschen bzw. am Subjekt. Ausgehend vom Subjekt werden die Forschungsfragen und Zielperspektiven formuliert.

- **Deskription:** Zu Beginn der Untersuchung ist eine umfangreiche Beschreibung des Gegenstandsbereichs obligatorisch.
- **Interpretation:** Qualitative Studien beziehen sich auf die wissenschaftlichen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität. Allerdings erschließt sich der Untersuchungsgegenstand vollumfänglich erst durch die interpretative Auseinandersetzung. Eine solche Wissenschaftsauffassung korrespondiert eng mit der Hermeneutik. Diese Theorie besagt, „dass vom Menschen Hervorgebrachtes immer mit subjektiven Intensionen verbunden ist [...] und daher die Bedeutung durch Interpretation erschlossen werden muss“ (Mayring 2016, S. 22).
- **Alltägliche Umgebung:** Humanwissenschaften führen ihre Forschung möglichst im natürlichen, alltäglichen Umfeld des Subjekts durch, um eine authentische Reaktion zu evozieren. „Die qualitativen Ansätze versuchen diese Verzerrung zu verringern, [...] indem möglichst nahe an der alltäglichen Lebenssituation angeknüpft wird“ (Mayring 2016, S. 23).
- **Verallgemeinerungsprozess:** Ergebnisse, die aus qualitativen Studien gewonnen werden, können nicht eins zu eins generalisiert werden. Selbst bei Ergebnissen, die durch eine repräsentative Stichprobe entstehen, ist eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht möglich, weil „menschliches Handeln mit subjektiven Bedeutungen behaftet, historisch geprägt und situativ gebunden ist“ (Mayring 2016, S. 23).

6.2 Gütekriterien der qualitativen Forschung

Um die Qualität von wissenschaftlichen Erhebungen und Analysen zu prüfen, werden Forschungsarbeiten auf ihre Gütekriterien hin untersucht. Die klassischen Gütekriterien der quantitativen Sozialforschung (Reliabilität, Objektivität und Validität) können nur begrenzt auf die qualitative und inhaltsanalytische Forschung übertragen werden. Zum einen geht die qualitative Forschung davon aus, dass sich der Forschungsgegenstand bereits durch den Eingriff des Forschenden verändert. Zum anderen unterliegen die Menschen und damit auch die Versuchspersonen dem sozialen Wandel. Sie entwickeln sich kontinuierlich und auch die situativen Bedingungen verändern sich ständig (vgl. Mayring 2016, S. 142). Um den Besonderheiten der qualitativen Forschung gerecht zu werden, benötigt diese eigens entwickelte Gütekriterien.

Mayring formuliert sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung, die im Folgenden skizziert werden (vgl. Mayring 2016, S. 144–148):

Verfahrensdokumentation: Der Forschungsprozess muss für andere nachvollziehbar sein. Jeder Schritt der Forschungsarbeit muss beschrieben und begründet werden.

Mayring bezieht sich dabei auf die Explikation des Vorverständnisses, Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums, Durchführung und Auswertung der Datenerhebung (vgl. Mayring 2016). Um dem nachzukommen, wird in der vorliegenden Forschungsarbeit im Theorieteil das Vorverständnis erarbeitet, insbesondere Kapitel 4 widmet sich dem Vorverständnis zu Einflussfaktoren im Trauerprozess. Zudem wird die Erstellung des Interviewleitfadens (siehe Abschnitt 7.1.2.) und der Leitfaden selbst (siehe Appendix) vollständig dargestellt. Dies gilt ebenso für die Datenerhebung und Datenauswertung (Abschnitt 7.3.).

Argumentative Interpretationsabsicherung: Interpretationen müssen argumentativ begründet, am Material abgesichert und in sich schlüssig sein. Alternativdeutungen müssen gesucht und überprüft werden. Interpretationen sollten auf angemessenem Vorverständnis basieren. Hierfür wurden wissenschaftliche Studien erschlossen, die relevante Erkenntnisse für das Forschungsvorhaben enthalten. Darüber hinaus wurden Zitate aus den geführten Interviews genutzt, um die Interpretationen zu belegen. Durch Kursivschrift und Anführungszeichen sind direkte Zitate kenntlich gemacht. Des Weiteren dient bei direkten, wie auch indirekten Zitaten, als Quellennachweis die Laufnummer des Interviews, sowie die Absatznummer des zitierten Transkripts.

Regelgeleitetheit: Obwohl ein Charakteristikum der qualitativen Forschung die Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand ist, sollte auf ein systematisches Vorgehen geachtet und bestimmte Verfahrensregeln eingehalten werden. Mit Hilfe von Ablaufmodellen kann das Material systematisch bearbeitet und jeder Schritt nachvollzogen werden (vgl. Mayring 2016). Im Rahmen der Analyse kamen zwei Systematiken zum Einsatz, welche beide ausführlich dargestellt werden. Zum einen die Transkriptionsregeln (siehe Abschnitt 7.3.2) und zum anderen das Auswertungsvorgehen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Abschnitt 6.5 und 7.3.3.) (vgl. Mayring 2015)

Nähe zum Gegenstand: Es wird versucht, möglichst nah an der Alltagswelt der untersuchten Subjekte anzuknüpfen, um den Leitmotiven der qualitativen Forschung (u.a. die Gegenstandsangemessenheit und die Nähe zum Gegenstand) gerecht zu werden (vgl. Mayring 2016). Um diese Nähe zu gewährleisten, wurden die Interviews vorwiegend in den Räumlichkeiten der Palliativstation durchgeführt. Diese Orte waren den Teilnehmenden vertraut, da dort die Treffen der Trauergruppe stattfanden und für viele ein Raum war, an dem man offen über Trauer reden konnte.

Kommunikative Validierung: „In der qualitativ orientierten Forschung wird den Beforschten mehr Kompetenz zugebilligt als üblich“ (vgl. Groeben und Scheele 1977 nach Mayring 2016, S. 147). Um die Gültigkeit der Ergebnisse zu überprüfen, kann man diese

den Beforschten vorlegen und mit ihnen diskutieren. Dies darf allerdings nicht als absolutes Entscheidungskriterium herangezogen werden, da eine Analyse über die subjektiven Bedeutungsmuster der Betroffenen hinausgeht. In dieser Arbeit wurde auf die kommunikative Validierung verzichtet.

Triangulation: Durch den Versuch für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und Ergebnisse zu vergleichen, kann die Qualität der Forschung erhöht werden. Dies kann beispielsweise durch die Kombination von qualitativen und quantitativen Forschungselementen erfolgen (vgl. Mayring 2016). Die vorliegende Forschungsarbeit bedient sich zwar nur der qualitativen Forschungsmethode, dennoch liegt eine Triangulation vor. Mittels Literaturrecherche wurde systematisches Vorwissen erarbeitet. Die Nutzung unterschiedlicher Datenquellen und der Abgleich dieser mit den Ergebnissen der Interviews sind dabei Bestandteil der Triangulation.

6.3 Auswahl Studiendesign

Die zentrale Intention der Studie war, die Faktoren im Trauerprozess von Nahestehenden eines Verstorbenen zu identifizieren, die das Trauererleben erleichtern oder erschweren können. Um die Forschungsfragen zufriedenstellend beantworten zu können, musste nach einer etablierten Erhebungs-, und Auswertungsmethode gesucht werden, die sich zur Analyse von Kommunikationsinhalten eignet. Man hätte den Weg der quantitativen Sozialforschung wählen und mittels standardisierter Fragebögen die Befragung der Zielgruppe durchführen können. Der Vorteil hierbei wäre der relativ geringe Aufwand zur Gewinnung einer repräsentativen Stichprobe gewesen. Doch handelt es sich bei der Trauer um eine natürliche Reaktion, die interindividuell sehr unterschiedlich erlebt werden kann. Ein standardisierter Fragebogen würde wenig Raum für die Perspektiven der Befragten lassen, die vom Fragebogen abweichen. Zudem müsste man den Fragebogen auf wenige Elemente reduzieren, was bei den vielseitigen Aspekten der Trauer kaum möglich ist. Daher wurde die Überlegung, sich eines quantitativen Forschungsansatzes zu bedienen, verworfen und als Erhebungsmethode das teilstrukturierte Interview gewählt. Die so entstandenen Interviews wurden anschließend mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

6.4 Erhebungsmethode: Das teilstrukturierte Interview

Interviews zählen zu den verbalen Messmethoden und können sich in ihrem Grad der Strukturierung und Standardisierung unterscheiden. Bei einem vollstandardisierten Interview sind der Wortlaut sowie die Reihenfolge der Fragen an die zu interviewenden Personen von Anfang an festgelegt. Der Vorteil dieses Verfahrens ist die gute Vergleichbarkeit der verschiedenen Interviews und die damit verbundene ökonomischere

Auswertung. Bei einem nicht standardisierten Interview sind nur die Gesprächsthemen im Vorfeld festgelegt, Formulierung und Reihenfolge der Frage können durch die Interviewenden flexibel an die Gesprächssituation angepasst werden. Dieses Vorgehen ermöglicht der befragten Person, sich freier und umfangreicher zu äußern. Zudem kann die interviewende Person den Gesprächsverlauf an den Erfahrungsschatz der Interviewpartner*innen adaptieren. Als Erhebungsmethode der Dissertation wurde das teilstrukturierte bzw. halbstandardisierte Interview gewählt. Sie versucht, die Vorteile der beiden Varianten zu vereinen. Dabei basiert sie auf einem Interviewleitfaden, der eine Struktur vorgibt und dadurch eine vergleichende Auswertung mehrerer Interviews ermöglicht. Eine individuelle Gesprächsführung mit Zusatzfragen und neu formulierten Fragen ist aber trotz des Leitfadens erlaubt (vgl. Renner und Jacob 2020, S. 13–17). Ziel des Forschungsvorhabens war die Exploration der subjektiven Sichtweisen der Befragten auf förderliche und hinderliche Faktoren im Trauerprozess. Daher wurden vornehmlich offene statt geschlossener Fragen verwendet. Offene Fragen können zwar den Nachteil eines hohen Erhebungs- und Auswertungsaufwandes nach sich ziehen, bieten aber die Chance für die Interviewteilnehmer*innen, ihre individuellen Perspektiven darzulegen. Das Interviewformat eröffnet den Befragten die Möglichkeit, ihren Trauerprozess in eigenen Worten zu artikulieren, ohne sich dabei an vorgegebene Skalen orientieren zu müssen.

6.5 Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Für die Auswertung der Interviews wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Die qualitative Inhaltsanalyse beschreibt eine Gruppe an Vorgehensweisen zur systematischen Textanalyse. Allen Gruppen gemein ist die Analysierung von fixierter Kommunikation, wobei systematisch, regel- und theoriegeleitet vorgegangen wird, damit Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation möglich werden (vgl. Mayring 2015, S. 13). Mayring entwickelte ein dazugehöriges Ablaufmodell, welches insofern ein flexibles System darstellt, als es auf die jeweilige Fragestellung angepasst werden kann, dabei aber trotzdem für andere nachvollziehbar bleibt (vgl. Mayring 2015, S. 61). Die Analyse wird anhand eines Kategoriensystems durchgeführt, das sowohl deduktiv (theoriegeleitet) als auch induktiv, sowie in Kombination entwickelt werden kann. Im Wechselverhältnis zwischen der Theorie und dem konkreten Material werden die Kategorien entwickelt und durch Zuordnungsregeln definiert. Die Kategorien der Analyse werden fortlaufend überarbeitet und überprüft (vgl. Mayring 2015, S. 61). Demgegenüber kritisieren Gläser und Laudel, dass nachträgliche Änderungen im Kategoriensystems nicht vorgesehen sind. Falls im Laufe der Analyse Aspekte aufträten, die

durch das Kategoriensystem keine Beachtung erhalten, dürften keine neuen Kategorien im Nachgang einbezogen werden. Die beiden Sozialwissenschaftler*innen fordern daher einen Ansatz, der die Veränderung des Kategoriensystems während der Analyse erlaubt (vgl. Gläser und Laudel 2009, S. 198–199).

Mayring unterscheidet die qualitative Inhaltsanalyse in drei Grundformen: Die zusammenfassende, die explizierende und die strukturierende Inhaltsanalyse. Die Verfahren werden im Folgenden näher erläutert.

Das Ziel der **strukturierenden Inhaltsanalyse** ist das Herausfiltern bestimmter Aspekte aus dem Material durch vorher festgelegte Ordnungskriterien, um einen Querschnitt durch das Material zu bekommen und das Material aufgrund bestimmter Kriterien einschätzen zu können (vgl. Mayring 2015, S. 67).

Bei der **explizierenden Inhaltsanalyse** werden einzelne unklare Textstellen unter Zuhilfenahme zusätzlichen Materials erläutert und erklärt. Unterschieden wird hierbei zwischen einer engen und einer weiten Kontextanalyse. Bei letzterer wird zusätzliches Material (z.B. ein Lexikon) an den eigentlichen Text herangetragen, um den Inhalt verständlich zu machen (vgl. Mayring 2015, S. 90).

Bei der **zusammenfassenden Inhaltsanalyse** wird das Material so reduziert, dass wesentliche Inhalte extrahiert werden. Ziel ist die Entstehung eines überschaubaren Corpus, der zwar immer noch Abbild des Grundmaterials ist, dabei aber eine abstrahierte und sprachlich vereinfachte Kurzfassung darstellt. Die analytisch relevanten Kommunikationsinhalte werden durch Paraphrasierung und Generalisierung auf ein bestimmtes Abstraktionsniveau gebracht und schrittweise verallgemeinert. Durch Konstruktion, Integration, Selektion und Reduktion der Paraphrasen entstehen einzelne Kategorien, die sich zu einem endgültigen Kategoriensystem verdichten. Nach Herausarbeitung des Kategoriensystems erfolgt die Rücküberprüfung der Kategorien am Ausgangsmaterial, um sicherzustellen, dass inhaltstragende Textausschnitte weder verloren gehen noch überinterpretiert werden. Wie aus dem im Folgenden abgebildeten Ablaufmodell ersichtlich wird, können bei großen Materialmengen mehrere Analyseschritte zusammengefasst werden, da es zu aufwändig wäre, jede wichtige Textstelle zu paraphrasieren (vgl. Mayring 2015, S. 67–72). In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde das Verfahren der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gewählt.

Das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (siehe Abbildung 3) stellt sich wie folgt dar (vgl. Mayring 2015, S. 70):

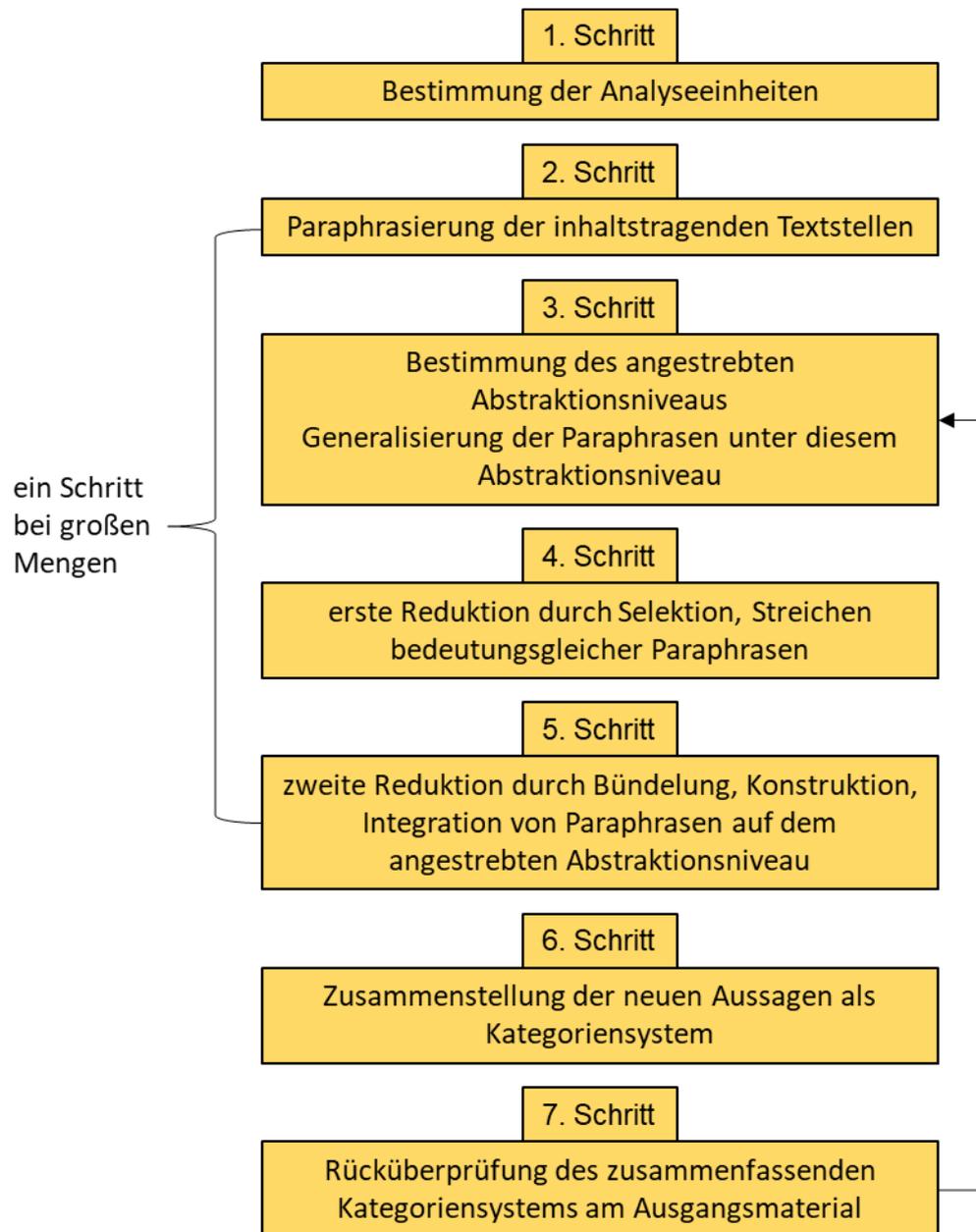


Abbildung 3: Ablaufmodell zusammenfassende Inhaltsanalyse

(eigene Darstellung nach Mayring 2015, S. 70)

Das mit Textstellen gefüllte Kategoriensystem kann anschließend entweder als Ganzes interpretiert oder bestimmten Hauptkategorien untergeordnet werden. Auch eine quantitative Analyse des Kategoriensystems ist denkbar. Beispielsweise kann aufgeschlüsselt werden, wie viele Textpassagen auf die jeweiligen Kategorien entfallen, um eine Gewichtung der Ergebnisse empirisch zu fundieren (vgl. Mayring 2015, S. 87). Die

Erstellung des Kategoriensystems und die Codierung der Interviews wurden mit Hilfe des Softwareprogramms „F4-analyse“ (vgl. Pehl und Dresing 2018a) durchgeführt.

7 Durchführung

7.1 Ethikvotum

Für das Forschungsvorhaben lag ein positives Votum der Ethikkommission der medizinischen Fakultät an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg vor.

(Referenz-Nr.: 182 18)

7.2 Vorbereitung der Datenerhebung

7.2.1 Erstellung des Interviewleitfadens und des Kurzfragebogens

Um eine Charakterisierung der Studienpopulation zu ermöglichen, wurde ein Kurzfragebogen entwickelt. Dieser Dokumentationsbogen erfragt Sozialdaten der Studienteilnehmer*innen und Hintergrundinformationen zu den Todesumständen der nahestehenden Personen. Dabei wurde beispielsweise erfasst, in welchem Verhältnis die verstorbenen Personen und die Befragten zueinanderstanden, wie lange der Todeszeitpunkt zurücklag und an welchem Ort die nahestehenden Personen verstorben sind. Des Weiteren wurde die Diagnose der Verstorbenen ermittelt und die Lebensumstände der trauernden Personen erfragt. Der Dokumentationsbogen kann im Appendix eingesehen werden.

Anhand von Literatur aus der Trauerforschung wurden erste Items für einen Interviewleitfaden entwickelt. Außerdem nahm die Forschende an mehreren Treffen einer Selbsthilfegruppe für trauernde Angehörige teil und arbeitete weitere Themenbereiche heraus, die für die Ermittlung von förderlichen und hinderlichen Faktoren eines Trauerprozesses entscheidend sein können. Diese Themenbereiche galt es nun durch einen Interviewleitfaden abzudecken, wobei dieser „in der Interviewsituation eine zentrale Orientierungsfunktion übernimmt“ (Bogner et al. 2014, S. 28). In der vorliegenden Forschungsarbeit sollten insbesondere folgende Themenbereiche besprochen werden:

- Der Einfluss des sozialen Umfelds auf das Trauererleben
- Der Umgang mit der eigenen Trauer
- Die Beziehung zu dem*r Verstorbenen und der gemeinsame Umgang mit dem Sterbeprozess
- Die medizinische, psychologische und geistliche Betreuung während des Krankheitsverlaufs, Sterbeprozesses und nach dem Tod

Der Leitfaden wurde entsprechend des Ablaufschemas „vom Allgemeinen zum Spezifischen“ (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 127) gegliedert. Er besteht aus drei

Teilen: Dem *offenen Gesprächseinstieg*, der *persönlichen Erfahrung* und der *gezielten Nachfrage*. Bei Ersterem handelt es sich um allgemein formulierte Fragen, wobei die Meinung des*r Interviewpartner*in von Interesse ist, unabhängig vom Erlebten. Im zweiten Teil wird die befragte Person aufgefordert von den persönlichen Erfahrungen zu berichten. Der letzte Teil dient der gezielten Nachfrage, um offen gebliebene Fragen zu klären und sicherzugehen, dass alle Themenbereiche abgedeckt wurden. Einige Fragen sind zusätzlich mit einer zeitlichen Einteilung versehen. So wurde z.B. spezifisch nachgefragt, ob ein beeinflussender Faktor während des Krankheitsverlaufs, während des Sterbeprozesses oder nach dem Tod auftrat. Bei der Formulierung der Fragen wurde auf folgende Regeln geachtet (vgl. Porst 2011, S. 95–96):

- Verwendung von einfachen Begriffen, zweideutige Begriffe wurden vermieden
- Vermeidung langer und komplexer Fragen
- Vermeidung hypothetische Fragen
- Vermeidung doppelter Stimuli und Verneinungen
- Unterstellungen und suggestive Fragen wurden vermieden

Der Leitfaden ist keine starre Richtlinie, sondern dient der Orientierung (vgl. Bogner et al. 2014, S. 28). Die Fragen müssen daher nicht wörtlich gestellt werden, vielmehr können sie frei formuliert und der Interviewsituation angepasst werden.

Vor Beginn der Interviewerhebungen wurde der Leitfaden mithilfe eines Pretests auf seine Funktionalität hin überprüft. Der gesamte Interviewleitfaden kann im Appendix eingesehen werden.

7.2.2 Pretest

Eine Empfehlung der Methodenliteratur ist die Durchführung eines Pretests, um „die Funktionalität des Leitfadens zu reflektieren“ (Bogner et al. 2014, S. 34). Daher wurde vor Beginn der Datenerhebung ein Probeinterview durchgeführt, um zu testen, ob die Leitfragen verständlich und für einen qualitativ guten Gesprächsverlauf geeignet sind. Durchgeführt wurde der Pretest im Forschungsteam, bestehend aus der Leiterin des Psychoonkologischen und Palliativpsychologischen Dienstes und Leiterin der Selbsthilfegruppe für trauernde Angehörige und Betreuerin des Forschungsvorhabens sowie der Autorin der Forschungsarbeit. Das Probeinterview fand am 2. November 2018 in den Büroräumlichkeiten der Palliativstation statt. Hinsichtlich des Leitfadens ergaben sich keine Änderungen. Da eine Einwilligungserklärung der Befragten zur Verwendung des

Interviews vorlag, konnte die Tonbandaufnahme zum empirischen Material hinzugefügt und ausgewertet werden.

7.2.3 Akquirierung der Interviewteilnehmer

Um Interviewpartner*innen zu akquirieren, wurden die Mitglieder einer geleiteten Selbsthilfegruppe für Trauernde bei ihrem Treffen von der Doktorandin über die Studie informiert. Durch die dreimalige Teilnahme der Autorin an den Treffen der Trauergruppe ab Frühjahr 2018 wurde eine Vertrauensbasis geschaffen. Bei den teilnehmenden Personen der Trauergruppe handelte es sich um Trauernde, die schon seit mehreren Jahren teilnahmen und teilweise um Trauernde, die die Gruppe zum ersten Mal besuchten. Im Schnitt nahmen ungefähr 20 Personen an den Treffen der Trauergruppe teil. Die Gruppenzusammensetzung variierte von Treffen zu Treffen. Die Autorin informierte die Teilnehmenden in der offenen Runde über das Forschungsvorhaben und sprach zum Ende der Trauergruppe einzelne Interessierte direkt an. Auch kamen Trauernde selbst auf die Autorin zu, um ihre Teilnahme an der Studie zuzusagen. Aufgrund der guten Vernetzung der Trauernden untereinander kam es dazu, dass drei Personen, die nur noch selten an den Treffen der Trauergruppe teilnahmen, die Autorin kontaktierten, um an der Studie teilzunehmen. Insgesamt erklärten sich mündlich 32 Personen für ein Interview bereit. Es wurden vor Ort beim Treffen der Selbsthilfegruppe Termine zur Interviewdurchführung ausgemacht bzw. wurden Kontaktdaten ausgetauscht und der Termin zu einem späteren Zeitpunkt per E-Mail oder Telefonat vereinbart. Angesichts des sehr persönlichen und emotionalen Themas der Doktorarbeit bestand die Befürchtung, dass einige ihre Zusage zur Teilnahme zurückziehen. Es kam zweimal dazu, dass Trauernde ihre mündliche Zusage zur Teilnahme zurückzogen.

7.3 Datenerhebung und Auswertung

7.3.1 Interviewdurchführung

Die 30 Interviews mit den trauernden Nahestehenden eines*r Verstorbenen wurden im Zeitraum von November 2018 bis Juli 2019 geführt. Es wurde auf ähnliche Interviewsituationen geachtet, um eine größtmögliche Vergleichbarkeit zu schaffen. Die Gespräche fanden daher mit Ausnahme eines Interviews in den Räumlichkeiten der Palliativstation statt. Dabei handelte es sich um eine für die befragten Personen bekannte Umgebung, da dort die monatlichen Treffen der Trauergruppe stattfinden. Je nach Verfügbarkeit wurde zwischen verschiedenen Räumen der Palliativstation variiert. Auf Wunsch einer Probandin wurde das Interview in ihrem häuslichen Umfeld durchgeführt. Es wurde stets darauf geachtet, ein angenehmes Setting zu schaffen, um ein Gespräch frei von äußeren

Störfaktoren zu ermöglichen. Die Befragten wurden zu Beginn des Gesprächs noch einmal auf das Thema der Doktorarbeit und die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen sowie auf die Möglichkeit, das Interview abubrechen und das Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückzuziehen. Des Weiteren folgte die Aufklärung über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die Form der Anonymisierung. Dabei entschied man sich für die Pseudonymisierung. Dazu wurde jedem*r Interviewteilnehmer*in eine Codierung zugeordnet, sodass auf allen Dokumentationsbögen lediglich der Code und keine personenbezogenen Daten verwendet wurden. Anhand einer Zuordnungsliste kann auf die Identität der Befragten rückgeschlossen werden. Dabei beschränken sich die Zugriffsrechte der Liste auf die in der Untersuchung beteiligten Forschenden. Nachdem die zu befragende Person die Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie unterschrieben und die Probandeninformation zur Kenntnis genommen hatte, begann das Interview mit dem Ausfüllen des Kurzfragebogens. Alle Interviews wurden mit einem mp3-Tonaufnahmegerät aufgenommen. Dabei wurde darauf geachtet, das Aufnahmegerät so zu positionieren, dass sich die befragte Person nicht gestört fühlt. Während des teilstrukturierten Interviews diente der Interviewleitfaden als Orientierungsmuster, damit alle relevanten Gesprächsthemen abgedeckt wurden. Darüber hinaus wurde individuell auf die durch die Interviewpartner*innen erwähnten Themen eingegangen und die Reihenfolge der Fragenkomplexe zu Gunsten des Gesprächsflusses angepasst. Es wurde darauf geachtet vorwiegend offene Fragen zu stellen und die befragte Person somit zum Erzählen zu motivieren. Nach Beendigung des Interviews bedankte sich die Interviewerin für die Teilnahme.

7.3.2 Transkription

Mit dem Einverständnis der Interviewteilnehmer wurde jedes der 30 Interviews mit einem mp3-Tonaufnahmegerät aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Gesamtlänge aller Interviews beträgt 25 Stunden 22 Minuten und 49 Sekunden, wobei das kürzeste Gespräch 32 Minuten und 10 Sekunden und das längste 81 Minuten und 6 Sekunden dauerte. Im Durchschnitt dauerte ein Interview 50,57 Minuten (SD 11,16 Minuten). Der Medianwert liegt bei 48,71 Minuten.

Bei der Transkription gelten bestimmte Regeln, damit mit höchster Genauigkeit das Gesagte wiedergegeben werden kann. Allerdings kann auch eine Transkription die Wirklichkeit des Interviews nicht widerspiegeln, da nonverbale Äußerungen, Emotionen sowie die Stimmlage nicht wiedergegeben werden kann (vgl. Vogt und Werner 2014, S. 43). Bei der vorliegenden Arbeit wurde die Transkription der Interviews durch die

Forschende mit Hilfe der Transkriptionssoftware „F4transkript“ (vgl. Pehl und Dresing 2018b) durchgeführt. Die Transkriptionsgeschwindigkeit betrug im Schnitt fünf Minuten pro einer Interviewminute.

Kuckartz et al. entwickelten Transkriptionsregeln, die in der vorliegenden Arbeit als Grundlage dienten, um die Interviews normgerecht verschriftlichen zu können (vgl. Kuckartz 2010, S. 44):

Die Interviewerin ist durch ein „I“, die befragte Person durch ein „B“ gekennzeichnet. Die Interviews werden zwar wörtlich transkribiert, Dialekt-Aussagen aber ins Hochdeutsche übersetzt. Das Gesagte wird insofern an das Schriftdeutsch angepasst, als entsprechende Interpunktionen eingebracht wurden. Kommt es zu einer längeren Sprech-Pause, wird dies durch Auslassungspunkte (...) gekennzeichnet. Stark akzentuierten Aussagen werden durch Unterstreichungen hervorgehoben. Das Kundtun von Zustimmung oder Bestätigung durch die Interviewerin (mhm, aha etc.) wird nicht verschriftlicht. Emotionale Regungen des Interviewteilnehmers wie etwa Lachen oder Weinen werden in Klammern dargestellt.

Bei Nennung eines Namens wird dieser mit dem Anfangsbuchstaben abgekürzt. Handelt es sich hierbei um einen Arzt oder eine Ärztin werden diese mit „Herr Dr.“ und „Frau Dr.“ transkribiert. Bei Städten oder Orten wird die Klammer „(Stadt)“ oder „(Ort)“ eingefügt. Wird ein Datum genannt, das Rückschlüsse auf die befragte Person beziehungsweise den verstorbenen Nahestehenden der Person ermöglichen könnte, werden nur Monat und Jahr genannt. Sollte der Name eines Krankenhauses oder die Abteilung eines Krankenhauses erwähnt werden, so wird dies mit „(Krankenhaus)“ oder „(Abteilung im Krankenhaus)“ dargestellt.

Nach der ersten Materialsichtung fiel auf, dass die Transkripte zu detailliert ausfielen. Daraufhin wurden diese überarbeitet, indem folgende Veränderungen vorgenommen wurden: Eindeutig, für die Untersuchung irrelevante, Äußerungen der Befragten wurden gelöscht. Stattdessen wurde in eckigen Klammern der Inhalt des Gesagten zusammengefasst. Angebrochene Sätze wurden entweder gelöscht oder sinnvoll mit dem Folgesatz verbunden. Die Transkriptionssoftware „F4-transkript“ bietet die Möglichkeit, bereits bei der Transkription aufkommende Gedanken in Form von Kommentaren, häufig auch als Memos bezeichnet, festzuhalten. Die in RTF-Format (Rich Text Format) entstandenen Transkripte, einschließlich der Kommentare, konnten problemlos in die Auswertungssoftware „F4-analyse“ (vgl. Pehl und Dresing 2018a) eingebunden werden, mit Hilfe derer die Entwicklung des Kategoriensystems erfolgte.

7.3.3 Auswertung mittels Kategoriensystem

Wie in Kapitel 5.5 bereits erwähnt, wurde in der vorliegenden Forschungsarbeit das Verfahren der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt, um so ein Kategoriensystem entwickeln zu können. Die praktische Umsetzung erfolgte anhand des Programms „F4-analyse“ (vgl. Pehl und Dresing 2018a) und gestaltete sich wie folgt:

Im ersten Schritt wurden die Analyseeinheiten bestimmt. Das heißt, dass die Kodier-, die Kontext-, und die Auswertungseinheit festgelegt wurde (vgl. Mayring 2015, S. 61–62). Die Kodiereinheit definiert den kleinsten Materialbestandteil, der ausgewertet werden darf und besteht hier aus einer Proposition, dem Aussageinhalt eines Satzes. Die Kontexteinheit beschreibt den größten Textbestandteil, der unter eine Kategorie fallen kann und wurde hier als gesamter Text eines Interviews festgelegt. Schließlich beschreibt die Auswertungseinheit, welche Textteile ausgewertet werden. In dieser Untersuchung wurden die Auswertungseinheiten als alle für die Forschungsarbeit relevanten Fundstellen definiert.

Anhand der Forschungsfrage wurden durch deduktive Kategorienbildung zwei Hauptkategorien entwickelt, die die hinderlichen Faktoren und förderliche Faktoren beinhalten. Als nächster Schritt wurde ein Drittel der Interviews gesichtet, markante Textstellen mittels Memos markiert und in die zwei Hauptkategorien *Hinderliche* bzw. *förderliche Faktoren* selektiert. Anhand ebendieser Textbausteine entstanden durch induktive Kategorienbildung die Unterkategorien der Ebene 2, welche anschließend in den Unterkategorien der Ebene 1 zusammengefasst wurden. Die Unterkategorien der Ebene 1 wurden anschließend in den Oberkategorien zusammengefasst, sodass unter den beiden Hauptkategorien je vier Oberkategorien entstanden. Folgende Tabelle (siehe Tabelle 2) soll den Prozess der induktiven Kategorienbildung zur Entwicklung einer Unterkategorie der Ebene 2 anhand eines Beispielgespräches veranschaulichen:

Originaltext	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
„Und ich glaube, dass man das morgens schon wusste, dass es zu Ende geht und uns hat aber keiner angerufen und am Tag vorher hieß es: "Ja das dauert noch Wochen". [...] Das ist mein Hindernis. Das kann ich so sagen ja.“ (Lfnr. 1(Abs. 27))	„Mein Hindernis ist, dass uns niemand Bescheid gegeben hat, dass es zu Ende geht“.	Unzureichende Informationen zu baldigem Lebensende	Kommunikation des Krankenhauspersonals
„Alte Freunde, die einen das Leben lang begleiten, die können das nicht nachvollziehen bei denen kann man nicht darüber reden.“ (Lfnr.1(Abs. 81))	„Freunde können das nicht nachvollziehen. Man kann nicht darüber reden“	Mit Freunden nicht reden können.	Veränderungen in Freundschaften

Tabelle 2: Induktive Kategorienbildung am Beispiel des Interviews mit der Laufnummer 01

Mit einem Drittel des Datenmaterials wurde das vorläufige Kategoriensystem entwickelt. Anschließend begann die Auswertung der restlichen Interviews. D.h. die relevanten Textausschnitte wurden den entwickelten Kategorien zugeordnet, wodurch das vorläufige Kategoriensystem auf seine Funktionalität überprüft wurde. Konnte eine Textstelle keiner Kategorie zugeordnet werden, folgte die Erstellung einer neuen Kategorie. Daraufhin wurde das Kategoriensystem überarbeitet und eine Reevaluation des bereits eingespeisten Datenmaterials durchgeführt, um etwaige neue Zuordnungen vornehmen zu können. So entstand ein finales Kategoriensystem mit Hilfe dessen alle 30 Interviews ausgewertet wurden. Es gliederte sich in die zwei Hauptkategorien *Hinderliche Faktoren* und *Förderliche Faktoren* unter welcher je vier Oberkategorien entstanden sind: *Soziales Umfeld*, *Intrapersonale Faktoren*, *Beziehung zur verstorbenen Person* und *Betreuung der trauernden und erkrankten Personen*. Die Inhalte der jeweiligen Oberkategorien mit ihren Unterkategorien der Ebene 1 und 2 können nun vergleichend betrachtet und interpretiert werden. Eine Übersicht des Kategoriensystems ist unter Kapitel 13 (siehe Tabelle 7) dargestellt.

IV. Ergebnisse

Zu Beginn dieses Kapitels wird anhand einiger Daten der Interviewpartner*innen, die durch den Kurzfragebogen ermittelt wurden, die Zusammensetzung der Stichprobe beschrieben. Es folgt der qualitative Ergebnisteil, der sich in vier Bereiche gliedert. Die Gliederung orientiert sich dabei an den Oberkategorien, innerhalb derer jeweils *Förderliche Faktoren* und *Hinderliche Faktoren* gegenübergestellt werden. Dabei wird zunächst deskriptiv vorgegangen. Die Einordnung der Ergebnisse vor dem Hintergrund aktueller wissenschaftlichen Studien und die Generierung von Schlussfolgerungen sind unter dem Kapitel 15 „Diskussion der inhaltlichen Kategorien“ zu finden.

8 Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen der Untersuchung wurden 30 leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Die Generierung aller Teilnehmer*innen erfolgte über eine Trauergruppe für trauernde Nahestehende eines*r Verstorbenen. Mittels Kurzfragebogen wurde zu Beginn der Interviews Daten zur eigenen Person und die der verstorbenen Person erfasst, um eine Charakterisierung der Stichprobe zu ermöglichen.

Das Probandenkollektiv ist vorwiegend weiblich, fünf der 30 befragten Personen sind männlichen Geschlechts. Die Altersverteilung erstreckt sich zwischen 23 bis 84 Jahren bei einem Mittelwert von $M= 50,8$ Jahren (siehe Abbildung 4).

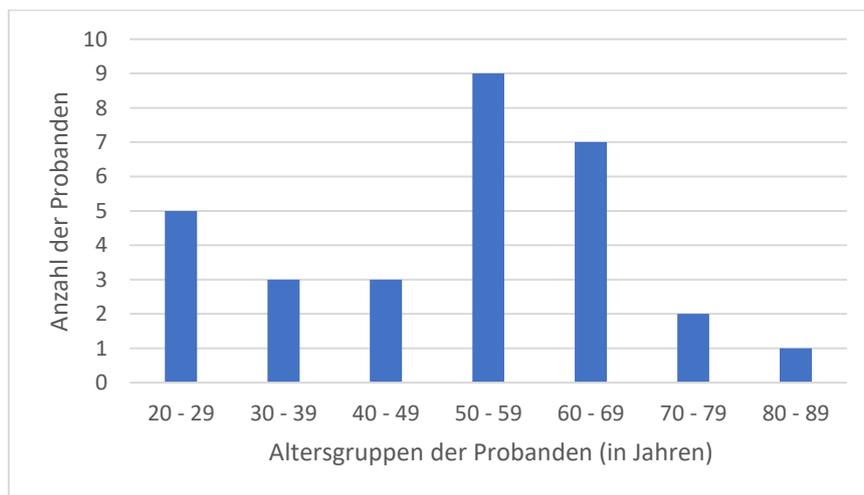


Abbildung 4: Altersverteilung des Probandenkollektivs

Ein Teil ($N=17$) der Teilnehmer*innen ist verwitwet, während eine Person verheiratet ist und zwei geschieden sind. Die restlichen zehn Interviewpartner*innen gaben als Familienstatus ledig an. Hier muss erwähnt werden, dass nicht explizit nach einer festen

Partnerschaft gefragt wurde, sodass nur der Status des Verheiratet-seins erfasst wurde. Die Hälfte (N=15) der befragten Personen ist kinderlos. 13 Probanden gaben an, Kinder im erwachsenen Alter zu haben. Die Kinder von zwei Befragten waren zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht volljährig. Nur ein kleiner Teil (N=8) der Trauernden ist nicht berufstätig. Die Hälfte (N=11) der Arbeitstätigen (N=22) sind in Vollzeit beschäftigt, während die andere Hälfte in Teilzeit arbeitet.

Der Trauerprozess ist bedingt durch den Verlust eines Nahestehenden. Daher wurden auch zu den verstorbenen Personen Daten ermittelt (siehe Abbildung 5). Bei den betrauten Personen handelt es sich in 21 Fällen um den Partner oder die Partnerin. Zum Zeitpunkt des Interviews lag der Tod der nahestehenden Person im Schnitt 2,6 Jahre (SD 1,9 Jahre) zurück, wobei die kürzeste Zeitspanne 2 Monate und die längste 7,6 Jahre betrug. Der Median der Zeitdauer von Todeszeitpunkt und erfolgtem Interview liegt bei 1,75 Jahren. Acht Interviewpartner*innen (N=8) trauern um einen Elternteil, wobei drei Teilnehmer*innen den Verlust von beiden Elternteilen betrauern. Eine Teilnehmerin (N=1) beklagt den Tod ihres Kindes. Zusätzlich zu dem Partner betrauert eine Interviewpartnerin auch ihre Mutter. Innerhalb des Probandenkollektivs gab es zweimal die Konstellation, dass Mutter und Tochter sich für ein Interview zu Verfügung stellten, sodass zweimal dieselbe verstorbene Person erfasst wurde. Das gleiche gilt für drei Geschwister, die an den Interviews teilnahmen und beide Elternteile betrauern. In der Summe handelt es sich bei der Population der Verstorbenen also um 28 Personen.

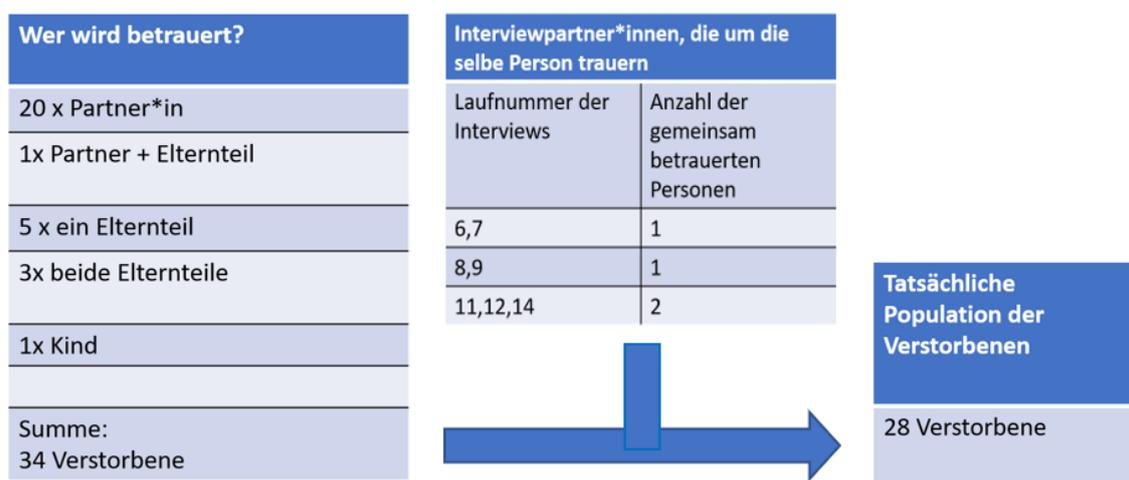


Abbildung 5: Übersicht zu Verstorbenen

Von den 28 betrauten Personen waren 25 an einem Tumorleiden und 3 durch kardiovaskuläre Ursachen gestorben. 26 Personen hatten einen Krankheitsverlauf, nur 2 kamen durch ein plötzliches Ereignis ums Leben. Die Krankheitsdauer betrug bei 12 der

Verstorbenen weniger als ein Jahr. Acht Personen verstarben zwischen dem ersten und dem dritten Jahr ab Diagnosemitteilung. 4 Betrauerte starben zwischen dem dritten und fünften Jahr, 1 Person erlag nach acht Jahren und 3 Personen erlagen nach über zehn Jahren ihrer Krankheit. Der Großteil der Verstorbenen verstarb in einem Krankenhaus. 15 Personen auf einer Palliativstation, 5 auf einer Normalstation, 2 auf der Intensivstation und 1 Person im OP. 3 der betraurten Personen verstarben im häuslichen Umfeld in Begleitung eines Palliativdienstes und 2 im Hospiz.

Bei den erwähnten Verstorbenen handelt es sich um die, die explizit im Kurzfragebogen genannt wurden. Der Verlust weiterer nahestehender Personen ist nicht auszuschließen. Jedoch berücksichtigt die Untersuchung ausschließlich die im Interview erwähnten verstorbenen Angehörigen.

9 Gegenüberstellende Betrachtungen zur Oberkategorie Betreuung der trauernden und erkrankten Personen

In diesem Abschnitt werden die beiden Oberkategorien *hinderliche Faktoren in der Betreuung der trauernden und erkrankten Personen* und *förderliche Faktoren in der Betreuung der trauernden und erkrankten Personen* gegenüberstellend betrachtet. Bei der Auswertung der Transkripte wurden in der Unterkategorie *medizinische Betreuung* die meisten zugeordneten Textstellen erfasst.

Die folgende Tabelle (siehe Tabelle 3) zeigt eine Übersicht über das Kategoriensystem der Betreuung. Zu den Kategorien sind Nennungen angegeben. Sie zeigen an, wie oft Aussagen zur entsprechenden Kategorie getroffen wurden und welche teilnehmenden Personen sie tätigten.

Hauptkategorie	Oberkategorie	Unterkategorie Ebene 1	Unterkategorie Ebene 2
Hinderliche Faktoren	Betreuung der erkrankten und der trauernden Person	Medizinische Betreuung	Kommunikation (39 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30)
			Strukturelle Probleme (21 Nennungen; Lfnr. 2, 6, 7, 10, 12, 15, 19, 20, 23, 28)

			<p>Umgang mit der*dem Erkrankten (40 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 29)</p> <p>Umgang mit Angehörigen (21 Nennungen; Lfnr. 1, 3, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 23, 27, 28)</p> <p>Palliativmedizin (5 Nennungen; Lfnr. 1, 7, 14, 18, 24)</p>
		Psychologische Betreuung (4 Nennungen; Lfnr. 1, 4, 24, 29)	
		Geistlicher Beistand (2 Nennungen; Lfnr. 13)	
Förderliche Faktoren	Betreuung der erkrankten und der trauernden Person	Medizinische Betreuung	<p>Kommunikation (19 Nennungen; Lfnr. 1, 6, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 20, 23, 28)</p> <p>Umgang mit der*dem Erkrankten (24 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 5, 10, 12, 16, 17, 20, 23, 24, 26, 30)</p> <p>Umgang mit Angehörigen (15 Nennungen; Lfnr. 1, 4, 7, 9, 10, 15, 20, 23, 25, 27, 30)</p> <p>Hausärztliche Betreuung (10 Nennungen; Lfnr. 4, 10, 13, 20, 21, 28)</p> <p>Palliativmedizin (60 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 22, 24, 25, 27, 29, 30)</p>
		Psychologische Betreuung (21 Nennungen; Lfnr. 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 21, 24, 26, 27, 28, 29, 30)	Trauergruppe (19 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30)
		Geistlicher Beistand (8 Nennungen; Lfnr. 1, 9, 12, 19, 24, 27)	

Tabelle 3: Kategoriensystem Betreuung der trauernden und erkrankten Personen

Die Unterkategorien *Strukturelle Probleme*, *Hausärztliche Betreuung* und *Trauergruppe* kommen lediglich in einer der beiden Hauptkategorien vor und sind deshalb in der Übersicht hellgrau unterlegt.

9.1 Medizinische Betreuung

Nachdem ein Mensch verstorben ist, liegt häufig ein Krankheitsverlauf hinter ihm, der durch Krankenhausaufenthalte und Arztbesuche geprägt war. Nahestehende begleiten ihre Angehörigen auf diesem Weg, kommen dadurch zwangsläufig mit dem medizinischen System in Kontakt und machen Erfahrungen, die sich positiv oder negativ auf den Trauerprozess auswirken können. Die medizinische Betreuung spielt vor allem während des Krankheitsverlaufs und des Sterbeprozesses eine große Rolle. Doch auch nach dem Versterben des*der Nahestehenden kann eine medizinische Begleitung der trauernden Person beispielsweise durch eine hausärztliche Versorgung von Bedeutung sein. Während der Analyse kristallisierten sich verschiedene Unterkategorien heraus. Dabei kommen die Unterkategorien *Kommunikation*, *Umgang mit Angehörigen*, *Umgang mit Erkranktem*r* und *Palliativmedizin* in beiden Oberkategorien vor. Wohingegen die Unterkategorie *Strukturelle Probleme* den hinderlichen Faktoren in der medizinischen Betreuung und die Unterkategorie *Hausärztliche Betreuung* den förderlichen Faktoren in der medizinischen Betreuung zugeordnet wurden. Durch die Äußerungen der Befragten zur Palliativmedizin entstand eine eigenständige Unterkategorie. Im Folgenden soll nun auf die einzelnen Unterkategorien eingegangen werden.

9.1.1 Kommunikation

Im Rahmen der Interviews kam die Kommunikation zwischen dem behandelnden Team, den Patient*innen und deren Angehörigen zur Sprache. Es zeigte sich, dass die Interviewpartner*innen eine transparente und ehrliche Kommunikation besonders wertschätzten. Sie wollten stets die Wahrheit erfahren, dabei sollte der Arzt behutsam vorgehen und Empathie zeigen. Eine Teilnehmerin machte dabei gute Erfahrungen und sagte dazu:

„Auch was ich als sehr angenehm empfand, das ist, dass wir immer die Wahrheit gesagt gekriegt haben, also wir haben von Anfang an gesagt bekommen, [...] dass er nicht mehr lange lebt und dass man auch nicht weiß wie lang. Dass es in einem viertel Jahr soweit sein kann oder durchaus auch mal in vier Jahren. [...] Aber das hat es so im Nachhinein erleichtert, dass man eben auch wusste, es ist jetzt eine begrenzte Zeit und man muss gucken was man mit der Zeit macht und man muss vielleicht auch noch Dinge regeln für danach dann und das fand ich sehr angenehm, [...] dass da relativ deutlich immer die Wahrheit gesagt worden ist, aber ich fand es eigentlich immer auf eine schöne Art.“ (Lfnr.10 (Abs. 42)).

Bei der beschriebenen Erfahrung handelt es sich nicht um einen Einzelfall. Auch 5 weitere Teilnehmende der Untersuchung erwähnten explizit eine gelungene Kommunikation mit medizinischen Fachkräften (Lfnr. 14 (Abs. 60); 15 (Abs. 72); 16 (Abs. 91); 17 (Abs. 52); 23 (Abs. 59)). Viele Interviewpartner*innen berichteten jedoch auch von gegenteiligen Erlebnissen. Ihnen sei nicht mit Ehrlichkeit begegnet worden, vielmehr vermied man es, genaue Angaben zum Zustand des Sterbenden zu machen, wodurch sie nicht auf den Tod ihres Nahestehenden vorbereitet waren.

„Und ich glaube, dass man das morgens schon wusste, dass es zu Ende geht und uns hat aber keiner angerufen und am Tag vorher hieß es: "Ja, das dauert noch Wochen". Und ich glaube, dass das doch viele schon so ein bisschen gespürt haben und dass die Ehrlichkeit und der Mut da einfach nicht da waren. Und dadurch wurde uns das einfach genommen. Das ist mein Hindernis, das kann ich so sagen ja.“ (Lfnr. 1 (Abs. 27)).

Mangelhafte Kommunikation konstatierten einige Befragte und äußerten, dass das als Belastung empfunden wurde. So berichtete eine Teilnehmerin, dass sie im Nachgang der Operation ihres Nahestehenden keine der zuständigen Chirurg*innen fand, die zu einem Gespräch bereit gewesen wären (Lfnr. 28 (Abs. 28)). Andere berichteten von versprochenen Anrufen, die nie erfolgten (Lfnr. 2 (Abs. 125); 22 (Abs. 65)) oder bemängelten, dass während einer Behandlung nur das Nötigste kommuniziert wurde (Lfnr. 29 (Abs. 99)).

Die Art und Weise, wie Kommunikation geschieht, spielte in den Gesprächen eine erhebliche Rolle. So berichteten einige, dass sie das Setting eines Arztgespräches als äußerst störend empfunden hätten. Eine Teilnehmerin beschrieb die Diagnosemitteilung ihres Partners wie folgend:

„[...] mein Mann hatte noch keine Diagnose bekommen und ich kam und dann war ich eigentlich schon an dem Arzt vorbeigelaufen und dann hat er sich umgedreht und gerufen: "Ach sie gehören doch zum Hr. H." [...] dann hat er halt gesagt: "Ja es ist schon schlecht. Da sind schon Metastasen" [...] Und so hat er mich dann stehen gelassen auf dem Gang und dann hat er sich nochmal umgedreht und nochmal durch den Gang gebrüllt: "Soll ich das ihrem Mann noch sagen?" Wo ich gesagt habe: "Nein das brauchen sie ihm nicht sagen. Das mache ich schon." Genau, also das war so ein Hindernis hoch zehn“ (Lfnr. 4 (Abs. 34)).

Auch andere Befragte klagten über das Setting eines Gesprächs. So musste eine Teilnehmerin die Nachricht über den plötzlichen Tod ihres Mannes auf dem Krankenhausflur erfahren (Lfnr. 13 (Abs. 42)), während eine andere per Telefon um Erlaubnis zur Organspende ihres gerade verstorbenen Partners gebeten wurde (Lfnr. 26 (Abs. 42)).

Die Stichworte Empathie und Einfühlungsvermögen fielen im Kontext der ärztlichen Gesprächsführung häufig und stellten sich gerade im Zusammenhang mit dem Überbringen von schlechten Nachrichten als ausschlaggebend für eine gute Kommunikation dar.

„Also, ich denke mal, man muss offen mit den Leuten schon auch reden und in gewisser Weise schon Hoffnung machen und halt einfach, natürlich mit Gefühl, schon sagen was los ist mit dem, also mit dem Partner oder wie auch immer [...]. Finde ich ist es wichtig offen mit einem zu reden und aber mit Gefühl und nicht einem irgendwie das nur an den Kopf zu werfen.“ (Lfnr. 23 (Abs. 59)).

9.1.2 Umgang mit den Angehörigen

Ein beherrschendes Thema im Umgang mit den Angehörigen im medizinischen Umfeld kristallisierte sich bei der Erhebung heraus: Die Angehörigen wollten in die Behandlung ihrer Nahestehenden involviert werden. Manche Proband*innen wünschten sich mehr in die Entscheidung über das weitere Vorgehen bei der Behandlung der erkrankten Person einbezogen zu werden.

„Wir haben dann diese Diagnose gekriegt, dass eben der Krebs in die Knochen ist und dass keine Blutbildung mehr stattfindet und dass eben die Tage gezählt sind und daraufhin haben sie dann eben veranlasst, dass er verlegt wird auf die Palliativ. Aber ich habe mir dann auch gedacht: Müsste man auch im Vorfeld mit den Angehörigen sprechen und nicht einfach sagen: "Man macht das oder das."“ (Lfnr. 3 (Abs. 44)).

Des Weiteren berichtete eine Interviewpartnerin, dass sie nie bei Arztgesprächen dabei gewesen sei, da sie lediglich die Tochter des Patienten war und es nur als Aufgabe der Mutter angesehen wurde, den Erkrankten bei wichtigen Gesprächen zu begleiten. Sie hätte sich vielmehr Gespräche gewünscht, bei denen die ganze Familie einbezogen wird (Lfnr. 8 (Abs. 91)).

Eine Teilnehmerin verlor ihren Mann durch einen Herzinfarkt. Die Situation des Notarzteinsetzes beschrieb sie als traumatisierend. Besonders schlimm fand sie die Nichtbeachtung, die sie vor Ort erfahren hatte. Weder der Notarzt noch der Hausarzt, bei dem ihr Partner zusammenbrach, richteten ein Wort an sie.

„Der Notarztwagen war schon da, es wird an ihm herumgearbeitet und ich stand da wie ein Statist. Klar, keiner kann sich um mich kümmern, es haben sich alle um ihn gekümmert. Schon auch klar jetzt im Nachgang, aber es hat keiner ein Wort an mich gerichtet, auch der Arzt nicht. Und dann ist er also abtransportiert worden und das war dann das Letzte. Und auch die Tatsache, dass ich da dabeistand, dass da keiner ein Wort an mich gerichtet hat, dass da keiner was zu mir gesagt hat. Auch das hat schwer an mir genagt wochen-, monatelang“ (Lfnr. 13 (Abs. 47)).

Durch Verständnis, Aufklärung und Information von ärztlicher Seite konnten die Angehörigen die aktuelle Situation besser begreifen und sich auf das, was noch auf sie zukommt, vorbereiten. Eine Teilnehmerin sagte diesbezüglich:

„Verständnis von Ärzten. Dass man Bescheid bekommt. Dass man auch als Angehörige involviert wird. Und dass Ärzte oder das Krankenhaussystem [...] klar macht, es geht jetzt nicht [...] nur um eine Person, einen Patienten, sondern es geht auch noch um die Angehörigen. [...] Dass man da das Gefühl bekommt, man kriegt Sachen erklärt, man darf Fragen stellen. [...] Oder, dass man auch die Möglichkeit bekommt weitere Informationen zu kriegen. Manche wollen vielleicht nicht wissen, wie Sterben und Tod passieren, aber ich

wollte das wissen und mir hat es extrem geholfen, diese Fragen stellen zu dürfen und auch Informationen zu kriegen“ (Lfnr. 27 (Abs. 39)).

Andere Probanden machten dahingehend gegenteilige Erfahrungen und berichteten von Ärzten, die keine Zeit für ausführliche Erklärungen hatten (Lfnr. 28 (Abs. 28)), die Angehörige mieden, um Gesprächen auszuweichen (Lfnr. 23 (Abs. 81)) oder die die Sorgen der Angehörigen nicht ernst nahmen (Lfnr. 12 (Abs. 72))

„Und auch dieser Zeitdruck, wo jeder hat. Die erklären das dann schnell und verstehen überhaupt nicht, dass wir vielleicht die ersten sind die das hören und wir kennen uns ja damit nicht aus.“ (Lfnr. 12 (Abs. 69)).

In Bezug auf die pflegerische Betreuung nannten einzelne Teilnehmer*innen Unverständnis und Unfreundlichkeit als erschwerende Faktoren (Lfnr. 3 (Abs. 61); 11 (Abs. 139); 12 (Abs. 62;70); 28 (Abs. 30)). Da man sich als Nahestehende*r einer erkrankten Person in einer Ausnahmesituation befinde, könne man durch unfreundliches Zurechtweisen durch das Pflegepersonal „nur noch mehr heulen“ (Lfnr. 12 (Abs. 70)). Wie diese Studienteilnehmerin gaben auch andere Probanden es als zusätzliche Belastung an, durch Krankenhauspersonal unfreundlich behandelt worden zu sein (Lfnr. 3 (Abs. 61); 11 (Abs. 139); 28 (Abs. 30)).

Als positiven Einfluss auf den Trauerprozess beschrieben einige Teilnehmer das Gefühl, nicht allein gelassen zu sein. Gerade im Sterbeprozess erschien ihnen das als äußerst wichtig, da es sich um eine Situation handelt, die viele bis dahin so intensiv noch nicht erlebt hatten. So erzählte eine Probandin, weiterhin eine gute Betreuung durch das Klinikum erhalten zu haben, obschon ihr Partner zum Sterben nach Hause gebracht worden war (Lfnr. 9 (Abs. 36)). Eine andere Interviewpartnerin lobte das einfühlsame Verhalten der Ärztin während des Sterbeprozesses ihres Partners, da sie ihr Ratschläge im Umgang mit dem Sterbenden gab (Lfnr. 20 (Abs. 85)). Es könne den Trauerprozess eines Angehörigen erschweren, wenn man in der Sterbephase allein gelassen würde, lautete die Meinung einer weiteren Teilnehmerin (Lfnr. 15 (Abs. 46)). Eben dieses Allein-gelassen-werden während des Sterbeprozesses erfuhr eine der Trauernden und beschrieb dies in ihrem Interview:

„Das Alleinsein, die Unsicherheit einfach dabei. Die Unsicherheit. Was passiert jetzt? Es ist eine Schwester am Abend auf Station, die hat dann auch keine Zeit, nicht viel. Sie hat sich sehr viel Mühe gegeben, ich war für diese Verhältnisse trotzdem noch gut betreut, aber man ist halt alleine dann. Sind noch andere Patienten auf Station. Das Alleinsein und einfach die Angst. Was passiert jetzt? Und klar man ist dann traurig, aufgeregt. Das erschwert das Ganze.“ (Lfnr. 23 (Abs. 32)).

9.1.3 Umgang mit Erkranktem*r

Die Art und Weise wie mit einem geliebten Menschen durch medizinisches Fachpersonal umgegangen wurde, hatte Einfluss auf die Gefühlswelt der nahestehenden Personen und auf deren Trauerprozess. Es wurden insgesamt 64 Textabschnitte der Unterkategorie *Umgang mit Erkranktem*r* zugeordnet. Dabei verzeichnet die Kategorie, die die hinderlichen Faktoren aufführt, ein Drittel mehr Aussagen als die Kategorie auf Seiten der förderlichen Faktoren.

Im Rahmen von Krankenhausaufenthalten kritisierten einige Proband*innen den Umgang, den ihre Liebsten durch medizinisches Personal erfahren hatten. Drei Proband*innen verwendeten unabhängig voneinander die Bezeichnung „unmenschlich“ bzw. „Unmenschlichkeit“. Hinzu kommen weitere Teilnehmende, die sich ähnlich äußerten (Lfnr. 11(Abs. 71); 16 (Abs. 77-78); 27 (Abs. 84)).

„Also was mir persönlich sehr schwergefallen ist, was es mir auch sehr schwer gemacht hat, war der Umgang mit dem R. auf der Medizin. Das hat mir unheimlich nachgehangen. Diese Unmenschlichkeit, die wir da erfahren haben. Ich meine, es kann niemand was dazu, wenn jemand so schwer krank ist und dann auch sich irgendwann mal im Sterbeprozess befindet, aber der Umgang mit dem Menschen. Er ist eben nicht nur eine Diagnose oder eine Fallpauschale, sondern es ist ein Mensch. Und wenn man dann als Angehöriger, also ich als Angehörige das so mitbekommen hab, das hat mir schon sehr schwer / ist mir schwergefallen.“ (Lfnr. 2 (Abs. 59)).

Als hilfreiche Faktoren nannten einzelne Befragte einen würdevollen Umgang mit ihrem geliebten Menschen. Eine Interviewpartnerin erwähnte auch, dass die Selbstbestimmung ihrer im Sterben liegenden Mutter durch das medizinische Personal gewahrt worden sei. Die Angehörigen empfanden es entlastend, wenn mit dem*r Erkrankten auf eine verständnisvolle und empathische Art und Weise umgegangen wurde (Lfnr. 2 (Abs. 88,98); 3 (Abs. 117); 5 (Abs. 52); 10 (Abs. 42); 12 (Abs. 62); 16 (Abs. 77); 20 (Abs. 54)):

„Das ist absolut die Empathie und die Würde. Die Würde von den Menschen, die da betroffen sind. Wirklich das ist das Höchste eigentlich, was man geben kann. Und das ist nicht eine Nummer - ich meine letztlich ist es auch nur eine Nummer in der Kartei - und trotzdem ist dieses worum es da / Also, dass es einfach sowas Existenzielles ist, dass das eigentlich das Höchste ist, was man zu schätzen wissen sollte“ (Lfnr. 5 (Abs. 64)).

„Ja, dieses Selbstbestimmte, dass man selbstbestimmt entscheiden kann, was man möchte als alter Mensch, aber auch als junger Mensch. Und da wird oft überhaupt nicht Rücksicht darauf genommen.“ (Lfnr. 26 (Abs. 59)).

Ein wichtiger Punkt für die Nahestehenden war der Umgang mit den Schmerzen der erkrankten Person (Lfnr. 1(Abs. 76); 2 (Abs. 98)). So beschrieb ein Interviewpartner ein ihm unvergessliches Erlebnis, bei dem durch die unbedachte Arbeitsweise eines Arztes seiner Ehefrau Schmerzen zugefügt wurde:

„Also ich muss sagen im Verlauf hatten wir wenige sehr gute Ärzte, aber sonst Katastrophe. [...] Wir sind an einen Arzt geraten nach vier Monaten. Der hat das Ding da angeguckt, zieht daran wie verrückt, meine Frau brüllt, hat er gesagt: "Das ist festgewachsen". Verschwunden, der ist nicht mehr gekommen.“ (Lfnr. 16 (Abs. 77))

Drei weitere Personen der Probandengruppe hätten sich eine frühere und bessere Schmerztherapie für ihre Angehörigen gewünscht (Lfnr. 14 (Abs. 115); 15 (Abs. 120); 21 (Abs. 42)):

„Also ich sage halt bei meinem Papa definitiv früher eine Schmerztherapie. Ganz ehrlich, wenn ein Patient sterben muss und Krebs hat, dann soll der sobald wie möglich eine Schmerztherapie bekommen, dass der gut eingestellt ist, dass der nicht leiden muss. Und das hat sowohl mein Papa als auch meine Mama zu spät bekommen.“ (Lfnr. 14 (Abs. 115)).

Besonders belastend war es für Angehörige, wenn die ärztliche Behandlung die Lebensqualität des Sterbenden stark einschränkte. In der Nachbetrachtung äußerten die Teilnehmer*innen der Studie, dass rückblickend eine frühere palliative Behandlung, beziehungsweise eine alternative Behandlung zur Chemotherapie wünschenswert gewesen wäre (Lfnr. 2 (Abs. 128); 11 (Abs. 71-72); 12 (Abs. 69); 14 (Abs. 47); 27 (Abs. 86); 29 (Abs. 128)):

„Vielleicht manchmal auch eine andere Behandlung. Wir wollten nämlich die Chemo abbrechen. Weil es ging ihm während der Chemo sehr schlecht und es hat eigentlich überhaupt keine Wirkung gezeigt. Aber die Ärzte oder der Arzt hat immer gesagt: Man bricht keine Chemo ab, man zieht die durch. Es kann immer noch eine Besserung kommen. Aber heute rückblickend würde ich sagen, nach der vierten spätestens hätten wir abgebrochen. Er hätte ein besseres Leben gehabt, einfach. Er hätte diese, diese drei, vier Tage nach der Chemo, da ging es ihm ja total schlecht, die hätte er nicht erleiden müssen.“ (Lfnr. 29 (Abs. 61)).

In der Wahrnehmung einzelner Proband*innen war der Tod des*der Angehörigen auf einer normalen Krankenhausstation schwerer zu ertragen. Grund dafür war, dass die Behandlung sich vornehmlich auf Heilung fokussierte und dabei die eigentlichen Bedürfnisse des Sterbenden nicht ausreichend wahrgenommen wurden (Lfnr. 10 (Abs. 59); 1 (Abs. 55)). So berichtete eine Probandin:

„Es ging immer nur um Blutwerte, um eine Immuntherapie, ob die noch möglich ist und ob er seine Tabletten noch nehmen kann. Und dass er gar nicht mehr aufstehen kann, dass er nicht mehr isst, dass er sich die Zähne gar nicht mehr putzen kann. Das ist gar nicht wahrgenommen worden. Also der Fokus war immer auf diesen Blutwerten.“ (Lfnr.1 (Abs. 55)).

An seinem letzten Lebenstag musste der Vater dieser Probandin eine physiotherapeutische Maßnahme über sich ergehen lassen, die weder seinen Bedürfnissen entsprach noch sein gesundheitlicher Zustand zuließ geschweige denn besserte. Die Trauernde bezeichnete dieses Unterfangen als einzige Katastrophe, das sie immer wieder nacherlebe und davon träume, dass sein letzter Lebenstag sich so gestaltet habe (Lfnr. 1 (Abs.

76)). Das Missachten der Bedürfnisse einer erkrankten oder sterbenden Person beschrieben auch zwei weitere Studienteilnehmer. Ähnlich wie Probandin Lfnr. 1 berichteten sie von oralen Tablettengaben und Essenslieferungen, obwohl die erkrankten Personen nicht mehr schlucken konnten oder bereits im Sterben lagen (Lfnr. 2 (Abs. 82); 20 (Abs. 50,71)).

Eine weitere Teilnehmerin prangerte den unsensiblen Umgang mit dem Thema Tod und Sterben auf einer Normalstation an. Man könne einen Totkranken nicht behandeln wie einen Patienten mit Blinddarminfektion (Lfnr. 14 (Abs. 72)). Zwei Studienteilnehmerinnen, deren Partner auf einer Normalstation verstarben, störte die mangelhafte Privatsphäre. Eine der beiden beschrieb es als unzumutbar, dass der Bettnachbar im Zuge der Vorbereitung einer Darmspiegelung mitten im Zimmer abgeführt wurde (Lfnr. 20 (Abs. 68)). Während der Sterbephase ihres Partners missfiel ihr das plötzliche Hereinplatzen einer Putzfrau und die vulgäre Sprache einzelner Pfleger*innen auf dem Gang (Abs. 52-54,62). Die zweite der beiden Studienteilnehmerinnen störte sich zusätzlich zur mangelhaften Privatsphäre an der Räumlichkeit, in der ihr sterbender Ehemann untergebracht wurde:

„Sie müssen sich mal vorstellen, in dieser Rumpelkammer da war noch ein Mann, der hatte eine Lungenentzündung. Die legen einen todkranken Mann mit einer Lungenentzündung zusammen. Das war das Furchtbarste.“ (Lfnr. 21 (Abs. 44))

Positive Äußerungen zum Umgang mit dem*r Erkrankten durch medizinische und pflegerische Betreuung wurden häufig nicht weiter konkretisiert. Drei Teilnehmer*innen erzählten, dass sie eine vorwiegend gute medizinische Betreuung ihrer nahestehenden Person erlebten (Lfnr. 4 (Abs. 123,147); 17 (Abs. 112); 23 (Abs. 113)). In Bezug auf die pflegerische Betreuung sei es laut einer Probandin wichtig, dass die sterbende Person gut versorgt und sauber gehalten werde, sowie ein Umfeld geschaffen würde, welches weniger an ein Krankenhaus erinnere (Lfnr. 2 (Abs. 98)). Die Bemühung seitens des Pflegepersonals ein angenehmes Umfeld zu schaffen, erwähnte ein weiterer Studienteilnehmer. Er war sichtlich bewegt, als er davon erzählte, wie auf der Normalstation den individuellen Wünschen seiner Partnerin nachgekommen wurde (Lfnr. 5 (Abs. 140)). Empathie spielte in allen Bereichen eine entscheidende Rolle. Es sei wichtig, dem*r Erkrankten und seinen*ihren Nahestehenden zwar keine Hoffnung zu machen, aber auch nicht die Hoffnung zu nehmen (Lfnr. 24 (Abs. 40)). Die Anteilnahme zweier Ärztinnen beschrieb eine Probandin als einen für sie hilfreichen Faktor in ihrem Trauerprozess. Diese Ärztinnen begleiteten den erkrankten Partner durch die Krankheit und waren auch an seiner Beerdigung anwesend:

„Also das hat uns sehr geholfen. Also da bin ich den zwei Frauen auch sehr sehr dankbar dafür. Das habe ich denen auch gesagt, auch danach. Ich sage mal, die waren auch auf der Beerdigung. Das ist ja auch nicht unbedingt üblich. Aber die hatten auch gesagt sie haben meinen Mann als sehr angenehmen Menschen und Patienten eben kennen gelernt und ja, also das hat wirklich sehr geholfen“ (Lfnr. 30 (Abs. 51)).

9.1.4 Strukturelle Probleme

Die Unterkategorie der Ebene 2 *Strukturelle Probleme* wurde durch induktive Kategoriebildung aus den Inhalten der Hauptkategorie *Hinderliche Faktoren* herausgearbeitet. 10 Studienteilnehmer beschrieben verschiedene negative Erfahrungen, die auf strukturelle Probleme im medizinischen System zurückzuführen sind. 2 Teilnehmer*innen berichteten, dass ihre nahestehende Person aufgrund von zu geringer Bettenkapazität auf einer anderen Station untergebracht wurde. Dort konnte aber nur bedingt auf die Bedürfnisse der erkrankten Person eingegangen werden (Lfnr. 6 (Abs. 87); 7 (Abs. 54)). Dass ihr Partner vom Krankenhaus, trotz des Verdachts einer Pneumonie, abgewiesen wurde, führte eine Probandin ebenfalls auf die verringerte Bettenkapazität zurück (Lfnr. 2 (Abs. 73)). Zwei Teilnehmer*innen beklagten die lange Wartezeit zwischen Diagnosestellung und dem Beginn der Behandlung (Lfnr. 2(Abs. 125); 19 (Abs. 36)):

„Wir fanden das total schrecklich und schmerzlich und schlimm, dass wir so lange warten mussten. Dass eben von der Diagnose im Dezember 2010 bis zu der allerersten Behandlung erst fast drei Monate vergangen sind. Also dann war das immer erst so noch eine Untersuchung und dann noch einmal Untersuchungen und das fand ich halt total, oder wir beiden fanden das total schlimm. Man sitzt da so auf Kohlen und denkt jetzt hat man da so was Schlimmes da innen drin und es müsste doch irgendwas gemacht werden und irgendwas getan werden.“ (Lfnr. 19 (Abs. 36)).

Eine nicht funktionierende Kommunikation innerhalb des Krankenhauses und eine mangelhafte Vernetzung zwischen verschiedenen gesundheitlichen Einrichtungen waren ebenfalls Punkte die von Studienteilnehmenden als belastend berichtet wurde. (Lfnr. 2 (Abs. 128); 15 (Abs. 106); 19 (Abs. 38)). So berichtete eine Interviewpartnerin:

„Da weiß halt die eine Hand von der anderen wieder nichts. Und das war wirklich anstrengend, weil du immer dahinter sein musstest und irgendwie mitdenken musstest, obwohl du dich ja in manchen Situationen gar nicht auskennst. Und das mit den Tabletten und der Chemo, da musst du ja den Ärzten vertrauen. Was willst du denn anderes machen, du hast ja keine Ahnung.“ (Lfnr. 12(Abs. 72)).

Eine andere Teilnehmerin berichtete, dass ihr Mann aufgrund fehlender Kommunikation zwischen dem Krankenhaus, in das er eingeliefert wurde und dem Krankenhaus, in welchem er normalerweise betreut wurde Schmerzen leiden musste (Lfnr. 15 (Abs. 106)). Häufig wechselnde Ärzte sowie das Fehlen eines konstanten Ansprechpartners beklagte eine weitere Interviewpartnerin (Lfnr. 19 (Abs. 38)). 7 der Studienteilnehmer führten negative Erfahrungen auf Personalmangel und auf den daraus resultierenden Zeitdruck

zurück. Sie bezogen sich dabei hauptsächlich auf die pflegerische Betreuung (Lfnr. 2 (Abs. 178); 12 (Abs. 52); 28 (Abs. 38)). Eine Probandin berichtete:

„Da war ich auch die ganz Zeit da, weil die Schwestern das gar nicht leisten können im Tagesablauf, was eigentlich geleistet hätte werden sollen. Die haben sich bemüht, aber das ging einfach nicht und das war, finde ich, schwierig. Als wir dann auf Palliativ waren und dann im Hospiz waren, war es sehr viel einfacher.“ (Lfnr. 10 (Abs. 36)).

2 Probanden hätten sich mehr Aufmerksamkeit von der Nachtschwester während der Sterbephase ihres Partners gewünscht (Lfnr. 20 (Abs. 77); 23 (Abs. 32)). Eine Teilnehmerin beklagte die fehlende ärztliche Betreuung. Kein Mensch habe nach ihrem Mann geschaut. Sie hatte regelrecht Schwierigkeiten einen Arzt „abzufangen“ (Lfnr. 15 (Abs. 120)).

Das Beantragen von Hilfsmitteln bei der Krankenkasse und die Verzögerung der Lieferung beschrieb eine Probandin als erschwerenden Faktor. Als die Hilfsmittel eingetroffen seien, sei es schon zu spät gewesen (Lfnr. 15 (Abs. 110)). Von Schwierigkeiten mit der Krankenkasse berichtete eine weitere Probandin. Aufgrund der schweren Erkrankung ihres Sohnes ließ sie sich von ihrem Hausarzt krankschreiben und musste sich deshalb vor der Krankenkasse rechtfertigen (Lfnr. 28 (Abs. 39)).

9.1.5 Palliativmedizin

Die Mehrzahl der betrauten Personen starb in palliativer Begleitung. 15 Personen verstarben auf einer Palliativstation eines Krankenhauses, 3 im häuslichen Umfeld und 2 in einem Hospiz. Dementsprechend kamen die Studienteilnehmenden häufig auf die Palliativmedizin zu sprechen und äußerten sich vorwiegend positiv darüber. Nur fünf Textabschnitte wurden den hinderlichen Faktoren zugeordnet, wohingegen 60 Textteile unter förderlichen Faktoren zu verzeichnen waren.

Eine Probandin äußert demgegenüber, dass es hilfreich gewesen wäre, wenn ihr jemand erklärt hätte, was Palliativmedizin überhaupt sei. Der Palliativstation eile der Ruf voraus, dass man da nur zum Sterben hingehe (Lfnr. 1 (Abs. 13)). Eine weitere Teilnehmerin gab zu bedenken, dass es Wartelisten für die Aufnahme auf die Palliativstation gäbe und bemängelte, dass die Kapazität der Palliativstation nicht ausreichend sei (Lfnr. 14 (Abs. 50)). Als störend empfand es eine Trauernde, dass nach dem Tod ihres Partners eine Kerze vor der Zimmertüre aufgestellt wurde und dadurch die Blicke anderer Besucher der Station auf ihren Verlust gelenkt wurden (Lfnr. 7 (Abs. 107)). Ein Interviewpartner empfand gut gemeinte Aussagen und Ratschläge von Seiten der Ärzte als hinderlich und sagte dazu:

„So nichtssagende, also so wirklich von Ärzten, die auf Palliativstation arbeiten, denen sollte man verbieten solche Floskeln zu sagen: „Bleiben sie stark“. „Sie müssen jetzt Kraft haben“. „Sie müssen jetzt das, was kommt, ertragen“. Das sollte man verbieten, weil entweder man erträgt das oder man erträgt das nicht, also braucht man keine Ratschläge. So habe ich das gesehen. Wobei bei einem anderen kann das anders sein.“ (Lfnr. 18 (Abs. 104))

Eine Teilnehmerin berichtete als hinderlichen Faktor, dass im Rahmen der Entscheidungsfindung bezüglich des Sterbeortes ihres Partners Druck durch Ärzte der Palliativstation auf sie ausgeübt worden sei. Sie hatte nämlich den Wunsch, ihrem Partner das Sterben in häuslicher Umgebung zu ermöglichen. Stattdessen wurde ihr geraten, ein Hospiz oder eine Palliativstation zu wählen. Ihre Vermutung war, dass man sie wegen ihrer zwei Kinder habe schützen wollen (Lfnr. 24 (Abs. 135)).

Die Mehrzahl der Trauernden schilderten jedoch positive Erfahrungen mit der palliativen Versorgung ihrer Angehörigen. Manche Studienteilnehmenden sprachen gar von einem „Glücksfall“, dass die sterbende Person auf die Palliativstation gekommen sei (Lfnr. 14 (Abs. 50); 17 (Abs. 64)). Eine Probandin beschrieb die Verlegung ihres Mannes auf die Palliativstation als große Erleichterung:

„Das also, wo es uns wirklich besser gegangen ist, war hier (Palliativstation). Ich habe damals gleich am Anfang gesagt: „Wir sind von der Hölle in den Himmel gekommen.“ (Lfnr. 2 (Abs. 61)).

Im Umgang mit der erkrankten Person spielte die Verbesserung der Lebensqualität und der Erhalt der Menschenwürde eine große Rolle. Die Orientierung an den Bedürfnissen der erkrankten Person und eine gute Schmerztherapie beschrieben einzelne Nahestehende als Erleichterung. So wussten sie die*den Erkrankte*n in guten Händen:

„Also mir hat das hier sehr viel geholfen, dass ich gespürt habe: Wir sind Menschen. Er wird als Mensch gesehen und auch als Mensch behandelt.“ (Lfnr. 2 (Abs. 86)).

„Und dass dieser Aspekt des Schmerzennehmens, der hier so gut gehandhabt wurde und auch so wirkte dann. Bei S. war es so. Das hat ganz viel auch genommen von diesem des Nicht-Aushalten-Könnens oder so dieses Mitleidens. Ja. Das ist sehr hilfreich.“ (Lfnr. 5 (Abs. 104)).

„Er wollte eigentlich nicht hierher, aber er hat immer gesagt: Es war der richtige Schritt und er fühlt sich wohl hier. Und auch das hat mir alles erleichtert. Weil er war einfach gut betreut. Er hat sich wohl gefühlt.“ (Lfnr. 29 (Abs. 69)).

2 Studienteilnehmer*innen beschrieben eine Betreuung ihres Partners durch Palliativschwestern, die nicht geprägt war durch Hektik oder Zeitdruck, sondern durch Menschlichkeit und Zugewandtheit. Beide stellten erfreut fest, dass die Pflegenden das Zimmer nicht verließen, ohne vorher Körperkontakt zum Patienten gehabt zu haben (Lfnr. 7 (Abs. 136)):

„Also die Schwestern hier, das Personal hier, die nehmen sich Zeit, also das habe ich immer bewundert. Die Zeit das sie sich nehmen, da ist keine Hektik. Mein Mann hat immer gesagt: „Die kommen alle rein und streicheln mich“. [...] Die nehmen sich Zeit, die setzen sich immer hin, irgendwie so Körperkontakt und so beruhigt ja dann auch den Patienten. Also das fand ich wirklich sehr schön.“ (Lfnr. 30 (Abs. 61)).

Ein Großteil der Studienteilnehmer*innen beschrieb es als erleichternden Faktor, dass nicht nur der Patient, sondern auch die Belange der Angehörigen mit im Fokus standen. So berichteten 4 Teilnehmer*innen, es sei eine große Unterstützung gewesen, vom Personal der Palliativstation mit Essen, einer Decke und einem Schlafplatz oder auch einfach mit tröstenden Worten versorgt worden zu sein (Lfnr. 14 (Abs. 64); 11 (Abs. 134); 12 (Abs. 113); 10 (Abs. 59); 6 (Abs. 35)). Eine Stimmung des Aufgehoben-seins (Lfnr. 5 (Abs. 56)), des Willkommen-seins (Lfnr. 27 (Abs. 94)), auf der Palliativstation mitleben zu dürfen (Lfnr. 17 (Abs. 54)) und die Hilfsbereitschaft des Fachpersonals (Lfnr. 7 (Abs. 47)) beschrieben weitere Teilnehmer*innen als förderlich für ihr Trauererleben. Eine Probandin sagte dazu:

„Und dieses Hier-willkommen-sein, das ist ganz stark. Also, das merke ich jetzt auch noch. Es ist eine Station, wo so viel Verständnis und so viel Ruhe ist. Das muss nicht ausgesprochen sein, und das steht nicht auf Plakaten, irgendwie oder so. Sondern es wird einfach gelebt und da wird nicht groß darüber geredet. Hier habe ich das zum ersten Mal erfahren. Das ist so ein Man-kann-das-leben und es kann funktionieren und es ist keine Illusion und es ist wie als würde das von alleine funktionieren. Ohne, dass man Sachen einfordern muss oder dass man sich dafür rechtfertigen muss.“ (Lfnr. 27(Abs. 94)).

Ein inniges Verhältnis mit dem Pflegepersonal und das laut einem Interviewpartner fast schon familiäre Umfeld der Palliativstation (Lfnr. 22 (Abs. 54)) benannten einige Teilnehmer als Stärkung während ihres Aufenthalts (Lfnr. 11 (Abs. 71)); 12 (Abs. 62); 16 (Abs. 134)). Gute Gespräche, tröstende Worte und die Aufklärung über Aspekte des Sterbens durch das palliative Fachpersonal wurde ebenfalls von Probanden als förderliche Faktoren für ihren Trauerprozess beschrieben. (Lfnr. 5 (Abs. 104); 6 (Abs. 77); 12 (Abs. 99); 17 (Abs. 110); 24 (Abs. 72); 27 (Abs. 48, 53, 54)).

Das Gefühl des Nicht-alleine-gelassen-seins war für viele der Studienteilnehmenden ausschlaggebend für eine gute Betreuung. Gerade im Rahmen des Sterbeprozesses ihrer nahestehenden Personen war es ihnen wichtig, stets jemanden ansprechen zu können. 7 der 30 Interviewteilnehmer*innen berichteten, dass sie aufgrund der guten palliativen Betreuung nie das Gefühl hatten, auf sich allein gestellt zu sein. Sie schätzten es sehr, wenn das Personal regelmäßig nach ihnen und der sterbenden Person sah und sie sich jederzeit bei Fragen an die Fachkräfte wenden konnten (Lfnr. 2 (Abs. 140); 6 (Abs. 87); 11 (Abs. 122); 12 (Abs. 65); 19 (Abs. 44); 29 (Abs. 63)). Dies galt auch für eine Probandin, deren Ehemann zuhause verstarb:

„Wir sind von „(Stadt)“ von der mobilen Palliativ betreut worden und da hat man auch immer das Gefühl gehabt, dass man immer wieder anrufen kann. Die Ärzte sind dann auch sofort gekommen. Und das ist glaube ich wichtig, dass man das Gefühl einfach hat, dass man nicht alleine ist in der schwierigen Phase“ (Lfnr. 24 (Abs. 72)).

Sie erzählte von einer guten Begleitung durch den palliativen Pflegedienst und resümierte, dass rückblickend die Aufklärung über den Vorgang des Sterbens und die Vorbereitung auf den Tod ihres Partners sich förderlich auf ihren Trauerprozess ausgewirkt habe (Lfnr. 24 (Abs. 58, 61-66)).

Das Abschiednehmen von einer sterbenden Person war ein wichtiger Moment im Trauerprozess der Angehörigen. 4 Probanden berichteten, dass sie den Abschied von ihren Verstorbenen gut begehen konnten, da ihnen Zeit und Raum durch die Palliativstation ermöglicht wurden (Lfnr. 2 (Abs. 40); 5 (Abs. 104); 25 (Abs. 104-106)) und man sich von Seiten des Personals große Mühe gegeben habe alles würdevoll zu gestalten (Lfnr. 22 (Abs. 58)).

„Und dann bin ich hergekommen und das war, ja sie war echt so friedlich eingeschlafen, ja friedlich lag sie da. Und ich hatte den Raum da zu sein und das war was ganz Hilfreiches, einfach das Da- Noch- Sein- Können.“ (Lfnr. 5 (Abs. 104)).

Zwei Studienteilnehmer*innen, deren Partner im Hospiz verstarben, lobten die dortige Betreuung:

„Die Behandlung und Führung durch palliativ bzw. jetzt speziell im Hospiz drüben, also das war Wahnsinn, was die gemacht haben, was die leisten. Optimal, wirklich mit Herzblut und das hat gutgetan.“ (Lfnr.16 (Abs. 84))

Ausreichendes Personal, das sich ohne Zeitdruck um die Angehörigen kümmere, sowie ein Raum in privater Atmosphäre erwähnte eine der beiden Studienteilnehmer*innen (Lfnr. 10 (Abs. 36)).

9.1.6 Hausärztliche Betreuung

Die Unterkategorie *Hausärztliche Betreuung* wurde durch induktive Kategorienbildung aus Inhalten der Hauptkategorie *Förderliche Faktoren* entwickelt. Es ist auffallend, dass sich nur wenige Personen zur hausärztlichen Betreuung äußerten. Dabei muss allerdings erwähnt werden, dass in den Interviews nicht explizit nach der hausärztlichen Betreuung gefragt wurde.

„Und der Hausarzt hat mir schon, glaube ich, zwei – dreimal mein Leben gerettet, wo es mir wieder so schlecht ging.“ (Lfnr.4 (Abs. 115)).

Diese Aussage stammt von einer Interviewpartnerin, die besonders stark unter dem Verlust ihres Partners litt und eine erschwerte Trauerreaktion aufzeigte. Sie berichtete von

ihrem Hausarzt, der ihr während der Erkrankung und auch nach dem Tod ihres Partners eine große Stütze gewesen sei. Er schrieb sie krank, damit sie an der Seite ihres Mannes sein konnte (Lfnr. 4 (Abs. 30)). Auch außerhalb der Sprechzeiten war er für sie erreichbar und bot in besonders schwierigen Phasen täglichen Kontakt an. Die Probandin beschrieb ihren Hausarzt als eine der hilfreichen Faktoren in ihrem Trauerprozess (Lfnr. 4 (Abs. 115, 117)).

Die ärztliche Betreuung in einem Hospiz oder zuhause wird meist durch den Hausarzt übernommen. Eine Interviewteilnehmerin beschrieb die Begleitung durch den Hausarzt während des Sterbens ihres Partners als einen erleichternden Faktor:

„Der Hausarzt, der voll auf meiner Seite und auch auf meiner Linie war, dass man eben gesagt hat, man kann ganz viel vielleicht noch machen, aber muss man denn alles machen was man noch könnte? Auch immer abgewägt hat was ist denn für ihn das Beste, auch als er das nicht mehr äußern konnte, was er eigentlich möchte.“ (Lfnr. 10 (Abs. 47)).

Auch eine andere Interviewpartnerin erwähnte eine gute Betreuung durch den Hausarzt während des Sterbeprozesses ihres Nahestehenden im häuslichen Umfeld (Lfnr. 28 (Abs. 32)). Zwei Teilnehmer*innen berichteten, dass ihr Hausarzt ihnen eine psychologische oder psychiatrischen Behandlung empfahl und vermittelte (Lfnr. 13 (Abs. 115); 21 (Abs. 107)).

9.2 Psychologische Betreuung

Betrachtet man die psychologische Betreuung, so ist auffallend, dass sich nur 4 Personen negativ darüber äußerten, wohingegen 16 Befragte positive und hilfreiche Aspekte in der psychologischen Betreuung sahen. Anhand der den förderlichen Faktoren zugeordneten Textabschnitten entstand durch induktive Kategorienbildung die Unterkategorie *Trauergruppe* auf der Ebene 2 der Unterkategorien. Da die Selbsthilfegruppe von einer psychologischen Fachkraft geleitet wird, wurde die Kategorie der Unterkategorie der Ebene 1 *psychologische Betreuung* zugeordnet.

Vorwegnehmend muss erwähnt werden, dass aus den Interviews häufig nicht hervor geht, ob von einem Psychologen, Psychiater oder Psycho-Onkologen die Rede ist. Die Kategorie erfasst somit alle Berufe, die sich der psychischen Gesundheit eines Menschen widmen.

Als hinderlichen Faktor in ihrem Trauerprozess beschrieb eine Teilnehmerin, von einem Psychiater nicht ernst genommen worden zu sein. Trotz der Äußerung von Suizidgedanken habe dieser sie wieder unbehandelt weggeschickt (Lfnr. 4 (Abs. 111)). Eine andere Teilnehmerin berichtete Ähnliches. Sie sei von einer Trauerberatungsstelle mit der

Begründung abgewiesen worden, dass es zu früh für eine Teilnahme für sie sei und sie in einem halben Jahr wiederkommen solle, dann liege der Todestag ihres Partners länger zurück (Lfnr. 24 (Abs. 123)). Dass sie nichts von der Möglichkeit, einer Betreuung durch einen Psycho-Onkologen beanspruchen zu können, wusste, wurde von einer weiteren Probandin bemängelt. Sie hätte sich nämlich eine Begleitung durch einen Psycho-Onkologen gewünscht (Lfnr. 1 (Abs. 65)). Um eine gute psychologische Betreuung zu gewährleisten, sei es hilfreich, wenn die Chemie zwischen behandelnder Person und Klient stimme und eine gegenseitige Sympathie vorhanden sei. (Lfnr. 13 (Abs. 115); 28 (Abs. 88)). So berichtete eine Probandin keine wirkliche Hilfe durch die Besuche bei einer Psychologin erfahren zu haben:

„Und ich war nach dem Tod von unserem Sohn dreimal bei der Psychologin, aber wir haben nicht zusammengepasst. Sie hat gesagt, sie kann mir nicht helfen. Ich bin nicht gerne dort hingegangen. Meine Tochter hatte das arrangiert. Ich hätte auch nicht den Weg gesucht, aber sie hat gesagt: „Du musst was tun“. Aber das ging einfach nicht für mich [...]. Und sie hat immer gesagt, ich soll die Wohnung leerräumen und alles wegtun und mich davon verabschieden. Das konnte ich nicht. Und sie hat gesagt: Wenn ich das nicht tue, kann sie mir nicht weiterhelfen.“ (Lfnr. 29 (Abs. 115))

Die Inanspruchnahme psychologischer Betreuung während der Krankheit und des Sterbens des*r Nahestehenden sei trotz negativer Einzelerfahrungen laut anderer Studienteilnehmer hilfreich gewesen und habe den Trauerprozess auf positive Weise beeinflusst (Lfnr. 5 (Abs. 94,122); 24 (Abs. 121-123); 9 (Abs. 108); 11 (Abs. 71); 12 (Abs. 65); 14 (Abs. 60); 16 (Abs. 73); 27 (Abs. 90)). Wie und weshalb sich eine psychologische Betreuung förderlich auf den Trauerprozess auswirke, konnte von den Studienteilnehmenden in der Regel nicht konkretisiert werden. Ein Proband sagte über die Begleitung durch Psycho-Onkologen:

„Also das ist auf jeden Fall während der Krankheit diese Begleitung durch die Psychoonkologen. Das ist total hilfreich, weil man sich einfach Sachen schon anschauen kann und da auf eine Art auch schon ja gut genommen wird. Es gibt da Unterschiede in der Qualität und den Fähigkeiten, aber das habe ich schon von Anfang an als sehr wertvoll empfunden“ (Lfnr. 5 (Abs. 94)).

Schon allein die Gewissheit, jederzeit eine*n Psychologen*in kontaktieren zu können, sei hilfreich gewesen, so zwei Proband*innen, deren Angehörige auf einer Palliativstation betreut worden waren (Lfnr. 12 (Abs. 65); 27 (Abs. 43)). Ein erkrankter Mensch könne sich nicht nur körperlich, sondern oftmals auch charakterlich verändern. Ein Psychotherapeut könne Angehörigen helfen, die neuen Umstände besser zu verstehen und einzuordnen (Lfnr. 27 (Abs. 90)).

Eine weitere Studienteilnehmerin empfand die psychologische Betreuung nach dem Versterben der geliebten Person als hilfreich. Gerade wenn man es kräftemäßig selbst nicht

mehr schaffe, sei es wichtig, sich Hilfe zu holen (Lfnr. 13 (Abs. 69)). Eine weitere Probandin rät Trauernden zur psychotherapeutischen Begleitung:

„Und habe dann bei einem Psychologen erst nur Kurzzeittherapie gemacht und dann eine Langzeittherapie. Und das hat mir echt geholfen über die Trauer. Also da wurde ganz viel aufgearbeitet. Ich erlebe immer mal Menschen, die jetzt gerade in die Trauer gehen und denen rate ich das auch. Also nicht alleine damit rumzumachen. Ich habe über die Bücher keinen Weg gefunden. Den findet man nicht. Man kann sich nur orientieren, was gibt es. Und die Therapie das war echt gut“ (Lfnr. 26 (Abs. 54)).

Eine Teilnehmerin bewertete es als positiv, dass sich ihr Psychotherapeut viel Zeit genommen habe und stets erreichbar gewesen sei (Lfnr. 4 (Abs. 115)). Zudem sei ihr wichtig gewesen

„[...] dass es halt jemand Neutrales ist. Also Familie an dem Punkt konnte mich nicht so begleiten, wie ich es da gebraucht habe.“ (Lfnr. 4 (Abs. 113))

Gespräche mit einer Psycho-Onkologin, die den Verstorbenen kannte und mitbetreut hatte, beschrieb eine Teilnehmerin als hilfreich (Lfnr. 29 (Abs. 117)). Eine weitere Befragte beschrieb, dass ihr die Behandlung durch einen Psychotherapeuten in der Zeit nach dem Versterben ihres Partners gutgetan habe. Sie habe sich eine Weiterbehandlung gewünscht, doch wäre diese nicht mehr von der Krankenkasse finanziert worden (Lfnr. 30 (Abs. 92)):

9.2.1 Trauergruppe

Da die Studienteilnehmenden über eine Trauergruppe akquiriert wurden, ist die häufige Erwähnung der Trauergruppe in den Interviews nicht verwunderlich. 19 der 30 Interviewpartner*innen äußerten sich durchweg positiv in Bezug auf die Teilnahme an den Treffen der Trauergruppe. Der Austausch mit anderen Trauernden sei hilfreich für den eigenen Trauerprozess, es tue gut zu sehen, dass andere Ähnliches hätten durchstehen müssen und dies das Gefühl, allein mit seiner Trauer zu sein, mindere (Lfnr. 6 (Abs. 27); 8 (Abs. 161); 11 (Abs. 105, 69); 23 (Abs. 52); 24 (Abs. 141); 25 (Abs. 60); 26 (Abs. 74); 29 (Abs. 135); 30 (Abs. 56)).

„Und dann geht es mir eigentlich wieder besser, weil man dann denkt, man ist nicht alleine. Und einfach dieses Austauschen in der Gruppe, das hilft schon auch sehr. Weil man dann wirklich sieht, man ist nicht die einzige mit dem Problem, sondern andere kämpfen genau mit dem gleichen Problem. Das ist dann schon hilfreich.“ (Lfnr. 6 (Abs. 27)).

3 Studienteilnehmer*innen berichteten, dass mit Mitgliedern der Trauergruppe Freundschaften entstanden seien. Sie hätten „Leidensgenossen“ gefunden, die die eigene Trauer verstünden und nachvollziehen könnten (Lfnr. 1 (Abs. 7, 81); 23 (Abs. 52); 26 (Abs. 52)).

Des Weiteren äußerten einzelne Probanden, dass die Teilnahme an einer Trauergruppe sie dazu bewegt habe, sich aktiv und bewusst mit ihrer Trauer auseinanderzusetzen. Das würde in der Hektik des Alltags häufig zu kurz kommen (Lfnr. 2 (Abs. 80); 12 (Abs. 77); 14 (Abs. 56-58); 25 (Abs. 60); 28 (Abs. 94)).

Zwei Studienteilnehmende erwähnten einen lehrreichen Aspekt der Trauergruppe. Man lerne dort, dass jeder Mensch einen anderen Umgang mit Trauer habe (Lfnr. 5 (Abs. 60); 30 (Abs. 54)).

9.3 Geistlicher Beistand

Die Unterkategorie *Geistlicher Beistand* beinhaltet nur einen geringfügigen Anteil an Textabschnitten. Sechs Probanden des Teilnehmerkollektivs äußerten sich positiv und eine negativ zur Begleitung durch eine*n Seelsorger*in oder eine*n Pfarrer*in. Letztere hatte ihren Partner durch ein plötzliches Ereignis verloren. Sie beschrieb, dass sie durch die Seelsorgerin gedrängt worden sei, andere Angehörige zu verständigen, was die noch unter Schock stehende Probandin als übergriffig empfand (Lfnr. 13 (Abs. 46)). Darüber hinaus blieb die Erwartung an ihren Pfarrer, sich um sie zu kümmern, unerfüllt, was sie aber lediglich unter dem Aspekt *Kleinigkeiten*, die ihren Trauerprozess erschwerten, erwähnte (Abs. 36).

Einzelne Studienteilnehmende fanden Rituale am Lebensende oder nach Versterben ihrer nahestehenden Person, durchgeführt von einem Seelsorger oder einer Seelsorgerin als tröstlich. Gerade die Krankensalbung wurde von drei Teilnehmenden als hilfreich beschrieben (Lfnr. 9 (Abs. 41); 12 (Abs. 123); 19 (Abs. 57)). Eine Probandin schätzte die Begleitung und seelsorgerliche Unterstützung nach dem Versterben ihres Vaters. Die Aussegnungsfeier habe ihr geholfen, sich von ihrem Vater zu verabschieden (Lfnr. 1 (Abs. 69)). Eine weitere Studienteilnehmerin, die sich als gläubig bezeichnete und aktiv in ihrer Kirche mitarbeitet, erwähnte, durch ihren Pfarrer eine stärkende Begleitung erfahren zu haben:

„Und da haben wir auch mit unserem Pfarrer immer wieder mal ein Gespräch gehabt. Also und das hat auch sehr viel gebracht und der war dann ja auch in der Klinik und hat ihn besucht und so und auch dann, wie mein Mann gestorben war, ist er dann abends nochmal zu mir gekommen und hat mit mir auch wegen der Beerdigung und auch nochmal einfach geredet.“ (Lfnr. 19 (Abs.100)).

Zwei weitere Interviewpartner bezeichneten die Begleitung durch eine Seelsorge (Lfnr. 24 (Abs. 121)), obwohl die sterbende Person eine religiöse Seelsorge ablehnte, als hilfreich. Für die Angehörigen sei die geistliche Unterstützung eine Erleichterung gewesen (Lfnr. 27 (Abs. 89)).

10 Gegenüberstellende Betrachtungen zur Oberkategorie **soziales Umfeld**

Im folgenden Abschnitt werden die hinderlichen und förderlichen Faktoren im sozialen Umfeld einer trauernden Person beschrieben. Nachstehende Tabelle (siehe Tabelle 4) zeigt die entstandenen Kategorien. Zu den Kategorien sind Nennungen angegeben. Sie zeigen an, wie oft Aussagen zur entsprechenden Kategorie getroffen wurden und welche teilnehmenden Personen sie tätigten.

Hauptkategorie	Oberkategorie	Unterkategorie Ebene 1	Unterkategorie Ebene 2
Hinderliche Faktoren	soziales Umfeld	Verhaltensweisen im Umgang mit dem*der Trauernden	Bewertung der Trauer (5 Nennungen; Lfnr. 4, 13, 15, 23, 24)
			leere Phrasen / Floskeln (14 Nennungen; Lfnr. 2, 3, 4, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 20, 23, 24)
			Totschweigen des*der Verstorbenen (11 Nennungen; Lfnr. 3, 4, 8, 11, 12, 19, 23, 25, 29)
			Ignoranz und Unverständnis der Mitmenschen (20 Nennungen; Lfnr. 2, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 23, 30)
		Gesellschaftliche und kulturelle Konventionen (16 Nennungen; Lfnr. 2, 5, 7, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20, 23, 26, 27)	
		Familie (48 Nennungen; Lfnr. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30)	
		Freunde (18 Nennungen; Lfnr. 1, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 17, 18, 21, 22, 25, 27, 28, 30)	

		Arbeitsumfeld (15 Nennungen; Lfnr. 1, 5, 6, 11, 12, 14, 15, 18, 22, 23, 27, 28, 29)	
Förderliche Faktoren	soziales Umfeld	Verhaltensweisen im Umgang mit dem*der Trauernden	Unaufgeforderte Unterstützung und Trost (10 Nennungen; Lfnr. 11, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 25, 27)
			Verständnis und Akzeptanz der Verhaltensweise der trauernden Person (15 Nennungen; Lfnr. 2, 4, 5, 13, 15, 21, 23, 24, 25)
		Familie (42 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29)	
		Freunde (46 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 28)	
		Arbeitsumfeld (15 Nennungen; Lfnr. 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 17, 18, 22, 25, 26, 28, 30)	

Tabelle 4: Kategoriensystem soziales Umfeld

An dieser Stelle kristallisierten sich die Kategorien *Familie*, *Freunde* und *Arbeitsumfeld* heraus. Allerdings wurden häufig auch explizite Verhaltensweisen der Mitmenschen genannt, sodass dadurch eine eigene Kategorie entstand. Die Kategorie *Gesellschaftliche und kulturelle Konventionen* entstand lediglich unter der Hauptkategorie hinderliche Faktoren und ist deshalb grau unterlegt.

10.1 Verhaltensweisen im Umgang mit dem*der Trauernden

Die Unterkategorie „Verhaltensweisen im Umgang mit dem*der Trauernden“ subsumiert verschiedene Interview-Passagen, in denen die Betroffenen Erfahrungen mit Personen aus ihrer sozialen Umgebung schildern. Daraus erwachsen seitens der hinderlichen Faktoren folgende Unterkategorien: *Bewertung der Trauer*, *leere Phrasen / Floskeln*, *Totschweigen des*r Verstorbenen*, *Ignoranz und Unverständnis der Mitmenschen*. Bei den förderlichen Faktoren entstanden die Unterkategorien: *Unterstützung und Trost* und *Verständnis und Akzeptanz der Verhaltensweisen der trauernden Person*.

Bei einigen Textausschnitten fällt eine trennscharfe Aufteilung in Unterkategorien schwer, da diese Merkmale mehrerer Unterkategorien tangieren. Dennoch wird an dieser Stelle die Einteilung in Unterkategorien als sinnvoll erachtet, weil nur so die vielen wichtigen Interview-Aussagen strukturiert und übersichtlich dargestellt werden konnten.

10.1.1 Bewertung der Trauer

Einige Teilnehmer*innen beschrieben Äußerungen aus dem sozialen Umfeld, die ihnen das Gefühl gaben, ihre Trauer sei in ihrem Ausmaß nicht angemessen. So berichtete eine Interviewpartnerin, die ihren Mann durch einen plötzlichen Herztod verlor, von der Äußerung einer Verwandten, deren Mutter einem Krebsleiden erlag:

„[...] die sagt dann: „Ist doch nicht schlimm. Wenn du dann mitmachen musst, wie jemand leidet und vor sich hin stirbt das ist doch viel schlimmer“. Dann habe ich mir gedacht: Danke für das Gespräch.“ (Lfnr.13 (Abs. 84))

Eine Interviewpartnerin, deren verstorbener Partner auf einen Rollstuhl angewiesen gewesen war, habe zu hören bekommen: „Naja für ihren Mann war es eh jetzt am besten, dass er gestorben ist, weil er ja behindert ist und nur im Scooter saß.“ (Lfnr. 4 (Abs. 125)). In ihrer Trauer um den Vater störte sich eine Teilnehmerin an der „einseitigen“ Anteilnahme der Dorfgemeinschaft. Nachbarn und Gemeindemitglieder hätten sich bei ihr stets nach dem Ergehen der Mutter erkundigt, aber nie gefragt, wie es ihr oder ihrem Bruder gehe:

„Also, das war irgendwie so klar, ja so: Wer trauert? Das macht [...] der direkte Partner. Aber mein Bruder und ich, wir, nee, wir trauern da jetzt nicht.“ (Lfnr. 27(Abs. 58))

Häufig spielte auch die zeitliche Komponente beim Aspekt hinderliche Faktoren eine Rolle. So berichteten Interviewteilnehmer*innen, das Gefühl vermittelt bekommen zu haben, dass ihre Trauer nach einer gewissen Zeit nicht mehr angebracht sei. Ihre Gefühlslagen wurden mit Sätzen wie „Ist doch schon lange her. Ist doch jetzt gut“ (Lfnr. 15 (Abs. 76)) abgewiegelt, was natürlich dazu führte, dass die Trauernden sich von ihrem sozialen Umfeld nicht verstanden gefühlt hatten (Lfnr. 23 (Abs. 39)).

10.1.2 Leere Phrasen und Floskeln

13 der befragten Personen beschrieben als störende Faktoren leere Phrasen und Floskeln, die sie häufig hätten zu hören bekommen. Zwar sei ihnen bewusst, gewesen, dass diese Äußerungen in der Regel positiv gemeint gewesen seien, doch hätten sie diese als wenig hilfreich in ihrem Trauerprozess empfunden.

„Was sonst den Trauerprozess noch erschwert, sind halt so diese, ja manche Menschen meinen es vielleicht gut, aber so diese Lappalien oder diese vorgefertigten Sätze und Antworten so: „Ja, wir müssen ja alle mal gehen.““ (Lfnr. 2 (Abs. 63)).

Ein Interviewpartner berichtete, dass er Sätze wie „Das wird schon wieder“, „Ja, das ist nicht so schlimm“ und „Du bist ja nicht allein“ nicht habe hören wollen und dass dem gegenüber Personen, die Ähnliches erlebt hätten oder in der Trauerarbeit tätig seien, solche Phrasen nicht sagen würden (Lfnr. 16 (Abs. 97)). Besagter Proband äußerte darüber hinaus:

„Diese Floskeln, die tun weh, weil bei dieser Trauer helfen die nicht, sondern man verhärtet nur noch mehr“ (Lfnr. 16 (Abs. 101)).

Als weiteren behindernden Faktor empfanden einige der befragten Personen die Tatsache, dass sie häufig Ratschläge und Meinungen zum Umgang mit der Trauer aus ihrem Umfeld zu hören bekommen hätten. Dies sei meist ungefragt und in oft auch unpassenden Momenten geschehen (Lfnr. 24 (Abs. 34); 23 (Abs. 39); 20 (Abs. 103)).

3 Teilnehmerinnen, deren Partner verstorben waren, ärgerten sich über Äußerungen, in denen ihnen nahegelegt worden sei, sich einen neuen Partner zu suchen (Lfnr. 4 Abs. 45); 9 (Abs. 51)). Eine Probandin bekam zu hören:

„Ja, also das ist ja kein Problem. Du suchst dir halt wieder jemand.“ (Lfnr. 10 (Abs. 38)).

10.1.3 Totschweigen des*der Verstorbenen

Das Totschweigen der verstorbenen Person, das Unbehagen von Freunden, der Familie oder von Kollegen, wenn die betroffenen Personen den*die Verstorbene*n thematisierten, beschrieben einige der Befragten als hinderlichen Faktor in ihrem Trauerprozess. Wenn sie von sich aus über den Vater, die Mutter, den Partner oder die Partnerin hätten sprechen wollen sei meist nur ein unbehagliches Schweigen die Folge gewesen, schilderten Teilnehmende. Das habe ihnen das Gefühl gegeben, dass die betrauerte Person tabuisiert würde (Lfnr. 25 (Abs. 40)). Häufig fiel in den Interviews in diesem Zusammenhang das Verb „totschweigen“. Der*die Tote wurde durch die Mitmenschen also regelrecht totgeschwiegen (Lfnr. 4 (Abs. 143); 8 (Abs. 85); 11 (Abs. 63); 12 (Abs. 52, 135); 19 (Abs. 68)). Auch die zeitliche Komponente in Bezug auf ungünstige Faktoren spielte eine Rolle. Kurz nach dem Ableben sei die Anteilnahme groß gewesen, doch bereits nach einem Jahr hätte kaum noch jemand darüber sprechen wollen und das, „obwohl nach einem Jahr eigentlich erst das Schlimme letztendlich beginnt, weil das Vermissten einfach viel größer wird“ (Lfnr. 12 (Abs. 52)). Eine Interviewpartnerin beschrieb diesen Sachverhalt so:

„Nach dem Tod, finde ich, [...] ist alles noch ziemlich neu und da kümmert sich auch noch jeder und denkt sich: Wo können wir helfen? Und fragt auch noch nach. [...] Aber ich finde es manchmal nach einem Jahr noch schwieriger, weil es halt so totgeschwiegen wird und

halt keiner darüber so richtig redet. Überhaupt mal darauf kommt zu fragen, wie es geht oder was überhaupt der aktuelle Stand ist.“ (Lfnr. 11 (Abs. 63))

Auch schon das Schweigen ihres Umfelds während des Krankheitsverlaufs beschrieb obige Teilnehmerin als ungünstigen Faktor. Ihrer Meinung nach seien angesichts der schwerwiegenden Erkrankung die meisten Menschen in ihrem Umfeld überfordert gewesen bzw. hätten nicht die richtigen Worte gefunden.

Eine der Befragten beschrieb, durch das „tabuisierende“ Verhalten ihres Umfelds das Gefühl vermittelt bekommen zu haben, es sei kein Raum für ihre Trauer vorhanden und dass sie mit der Zeit über den Verlust hinweg sein müsse (Lfnr. 3 (Abs. 165)). Besagten Sachverhalt betitelte eine andere Teilnehmerin als Tabuthema. In ihrem Alltag würde nur sehr selten über ihre Trauer oder die verstorbene Person geredet (Lfnr. 12 (Abs. 52)) und erwähnte in dem Zusammenhang den Begriff „Sprachlosigkeit“. Mit niemand über ihren Verlust reden zu können, gab einer Teilnehmerin das Gefühl, in ihrem Trauerprozess allein gelassen zu werden (Lfnr. 29 (Abs. 59)).

10.1.4 Ignoranz und Unverständnis der Mitmenschen

Sich von den Mitmenschen unverstanden zu fühlen, war zu allen Zeitpunkten für fast alle Probanden ein erschwerender Faktor. So berichtete eine Teilnehmerin, es habe sie belastet, dass ihr Umfeld die Gefährlichkeit der Krankheit ihres Mannes heruntergespielt habe, da der Kranke äußerlich kaum Anzeichen der schweren Erkrankung zeigte (Lfnr. 10 (Abs. 28)). Nach dem Versterben ihres Mannes ärgerte sie sich über die Aussage eines Vereinsmitglieds: „Na, du hast doch jetzt Zeit [fürs Kuchenbacken]“ (Lfnr. 10 (Abs. 38)). Durch diese unbedachte Aussage fühlte sich die Probandin in ihrer Trauersituation völlig unverstanden. Die Interviewpartnerin Lfnr.11 erwähnte als belastenden Faktor, dass sie auf Unverständnis und Inakzeptanz ihrer Angehörigen und Bekannten gestoßen sei, als sie die Besuchszeiten zum Wohle ihres schwerkranken Vaters reglementiert habe (Abs. 138, 139). 3 Teilnehmer*innen störte die Neugierde ihrer Mitmenschen an dem Krankheitsgeschehen ihrer nahestehenden Person, eine aufrichtige Anteilnahme sei dabei nicht mitgeschwungen (Lfnr. 10 (Abs. 28); 30 (Abs. 100-102)).

„Erschwerend? Wenn jetzt jemand sehr neugierig ist und aber eigentlich das nur wissen will, um es weiter zu tratschen jetzt so in einem kleinen Dorf. Die Neugier der anderen, die gestillt werden will [...], wo man aber sagt, die kümmert sich sonst das ganze Jahr nicht um einen, die brauchen jetzt auch nicht zu wissen, wie es weiter geht. Das ist belastend.“ (Lfnr. 9 (Abs. 32)).

Einer Teilnehmerin wurde der Vorwurf gemacht, sie habe nicht sofort Bescheid gesagt, als ihr Partner verstorben sei. Die Probandin erklärte sich dieses Verhalten wie folgt:

„Menschen, die das nicht hautnah miterleben oder mitmachen, die behaupten Sachen, die sind sehr verletzend“ (Lfnr. 15 (Abs. 74)).

Ähnlich erklärten sich andere der Befragten das Verhalten ihrer Mitmenschen (Lfnr. 14 (Abs. 74); 23 (Abs. 39)).

„Ich meine jemand der noch keine, sagen wir mal nahen Verwandten verloren hat oder nahestehenden Menschen, dem fehlt natürlich auch ein Stück Verständnis.“ (Lfnr. 2 (Abs. 104)).

Weitere Verhaltensweisen, die als erschwerende Faktoren beschrieben wurden, waren: Ignorieren der Gefühlslage der trauernden Person (Lfnr. 5 (Abs. 38)), das Abwenden von Mitmenschen (Lfnr. 10 (Abs. 28); 16 (Abs. 67)) oder Entscheidungen im Hinblick auf die Beerdigung getroffen zu haben, ohne die hinterbliebene Person miteinbezogen zu haben (Lfnr. 9 (Abs. 116-118)). 3 Interviewpartner*innen machten die Erfahrung, dass Bekannte gar die Straßenseite wechselten, um einem Gespräch auszuweichen (Lfnr. 5 (Abs. 46,124); 13 (Abs. 36); 16 (Abs. 71)). Das Desinteresse der Mitmenschen an der Trauer anderer war für eine Teilnehmerin ein erschwerender Faktor (Lfnr. 23 (Abs. 28)). Eine weitere befragte Person sagte diesbezüglich:

„Wäre natürlich schön, das [Trauern] mit jemand anderen zu machen, aber mit wem? Wen interessiert es?“ (Lfnr.18 (Abs. 113)).

10.1.5 Unaufgeforderte Unterstützung und Trost

Verhaltensweisen der Mitmenschen, die von den Befragten in ihrer Trauer als hilfreich beschrieben wurden, waren unter anderem das Anbieten von Hilfe und Unterstützung sowie das Trost spenden. Die Unterstützung erfolgte in verschiedenen Formen. Beispielsweise als Hilfe bei organisatorischen Dingen (Lfnr. 15 (Abs. 70)) oder durch das Bekochen der trauernden Person sowie das Anbieten von Fahrdiensten (Lfnr. 19 (Abs. 67)). Die emotionale Unterstützung durch das Spenden von Trost erfolgte auf verschiedene Weisen: Die trauernde Person in den Arm nehmen und ihren Tränen Raum geben (Lfnr. 11 (Abs. 65); 16 (Abs. 99)); ihr zuhören (Lfnr. 14 (Abs. 74); 25 (Abs. 58)) und ihr ein guter Gesprächspartner sein (Lfnr. 15 (Abs. 70); 17(Abs. 66); 21 (Abs. 125)). Das Gefühl nicht allein zu sein, beschrieben einige Teilnehmer*innen als wichtigen positiven Faktor (Lfnr. 15 (Abs. 70); 19 (Abs. 67)). Eine Teilnehmerin antwortete auf die Frage, wie das Umfeld den Trauerprozess erleichtern könne, wie folgt:

„Gut da gibt es sicherlich eine ganze Menge, und zwar dahin gehend, dass man auf einen zu geht und sagt: „Pass mal auf. Lass uns doch treffen, lass uns doch reden. Kommt wir fahren zusammen weg. Wir machen was miteinander“. Also die Kommunikation ist dabei einfach enorm wichtig, um einmal abgelenkt zu werden und um wieder eine Perspektive zu gewinnen, was das Leben lebenswert macht (weint).“ (Lfnr. 17 (Abs. 66)).

Die unterstützenden Verhaltensweisen der Mitmenschen spielten von Beginn an also schon während des Krankheitsverlaufs (Lfnr. 14 (Abs. 74)), bis lange nach Versterben der geliebten Person eine wichtige positive Rolle im Trauerprozess (Lfnr. 27 (Abs. 56)). Die Studienteilnehmer*innen schätzten es sehr, wenn Unterstützung und Trost unaufgefordert erfolgten und sie darum nicht erst um Hilfe bitten mussten. Eine Teilnehmerin beschrieb in dem Zusammenhang, dass es häufig schwierig sei, in der Trauer seine Bedürfnisse zu formulieren. Es sei vielmehr wichtig, auf die trauernde Person zuzugehen (Lfnr. 27 (Abs. 51-56)).

10.1.6 Verständnis und Akzeptanz der Verhaltensweise der trauernden Person

Verständnis den Trauernden entgegenzubringen und deren Gefühle und Emotionen anzunehmen, wurde von einigen der Befragten als hilfreich in ihrem Trauerprozess bezeichnet (Lfnr. 2 (Abs. 104,108); 15 (Abs. 70); 24 (Abs. 107); 21 (Abs. 74)):

„Verständnis zeigen. Für jemand da sein. Einfach auch mal ruhig nur eine Umarmung ohne irgendwie groß nachzufragen. Einfach mal zuhören. Nicht jemand bedrängen, wenn er was nicht erzählen will, sondern einfach nur da sein.“ (Lfnr. 25 (Abs. 58))

Die Verhaltensweisen der trauernden Person akzeptieren, auch wenn sie noch so „komisch“ seien:

„[Dass] auch alles sein darf. Auch alle Verhaltensweisen, die man da sich ausdenken kann. Das kann ja auch ganz komisches Verhalten sein und dass das in Ordnung ist, dass das sein darf, einfach.“ (Lfnr. 5 (Abs. 68)).

Zuvor betonte derselbe Interviewteilnehmer die Bedeutsamkeit des „vorurteilsfreien Begegnen“. Tod und Trauer sei etwas, das jedem Menschen widerfahre und jeder erlebe seine Trauer anders. (Lfnr. 5 (Abs. 60; 68)).

Wie man am besten mit einem Menschen in seinem Trauererleben umgeht, beschrieb eine Teilnehmerin folgendermaßen und repräsentiert somit ähnliche Aussagen anderer Teilnehmer:

„Ja einfach auch da sein, offen darüber sprechen, mich verstehen oder den Trauernden verstehen. Den auch so seine Sachen machen lassen, die er machen möchte. Ich habe mir ganz, ganz viele Wege gesucht jetzt damit zurecht zu kommen, wo auch manche damit skeptisch sind und sagen: „Hä was?“ Und das ist, denke ich, auch schwierig. Ich glaube, dass man den Trauernden seine Sachen dann auch machen lassen sollte egal, wohin der Weg geht oder wo man versucht die Trauer zu verarbeiten. Das ist, glaube ich, wichtig, dass man Verständnis hat, wie der Trauernde mit seiner Trauer um geht.“ (Lfnr. 24 (Abs. 74)).

10.2 Gesellschaftliche und kulturelle Konventionen

Die Unterkategorie *Gesellschaftliche und kulturelle Konventionen* entstand unter der Hauptkategorie *Hinderliche Faktoren* und wurde der Oberkategorie *soziales Umfeld*

zugeordnet. Sie beinhaltet Äußerungen der Trauernden zu gesellschaftlichen Maßstäben und Normen, die sie in ihrer Trauer als hinderlich empfanden. Einige bezogen sich dabei auf ihre Dorfgemeinschaft. So berichtete eine Teilnehmerin von verkrusteten Strukturen in ihrem Ort sowie von Menschen, die z.B. folgender Meinung waren: „Ein Jahr Trauerjahr und dann kommt ein neuer Partner und dann ist wieder Familie und dann ist wieder alles im Lot.“ (Lfnr. 9 (Abs. 128)). Eine der Befragten berichtete über ihre Dorfgemeinschaft:

„Und die Dorfgemeinschaft, so toll wie die ist [...], aber sie gucken halt auch ganz genau was du tust. Und da ärgere ich mich immer wieder, auch heute noch darüber, dass ich mich da so beeinflussen lasse.“ (Lfnr. 10 (Abs. 40))

Ebenso berichtete eine Teilnehmerin über festgefahrene Traditionen. „Dieses Aufpassen, was man tun und was man lassen sollte“ behindere sie in ihrer Trauer. Die Beisetzung ihres Mannes anders und abweichend von alten Traditionen zu gestalten, benötige Mut und Überwindung (Lfnr. 7 (Abs. 27-29)). Eine ähnliche Erfahrung machte eine weitere Interviewpartnerin. Als sie nicht den traditionellen Weg für die Beerdigung ihres Mannes wählte, musste sie sich Vorwürfe aus der Dorfgemeinschaft anhören (Lfnr. 15 (Abs. 86)). Feste Vorstellungen in der Gesellschaft von Beerdigungs- und Beisetzungsritualen behinderten und beeinflussten einige der Trauernden in ihrem Trauerprozess. So machte eine Trauernde die Erfahrung, dass sich entfernte Verwandte von ihr abwendeten, nachdem sie diese bat, aus Platzgründen, nicht zur Beerdigung zu kommen. „Zu einer Beerdigung lädt man nicht aus“ war die gängige Meinung (Lfnr. 13 (Abs. 65-67)).

Eine der Befragten machte in diesem Zusammenhang ihre Erziehung dafür verantwortlich und beschrieb ihre Gefühle wie folgt:

„[...] also ich bin relativ konservativ erzogen worden. „Was sagen denn die Leute“, war bei uns im Haus daheim schon oft einmal, dass die Mama das so gesagt hat und das steckt so in einem drinnen. Was sagen denn die Leute? Es ist eigentlich egal, aber es ist einem doch nicht egal. Und dann ärgert man sich wieder darüber, dass es einem nicht egal ist. Und das erschwert es eigentlich. Ich glaube, man macht es sich selber schwerer, weil man Erwartungen erfüllen will, die man eigentlich gar nicht erfüllen kann.“ (Lfnr. 10 (Abs. 30))

Sich von den Meinungen der Mitmenschen freimachen, konnte sich auch Teilnehmerin Lfnr. 23 nicht. Das erste Mal sich mit ihrem neuen Partner in der Öffentlichkeit zu zeigen, löste in ihr Ängste aus. Sie fragte sich, wie wohl ihr Umfeld nach dem Tod ihres Mannes auf die neue Partnerschaft reagieren würde (Lfnr. 23 (Abs. 125)).

Einige der Studienteilnehmer*innen meinten ihre Emotionen in der Öffentlichkeit nicht frei zeigen zu dürfen. Es würde erwartet, dass man keine Tränen zeige, dass man seine Wut nicht hinausschreie, sondern seine Gefühle für sich behalte (Lfnr. 2 (Abs. 110)). Die

heutige Gesellschaft sei nicht in der Lage, mit Gefühlsäußerungen Trauernder umzugehen (Lfnr. 16 (Abs. 71)). Eine Interviewpartnerin beschrieb dies wie folgt:

„Das ist so ein Tabuthema. Jeder soll da seinen normalen Lebenslauf wieder leben [...], aber ich möchte bitte schön nicht hören, dass es dir schlecht geht“ (Lfnr. 20 (Abs. 104))

Sei man zuvor noch voll in sein Umfeld integriert, so würde man als trauernde Person von seiner Umgebung gemieden (Lfnr. 17 (Abs. 58)).

10.3 Arbeitsumfeld

Da 22 der 30 Interviewten zum Zeitpunkt des Interviews im Arbeitsleben standen, war entsprechend häufig der Umgang mit Krankheit und Trauer am Arbeitsplatz Teil des Interviews. Dabei halten sich die Nennungen von positiven und negativen Aspekten die Waage. 15 Textausschnitte werden unter der Hauptkategorie *Hinderliche Faktoren* im Themengebiet Arbeitsumfeld verzeichnet und 15 Textausschnitte unter Hauptkategorie *Förderliche Faktoren*.

Beispielsweise wurden in einigen Aussagen der Befragten Personen in Führungspositionen erwähnt. Für eine Teilnehmerin spielte ihr Chef eine hinderliche Rolle während der Sterbephase ihres Vaters (Lfnr. 1 (Abs. 76)). Ähnliches schilderte es eine weitere Befragte, deren Vorgesetzte ihre Krankschreibung nicht akzeptierte und von der Probandin verlangte unbezahlten Urlaub zu nehmen (Lfnr. 11 (Abs. 58-61)). Einer Teilnehmerin legte der Arbeitgeber die Kündigung nahe, nachdem sie sich lange Zeit krankschreiben hatte lassen, um ihre nahestehende Person im Krankheitsverlauf zu begleiten (Lfnr. 28 (Abs. 39)). Dem gegenüber berichteten Teilnehmer*innen über positive Erfahrungen mit Vorgesetzten:

„Ich hatte einen Abteilungsleiter, der voll hinter mir gestanden war und aber auch praktisch die übergeordnete Ebene, der hat uns dann eine Azubine dazu gegeben und hat gesagt: "Die bleibt so lange da, bis du wieder kannst". Und das hat unheimlich beruhigt, auch kein schlechtes Gewissen haben müssen, dass ich ja daheimbleibe und die vielleicht in der Arbeit stecken, sondern ich wusste, es läuft“ (Lfnr.10 (Abs. 55))

Ähnliches beschrieben weitere Studienteilnehmer*innen. Sie empfanden verständnisvolle Kolleg*innen und einfühlsame Führungsetagen als hilfreich im Trauerprozess (Lfnr. 4 (Abs. 71); 25 (Abs. 50-52); 26 (Abs. 58)). Eine Befragte erwähnte einen Arbeitgeber positiv, der flexible Arbeitszeiten ermöglichte und dafür sorgte, dass sie von Kollegen vertreten wurde. Ein solches fürsorgliches Verhalten empfanden die Befragten besonders während der Krankheits- und Sterbephase ihrer nahestehenden Person als große Erleichterung (Lfnr. 3 (Abs. 44); 5 (Abs. 116); 9 (Abs. 55); 18 (Abs. 123); 22 (Abs. 47-48); 30 (Abs. 104)).

Eine studierende Probandin empfand ihren entfernten Studienort sowie die Studien-Verepflichtungen an der Universität als Belastung. Einerseits wünschte sie sich mehr Zeit, mit ihrem im Sterben liegenden Vater verbringen zu können, andererseits war sie aber froh, hin und wieder der bedrückenden Situation entfliehen zu können (Lfnr. 6 (Abs. 79)). Über die Herausforderung ihre Abschlussprüfungen abzulegen, während ihr Vater im Krankenhaus lag, berichtete eine weitere Studienteilnehmerin. Sie sei überfordert gewesen und habe nicht mehr gewusst, wie sie mit dieser Situation umgehen sollte (Lfnr. 27 (Abs. 29)). Anschließend bereitete ihr der Einstieg ins Berufsleben Schwierigkeiten:

„Gleichzeitig habe ich aber gemerkt, dass es tatsächlich schon eine Herausforderung ist, dass ich das möchte, aber dass es mit dem, was ich zu Hause kompensieren muss, dass das irgendwie kollidieren könnte. Also, da habe ich meine Grenzen so ganz deutlich auch gespürt“ (Lfnr. 27(Abs. 36))

Aspekte wie auf der Arbeit funktionieren und Leistung bringen zu müssen und dem eigenen Anspruch gute Arbeit zu leisten führten unter anderem zu einer Mehrbelastung der Trauerenden (Lfnr. 14 (Abs. 38); 15 (Abs. 108); 22 (Abs. 110)). Aus Pflichtgefühl nahm ein Trauernder bereits eine Woche nach der Beerdigung seiner Partnerin wieder seine Arbeit auf. Er sah sich dazu seinen Kollegen gegenüber verpflichtet, da er sich schon während der Krankheitsphase oft frei genommen hatte (Lfnr. 18 (Abs. 56-60)).

Als hinderlichen Faktor im Trauerprozess nannten einige Befragte das Unverständnis und die fehlende Anteilnahme seitens der Kollegen oder Vorgesetzten (Lfnr. 11 (Abs. 61); 14 (Abs. 54)). Wie sie sich fühlte, als sie keine Anteilnahme der Kolleg*innen erfuhr, beschrieb eine Teilnehmerin wie folgt:

„Das fand ich so schlimm in dem Moment, dass mich keiner darauf angesprochen hat, weil ich gedacht habe: Okay, es läuft hier alles ganz normal weiter, aber es läuft für mich eigentlich nicht normal weiter.“ (Lfnr. 12 (Abs. 52))

Je mehr Zeit seit der Beerdigung vergangen sei, desto mehr wachse das Unverständnis der Kolleg*innen, wenn sie ihre Trauer zeige, meinte Lfnr. 5 (Abs. 118) und Lfnr. 23 (Abs. 115).

Andererseits brachte einigen Probanden ihr Arbeitsumfeld auch Ablenkung und Trost. Der Zuspruch von Kolleg*innen habe ihnen Halt gegeben, berichteten zwei Teilnehmerinnen. Die Beziehung zu den Kolleg*innen habe sich gefestigt. Es entwickelten sich sogar aufgrund ihrer Trauer neue Freundschaften (Lfnr. 7 (Abs. 84); 25 (Abs. 44)). Als Ausgleich und Ablenkung empfanden zwei der Befragten ihre Arbeit (Lfnr. 17 (Abs. 88)). „Wenn ich auf Arbeit war, habe ich meinen Kopf eben für die Arbeit gebraucht und dann, wenn ich daheim war, konnte ich da wieder voll [sein] “ (Lfnr. 9 (Abs. 55)).

Eine Teilnehmerin erlebte, dass durch den Wegfall der Arbeit auch soziale Kontakte wegbrachen:

„Und ich habe ja auch mit dem Arbeiten aufgehört wegen der Krankheit von meinem Mann. Zu den Kollegen der Kontakt ist auch abgebrochen einfach durch die Überbelastung. Und das war schon für mich hart. Einfach so alleine zu sein.“ (Lfnr. 29 (Abs. 131)).

10.4 Familie

Äußerungen der Befragten zu Faktoren, die den Trauerprozess erleichtern oder erschweren, welche sich eindeutig auf die Familie der trauernden Person bezogen, wurden der Unterkategorie *Familie* zugeordnet. Auch im familiären Umfeld wurden Verhaltensweisen benannt, die bereits in der Unterkategorie *Verhaltensweisen im Umgang mit dem*der Trauernden* aufgeführt sind. Darunter fallen fehlendes Verständnis (Lfnr. 11 (Abs. 56); 15 (Abs. 56)) für den*die Trauerenden sowie mangelnde Unterstützung durch Familienmitglieder (Lfnr. 2 (Abs. 59); 6 (Abs. 38); 12 (Abs. 115)). Dem gegenüber beschrieben einige der Befragten die Unterstützung der Familie und das damit verbundene Gefühl nicht allein zu sein als Faktor, der sich positiv auf den Trauerprozess ausgewirkt habe. So konnte z.B. eine Trauerende bei ihren Eltern unterkommen, nachdem ihr Partner verstorben war (Lfnr. 4 (Abs. 61)) und der Sohn einer Teilnehmerin reiste aus dem Ausland an, um seine Mutter zu unterstützen (Lfnr. 3 (Abs. 81)). In diesem Zusammenhang fiel häufig der Begriff *Familienzusammenhalt*. 12 der Befragten kamen auf den Familienzusammenhalt und dessen Bedeutung zu sprechen, dabei nannten weitere 7 Teilnehmer explizit die Unterstützung der Familienmitglieder als erleichternde Faktoren in ihrem Trauerprozess. Im Hinblick auf den Sterbeprozess formulierte eine Teilnehmerin den Familienzusammenhalt wie folgt:

„Und einfach auch der Zusammenhalt, den finde ich auch ganz ganz wichtig. Das halt die Angehörigen zusammenhalten und an einem Strang ziehen und dadurch das dem Sterbenden halt vielleicht doch ein bisschen irgendwie leichter zu machen dann auch zu gehen, jetzt auf den Sterbeprozess hin bezogen.“ (Lfnr. 14 (Abs. 62))

Im Hinblick auf den Familienzusammenhalt erwähnten einige Teilnehmer*innen die Rolle von Geschwistern. Speziell beim Versterben eines oder beider Elternteile gaben die Befragten es als erleichternd an, die Verlusterfahrung gemeinsam mit den Geschwistern durchleben zu können. Sich gemeinsam beratschlagen und Entscheidungen treffen und anstehende Arbeit untereinander aufteilen zu können sowie sich gegenseitig Trost zu spenden, waren Aspekte, die häufig genannt wurden (Lfnr. 9 (Abs. 67); 11 (Abs. 67, 141); 12 (Abs. 131); 27 (Abs. 32)). Auch im Fall, dass die verstorbene Person der*die Lebensgefährt*in der Befragten war, nannten die Trauernden den Trost und die Unterstützung durch die Geschwister als hilfreich (Lfnr. 15 (Abs. 64); 24 (Abs. 139)). Neben

der Blutsverwandtschaft spielte auch die Familie des*der verstorbenen Partner*in eine positive Rolle. So war es einer Teilnehmerin wichtig, im Kontakt mit ihren Schwägerinnen zu bleiben, mit welchen sie ein gutes Verhältnis hatte (Lfnr. 4 (Abs. 63)). Eine Interviewpartnerin war dankbar, dass ihr ihre Schwiegermutter sowie die Schwägerin den Raum gaben, nötige Entscheidungen während des Sterbeprozesses ihres Partners ohne Einmischung durch die beiden treffen zu können. (Lfnr. 10 (Abs. 47)).

Im familiären Kontext war das Miteinander-Reden ein wichtiger positiver Faktor. So beschrieb eine Teilnehmerin, wie gut es ihr tue, dass ihre Schwägerin sie regelmäßig anrufe, sich nach ihr erkundige und ihr Trost spende (Lfnr. 3 (Abs. 85)). Die Teilnehmer*innen Lfnr. 11, Lfnr. 12 und Lfnr. 14 betonten, wie wichtig es für sie sei, im familiären Umfeld offen über den Krankheitsverlauf der nahestehenden Person, über ihre Verlust Erfahrung und ihre Trauer reden zu können (Lfnr. 11 (Abs. 65; 69); 12 (Abs. 62-63; 129); 14 (Abs. 137)). Demgegenüber nannten einige Interviewpartner*innen es als Belastung, wenn in der Familie nicht über den Tod und die Trauer geredet werden konnte (Lfnr. 7 (Abs. 115); 8 (Abs. 117); 18 (Abs. 64); 28 (Abs. 60; 86; 108); 29 (Abs. 59)):

„Und wenn man in der Familie vielleicht auch nicht offen miteinander reden kann. [...] Mit meiner Tochter - da konnte ich offen reden, aber bei meinem Mann war das ganz schwierig, da ist es immer noch schwierig. Die Männer sind, die trauern einfach anders - oder wollen es auch nicht wahrhaben bis zum Schluss.“ (Lfnr. 28 (Abs. 32)).

Ein weit entfernter Wohnort von Familienmitgliedern erschwerte es, gemeinsam zu trauern und füreinander da zu sein (Lfnr. 16 (Abs. 121); 18 (Abs. 64)). Eine Teilnehmerin berichtete:

„Aber mir macht zu schaffen, dass wirklich keiner von der Familie mehr in meiner Nähe ist. Und das ist trotzdem was anderes, ob es Freunde sind, gute Freunde, Bekannte. Ja das macht mir immer wieder zu schaffen.“ (Lfnr. 26 (Abs. 112))

Andere Familienmitglieder in ihrer Trauer leiden zu sehen, nannten einige der Befragten als Belastung:

„Die Kinder, die da traurig sind, das belastet einen. [...] Man will ja seine Kinder schützen und [nun] kann man sie in dem Fall überhaupt nicht schützen. Man kann sie gar nicht schützen, die müssen ihre eigene Trauer ja durch machen und das belastet einen.“ (Lfnr. 24 (Abs. 145))

Aus Rücksichtnahme stellten einige Teilnehmer*innen ihre Trauer und Bedürfnisse zurück, um anderen Familienmitgliedern keine Sorgen zu bereiten und deren Trauer abzufangen (Lfnr. 10 (Abs. 122); 13 (Abs. 121); 30 (Abs. 63)): „[...] man versucht einfach stark zu sein, damit sich die Tochter keine Sorgen macht, damit sich der Mann keine Sorgen macht“ (Lfnr. 28 (Abs. 94)).

Eine Trauernde berichtete, dass sie nach dem Versterben ihres Vaters nicht den Raum und die Zeit zum Trauern gehabt habe, da sie sich um die pflegebedürftigen Großeltern habe kümmern müssen und gleichzeitig sich um ihre erkrankte Mutter sorgte (Lfnr. 6 (Abs. 23)). Eine Teilnehmerin beschrieb eine große emotionale Belastung als während des Krankheitsverlaufs ihres verstorbenen Sohns, zusätzlich zwei Familienmitglieder schwer erkrankten (Lfnr. 28 (Abs. 106)). Die Erfahrung sich nicht nur um die sterbende Person sorgen zu müssen, sondern auch um weitere Familienmitglieder, machte ebenfalls Teilnehmerin Lfnr. 27 und äußerte:

„Hinderlich war auf jeden Fall, auch zu der Zeit schon, dass ich verstanden habe, wie unglaublich ohnmächtig meine Mutter ist. [...] Sie hat das ganz stark geprägt, wo ich immer dachte, dass sie so die Starke wäre. Das hat aber auch stark unser ganzes Familiengefüge beeinflusst. Also, dass wir wussten, wir müssen irgendwie eine sinnvolle Lösung für den Papa finden und gleichzeitig die Mutti irgendwie am Laufen halten. [...] Und insofern glaube ich, dass ich in der Zeit gar nicht viel getrauert habe.“ (Lfnr. 27 (Abs. 29-30))

Zwei Teilnehmer*innen berichteten, dass es sie gestört habe, dass viele Verwandte am Sterbebett gesessen seien. „Es sollten eigentlich nur die engsten, die [...] tagtäglich mit ihm zu tun haben [kommen]“ (Lfnr. 8 (Abs. 59)). „Ich war da fast zerdrückt irgendwie.“ (Lfnr. 19 (Abs. 58)).

Ein häufig genannter Faktor, den die Trauernden als hinderlich in ihrer Trauer empfanden, waren Streitigkeiten und ungelöste Konflikte innerhalb der Familie. Häufig kam es im Rahmen der Beerdigungen zu Unstimmigkeiten in der Familie, da verschiedene Meinungen dazu herrschten, wie oder wo die verstorbene Person beerdigt oder wie der Leichnam eingekleidet werden solle (Lfnr. 2 (Abs. 164); 9 (Abs. 49); 11 (Abs. 136); 12 (Abs. 113); 13 (Abs. 63); 15 (Abs. 56); 22 (Abs. 114); 26 (Abs. 90)). Darüber hinaus berichteten Teilnehmende von Streitigkeiten, die sich um materielle und monetäre Dinge drehten, beispielsweise Schulden innerhalb der Familie (Lfnr. 5 (Abs. 124)) oder Erbschaftsfragen (Lfnr. 26 (Abs. 91)). Schwierige Familienverhältnisse sowie ungelöste interfamiliäre Konflikte beschrieben weitere Teilnehmer*innen als Hindernis in ihrer Trauerarbeit (Lfnr. 6 (Abs. 37)); 7 (Abs. 118); 16 (Abs. 44); 26 (Abs. 54-55)). Eine Interviewpartnerin beschrieb das schlechte Verhältnis zur Familie ihres verstorbenen Partners wie folgt:

„[...] seine Verwandtschaft [...], die eben ja kein Mitgefühl haben und keine Rücksicht nehmen und ihren eigenen Willen aufzwingen wollen, was man zu tun und zu lassen hat, die Kontrolle über einen zu behalten. Das ist schon verdammt schwer.“ (Lfnr. 15 (Abs. 98))

Ebenfalls der Unterkategorie Familie zugeordnet und als positiven Faktor in ihrer Trauer beschrieben 5 Interviewpartner*innen ihre Partnerschaft. Drei jüngere Teilnehmerinnen

fanden nach dem Versterben ihres Vaters Halt und Trost durch ihre Partner. Diese konnten gerade durch ihre „außenstehende“ Rolle im Familiengefüge die Trauer ihrer Partnerinnen besser auffangen als die Familie (Lfnr. 6 (Abs. 27); 8 (Abs. 139; 151-153); 14 (Abs. 64)). Ein neuer Lebensabschnittsgefährte bedeutete für zwei der Teilnehmer*innen Geborgenheit und emotionale Stabilität. Wichtig war es den beiden jeweils dem verstorbenen Partner weiterhin einen Platz in ihrem Leben zu lassen, doch verspürten sie gleichzeitig eine Erleichterung in ihrer Trauer (Lfnr. 23 (Abs. 119, 121):

„Ich denke, es wird immer weniger vor allem, wenn man wieder jemanden kennen gelernt hat, weil man nicht mehr alleine ist. Natürlich denkt man an den verstorbenen Partner. Jeden Tag gibt es irgendeine Situation, wo man an ihn denkt, aber es wird von Tag zu Tag einfacher und leichter.“ (Lfnr. 25 (Abs. 96)).

10.5 Freunde

Äußerungen der Befragten zu Faktoren, die den Trauerprozess erleichtern oder erschweren, welche sich eindeutig auf den Freundeskreis der trauernden Person bezogen, wurden der Kategorie *Freunde* zugeordnet. Auch im Freundeskreis wurden Verhaltensweisen benannt, die bereits in der Kategorie *Verhaltensweisen im Umgang mit dem*der Trauernden* aufgeführt sind. Darunter fallen ein fehlendes Verständnis (Lfnr. 8 (Abs. 77); 15 (Abs. 56; 78); 27 (Abs. 35); 30 (Abs. 90)) für den*die Trauerenden sowie als positive Faktoren Unterstützung und emotionale Begleitung durch den Freundeskreis. Diese Unterstützung sah unterschiedlich aus: Sei es durch Hilfe bei alltäglichen Dingen, wie Essen zubereiten (Lfnr. 4 (Abs. 69); 26 (Abs. 108)), die Rosen im Garten zu schneiden (Lfnr. 6 (Abs. 39)) und auch das Regeln von bürokratischen Dingen (Lfnr. 10 (Abs. 116)). Entscheidend war jedoch die emotionale Begleitung durch die Freunde. Diese zeigte sich im Austausch mit der trauernden Person, indem man der betroffenen Person ein offenes Ohr schenkte, sowie darin der trauernden Person mit Verständnis zu begegnen (Lfnr. 7 (Abs. 84); 10 (Abs. 45; 62); 11 (Abs. 69; 76); 12 (Abs. 75); 16 (Abs. 87); 23 (Abs. 52; 113); 22 (Abs. 70); 25 (Abs. 82); 28 (Abs. 100)). Einige der Befragten berichteten, dass sie es schätzten, wenn von den Freunden unaufgefordert Hilfe und Unterstützung kam (Lfnr. 4 (Abs. 67); 9 (Abs. 67-73); 22 (Abs. 70); 25 (Abs. 82); 26 (Abs. 70)).

Allein schon die Anwesenheit von Freunden empfand eine der trauernden Personen als unterstützend:

„Wichtig ist eigentlich nur die Anwesenheit. Dass die kommen oder dass die nicht den Kontakt abrechnen und das Aushalten. Dass die auch aushalten, wenn man spricht, wenn man weint, wenn man schreit. Was weiß ich. Dass die das aushalten. Die müssen eigentlich gar nicht so arg viel sagen. Die Anwesenheit alleine ist schon unheimlicher Trost“ (Lfnr. 13 (Abs. 58)).

Wichtig war, dass die Anwesenheit der Freunde eine Kontinuität zeigte (Lfnr. 11 (Abs. 78)). Direkt nach der Beerdigung sei die Anteilnahme und das Angebot an Unterstützung durch die Freunde sehr hoch, nehme dann aber im Lauf der Zeit jedoch ab (Lfnr. 8 (Abs. 157); 17 (Abs. 58); 18 (Abs. 74)). Gerade an schwierigen Tagen wie Geburtstagen, Weihnachten oder dem Todestag sei die Zugewandtheit von Freunden von besonderer Bedeutung, häufig jedoch zu gering (Lfnr. 12 (Abs. 74); 26 (Abs. 53)). Es sei hilfreich, dass Freunde einen „auch wieder irgendwie immer mal rausreißen aus dem Ganzen“ und „,dass man mit eingeschlossen wird in Unternehmungen“ (Lfnr. 23 (Abs. 52-53)). Ähnlich sahen es weitere Interviewteilnehmer*innen. Ablenkung durch Freunde, eingeladen sein bei Unternehmungen und Urlauben und das damit verbundene Gefühl nicht allein zu sein, nannten sie als förderliche Faktoren im Trauerprozess (Lfnr. 2 (Abs. 80; 160); 7 (Abs. 84); 8 (Abs. 85); 11 (Abs. 78); 13 (Abs. 62); 19 (Abs. 76)).

Einige der Trauernden mussten jedoch die Erfahrung machen, dass bestehende Freundschaften den veränderten Lebensbedingungen nicht standhielten (Lfnr. 8 (Abs. 87); 9 (Abs. 49); 22 (Abs. 34); 28 (Abs. 36)). Eine Teilnehmerin beschrieb, dass die Verlusterfahrung ihre Sicht auf die Welt verändert habe und sie in manche Freundschaften nicht mehr „reinpasste“ (Lfnr. 1 (Abs. 85)). Zwei Teilnehmer*innen beklagten das Wegbrechen des gesamten Freundeskreises, nachdem der*die Partner*in verstorben war (Lfnr. 17 (Abs. 58); 21 (Abs. 57)). Lfnr. 21 machte die eigene Gemütslage aber auch den Unwillen der Mitmenschen sich mit Traurigkeit zu befassen, dafür verantwortlich:

„Und Sie brauchen nicht zu denken, wenn sie da ihren Freunden immer von erzählen, [...], dass die das immer hören wollen. Das will kein Mensch hören. Die wollen sie als lustige Person sehen und so ist es.“ (Lfnr. 21 (Abs. 66))

Dem gegenüber berichteten einige Trauernde über neue Freundschaften, die entstanden, häufig mit Personen, die ebenfalls jemand Nahestehendes verloren hatten. Durch die Verlusterfahrung als verbindendes Element entwickelten sich intensive Freundschaften, die sich besonders durch den gegenseitigen Austausch positiv auf den Trauerverlauf auswirkten (Lfnr. 1 (Abs. 37, 81); 11 (Abs. 141); 26 (Abs. 107-108); 27 (Abs. 41)).

11 Gegenüberstellende Betrachtungen zur Oberkategorie *Beziehung zur verstorbenen Person*

Im folgenden Abschnitt werden die hinderlichen und förderlichen Faktoren in *der Beziehung zur verstorbenen Person* beschrieben. Nachfolgende Tabelle (siehe Tabelle 5) zeigt die entstandenen Kategorien. Zu den Kategorien sind Nennungen angegeben. Sie

zeigen an, wie oft Aussagen zur entsprechenden Kategorie getroffen wurden und welche teilnehmenden Personen sie tätigten.

Hauptkategorie	Oberkategorie	Unterkategorie Ebene 1	Unterkategorie Ebene 2
Hinderliche Faktoren	Beziehung zur verstorbenen Person	Umgang der verstorbenen Person mit ihrer Erkrankung (8 Nennungen; Lfnr. 16, 21, 25)	
		Art der Beziehung (25 Nennungen; Lfnr. 1, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 30)	
		Kommunikation mit der sterbenden Person (45 Nennungen; Lfnr. 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 30)	
		Abschiednehmen (26 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 6, 8, 11, 12, 13, 16, 25, 26, 29, 30)	
Förderliche Faktoren	Beziehung zur verstorbenen Person	Umgang der verstorbenen Person mit ihrer Erkrankung (7 Nennungen; Lfnr. 10, 19, 22, 24, 27)	
		Art der Beziehung (11 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9)	
		Kommunikation mit der sterbenden Person (30 Nennungen; Lfnr. 2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 22, 26, 27, 30)	
		Abschiednehmen (15 Nennungen; Lfnr. 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 17, 18, 22, 25, 26, 28, 30)	
		Gemeinsam genutzte Zeit (17 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 7, 12, 14, 15, 17, 20, 24, 25, 27, 28)	

Tabelle 5: Kategoriensystem Beziehung zur verstorbenen Person

Im Vergleich zu den anderen Oberkategorien wurden dieser Oberkategorie die wenigsten Textabschnitte zugeordnet. Es entstanden in diesem Zusammenhang keine Unterkategorien der Ebene 2, da die Unterkategorien der Ebene 1 bereits enger gefasst worden waren. Die Unterkategorie *Gemeinsam genutzte Zeit* ist lediglich der Hauptkategorie *Förderliche Faktoren* zugehörig und in der Tabelle grau hinterlegt.

11.1 Umgang der verstorbenen Person mit ihrer Erkrankung

Den Umgang der erkrankten Person mit ihrer Krankheit erlebten einige Teilnehmende als negativ für ihren Trauerverlauf. Eine Teilnehmerin beschrieb, dass sie es schwer belaste, von ihrem erkrankten Ehemann nicht in den Krankheitsverlauf involviert worden zu sein. Er habe weder mit Freunden noch mit ihr über seine Krankheit gesprochen und zu Arztbesuchen habe sie nicht mitkommen dürfen (Lfnr. 21 (Abs. 95)). Sie habe sich während seiner Krankheit einer Selbsthilfegruppe zuwenden wollen, aber davon abgesehen, da sie es als „Verrat“ an ihrem Mann gesehen hätte, wenn sie dort über seine Krankheit gesprochen hätte. (Lfnr. 21 (Abs. 33)). Auch Lfnr. 25 hatte Schwierigkeiten, mit ihrem Mann über dessen Erkrankung zu sprechen, da er selbst nicht offen damit umgegangen sei und er es ihr sogar verboten hatte, mit anderen darüber zu sprechen (Abs. 32).

Ein Teilnehmer berichtete, dass seine erkrankte Ehefrau sich lange schwer damit getan habe, ihre Erkrankung zu akzeptieren (Lfnr. 16 (Abs. 49)). Zwischenzeitlich habe er das Gefühl, dass sie neidisch auf ihn gewesen sei, da sie die Krankheit habe tragen müssen und nicht er (Abs. 52-53). Obwohl sie vor ihrer Erkrankung eine sehr innige Beziehung zu ihrem Mann hatte, habe sie seine Nähe kaum noch ertragen können, wodurch sich der Proband sehr verletzt, gefühlt habe (Abs. 130). Er habe sich ihr Verhalten als Bedürfnis erklärt, ihn zu schützen:

„Also wir haben ein riesig inniges Verhältnis gehabt. Ich war dankbar darum [...], aber sie wollte das allein durchstehen und das hat mir unheimlich Probleme gemacht. Weil ich in der Regel erfahren habe, dass Menschen in so Situationen Hilfe suchen [...] und zwar ja von denen, den man vertraut. Aber ich denke ja auch immer wieder einfach, dass sie mich schützen wollte“ (Lfnr.16 (Abs. 148)).

Demgegenüber berichtete eine Teilnehmerin, dass sie den offenen Umgang ihres Mannes mit seiner Erkrankung sehr wertgeschätzt habe. Es habe sie erleichtert, dass das gemeinsame Umfeld durch den offenen Umgang mit der Krankheit Bescheid gewusst habe. Sie sei so nicht in die Verlegenheit gekommen, einen Ausweg finden zu müssen, nicht über Erkrankung zu sprechen (Lfnr. 19 (Abs. 40, 50)). Die stückweise Wahrung der Normalität während der Krankheitsphase nannte dieselbe Interviewpartnerin ebenfalls

als einen erleichternden Faktor (Abs. 50). Auch Lfnr. 10 war es wichtig, die Krankheit ihrer nahestehenden Person nicht in den Fokus zu rücken, sondern gemeinsam die Normalität des Alltags zu leben (Abs. 81). Eine Teilnehmerin beschrieb, dass ihr Mann bis zuletzt hoffnungsvoll gestimmt gewesen sei und sie dies als Erleichterung empfunden habe (Lfnr. 24 (Abs.48)). Eine weitere teilnehmende Person empfand es als große Erleichterung, dass sich die erkrankte Person mit seiner Erkrankung und den Konsequenzen auseinandergesetzt habe und sich um Dinge gekümmert habe, die es nach seinem Tod zu organisieren galt. (Lfnr. 22 (Abs. 40-42; 85)). Ähnlich ging es einer weiteren befragten Person. Diese fand Kraft in dem pragmatischen sowie gefassten und ruhigen Umgang der erkrankten Person mit ihrer Erkrankung (Lfnr. 27 (Abs. 42)).

11.2 Art der Beziehung

Auf die Frage, welche Rolle die Beziehung im Hinblick auf den Trauerprozess gespielt habe, war sich ein Großteil der Teilnehmenden einig: Die Trauer ist umso größer, je inniger die Beziehung war. Eine befragte Person beschrieb dies folgend:

„Also ich denke, je näher der Mensch ist, desto schwieriger oder desto stärker ist die Trauer, die zu spüren ist, weil das Herz so verbunden ist mit dem Menschen.“ (Lfnr. 5 (Abs. 80))

Ähnliches beschrieben weitere Trauernde: Die intensive Beziehung und die intensive Zeit, die man gemeinsam verbracht habe, habe eine tiefe Trauer bedingt (Lfnr. 1 (Abs. 43); 4 (Abs. 81); 9 (Abs. 83); 11 (Abs. 88); 12 (Abs. 83)). 4 Teilnehmende äußerten in logischer Umkehrung, dass eine weniger innige Verbindung auch eine weniger tiefe Trauer zur Folge gehabt habe (Lfnr. 10 (Abs. 76); 14 (Abs. 86); 23 (Abs. 71)), denn „wenn die Liebe nicht so stark wäre, dann würde es [mir] nicht so stark wehtun.“ (Lfnr. 12 (Abs. 84)). Zwei der Befragten machten unter anderem ihre Kinderlosigkeit für ihre enge und intensive Bindung verantwortlich und äußerten, dass dies aber nun ihren Trauerverlauf erschwere (Lfnr. 20 (Abs. 118); 30 (Abs. 74)).

Eine Teilnehmerin machte die Erfahrung, dass sich durch die Krankheit ihres Vaters die Beziehung zueinander verbessert habe. Während er zuvor durch seine Arbeit wenig präsent in ihrem Leben gewesen sei, so hätten sie während des Krankheitsverlaufs viel Zeit miteinander verbringen können. Es belastete sie aber, dass diese qualitativ gute Verbindung zeitlich leider begrenzt gewesen sei (Lfnr. 6 (Abs. 45; 54)). Die begrenzte intensiv genutzte gemeinsame Zeit beschrieb Studienteilnehmerin Lfnr. 23 ebenfalls als erschwerend für ihren Trauerprozess. Nach einer Ehekrise hätten sie und ihr Mann wieder zueinander gefunden, sodass sie seine Diagnose schwer getroffen habe und ihr klar geworden sei, „ihn nun doch zu verlieren“ (Abs. 69-70).

Eine ins symbiotische gehende Beziehung identifiziert eine der befragten Personen als hinderlich für ihren Trauerprozess:

„Die Beziehung war außerordentlich eng. [...] Ich habe nie allein Urlaub gemacht. Ich bin nie allein zum Skifahren gefahren. Ich bin nie allein in die Wirtschaft gegangen. Ich habe nie allein etwas gemacht. Wir waren immer zusammen (weint) und das ist, sehe ich im Nachhinein, sehr hinderlich gewesen.“ (Lfnr. 17 (Abs. 92)).

Besagte Person sowie 4 weitere Studienteilnehmende äußerten das Gefühl, dass mit dem Tod der nahestehenden Person ein großer Teil ihrer selbst fehle. Als seien sie *halbiert* worden oder, als hätte man ihnen ein wichtiges Körperteil *amputiert* (Lfnr. 17 (Abs. 48); 20 (Abs. 109); 19 (Abs. 78); 4 (Abs. 79); 25 (Abs. 66)).

Aber nicht nur als erschwerenden Faktor für den Trauerprozess empfanden Teilnehmende die innige Beziehung zur verstorbenen Person. Eine größere Anzahl der Probanden beschrieben, dass sie auch Trost darin gefunden hätten, Trost durch das Bewusstsein, die Krankheit gemeinsam durchgestanden zu haben, Trost in der den Tod überdauernden Liebe (Lfnr. 1 (Abs. 45, 51, 94); 2 (Abs. 112); 3 (Abs. 156); 4 (Abs. 34, 51); 9 (Abs. 87)).

„Und ich glaube, das ist ganz, ganz wichtig, dass man spürt man ist füreinander da. Sowohl derjenige der geht als auch derjenige der bleibt“ (Lfnr. 2 (Abs. 118)).

11.3 Gemeinsam genutzte Zeit

Dieser Unterkategorie wurden lediglich Textabschnitte zugeordnet, die als förderlich für den Trauerprozess beschrieben wurden. Eine gut genutzte, bewusst gelebte und vor allem gemeinsam verbrachte Zeit ab Diagnosemitteilung bis zum Lebensende der nahestehenden Person war der Mehrheit der Teilnehmenden sehr wichtig (Lfnr. 2 (Abs. 150); 3 (Abs. 113); 12 (Abs. 65, 129); 14 (Abs. 64); 20 (Abs. 103)). Es sei gut gewesen, diese Zeit sehr bewusst genutzt zu haben, um schöne Dinge, wie beispielsweise in den Urlaub zu fahren, zu unternehmen (Lfnr. 1 (Abs. 94); 4 (Abs. 93); 7 (Abs. 75, 88); 24 (Abs. 86); 28 (Abs. 47)) Einigen war es einfach nur wichtig, für die erkrankte Person da zu sein und ihr Gutes zu tun (Lfnr. 25 (Abs. 92)). Als trauernde Person blicke man insofern positiv auf diese Zeit, als man sich keine Vorwürfe machen müsse, die verbliebene Zeit nicht optimal genutzt zu haben oder für die erkrankte Person nicht da gewesen zu sein (Lfnr. 4 (Abs. 89); 15 (Abs. 46, 64)). Lfnr. 17 beschrieb, dass es ihm in seinem Trauerprozess helfe, sich immer wieder klarzumachen, sich mit „voller Hingabe“ um seine sterbende Frau gekümmert zu haben (Abs. 124). Für eine Studienteilnehmerin war die gemeinsame Zeit mit ihrem erkrankten Vater besonders sehr prägend. Durch den intensiven

Austausch während seiner Krankheit lernte sie ihren Vater von einer anderen Seite kennen. Das beschrieb dies folgend:

„Und das bestärkt mich jetzt im Nachhinein sehr zu wissen, wie er manche Sachen in seinem Leben entschieden hat oder dann auch ja mehr über seine Biografie zu wissen oder eigene Erfahrungen zu machen, die sich jetzt dann überschneiden mit dem, was er selber erlebt hat. Das bestärkt mich total, obwohl ich ihm das jetzt ja nicht direkt sagen kann.“ (Lfnr. 27 (Abs. 69)).

11.4 Kommunikation mit der sterbenden Person

Im Studienkollektiv herrschte überwiegend die Meinung, dass es wichtig sei, mit der sterbenden Person über Tod und Sterben zu sprechen. Einige Teilnehmende bedauerten es, mit der nahestehenden Person nicht über den bevorstehenden Tod gesprochen zu haben und bezeichneten dies als Verstärkung ihrer Trauer. Einige Probanden gaben sich selbst dafür die Schuld. Obwohl die im Sterben liegende Person bereit gewesen sei über das Sterben zu sprechen, hätten sie das Gespräch darüber gemieden. Als Gründe dafür wurde z.B. genannt, dass man der kranken Person nicht das Gefühl habe geben wollen, den Kampf gegen die Krankheit aufzugeben (Lfnr. 1 (Abs. 5)) Ein weiterer Grund dieses Gesprächsthema zu meiden sei das Nicht-Wahrhaben-Wollen des bevorstehenden Todes gewesen:

„Ich habe nicht über den Tod gesprochen, ich habe immer über das Leben gesprochen.“ (Lfnr. 17 (Abs. 102))

Eine befragte Person gab an, aus Angst vor der Reaktion des Gegenübers das Thema nicht angesprochen zu haben (Lfnr. 18 (Abs. 86)), während sich eine weitere Teilnehmerin nicht erklären konnte, weshalb sie ein solch vermeidendes Verhalten gezeigt habe (Lfnr. 25 (Abs. 70)). Zwei Studienteilnehmende erklärten, dass Tod, Sterben und Krankheit in der heutigen Gesellschaft tabuisiert würden, sodass es schwerfalle, selbst das Tabu zu brechen (Lfnr. 5 (Abs. 90); 8 (Abs. 135)).

Einige der Befragten hätten gerne mit der erkrankten Person über das bevorstehende Lebensende gesprochen, doch habe die sterbende Person diese Gesprächsversuche abgeblockt. Es habe ihnen Schwierigkeiten bereitet, nicht zu wissen, wie die nahestehende Person über den bevorstehenden Tod denken würden, welche Ängste und welche Wünsche sie bezüglich der Sterbephase und für die Zeit nach dem Tod gehabt hätten (Lfnr. 7 (Abs. 48); 10 (Abs. 83); 12 (Abs. 93); 16 (Abs. 91); 23 (Abs. 73); 24 (Abs. 90); 28 (Abs. 78)). Viele machten sich deshalb Vorwürfe oder hatten diesbezüglich ein schlechtes Gewissen (Lfnr. 23 (Abs. 95-97)):

„Das ist das schlechte Gewissen, weil man dann meint, man hätte ja noch so viel sagen wollen oder ändern können oder sonst was und dann ist das das schlechte Gewissen, was diese Trauer dann so erschwert“ (Lfnr. 3 (Abs. 109)).

Zwei Teilnehmerinnen hatten gehofft, einen Abschiedsbrief ihres verstorbenen Partners zu finden, in welchem sie Hinweise fänden, was sich der Verstorbene in Bezug auf Beerdigung, Erbangelegenheiten usw. wünschte. (Lfnr. 20 (Abs. 93-99); 30 (Abs. 79-80)).

Andere Befragte litten darunter, dass Konflikte hätten, nicht mehr geklärt werden können (Lfnr. 18 (Abs. 80, 104); 16 (Abs. 58)) und wichtige Fragen offengeblieben seien. (Lfnr. 15 (Abs. 60)).

Demgegenüber meinten Teilnehmende, dass sie Trost darin fänden, mit ihren Verstorbenen „im Reinen“ zu sein (Lfnr. 14 (Abs. 135)). Es sei wichtig gewesen, sich mit der sterbenden Person zu versöhnen, Konflikte bereinigt zu haben (Lfnr. 26 (Abs. 75)), sich gegenseitig seine Ängste mitzuteilen (Lfnr. 2 (Abs. 118)) und die gemeinsame Vergangenheit Revue passieren zu lassen (Lfnr. 17 (Abs. 124)). Eine Studienteilnehmerin berichtete:

„Ich habe nicht das Gefühl, dass ich irgendetwas anders hätte machen wollen, dass ich ihm noch irgendwie was hätte sagen wollen, was ungesagt geblieben ist, weil es einfach gepasst hat. Und das ist, ja, das ist auf der einen Seite schon tröstlich“ (Lfnr. 3 (Abs. 109)).

Die Hinterbliebenen haben sich mit vielen Dingen auseinandersetzen müssen: Mit Patientenverfügungen, Versicherungen, Erbschaften, der Organisation der Beerdigung usw. Die Trauernden waren mehrheitlich der Meinung, dass das gemeinsame Besprechen und Organisieren besagter Dinge den Trauerprozess enorm erleichtert habe, da man so die Sicherheit gewann, alles im Sinne der verstorbenen Person gemacht zu haben (Lfnr. 10 (Abs. 83); 11 (Abs. 106,107); 12 (Abs. 96); 14 (Abs. 92); 15 (Abs. 98); 19 (Abs. 54)). Einige Interviewpartner*innen wiederum berichteten, dass es sie belastete, manche dieser Dinge nicht mehr gemeinsam haben regeln können (Lfnr. 19 (Abs. 46); 23 (Abs. 111); 24 (Abs. 91); 27 (Abs. 32); 28 (Abs. 80)).

Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit Patientenverfügungen, Vollmachten, Erbschaften sowie mit Wünschen und Vorstellungen bezüglich einer Beerdigung empfanden Interviewpartner*innen als Erleichterung. Am besten sei es, dies schon im Anfangsstadium einer Erkrankung. Noch besser wäre es gewesen, wenn man sich schon in Zeiten der Gesundheit um diese Dinge gekümmert hätte (Lfnr. 3 (Abs. 113); 4 (Abs. 85); 12 (Abs. 93); 13 (Abs. 88, 90); 22 (Abs. 87); 26 (Abs. 89); 30 (Abs. 49)).

11.5 Abschiednehmen

Die Verabschiedung sowie die letzten Momente, die die Probanden mit ihrer geliebten Person hatten, waren für viele Teilnehmende besonders einprägsam. 5 Probanden erzählten, dass der überraschende Tod ihrer nahestehenden Person ein großes Hindernis in ihrer Trauer darstellen würde. Es belastete sie, dass sie den*die Sterbende*n während des Sterbeprozesses nicht hätten begleiten können (Lfnr. 1 (Abs. 5); 13 (Abs. 69); 25 (Abs. 36-38, 103, 104); 26 (Abs. 30); 30 (Abs. 39)). Analog dazu berichteten 8 Studienteilnehmende, dass sie mit der versterbenden Person die letzten Lebensschritte hätten gehen können. Es sei ihnen sehr wichtig gewesen, beim eigentlichen Sterben anwesend gewesen zu sein und sie beschrieben die Tatsache, die sterbende Person bis zum Schluss begleitet zu haben, als förderlichen Faktor für ihren Trauerverlauf (Lfnr. 11 (Abs. 149); 14 (Abs. 66); 15 (Abs. 66); 17 (Abs. 42, 54); 23 (Lfnr. 48); 27 (Abs. 75); 28 (Abs. 50, 100, 112); 29 (Abs. 45-49)). Zwei Studienteilnehmer berichteten:

„Lange hat in mir auch genagt die Tatsache, dass ich dann nichts mehr gesagt habe, dass ich mich nicht verabschiedet habe, weil ich nicht wusste, dass es zu Ende geht und dass ich so tatenlos war, ja so schockiert, so gelähmt, wie ein Statist.“ (Lfnr. 13 (Abs. 69)).

„Also während des Sterbeprozesses war das insofern hier schön, dass ich bei ihr sein durfte, und ich war Tag und Nacht bei ihr. Das war erlösend. Das war keine Belastung. Im Gegenteil.“ (Lfnr. 17 (Abs. 42)).

Im Gegensatz zu anderen Studienteilnehmenden konnte sich eine Probandin damit abfinden, nicht beim Versterben ihres Mannes dabei gewesen zu sein. Sie habe Halt und Trost in dem Gedanken an den letzten glücklichen Moment, den sie gemeinsam gehabt hätten, gefunden (Lfnr. 4 (Abs. 157)).

In den Interviews drehte sich viel um die letzten Momente, die man gemeinsam verbrachte. Lfnr. 1 belastete es, dass am letzten gemeinsamen Tag „alles schiefgelaufen ist“ (Abs. 85), Lfnr. 6 bereute es, ihren Vater nicht noch einmal in den Arm genommen zu haben, obwohl sie für eine Woche weggefahren war (Abs. 75) und Lfnr. 26 bedauerte es, sich nicht durchgesetzt zu haben, als es darum ging, im Rettungswagen mitzufahren, um so ihrem Mann zu zeigen, dass sie auch in dieser Situation für ihn da sei (Abs. 97).

Das Abschiednehmen von seiner Frau fiel dem Studienteilnehmer Lfnr. 16 besonders schwer (Abs. 63). Über einen der letzten gemeinsamen Momente berichtete Lfnr. 16:

„Wie sie dann abgeholt worden ist vom Sanitätsauto hat sie den Ring runtergezogen und hat ihn mir gegeben. [...] Über 50 Jahre hat sie den Ring nie abgelegt. Und dann habe ich gesagt: " Was soll ich jetzt damit machen?" "Mach damit was du willst, er gehört jetzt dir". Das war knallharter Abschied“ (Lfnr. 16 (Abs. 58)).

Nach dem Versterben der nahestehende Person war es für viele der Befragten wichtig, genug Zeit dafür zu haben, sich von dem*der Toten zu verabschieden. 3 Probanden hätten sich gewünscht mehr Zeit mit dem Leichnam verbringen zu dürfen (Lfnr. 3 (Abs. 150); 26 (Abs. 31-32, 34, 40); 30 (Abs. 63)), während 6 Probanden diese Zeit geschenkt bekommen hätten und ihnen dies sehr im Trauerprozess geholfen habe (Lfnr. 2 (Abs. 140); 5 (Abs. 104); 10 (Abs. 102); 25 (Abs. 104); 27 (Abs. 48); 28 (Abs. 50)).

Der Sterbeprozess an sich und der Sterbeort spielten ebenfalls insofern eine Rolle, ob das Abschiednehmen hilfreich oder weniger hilfreich für die Trauerarbeit gewesen war. Eine befragte Person belastete es, die körperlichen Veränderungen der sterbenden Person während des Sterbeprozesses mitanzusehen zu müssen und das Zimmer des elterlichen Hauses, in dem besagte Person gestorben sei, betrete sie bis heute nicht gerne (Lfnr. 8 (Abs. 63, 54, 124)). Demgegenüber hatte eine Probandin die Zeit des Abschiednehmens in der eigenen Häuslichkeit als sehr positiv in Erinnerung. Nachdem die nahestehende Person im Kreis der Familie verstorben war, seien Freunde der verstorbenen Person gekommen und es sei ein schönes Beisammensein gewesen. Jeder habe sich von dem Toten verabschiedet und es sei genug Zeit geblieben, bevor der Leichnam vom Beerdigungsinstitut abgeholt worden sei (Lfnr. 28 (Abs. 50)).

12 Gegenüberstellende Betrachtungen zur Kategorie *intrapersonale Faktoren*

Im folgenden Abschnitt werden intrapersonale Faktoren beschrieben, die sich hinderlich oder förderlich auf den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person auswirken. Nachstehende Tabelle (siehe Tabelle 6) zeigt die entstandenen Kategorien.

Hauptkategorie	Oberkategorie	Unterkategorie Ebene 1	Unterkategorie Ebene 2
Hinderliche Faktoren	Intrapersonale Faktoren	Physische und psychische Belastungen (28 Nennungen; Lfnr. 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 26, 27, 30)	
		Emotionen/Gefühle	Angst und Ungewissheit (24 Nennungen; Lfnr. 1, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 21, 23, 24, 27)

			<p>Mitleiden und Hilfslosigkeit (24 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24, 28)</p> <p>Wut und die Frage nach dem Warum (6 Nennungen; Lfnr. 4, 11, 15, 17, 19)</p> <p>Schuldgefühle/ Vorwürfe (21 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 4, 6, 7, 9, 14, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 26, 30)</p> <p>Einsamkeit und Vermissten (20 Nennungen; Lfnr. 2, 3, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 24, 26, 29)</p>
		<p>Kein Antizipieren des bevorstehenden Todes (26 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 6, 8, 11, 12, 13, 16, 25, 26, 29, 30)</p>	
		<p>Strategien der Trauerbewältigung</p>	<p>Verdrängung und Unterdrückung der Trauer (7 Nennungen; Lfnr. 12, 14, 17, 18, 22, 24)</p>
Förderliche Faktoren	Intrapersonale Faktoren	<p>Antizipieren des bevorstehenden Todes (10 Nennungen; Lfnr. 9, 10, 16, 22, 25, 27, 28, 29,)</p>	
		<p>Strategien der Trauerbewältigung</p>	<p>Auseinandersetzung mit der Trauer (74 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30)</p>
			<p>Aktiv werden (47 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30)</p>
			<p>Selbstbestimmung (6 Nennungen; Lfnr. 3, 7, 10, 15, 21, 27)</p>

Tabella 6: Kategoriensystem intrapersonale Faktoren

Der Oberkategorie *intrapersonale Faktoren* wurden alle Textabschnitte zugeordnet, die mit dem Individuum der trauernden Person eng verknüpft sind, das heißt sie beinhalten

beispielsweise die Emotionen oder Verhaltensweisen des*der Trauernden. In der Erstellung des Kategoriensystems kristallisierten sich zwei Unterkategorien der Ebene 1 heraus, die lediglich der Hauptkategorie *Hinderliche Faktoren* zugeordnet werden konnten. Es handelt sich dabei um die Unterkategorien *Emotionen und Gefühle* und *physische und psychische Belastung*. Sie sind in der Tabelle grau unterlegt.

12.1 Physische und psychische Belastungen

Die Unterkategorie der Ebene 1 *physische und psychische Belastungen* entstand lediglich auf Seiten der hinderlichen Faktoren. Viele Aussagen hatten Emotionen und Gefühle zum Inhalt, deshalb entstand in dieser Hinsicht eine eigene Unterkategorie.

Durch den Verlust des nahestehenden Menschen kam es bei einigen Trauernden zu einem Verlust des Selbstvertrauens. Es zeigten sich bei ihnen Unsicherheiten, die sie so vorher nicht gekannt hatten (Lfnr. 5 (Abs. 132)) auch auf andere Menschen zuzugehen, fiel zunehmend schwerer (Lfnr. 13 (Abs. 63); 17 (Abs. 72); 30 (Abs. 69)). 2 Trauernde gaben an, durch den Verlust Suizidgedanken entwickelt zu haben (Lfnr. 17 (Abs. 78); 26 (Abs. 46)). Eine Teilnehmerin berichtete von Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung, die sich durch das plötzliche Versterben ihres Mannes entwickelt habe (Lfnr. 13 (Abs. 36, 99)). Wegen des Gefühls stark bleiben zu müssen, hatten zwei Studienteilnehmende den Eindruck, sich selbst bei ihrer Trauerarbeit zu behindern (Lfnr. 7 (Abs. 26, 73); 10 (Abs. 38)). Die Allgegenwärtigkeit der Krankheit beschrieben Befragte als psychisch belastend (Lfnr. 16 (Abs. 85)). Die jüngeren Teilnehmenden wurden durch die schweren Krankheitsverläufe eines oder beider Elternteile ihrer unbeschwerten Jugend beraubt. Während andere in ihrem Alter in Sorglosigkeit lebten, sei deren Jugend von der Angst um die Eltern geprägt gewesen (Lfnr. 11 (Abs. 96-97), 12 (Abs. 89); 14 (Abs. 90)).

Die Pflege der erkrankten Person stellte für einige Interviewpartner*innen sowohl eine psychische als auch eine körperliche Belastung dar. Durch Schlafmangel und hohe pflegerische Herausforderungen stießen viele der Probanden an ihre Belastungsgrenzen (Lfnr. 6 (Abs. 87); 7 (Abs. 53); 11 (Abs. 110); 12 (Abs. 56); 16 (Abs. 45, 59)):

„In der Endphase, das letzte halbe Jahr, das war der pure Wahnsinn von der Belastung her.“
(Lfnr. 16 (Abs. 61)).

Durch die körperliche und seelische Mehrbelastung durch die Pflege entwickelten die Probanden starke Erschöpfungszustände (Lfnr. 15 (Abs. 158); 27 (Abs. 32)). Teilnehmende beschrieben, dass sie durch eigene Erkrankungen und der Einschränkung der

eigenen Gesundheit mit ihrer Trauer schlechter zurechtkämen (Lfnr. 3 (Abs. 160-162); 23 (Abs. 40)).

12.2 Emotionen und Gefühle

Der Unterkategorie der Ebene 1 *Emotionen und Gefühle* wurden Textabschnitte zugeordnet, in welchen sich die Befragten zu Emotionen und Gefühlen äußerten, die sie als sehr belastend und hinderlich für ihren Trauerprozess empfanden.

12.2.1 Angst und Ungewissheit

„Also hinderlich war immer dieses Gefühl, nicht genau zu wissen was passiert“ (Lfnr. 27 (Abs. 32)).

Ebenso wie Lfnr. 27 berichteten weitere Interviewpartner*innen über die Ungewissheit als häufigen Begleiter während des Krankheitsverlaufs ihrer nahestehenden Person. Die Angst vor Rückschlägen oder einem Progress der Krankheit war allgegenwärtig und stellte für die Angehörigen eine starke emotionale Belastung dar (Lfnr. 1 (Abs. 71, 96); 7 (Abs. 25); 8 (Abs. 40); 11 (Abs. 114); 12 (Abs. 88); 21 (Abs. 81); 23 (Abs. 28); 24 (Abs. 32)).

Zusätzlich äußerten die Betroffenen Zukunftsängste. „Wie wird es weitergehen? Schaffe ich das?“ (Lfnr. 23 (Abs. 38)) waren Fragen, die die Trauernden umtrieben. Den Lebensplan, den man bisher gehabt habe, gebe es nun nicht mehr und der Gedanke an die Zukunft sei schmerzhaft (Lfnr. 24 (Abs. 80)). Studienteilnehmende, die ein oder beide Elternteile verloren hatten, belastete es, wenn sie an wichtige Ereignisse in ihrem Leben dachten (Lfnr. 12 (Abs. 54); 27 (Abs. 65)). Lfnr. 14 formulierte ihre Gedanken folgend:

„Die Gedanken: Wie ist es, wenn ich mal heirate, wenn ich mal Kinder bekomme. Diese Gedanken einfach. Was kommt noch im Leben auf uns zu? Man braucht ja immer mal die Meinung der Eltern. Das sind dann halt einfach diese Dinge, die einen schon extrem belasten.“ (Lfnr. 14 (Abs. 149)).

4 Studienteilnehmende berichteten von finanziellen Sorgen, die sie belasten würden (Lfnr. 5 (Abs. 132); 23 (Abs. 28)). Das Wegfallen der Finanzkraft der erkrankten bzw. verstorbenen Person und die weiterlaufenden Lebenshaltungskosten wurden als große Herausforderung gesehen (Lfnr. 7 (Abs. 98, 100)). Lfnr. 15 führte aus, dass speziell sie als nicht erwerbstätige Frau nach Versterben ihres Ehemannes finanziell extrem unter Druck stehe. Ihre Witwenrente sei bei weitem nicht ausreichend. Nachdem man sich um die Erziehung der Kinder gekümmert habe, statt berufstätig zu sein, stehe man nun vor dem finanziellen Nichts (Lfnr. 15 (Abs. 149)).

12.2.2 Mitleiden und Hilfslosigkeit

Das körperliche und seelische Leid der erkrankten Person beschrieben einige Studienteilnehmende als unerträglich. Die durch die Erkrankung bedingten körperlichen Veränderungen waren für viele der Interviewpartner*innen nur schwer aushaltbar (Lfnr. 8 (Abs. 111); 11 (Abs. 114); 12 (Abs. 100); 15 (Abs. 60, 96); 24 (Abs. 90)). Vor allem die Schmerzen, die der geliebte Mensch ertragen musste, brannten sich in die Erinnerungen der Trauerenden ein und provozierten Erinnerungen, die man nicht mehr vergessen könne (Lfnr. 1 (Abs. 77); 2 (Abs. 71); 16 (Abs. 44); 18 (Abs. 42); 19 (Abs. 80)). Aber auch das seelische Leid, das Hadern der erkrankten Person mit ihrer Situation miterleben zu müssen, beschrieben Teilnehmende als nahezu unerträglich (Lfnr. 5 (Abs. 102); 12 (Abs. 54)). Fast noch extremer als Besagtes empfanden einige Teilnehmende ihre diesbezügliche Hilfslosigkeit (Lfnr. 2 (Abs. 74); 3 (Abs. 36,38); 12 (Abs. 55); 16 (Abs. 126); 19 (Abs. 108)). Aufgrund dieser empfundenen Pein der erkrankten Person empfanden manche Angehörige den Tod als Erlösung für den Betroffenen (Lfnr. 7 (Abs. 39); 10 (Abs. 85); 28 (Abs. 72)).

„Also das, wie gesagt, das Mitleid, das grenzenlose Mitleid über die Schmerzen und über die Pein und über die Unmenschlichkeit, mit der die Menschen gequält werden. Und dann halt die Machtlosigkeit nichts machen zu können“ (Lfnr. 17 (Abs. 48)).

12.2.3 Wut und die Frage nach dem Warum

Einige der Studienteilnehmende stellten sich die Frage nach dem Warum und beschrieben eine Wut, die bei ihnen wegen der Ungerechtigkeit des Schicksals, das ihnen widerfahren sei (Lfnr. 4 (Abs. 145); 11 (Abs. 82); 17 (Abs. 74)). Eine Teilnehmerin beschrieb z.B., dass sie den Anblick von glücklichen Paaren nicht ertrage (Lfnr. 15 (Abs. 80)). Manchmal verspüre sie ihrem Mann gegenüber eine starke Wut, weil er statt ihrer gegangen sei (Lfnr. 15 (Abs. 140)).

12.2.4 Schuldgefühle und Vorwürfe

„Wenn man das Gefühl hat sich was schuldig geblieben zu sein, dann ist die Trauer schwerer.“ (Lfnr. 2 (Abs. 112)).

Schuldgefühle und Selbst-Vorwürfe beschrieben viele der Probanden als erschwerend in ihrer Trauer. Besagte Schuldgefühle entwickelten sich aus unterschiedlichen Gründen. Manche Teilnehmende machten sich zum Vorwurf, nicht beim Sterben dabei gewesen zu sein (Lfnr. 6 (Abs. 25); 26 (Abs. 30)), die letzte verbliebene Zeit nicht optimal genutzt, (Lfnr. 1 (Abs. 9,13); 30 (Abs. 104)) oder sich nicht für einen anderen Sterbeort eingesetzt zu haben (Lfnr. 9 (Abs. 112); 21 (Abs. 44)). 2 Teilnehmende machten sich Gedanken, ob nicht ein anderer medizinischer Behandlungsweg besser gewesen wäre,

wobei sich Lfnr. 17 starke Vorwürfe machte, die erkrankte Person immer wieder zu einer Chemotherapie ermuntert zu haben, obwohl diese sie eigentlich abgelehnt habe (Lfnr. 17 (Abs. 36); 24 (Abs. 44)). Eine weitere Teilnehmerin empfand Schuldgefühle, weil sie ihren Mann zur Obduktion freigegeben hatte (Lfnr. 30 (Abs. 67)).

12.2.5 Einsamkeit und Vermissen

Das Gefühl der Einsamkeit sowie das Vermissen der verstorbenen Person nannte die Mehrzahl der Studienteilnehmenden als hinderlichen Faktor in ihrer Trauer. Durch das Fehlen der vertrauten Person würden gemeinsame Rituale des Alltags wegfallen und es fehle der gemeinsame Austausch (Lfnr. 3 (Abs. 163, 171)) auch könne man den*die Partner*in nicht mehr um Hilfe bitten oder müsse jetzt Entscheidungen allein treffen (Lfnr. 10 (Abs. 72); 24 (Abs. 145)). Nach der Beerdigung realisiere man den vollen Umfang des Alleinseins noch nicht, da es zu viele Dinge gäbe, um die man sich kümmern müsse. Doch zu einem späteren Zeitpunkt falle man in ein „Loch“ (Lfnr. 15 (Abs. 60)). Auch die fehlende körperliche Nähe und die fehlende Zweisamkeit spiele eine negative Rolle, so dass mit Verstreichen der Zeit die Sehnsucht sich nicht verringere, sondern zunehme (Lfnr. 10 (Abs. 126); 26 (Abs. 82)).

12.3 Antizipieren des bevorstehenden Todes

Den bevorstehenden Tod der nahestehenden Person nahen zu sehen und die Möglichkeit zu haben, sich darauf vorbereiten zu können, nannten die Interviewpartner*innen als einen erleichternden Faktor für den Trauerprozess:

„Also mir hat sehr geholfen [...] zu wissen, dass das passiert [...], weil wir als Familie die Möglichkeit hatten, uns damit abzufinden und damit ein Stück weit anzufreunden, manche Sachen vorzubereiten, wichtige Sachen auch zu klären und auszutauschen“ (Lfnr. 27 (Abs. 72)).

Ähnliches berichteten andere Studienteilnehmende. Sie waren froh eine Zeit gehabt zu haben, die ihnen ermöglichte, sich mit dem Tod und dem Sterben auseinanderzusetzen (Lfnr. 9 (Abs. 126); 10 (Abs. 78-79); 29 (Abs. 77)). Es sei hilfreich, in dieser Zeit intensive Gespräche zu führen sowie die Chance zu haben, sich Informationen über die Krankheit und den Sterbeprozess einholen zu können (Lfnr. 9 (Abs. 85); 22 (Abs. 38, 63); 28 (Abs. 54)).

Studienteilnehmende, die vom Tod der nahestehenden Person überrascht wurden, fehlte diese Vorbereitungszeit. Lfnr. 1 hatte vermittelt bekommen, dass mit einem baldigen Tod nicht zu rechnen sei. Das hatte zur Folge, dass sie sich auch nicht mit dem Tod auseinandersetzte (Abs. 45, 47). Noch heute sei dies ein Thema ihrer Trauer, welches

sie stark belaste (Abs. 5)). In anderen Fällen war keine Krankheitsphase vorausgegangen, sodass keine Chance bestand, sich auf den Tod der nahestehenden Person vorzubereiten:

„Erschwerend für den Trauerprozess ist ja ganz zweifelsohne das Urplötzliche“ (Lfnr 13 (Abs. 36)).

Andere wollten den bevorstehenden Tod nicht wahrhaben und verhinderten somit für sich eine adäquate Vorbereitung darauf (Lfnr. 6 (Abs. 22, 25); 8 (Abs. 52); 17 (Abs. 40)). Während der Krankheitsphase „funktioniere man einfach“, daher komme wohl die Realisierung des bevorstehenden Todes mit all seinen Konsequenzen zu kurz (Lfnr. 12 (Abs. 51, 89)).

12.4 Strategien der Trauerbewältigung

Dieser Unterkategorie der Ebene 1 wurden Aussagen der Trauerenden zugeordnet, die sich auf ihre Strategien der Trauerbewältigung beziehen, welche sie als hinderlich oder förderlich in ihrem Trauerprozess empfanden. Die Befragten äußerten sich viel zu förderlichen Strategien, während nur wenige Aussagen den erschwerenden Strategien zugeteilt werden konnten, sodass auf Seite der hinderlichen Faktoren lediglich die Unterkategorie der Ebene 2 *Verdrängung und Unterdrückung der Trauer* zugeordnet ist.

12.4.1 Verdrängung und Unterdrückung der Trauer

Als erschwerende „Strategie“ der Trauerbewältigung nannten Teilnehmende die Verdrängung und Unterdrückung der Trauer. Es koste viel Energie, die Trauer mit all den damit verbundenen Gefühlen zu unterdrücken (Lfnr. 12 (Abs. 65)). Zwei Interviewpartner*innen erklärten sich dieses Verhalten mit dem Nichtwahrhaben wollen des noch bevorstehenden oder schon eingetretenen Todes des geliebten Menschen (Lfnr. 17 (Abs. 72); 24 (Abs. 42)). Die Unterdrückung der Gefühle und Emotionen während des Krankheitsprozesses sowie das Festklammern an der Normalität bedauerte Lfnr. 18 rückblickend zutiefst (Abs. 38, 104). Sich seinen Alltag mit vielen Terminen zu füllen, sei eine Art Flucht vor der Trauer gewesen. Dies sei zwar vordergründig gut, da Besagtes ablenke, doch wäre es besser gewesen, der Trauer auch seinen Raum zu gewähren (Lfnr. 14 (Abs. 78)).

12.4.2 Auseinandersetzung mit der Trauer

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Trauer wurde als förderliche Strategie in der Trauerbewältigung beschrieben. Dabei wurden folgende Methoden genannt:

Aufarbeitung des Geschehenen: Offene Fragen zum Krankheits- oder Sterbeprozess nach Versterben der nahestehenden Person, klären zu können, nannten 3 Studienteilnehmende als hilfreich. Konkret bedeutete dies: Sich mit dem behandelnden Team zu treffen, um die letzten Befunde, die Sterbesituation sowie anstehende Fragen zu besprechen (Lfnr. 9 (Abs. 102); 13 (Abs. 48); 30 (Abs. 92)). Das Festhalten der Krankheitszeit mit Erinnerungsbüchern half Lfnr. 28 dabei, das Geschehene nachvollziehen zu können (Abs. 75-76). Es sei ausschlaggebend, die Situation so zu akzeptieren und anzunehmen, wie sie sich darstelle (Lfnr. 20 (Abs. 106)). Das Abfinden mit dem „Nicht-Änderbaren“ könne Erleichterung verschaffen (Lfnr. 22 (Abs. 38)).

Informationen zum Thema Trauer einholen: 8 Studienteilnehmende erachteten es als förderlich in ihrem Trauerprozess, sich mit dem Thema Trauer zu befassen. Durch Fachliteratur, der Teilnahme an Seminaren sowie durch den Besuch der Trauergruppe konnten sie sich über die Trauer informieren (Lfnr. 1 (Abs. 7); 8 (Abs. 122); 14 (Abs. 80); 19 (Abs. 110); 23 (Abs. 67); 26 (Abs. 51); 27 (Abs. 62)).

Reden und Austausch: Die Mehrzahl der befragten Personen nannten das Reden über die Trauer und den Austausch mit anderen Menschen, die die gleiche Erfahrung gemacht hatten, als eine gute Bewältigungsstrategie. Gerade mit Personen, die ähnliche Verlusterfahrungen hätten machen müssen, aber auch mit nahestehenden Personen aus dem Freundes- und Familienkreis sei solch ein Austausch hilfreich (Lfnr. 8 (Abs. 161); 12 (Abs. 129); 27 (Abs. 61); 21 (Abs. 70)).

Erinnerung an verstorbene Person erhalten: Dass die verstorbene Person nicht in Vergessenheit gerät, war für viele Trauernden ein wichtiger Faktor. Ihre Methoden waren dabei: Über die Verstorbenen sprechen, zu überlegen wie der- oder diejenige in Situationen reagieren oder welche Meinung er*sie vertreten würde und die Erinnerungen an Eigenheiten oder Vorlieben des*der Verstorbenen wachzuhalten. All dies habe den Trauernden das Gefühl gegeben, dass die verstorbene Person auf diese Weise an ihrem Alltag teilnehmen würde (Lfnr. 1 (Abs. 35); 3 (Abs. 165); 8 (Abs. 87); 27 (Abs. 70); 28 (Abs. 100)). Durch das Weiterführen von Unternehmungen, die man früher gemeinsam gemacht hatte, fühlte sich Lfnr. 6 der verstorbenen Person besonders nah (Abs. 83). Das Aufstellen von Bildern oder das Errichten einer kleinen Gedenkstätte wurde als Möglichkeit gesehen, die verstorbene Person sozusagen weiter existent zu halten (Lfnr. 2 (Abs. 156); 8 (Abs. 161); 12 (Abs. 81); 16 (Abs. 150); 17 (Abs. 50); 18 (Abs. 113)). Für manche Trauernde war es wichtig, durch den regelmäßigen Besuch der Grabstätte mit der verstorbenen Person in Verbindung zu treten, dort trauern zu können und die Erinnerungen

an den geliebten Menschen wachzuhalten (Lfnr. 8 (Abs. 149); 16 (Abs. 107); 19 (Abs. 113); 24 (Abs. 139); 25 (Abs. 88)).

Gefühle und Trauer zulassen: Die Trauer zuzulassen und die damit verbundenen Gefühle zu akzeptieren, erachteten Teilnehmende als förderlichen Faktor für ihren Trauerprozess. Man müsse der Trauer Zeit geben (Lfnr.4 (Abs. 141); 10 (Abs. 53)), starke Trauerphasen annehmen (Lfnr. 5 (Abs. 70)), Tränen nicht zurückhalten. Jede Emotion solle man zulassen (Lfnr. 14 (Abs. 143); 20 (Abs. 156)). Man solle in sich hinein hören, auf die eigenen Bedürfnisse achten und der Trauer den Raum geben, wenn den diese benötige (Lfnr. 2 (Abs. 94); 5 (Abs. 76)).

„Wenn ich trauern muss, dann trauere ich, dann weine ich, dann lasse ich das raus.“ (Lfnr. 24 (Abs. 137)).

12.4.3 Aktiv werden

Ablenkung suchen: Nicht nur die Auseinandersetzung mit der Trauer, sondern auch die Ablenkung wurde als Trauerbewältigungsstrategie genannt. Es sei auch wichtig, mal auf andere Gedanken zu kommen und den Trauerschmerz zeitweise abzustellen (Lfnr. 2 (Abs. 106); 7 (Abs. 124)). Einige der Teilnehmenden fanden Ablenkung in ihrer Arbeit (Lfnr. 3 (Abs. 91); 7 (Abs. 79); 9 (Abs. 63)), speziell der geregelte Tagesablauf sei hilfreich dabei gewesen (Lfnr. 13 (Abs. 121)). Andere suchten Ablenkung in der Ausübung alter Hobbys oder dem Zuwenden neuer Freizeitbeschäftigungen (Lfnr. 4 (Abs. 73); 10 (Abs. 124); 17 (Abs. 80); 21 (Abs. 77); 28 (Abs. 102)).

Gesellschaft suchen: *„Unter Menschen zu gehen, das ist ganz wichtig“* (Lfnr. 21 (Abs. 76)).

Sich viel in Gesellschaft zu begeben, nannten 12 der Studienteilnehmenden als weitere Bewältigungsstrategie. Sich mit anderen Menschen zusammen zu tun, diene zum einen der Ablenkung und zum anderen dem Verhindern von Einsamkeit (Lfnr. 6 (Abs. 43); 23 (Abs. 67)). Einige Probanden konnten mit anderen Teilnehmenden der Trauergruppe Kontakte knüpfen. Besonders die Gesellschaft von Menschen mit ähnlichem Schicksal sei hilfreich (Lfnr. 1 (Abs. 81); 19 (Abs. 110); 24 (Abs. 76); 29 (Abs. 130)).

Bewegung: Acht Interviewpartner nannten als weitere positive Strategie körperliche Bewegung, am besten in der Natur:

„Gut tut immer, für sich was Gutes tun. Sich um sich kümmern. Ob das jetzt Sport ist oder Hobbies. Also für mich ist Bewegung [...] das beste was ich tun kann für mich, für meine Trauer, für alles insgesamt“ (Lfnr. 5 (Abs. 130)).

12.4.4 Selbstbestimmung

Nachdem ihr Leben durch die Krankheit der nahestehenden Person meist fremdbestimmt war, war es für einige Trauerende wichtig, wieder mehr an sich selbst zu denken. Man solle nicht in der Vergangenheit leben, sondern das Leben wieder zulassen. Dies sei eine positive Strategie (Lfnr. 3 (Abs. 59); 15 (Abs. 82)). Man solle lernen, gesellschaftliche Konventionen zu relativieren und nicht einseitig nur nach der Meinung anderer leben. Stattdessen solle man in sich hineinhören und vermehrt den eigenen Bedürfnissen Raum geben und danach handeln (Lfnr. 7 (Abs. 84); 10 (Abs. 53, 66); 21 (Abs. 77)).

„Also auszuloten, was möchte ich denn wirklich, was tut mir wirklich gut? Oder wo bin ich jetzt nur eine Marionette für andere oder wo mache ich ganz viel für andere und wo verliere ich mich eigentlich selbst. Also sich selbst zu finden, das ist glaube ich immer wichtig“ (Lfnr. 27 (Abs. 60)).

13 Übersicht zum Kategoriensystem

Für eine abschließende Betrachtung der vorangegangenen Ergebnisse wird in der nachfolgenden Tabelle das komplette Kategoriensystem (siehe Tabelle 7) aufgeschlüsselt. Zu den Kategorien sind Nennungen angegeben. Sie zeigen an, wie oft Aussagen zur entsprechenden Kategorie getroffen wurden und welche teilnehmenden Personen sie tätigten.

Hauptkategorie	Oberkategorie	Unterkategorie Ebene 1	Unterkategorie Ebene 2
Hinderliche Faktoren	Betreuung der erkrankten und der trauernden Person	Medizinische Betreuung	Kommunikation (39 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30)
			Strukturelle Probleme (21 Nennungen; Lfnr. 2, 6, 7, 10, 12, 15, 19, 20, 23, 28)
			Umgang mit der/dem Erkrankten (40 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 29)
			Umgang mit Angehörigen (21 Nennungen; Lfnr. 1, 3, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 23, 27, 28)
			Palliativmedizin (5 Nennungen; Lfnr. 1, 7, 14, 18, 24)
		Psychologische Betreuung (4 Nennungen; Lfnr. 1, 4, 24, 29)	
		Geistlicher Beistand (2 Nennungen; Lfnr. 13)	
	soziales Umfeld	Verhaltensweisen im Umgang mit dem*der Trauernden	Bewertung der Trauer (5 Nennungen; Lfnr. 4, 13, 15, 23, 24)
			leere Phrasen / Floskeln (14 Nennungen; Lfnr. 2, 3, 4, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 20, 23, 24)
			Totschweigen des*r Verstorbenen (11 Nennungen; Lfnr. 3, 4, 8, 11, 12, 19, 23, 25, 29)

			Ignoranz und Unverständnis der Mitmenschen (20 Nennungen; Lfnr. 2, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 23, 30)
		Gesellschaftliche und kulturelle Konventionen (16 Nennungen; Lfnr. 2, 5, 7, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20, 23, 26, 27)	
		Familie (48 Nennungen; Lfnr. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30)	
		Freunde (18 Nennungen; Lfnr. 1, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 17, 18, 21, 22, 25, 27, 28, 30)	
		Arbeitsumfeld (15 Nennungen; Lfnr. 1, 5, 6, 11, 12, 14, 15, 18, 22, 23, 27, 28, 29)	
	Beziehung zur verstorbenen Person	Umgang der verstorbenen Person mit ihrer Erkrankung (8 Nennungen; Lfnr. 16, 21, 25)	
		Art der Beziehung (25 Nennungen; Lfnr. 1, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 30)	
		Kommunikation mit der sterbenden Person (45 Nennungen; Lfnr. 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 30)	
		Abschiednehmen (26 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 6, 8, 11, 12, 13, 16, 25, 26, 29, 30)	
	Intrapersonale Faktoren	Physische und psychische Belastungen (28 Nennungen; Lfnr. 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 26, 27, 30)	

		Emotionen/Gefühle	Angst und Ungewissheit (24 Nennungen; Lfnr. 1, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15, 21, 23, 24, 27)
			Mitleiden und Hilfslosigkeit (24 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24, 28)
			Wut und die Frage nach dem Warum (6 Nennungen; Lfnr. 4, 11, 15, 17, 19)
			Schuldgefühle/ Vorwürfe (21 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 4, 6, 7, 9, 14, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 26, 30)
			Einsamkeit und Vermissen (20 Nennungen; Lfnr. 2, 3, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 24, 26, 29)
			Kein Antizipieren des bevorstehenden Todes (26 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 6, 8, 11, 12, 13, 16, 25, 26, 29, 30)
		Strategien der Trauerbewältigung	Verdrängung und Unterdrückung der Trauer (7 Nennungen; Lfnr. 12, 14, 17, 18, 22, 24)
Förderliche Faktoren	Betreuung der erkrankten und trauernden Person	Medizinische Betreuung	Kommunikation (19 Nennungen; Lfnr. 1, 6, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 20, 23, 28)
			Umgang mit Erkranktem*r (24 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 5, 10, 12, 16, 17, 20, 23, 24, 26, 30)
			Umgang mit Angehörigen (15 Nennungen; Lfnr. 1, 4, 7, 9, 10, 15, 20, 23, 25, 27, 30)
			Hausärztliche Betreuung (10 Nennungen; Lfnr. 4, 10, 13, 20, 21, 28)
			Palliativmedizin (60 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 22, 24, 25, 27, 29, 30)

		Psychologische Betreuung (21 Nennungen; Lfnr. 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 21, 24, 26, 27, 28, 29, 30)	Trauergruppe (19 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 19, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30)
		Geistlicher Beistand (8 Nennungen; Lfnr. 1, 9, 12, 19, 24, 27)	
soziales Umfeld	Verhaltensweisen im Umgang mit dem/der Trauerenden		Unaufgeforderte Unterstützung und Trost (10 Nennungen; Lfnr. 11, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 25, 27)
			Verständnis und Akzeptanz der Verhaltensweise der trauernden Person (15 Nennungen; Lfnr. 2, 4, 5, 13, 15, 21, 23, 24, 25)
		Familie (42 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29)	
		Freunde (46 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 28)	
		Arbeitsumfeld (15 Nennungen; Lfnr. 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 17, 18, 22, 25, 26, 28, 30)	
Beziehung zur verstorbenen Person	Umgang der verstorbenen Person mit ihrer Erkrankung (7 Nennungen; Lfnr. 10, 19, 22, 24, 27)		
	Art der Beziehung (11 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9)		
	Kommunikation mit der sterbenden Person (30 Nennungen; Lfnr. 2, 3, 4, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 22, 26, 27, 30)		
	Abschiednehmen (15 Nennungen; Lfnr. 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 17, 18, 22, 25, 26, 28, 30)		

		Gemeinsam genutzte Zeit (17 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 7, 12, 14, 15, 17, 20, 24, 25, 27, 28)	
	Intrapersonale Faktoren	Antizipieren des bevorstehenden Todes (10 Nennungen; Lfnr. 9, 10, 16, 22, 25, 27, 28, 29,)	
		Strategien der Trauerbewältigung	Auseinandersetzung mit der Trauer (74 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30)
			Aktiv werden (47 Nennungen; Lfnr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30)
			Selbstbestimmung (6 Nennungen; Lfnr. 3, 7, 10, 15, 21, 27)

Tabelle 7: Übersicht zum Kategoriensystem mit Haupt- und Oberkategorie, sowie Unterkategorien der Ebene 1 und 2

V. Diskussion

14 Methodendiskussion

14.1 Stichprobe und Rekrutierung der Interviewpartner*innen

Bei den befragten Trauernden handelte es sich um Teilnehmende einer geleiteten Trauergruppe, was zwangsläufig zu einer Selektion führte. Dadurch ergeben sich folgende Fragestellungen: Welche Menschen nehmen an solchen Trauergruppen teil? Haben die Trauernden vielleicht einen besonders hohen Leidensdruck, der sie dazu bewegt, sich einer Trauergruppe anzuschließen? Würde die Stichprobe überwiegend schwerere Trauerverläufe repräsentieren? Oder handelt es sich lediglich um Menschen, die sich, unabhängig von der Qualität ihrer Trauer, mit anderen Trauernden austauschen möchten? Durch ihre Teilnahme an der Trauergruppe hatten die Studienteilnehmenden sich aktiv dazu entschieden, sich mit ihrer Trauer auseinanderzusetzen. Es ist daher zu vermuten, dass Trauernde, die sich bereits einer Trauergruppe öffnen konnten, andere Forschungsergebnisse zeigten als Trauernde, die keine Trauergruppe besuchen. Auch die Freiwilligkeit der Teilnahme kann zu einer einseitigen Selektion führen. Die Teilnahme freiwilliger Proband*innen könnte z.B. dadurch motiviert sein, auf Missstände hinweisen zu können, um mit ihren Äußerungen zu deren Verbesserung beizutragen. Zieht man Letzteres in Betracht, könnten vielleicht Menschen mit schlechten Erfahrungen eher teilnehmen wollen als Personen, die in ihrer Trauersituation weniger oder keine Missstände erlebt hatten. Es soll an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden, dass bei der Akquirierung der Proband*innen nicht vorher eruiert wurde, wie die Qualität oder die Intensität der jeweiligen Trauerverläufe war. Oder anders ausgedrückt: Es wurde im Vorfeld nicht untersucht, ob bei den Probanden eine Anhaltende Trauerstörung oder ein eher resilienter Trauerverlauf vorliegt. Nichtsdestotrotz können Ergebnisse dieser Arbeit vor allem zu einer Erkenntniserweiterung bezüglich Risikofaktoren von Anhaltender Trauerstörungen beitragen.

Die befragten Personen waren altersheterogen, befanden sich in unterschiedlichen beruflichen und privaten Lebenslagen und betrauernten unterschiedliche „Sozialpartner“. Die betrauernten Personen verstarben auf unterschiedliche Weise, an unterschiedlichen Sterbeorten. Vor allem ist erheblich, dass der Sterbezeitpunkt der Verstorbenen zeitlich große Unterschiede aufwies. Dank dieser heterogenen Sachlage konnte ein breitgefächertes Spektrum an Meinungen und Erfahrungen für eine Inhaltsanalyse eingeholt werden. Es bestand zwar ein Ungleichgewicht im Hinblick auf die Geschlechterverteilung, was sich allerdings mit der aktuellen Forschungslage deckt. Danach nehmen Frauen im

Vergleich zu Männern häufiger psychotherapeutische Hilfe in Anspruch (vgl. Robert Koch-Institut 2017). Dies spiegelt sich in der hohen Anzahl an weiblichen Teilnehmenden in der Trauergruppe wider. Aufgrund der Fallzahl von N=30 Interviewpartner*innen können aus den Ergebnissen keine pauschalen und allgemeingültigen Schlussfolgerungen abgeleitet werden. Dennoch konnte durch die explorative Herangehensweise in dieser Untersuchung Hypothesen gewonnen werden, die zukünftigen quantitativen Erhebungen als Grundlage dienen können, um sie weitergehend zu prüfen.

14.2 Leitfadeninterview und qualitative Analyse

Die qualitative Forschung ist eine etablierte und anerkannte Forschungsmethode, welche auch in der medizinischen Forschung immer häufiger zum Einsatz kommt (vgl. Lorenz et al. 2007). Die qualitative Forschung eignet sich besonders zur Beobachtung und Ergründung von Motivationen, Gedanken und Lebenserfahrungen. Dabei geht es darum, komplexe Sachverhalte zu beschreiben, Zusammenhänge zu verstehen und zu interpretieren. Die Stärke der qualitativen Forschung besteht in der Offenheit gegenüber den Studienergebnissen. Um eine größtmögliche Offenheit zu gewährleisten, wurde bewusst auf die Formulierung von Hypothesen zu Beginn der Studie verzichtet, sodass lediglich die Forschungsfrage den Ausgangspunkt dieser Arbeit darstellt. Anhand der Studienergebnisse und unter Einbezug empirischer Erkenntnisse werden Schlussfolgerungen entwickelt, die als Grundlage für großangelegte, quantitative Untersuchungen dienen können. Die Schlussfolgerungen dieser Forschungsarbeit werden in der folgenden Diskussion dargestellt.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage – die Identifizierung von förderlichen und hinderlichen Einflussfaktoren auf den Trauerprozess – stellte sich die qualitative Inhaltsanalyse von halbstrukturierten Interviews als passende Forschungsmethode heraus. Trauer an sich ist individuell in ihrer Erscheinungsform. Die Methode der halbstrukturierten Interviews gab den Trauernden Raum über ihre individuellen Trauererfahrungen zu berichten, ohne von strikten Vorgaben eines Fragebogens gelenkt zu sein. Nichtsdestotrotz zeigten sich rückblickend Einschränkungen bezüglich der Forschungsmethode. Da es sich im Interview-Sujet meist um Situationen und Sachverhalte handelte, die zum Teil zeitlich lang zurücklagen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass es bei den retrospektiven Antworten zu Verzerrungen des ursprünglich Erlebten kommen konnte.

Durch Literaturrecherche erarbeitete sich die Forschende ein gewisses Vorverständnis, welches im Theorieteil dargelegt wird. Dennoch muss an dieser Stelle auch auf das implizierte Vorverständnis der Forschenden hingewiesen werden. Durch etwaige Vorurteile

oder persönliche Einstellungen konnte es möglicherweise zur Beeinflussung der Studie kommen, beispielsweise indem bestimmte Themen forciert besprochen oder bestimmte Antworten gar provoziert worden waren.

Auch die Interviewsituation an sich kann eine Beeinflussung der Studienergebnisse bewirken. Es wurde zwar auf möglichst gleiche Gesprächsbedingungen geachtet, doch konnte nicht verhindert werden, dass Störfaktoren wie beispielsweise eine Interviewunterbrechung oder die Tonbandaufnahme die befragten Trauernden in ihren Antworten beeinflussten.

Bei der Durchführung der Interviews stellte sich bei der Forschenden ein Lernprozess ein, der möglicherweise dazu führte, dass Fragen anders formuliert oder Fragen, die sich als scheinbar überflüssig darstellten, weggelassen wurden. Inwieweit dies die Studienergebnisse beeinflusste, entzieht sich der Kenntnis der Forschenden.

Anhand des Interviewleitfadens wurde versucht, die Antworten der befragten Person zeitlich dahingehend einzuordnen, um zu erfahren, ob der jeweilige Aspekt während des Krankheitsverlaufs, während der Sterbephase oder erst nach dem Versterben bei der untersuchten Person auftrat. Allerdings stellte sich heraus, dass diese zeitliche Einteilung oftmals nicht möglich war, da sich viele der Aspekte nicht eindeutig einer der genannten Phase zuordnen ließen. So kann beispielsweise der Verlust von Freundschaften in allen Phasen einen hinderlichen Faktor darstellen. Vor allem die Äußerungen zu Aspekten im Krankheitsverlauf bzw. im Sterbeprozess ließen sich häufig nicht oder nur unscharf voneinander trennen.

Durch die hohe Emotionalität des Forschungsthemas, kam es bei den Interviews häufig zu Tränen, was in manchen Fällen leider zu einer schlechten Tonaufnahmequalität führte, sodass diese Interviewabschnitte nicht transkribiert werden konnten.

Die Kodierung und Auswertung der Daten erfolgte durch die Forschende, eine Mehrfachkodierung durch zusätzliche Personen zur Erhöhung der Zuverlässigkeit fand nicht statt. Durch die Diskussion des Kategoriensystems im Forschungsteam konnte zwar die Intersubjektivität der Ergebnisse nicht gänzlich untersucht werden, dennoch konnte somit dieser Einschränkung entgegengewirkt werden.

Trotz der aufgeführten Limitationen konnte die Studie die Forschungsfrage beantworten. Unter Berücksichtigungen der Gütekriterien zur qualitativen Forschung (siehe Kapitel 6.2) konnte die Aussagekraft der Studie gesichert werden.

15 Diskussion der inhaltlichen Kategorien und Beantwortung der Forschungsfrage

Auf Grundlage des Kategoriensystems werden im folgenden Teil der Forschungsarbeit die Ergebnisse der beiden Hauptkategorien mit ihren jeweils vier Oberkategorien anhand aktueller wissenschaftlicher Studien diskutiert und die Forschungsfrage beantwortet. Diese lautete wie folgt:

Welche Faktoren wirken sich hinderlich und welche förderlich auf den Trauerprozess von Nahestehenden eines*einer Verstorbenen aus?

Dabei galt die Annahme, dass ein Trauerprozess bereits vor dem Versterben angebahnt wird. Dies bedeutet: Faktoren, die den Trauerprozess hinderlich oder förderlich beeinflussen, können bereits während des Krankheitsverlaufs auftreten.

Anhand der Interviews konnten Faktoren, die den Trauerprozess beeinflussen, ermittelt werden. Ob und inwiefern diese Ergebnisse im Einklang mit bereits vorhandenen empirischen Erkenntnissen stehen oder abweichen, soll anschließend diskutiert werden.

15.1 Medizinische, psychologische und geistliche Betreuung der trauernden Person

Wie in Kapitel 4.4 beschrieben, identifizierten Pflegewissenschaftler*innen bereits in den 70er Jahren die Bedürfnisse von Angehörigen schwerstkranker Personen (vgl. Molter 1979). Schon damals wurde die positive Bedeutung einer ehrlichen Kommunikation zwischen behandelndem Team und Nahestehenden thematisiert. Auch spätere Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen, wobei diese Bedürfnisse hinsichtlich ihrer Relevanz für die Angehörigen hierarchisiert werden konnten. Erste Priorität habe demnach für die Angehörigen Informationen und Sicherheit/Gewissheit, während persönliche Belange oder das eigene Wohlbefinden eher nachrangig seien (vgl. Padilla Fortunatti 2014; Hönig und Gündel 2016). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen weitere Untersuchungen, wonach Angehörige besonders den Wunsch nach einer offenen Kommunikation in Bezug auf Diagnose, Prognose und Klarheit bezüglich des Versterbens hatten (vgl. Morris et al. 2020). Diese empirischen Erkenntnisse werden durch die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit bestätigt. So wurden in den Interviews häufig die Kommunikation mit den medizinischen Fachkräften thematisiert und in Bezug zum Trauerprozess gebracht. So berichtete eine Teilnehmende, dass sie der Tod ihres Vaters aufgrund falscher Angaben ärztlicherseits völlig überraschend getroffen habe und dies für sie ein Hindernis in ihrer

Trauerarbeit bedeutet habe. Die in Kapitel 9.1.1. beschriebenen Ergebnisse zeigen, dass eine ehrliche und transparente Kommunikation während des Krankheitsverlaufs und der Sterbephase ausschlaggebend für einen positiv verlaufenden Trauerprozess sind. Mangelhafte Kommunikation kann zur Folge haben, dass Angehörige die Situation falsch einschätzen und sie deshalb das Versterben der nahestehenden Person unvorbereitet trifft. Negativbeispiele aus den Interviews machen auch die besondere Bedeutung eines Gesprächssettings deutlich. Die Mitteilung einer schwerwiegenden Diagnose auf dem Krankenhausflur ist in Bezug auf einen sich anbahnenden Trauerprozess wenig hilfreich und zeugt von mangelnder Empathie seitens des medizinischen Personals. Gerade das fehlende Einfühlungsvermögen im Umgang mit den Angehörigen wurde von einigen Studienteilnehmenden als ein hinderlicher Faktor in der Trauerverarbeitung genannt. Entsprechend den bereits genannten empirischen Erkenntnissen (vgl. Leske 1986; Lam und Beaulieu 2004; Hönig und Gündel 2016) äußerten die Befragten der Studie ihr großes Bedürfnis nach Information und Sicherheit bezüglich des weiteren Geschehens mit der kranken Person. Vor allem die Nicht-Involviertheit bei wichtigen Gesprächen und Entscheidungsfindungen stellte für viele ein Problem dar. Es erscheint durch Besagtes einleuchtend, dass der verbalen aber auch der nonverbalen Kommunikation mit den Angehörigen eine große Bedeutung zukommt. Die Studienergebnisse als auch andere Untersuchungen zeigen, dass die Kommunikation im medizinischen Alltag insbesondere in der Thematisierung des Sterbeprozesses eine enorme Herausforderung darstellt (vgl. Granek et al. 2013). Daher steht die Verbesserung der Kommunikationskompetenz schon längere Zeit im Fokus von Forschungsarbeiten (vgl. Wenrich et al. 2001). Auch hier wird die Relevanz ehrlicher, klar verständlicher Sprache betont und das Angebot zum Austausch über das Sterben und die Ermunterung, Fragen zu stellen, herausgestellt. Eine einfühlsame Gesprächsführung, die Raum und genügend Zeit beinhaltet, kann als enorme Unterstützung wirken (vgl. Wenrich et al. 2001). Die Studienergebnisse verdeutlichen, wie wichtig das im Theorieteil erläuterte SPIKES-Schema für schwierige Gesprächssituationen ist (siehe Kapitel 4.4).

Hinsichtlich der Kommunikation und des generellen Umgangs mit Nahestehenden einer erkrankten Person lässt sich anhand der mit empirischen Erkenntnissen übereinstimmenden Ergebnissen, folgende Schlussfolgerung aufstellen:

Die Kommunikation und der Umgang mit den Nahestehenden eines Patienten sind bedeutende Faktoren für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren für den Trauerprozess sind:

1. Seltene und mangelhafte Kommunikation
2. Widersprüchliche Informationen
3. Unpassendes Setting zur Mitteilung schwieriger Nachrichten
4. Unverständnis und unfreundliches Auftreten gegenüber den Angehörigen
5. Ausschluss der Angehörigen bei Gesprächen und Entscheidungsfindungen
6. Alleingelassen sein während des Sterbeprozesses

Förderliche Faktoren für den Trauerprozess sind:

1. Offene, ehrliche und transparente Kommunikation
2. Gespräche in einem angemessenen Setting und einer angenehmen Atmosphäre
3. Empathische ärztliche Gesprächsführung, insbesondere beim Überbringen von schlechten Nachrichten
4. Aufklärung, Information und Einbezug der Angehörigen in den Therapieverlauf
5. Verständnisvoller und empathischer Umgang mit den Angehörigen

Viele der genannten Punkte gelten ebenfalls für den Umgang des Betreuungspersonals mit der erkrankten Person. Die empirische Erkenntnis, dass Angehörige ihre eigenen Bedürfnisse zurückstellen, solange sie ihre erkrankte, nahestehende Person gut versorgt wissen (vgl. Hönig und Gündel 2016) macht deutlich, wie sehr der Umgang mit dem*der Patient*in Einfluss auf die Gefühlswelt der Angehörigen und auf deren Trauerprozess hat. Neben einfühlsamem Umgang waren den Trauernden vor allem der Erhalt der Lebensqualität und das Eingehen auf die Bedürfnisse der erkrankten Person wichtig. Es belastete sie, zu sehen, wie ihre nahestehende Person unter Schmerzen litt, sodass viele im Interview äußerten, dass der Fokus der Behandlung auf der Lebensqualität liegen sollte und weniger auf der Verlängerung des Lebens und damit des Leidens. Ob die Nahestehenden diese Äußerung auch zu einem Zeitpunkt getätigt hätten, als noch Hoffnung auf Heilung bestanden hatte oder ob es sich um Aussagen handelte, die man eher retrospektiv macht, ist an dieser Stelle nicht beantwortbar. Eindeutig konnte jedoch festgestellt werden, dass eine gute Schmerz- und Symptomkontrolle zu jedem Zeitpunkt der Behandlung von großer Bedeutung nicht nur für den Erkrankten bzw. die Erkrankte ist. In manchen Interviews fiel das Wort „Unmenschlichkeit“ im Zusammenhang mit der medizinischen oder pflegerischen Betreuung. Wenn der Patient oder die Patientin nicht mehr als Mensch wahrgenommen wurde, sondern wie eine Nummer oder Fallpauschale behandelt wurde, stellte dies eine große Belastung für die Angehörigen dar. Dem Begriff der Unmenschlichkeit bzw. der Entmenschlichung steht der der Würde gegenüber. Diese wird laut Interviewpartner*innen durch einen empathischen und verständnisvollen Umgang mit der erkrankten Person gewahrt, wobei der Aspekt der Selbstbestimmtheit

und dem Erhalt der Lebensqualität eine besondere Bedeutung zukommt. Die Studienergebnisse heben die Bedeutung des im Theorieteil beschriebenen Konzepts der Würde nach Chochinov hervor („ABCD der Würde“). Es handelt sich dabei um ein bestehendes Konzept der Palliativmedizin (vgl. Münch 2020), sodass man davon ausgehen kann, dass gerade dort in besonderer Weise darauf geachtet wird, dass die Würde der erkrankten Person gewahrt bleibt. Das übergeordnete Ziel einer ganzheitlichen palliativen Versorgung ist es daher, der erkrankten Person ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Dabei gelten die Linderung somatischer und psychischer Symptome, die Berücksichtigung psychosozialer, existenzieller und spiritueller Aspekte sowie der Erhalt der Lebensqualität als wesentliche Faktoren für eine gute ganzheitliche Begleitung (vgl. Mehnert et al. 2006). Diese Grundsätze sind auf einer normalen Krankenhausstation in der Regel schwer umsetzbar, was mehrere Studienteilnehmende bestätigten. Auch eine nicht gewährte Privatsphäre während des Sterbeprozesses wurde in diesem Zusammenhang negativ aufgeführt.

Anhand der Ergebnisse entsteht angesichts des Umgangs des Betreuungspersonals mit der erkrankten Person folgende Schlussfolgerung:

Der Umgang mit der erkrankten Person durch das betreuende Team ist ein bedeutender Faktor für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren im Umgang mit der erkrankten Person sind:

1. Missachtung der Bedürfnisse der erkrankten Person
2. Starrer Fokus auf Heilung anstatt auf Lebensqualität
3. Schlechte Schmerzeinstellung
4. Unsensibler Umgang mit dem Thema Tod und Sterben
5. Unterbringung mit mangelhafter Privatsphäre während des Sterbeprozesses

Förderliche Faktoren im Umgang mit der erkrankten Person sind:

1. Empathischer, verständnisvoller und würdevoller Umgang
2. Gute Symptomkontrolle
3. Fokus auf der Lebensqualität und den Bedürfnissen der erkrankten/sterbenden Person
4. Angenehmes Umfeld und ausreichende Privatsphäre im Sterbeprozess

Einige der bereits genannten Faktoren, wie beispielsweise die mangelnde Privatsphäre während des Sterbeprozesses oder ein unsensibler Umgang mit dem*der Sterbenden und den Angehörigen sind u.a. durch strukturelle Probleme bedingt. Aufgrund von Personalmangel haben Fachkräfte oftmals keine Zeit für ausführliche Gespräche oder der Mangel an Aufnahme-Kapazitäten bringt lange Wartezeiten oder außerplanmäßige Unterbringungen auf anderen Stationen mit sich. Auch die mangelhafte interne Kommunikation des Krankenhauses sowie eine schlechte Vernetzung zwischen verschiedenen

Gesundheits-Einrichtungen wird als sehr belastend beschrieben. Hier könnte eine feste Ansprechperson, die alles im Blick behält und bei der alle Fäden zusammenlaufen für Erkrankte und deren Angehörige Abhilfe schaffen. Solche Personen gebe es aber laut Interviews nur selten. Außerhalb der Strukturen des Krankenhauses stellen Schwierigkeiten bei der Beantragung von Hilfsmitteln und "Antragshürden" bei Krankenkassen einen hinderlichen Faktor dar. Besagte strukturelle Probleme erweisen sich als hinderliche Faktoren für einen Trauerprozess. Darüber hinaus können sie die Entstehung weiterer hinderlicher Faktoren begünstigen. In allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung sind strukturelle Probleme spürbar, vor allem der chronische Personalmangel. Wright und Kolleginnen konnten zeigen, dass Trauernde, deren Angehörige auf einer Intensiv- oder Normalstation verstarben, ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen im Vergleich zu denjenigen haben, deren Nahestehende Zuhause oder in Hospizbegleitung verstarben (vgl. Wright et al. 2010). Auch die Gruppe um Kentish-Barnes erkannte und betonte die Notwendigkeit professioneller Unterstützung von Angehörigen, deren Verwandte auf einer Intensivstation verstarben (vgl. Kentish-Barnes et al. 2015).

In Bezug auf die strukturellen Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems lässt sich anhand der Ergebnisse folgende Schlussfolgerung formulieren:

Strukturelle Probleme, die zu einer Qualitätsminderung der medizinischen, pflegerischen Betreuung der erkrankten Person führen, sind hinderliche Faktoren im Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren aufgrund von strukturellen Problemen sind:

1. Mangelhafte Vernetzung zwischen den Krankenhäusern
2. Verringerte Bettenkapazität
3. Personalmangel und damit verbundenem Zeitdruck des betreuenden Personals
4. Wechselnde Ansprechpersonen
5. Schwierigkeiten bei der Beantragung von Hilfsmitteln und Antragsprobleme mit Krankenkassen

Viele der Aussagen zu hinderlichen Faktoren in der Betreuung bezogen sich auf die medizinische und pflegerische Versorgung auf Normal- oder Intensivstationen. Im Gegensatz dazu äußerten sich die Trauernden, deren nahestehende Person in der palliativmedizinischen Versorgung verstorben waren, überwiegend positiv dazu. Der Umgang mit der erkrankten Person entsprach in vielen Fällen den bereits vorher thematisierten Wünschen und Bedürfnissen der Angehörigen. Laut der Befragten spielte vor allem die Verbesserung der Lebensqualität und der Erhalt der Menschenwürde durch die Orientierung an den Bedürfnissen der erkrankten Person eine entscheidend positive Rolle.

Ausschlaggebend war zudem, dass auch die Angehörigen in eine Betreuung involviert wurden. Laut Definition der WHO zur Palliativversorgung ist nicht nur die Verbesserung der Lebensqualität der erkrankten Person mittels Prävention und Linderung von Leiden durch die Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen auf körperlichen, psychosozialen und spirituellen Ebenen die Kernkompetenz der Palliativversorgung, sondern explizit auch die Betreuung der Zugehörigen (vgl. DGP 2016).

Doch auch bezüglich der Palliativmedizin ist kritisch anzumerken, dass es unter Umständen zu Wartezeiten auf einen Pflegeplatz kommen kann. Zwar rückt die Palliativversorgung immer mehr ins Blickfeld von Politik und Öffentlichkeit, doch kann der steigende Bedarf an palliativer Versorgung bislang nicht flächendeckend gedeckt werden (vgl. Prütz und Saß 2017). Laut Aussage einer Interviewpartnerin wisse man von der Palliativstation, dass man dort zum Sterben hingehe, was deshalb auf viele erst einmal abschreckend wirke. Passend zu dieser Aussage, gaben 72% in einer Bevölkerungsumfrage von 2014 an, sich zu Möglichkeiten der Palliativversorgung weniger gut bis überhaupt nicht informiert zu fühlen (vgl. Eggert und Sulmann 2014). Daher müsste in dieser Hinsicht Aufklärungsarbeit geleistet werden, um Patienten und deren Zugehörigen die Angst vor der Palliativmedizin zu nehmen. Im Gegensatz zu älteren Konzeptionen, die eine klare Zweiteilung der medizinischen Versorgung in kurative und palliative Versorgung sahen, gilt heutzutage das Verständnis eines fließenden Übergangs von einer aktiv/kurativ zur palliativ intendierten Behandlung (vgl. Mehnert et al. 2006). Ziel der frühen Integration der Palliativversorgung ist unter anderem eine ganzheitliche, interdisziplinäre Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen mit Information über alle Behandlungsoptionen, die Festlegung von realistischen Behandlungszielen sowie das Eruiere von Vorstellungen und Werten des*der Patient*in bezüglich einer gesundheitlichen Versorgung am Lebensende (vgl. DGP 2016).

Die Studienergebnisse und die empirischen Erkenntnisse über die positive Auswirkung einer Palliativversorgung lassen folgende Schlussfolgerungen zu:

Die Palliativmedizin und die palliative Versorgung sterbender Personen sind bedeutende Faktoren für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Förderliche Faktoren im Zusammenhang mit der Palliativversorgung sind:

1. Fokus auf Lebensqualität und Orientierung an den Bedürfnissen der erkrankten Person
2. Fokus auf Symptomkontrolle und weniger auf Heilung
3. Besserer Personalschlüssel, weniger Zeitdruck
4. Geschultes Personal im Umgang mit Tod und Sterben
5. Begleitung der Nahestehenden als Teil des integrativen Palliativkonzepts

6. Zeit und Raum für das Abschiednehmen
Hinderliche Faktoren im Zusammenhang mit der Palliativversorgung sind:
1. Lange Wartezeiten
 2. Keine ausreichende Kapazität der Palliativstationen
 3. Fehlendes Wissen über Palliativmedizin in der Bevölkerung

Außerhalb der Krankenhausstrukturen stellt auch die hausärztliche Betreuung einen Einflussfaktor auf die Trauerarbeit von Hinterbliebenen dar. Während der Krankheit und während des Sterbeprozesses von schwerkranken Menschen begleiten Hausärzte und Hausärztinnen diese im Rahmen des ambulanten Settings. Somit gelten auch für diese Kontakte die bereits erarbeiteten Faktoren im Bereich der Kommunikation und des Umgangs mit der erkrankten Person sowie deren Zugehörigen. Im Rahmen der Interviews kam der Rolle der hausärztlichen Betreuung wenig Bedeutung zu. Grund dafür könnte der Interviewleitfaden sein, der diesen Bereich nur am Rande thematisiert. Dennoch berichtete eine Befragte, dass ihr Hausarzt bei der Trauerarbeit eine große Stütze gewesen sei. Besagter Arzt erkannte die psychische Beeinträchtigung der Probandin und vermittelte ihr eine psychotherapeutische Behandlung. Es gehört zu den Aufgaben eines Hausarztes/einer Hausärztin, problematische Trauerverläufe zu erkennen, über Möglichkeiten von psychotherapeutischen Behandlungen zu informieren sowie diese zu vermitteln. Daher ist es notwendig, aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema Trauer und die Diagnostik einer Trauerstörung in die allgemeinmedizinische Aus- und Weiterbildung zu integrieren.

Anhand der Studienergebnisse lässt sich zum Thema hausärztliche Versorgung folgende Schlussfolgerung ziehen:

- Eine gute und fundierte hausärztliche Betreuung ist ein förderlicher Faktor im Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person durch:
1. Erkennen von problematischen Trauerverläufen
 2. Information über die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung
 3. Vermittlung einer psychotherapeutischen Behandlung

Auf die Frage, wie sich eine psychologische Betreuung von Nahestehenden einer sterbenden Person auf den Trauerprozess auswirkt, bzw. an welchen Stellschrauben die psychologische Betreuung ansetzen sollte, geben die Ergebnisse der Untersuchung keine Antwort. Dazu waren die Aussagen der Teilnehmenden nicht fundiert und detailliert genug. Eine Metaanalyse verschiedener Studien kam zu dem Ergebnis, dass psychotherapeutische Interventionen die Trauersymptomatik bei Erwachsenen mindern können (vgl. Johannsen et al. 2019). Übereinstimmend lässt sich aus den Ergebnissen

der Interviews die Aussage ableiten, dass sich eine psychologische Begleitung der Angehörigen förderlich auf den Trauerprozess auswirkt. Hier muss angemerkt werden, dass anhand der Aussagen der Teilnehmenden nicht immer eindeutig festgestellt werden konnte, ob es sich um psychotherapeutische Interventionen nach dem Versterben der nahestehenden Person oder um die psychoonkologische Begleitung während des Krankheitsverlaufs oder in der Sterbephase handelte. Eine psychoonkologische Begleitung während der Krankheitsphase kann Angehörigen dabei helfen, die betreffenden Umstände besser zu verstehen und sie auf einen bevorstehenden Tod der nahestehenden Person vorzubereiten. Besonders Hinterbliebene, deren Angehörige in einem palliativmedizinischen Setting verstarben, beschrieben die psychologische Begleitung als förderlich für ihren Trauerprozess. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass schon die Möglichkeit, eine psychologische Begleitung in Anspruch nehmen zu können, eine Erleichterung darstellt.

Auch in der psychologischen Betreuung gilt, dass Angehörige sich in ihrer Situation und in ihrer Trauer ernst genommen fühlen müssen, damit sich die Betreuung positiv auf die Trauerverarbeitung ausüben kann.

Anhand der Studienergebnisse und den empirischen Erkenntnissen kommt es zu folgender Schlussfolgerung:

Die psychologische Begleitung von Angehörigen Schwerstkranker ist ein förderlicher Faktor für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person durch:

1. Reduktion von körperlichen und seelischen Belastungen von Nahestehenden während der Krankheit und des Sterbens
2. Hilfe bei der Antizipation des Todes
3. Minderung der Trauersymptomatik nach dem Versterben und Unterstützung in der Trauerbewältigung

Da die Studienteilnehmenden über eine Trauergruppe akquiriert wurden, wurde die Trauergruppe in den meisten Interviews thematisiert. Dabei äußerten sich die Befragten durchweg positiv über ihre Teilnahme. Bisher konnten in Untersuchungen nur eine geringe Evidenz für die Wirksamkeit von Trauergruppen im Hinblick auf die Verbesserung einer problematischen Trauersymptomatik und Depressivität nachgewiesen werden (vgl. Maass et al. 2022), zudem wird eine diesbezüglich unzureichende Datenlage moniert (vgl. Münch 2020). Da Trauergruppen häufig unterschiedliche Konzepte zugrunde liegen, erschwert diese Tatsache eine Verallgemeinerung von Untersuchungs-Ergebnissen (vgl. Maass et al. 2022). Trotz einer diesbezüglich unzureichenden Datenlage geht aus den vorliegenden

Studienergebnissen hervor, dass die Teilnahme an einer Trauergruppe einen förderlichen Faktor im Trauerprozess darstellt. In den Interviews wurden mehrere Aspekte genannt, die diese förderliche Wirkung begünstigen: Eine bewusste Auseinandersetzung mit der Trauer, der Austausch mit anderen Trauernden, das Knüpfen von neuen sozialen Kontakten einhergehend mit einer Minderung der Einsamkeitsgefühle sowie der edukative Aspekt einer Trauergruppe. Angewandt auf das Duale Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen nach Stroebe und Schut werden in der Trauergruppe nicht nur die verlustorientierten Belastungsfaktoren besprochen, sondern auch die wiederherstellungsorientierten (vgl. Kapitel 3.2). Die bewusste Auseinandersetzung mit dem Verlust und der Trauer ist der verlustorientierten Seite zuzuordnen, während beispielsweise der Austausch mit anderen Trauernden oder das Knüpfen von neuen sozialen Kontakten, der wiederherstellungsorientierten zuzuordnen sind. Ein solches Pendeln zwischen verlustorientierten und wiederherstellungsorientierten Aspekten scheint eine erfolgreiche Teilnahme an einer Trauergruppe auszumachen. Dieses Oszillieren ist für einen gelingenden Trauerverlauf mitverantwortlich (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 50). So wird beispielsweise eine Person, die im Alltag ihre Trauer meidet und zurückdrängt, durch die Teilnahme an einer Trauergruppe angeregt, sich mit ihrer Verlusterfahrung auseinanderzusetzen.

Anhand der Studienergebnisse lässt sich der Trauergruppe eine förderliche Wirkung attestieren zumindest der Trauergruppe, aus welcher die Studienpopulation entstand, und folgende Schlussfolgerung formulieren:

Die Teilnahme an einer Trauergruppe ist ein förderlicher Faktor für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person durch:

1. Die bewusste Auseinandersetzung mit der Trauer
2. Austausch mit anderen Trauernden
3. Das Gefühl nicht allein mit der Trauer zu sein
4. Knüpfen von neuen sozialen Kontakten und Minderung der Einsamkeit
5. Informative, edukative Aspekte und Erlernen von Bewältigungsstrategien

Auch die emotionale Unterstützung durch eine*n Seelsorger*in und das Durchführen von Ritualen wie beispielsweise eine Krankensalbung waren manchen Hinterbliebenen tröstlich. Gerade für im Glauben stehende Menschen kann der geistliche Beistand eine Erleichterung im Trauerprozess bedeuten. Im Gegensatz zur hohen Zahl an Kirchengaustritten ist der Bedarf an Krankenhausseelsorge groß. Dabei ist eine geistliche Betreuung nicht zwangsläufig kirchen-christlich verortet. In der Regel geht es dabei vielmehr um spirituell-psychologischen Beistand. Zwar gibt es einerseits eine starke Abnahme der Kirchlichkeit in unserer Gesellschaft, andererseits ist gleichzeitig die Zunahme einer

Spiritualität spürbar (vgl. Höfler 2020). Aktuelle Untersuchungen zur Wirksamkeit von Krankenhausseelsorge zeigen, dass die Seelsorge besonders dann eine ausgeprägte Wirkung für die erkrankte Person oder für Nahestehende zeigt, wenn diese über einen längeren Zeitraum stattfindet, da auf diese Weise eine höhere Beziehungsqualität entstehen kann (vgl. Höfler 2020). Nur ein kleiner Teil der Aussagen aus den Interviews bezog sich auf geistlichen Beistand. Dennoch lassen die Ergebnisse sowie die empirischen Erkenntnisse über die Wirksamkeit der Seelsorge folgende Schlussfolgerung zu:

Geistlicher Beistand ist ein förderlicher Faktor für den Trauerprozess von religiösen Nahestehenden einer verstorbenen Person durch:

1. emotional-spirituelle Unterstützung
2. das Durchführen von Ritualen, beispielsweise einer Krankensalbung.

15.2 Soziales Umfeld

Unterstützung aus dem sozialen Umfeld kann die Trauersymptomatik mindern und die mentale Gesundheit von Hinterbliebenen verbessern und gilt somit als ein protektiver Faktor im Hinblick auf die Entwicklung von Depressionen oder anhaltenden Trauerstörungen (vgl. Burke und Neimeyer 2012; Lobb et al. 2010). Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit bieten einen Einblick in das soziale Umfeld der Trauernden und zeigen auf, inwiefern soziale Unterstützung hilfreich wird und welche Sachverhalte des sozialen Umfelds Hinterbliebene in ihrer Trauer behindern. Das im Theorieteil beschriebene Konzept der „disenfranchised grief“ von Kenneth J. Doka, auf Deutsch die „sozial nicht anerkannte Trauer“ (vgl. Müller und Willmann 2016), spiegelt sich auch in den Aussagen der Studienteilnehmenden wider. Sich in der Trauer nicht ernst genommen zu fühlen, auf Unverständnis stoßen sowie das Absprechen der Trauer durch das Umfeld wurde von den Befragten als hinderlich in ihrem Trauerprozess beschrieben. Als Beispiel für das Erleben von „disenfranchised grief“ soll das diesbezügliche Erleben einer Interviewpartnerin angeführt werden. Die Probandin betrauerte den Tod ihres Ehemanns, der Zeit seines Lebens auf einen Rollstuhl angewiesen war. Nach seinem Ableben meinte eine Nachbarin: „Naja für ihren Mann war es eh jetzt am besten, dass er gestorben ist, weil er ja behindert ist und nur im Scooter saß“ (Lfnr. 4 (Abs. 125)). Zwar wurde die Trauer der Probandin nur indirekt als unangemessen eingestuft, allerdings wertete sie deren Trauer insofern ab, als sie mit ihrer Aussage deutlich machte, dass der Tod eines Menschen mit Behinderung besser zu verkraften sei als der eines gesunden. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass die Einfühlung in die Trauer durch das soziale Umfeld auf unterschiedliche Weise geschieht. Oft steckt im Nichtgesagten mehr mangelnde Empathie als im explizit Gesagten. So steckte auch in der wiederholten Erkundigung nach

dem Wohlergehen der trauernden Mutter eine Missachtung der Trauer der erwachsenen Tochter. Die Botschaft, die dahintersteckt, könnte wie folgt lauten: Die Trauer der Tochter um ihren Vater ist weniger schwerwiegend als die Trauer der Mutter um ihren Mann. Trauernde, die „disenfranchised grief“ erfahren, laufen Gefahr, einen Verlust schwerer zu verarbeiten als diejenigen, deren Trauer sozial anerkannt wird. Hier soll jedoch die „Schuld“, dass ein bestimmtes Trauererleben durch das Umfeld in Frage gestellt wird, nicht allein dem sozialen Umfeld zugeschoben werden. Trauernde Betroffene tun dies selbst auch (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 30). Eine Bewertung der Trauer durch andere kann beim Trauernden zu Verunsicherung führen und damit das Vertrauen in die eigene Bewältigungskompetenz stören (vgl. Attig 2004 nach Müller und Willmann 2016).

Im Rahmen der Interviews kamen Teilnehmende auch auf die Auswirkung von gesellschaftlichen und kulturellen Konventionen zu sprechen. Dabei wurde deutlich, dass Trauernden, wenn sie der Norm abweichend handelten, mit Vorwürfen und Unverständnis begegnet wurde. Die Probanden mussten erfahren, dass es Kraft und Mut braucht, wenn sie individuelle Bedürfnisse und eigene Wünsche kulturellen Normen entgegenstellen. Anhand der Ergebnisse kann man daher schlussfolgern, dass eine enge, in ihren Traditionen und Normen festgefahrene soziale Umgebung ein hinderlicher Faktor im Trauerprozess von Hinterbliebenen sein kann. Da die trauernde Person aber mit eben diesen sozialen Normen und Verhaltensregeln aufgewachsen und durch diese geprägt ist, kann Unverständnis und Kritik an ihrem Handeln zu Selbstzweifeln und im schlimmsten Fall zur gesellschaftlichen Absonderung führen. Letzteres stellt besonders für Trauernde eine große Belastung dar. Auf der anderen Seite sind gesellschaftliche Konventionen und Rituale in Bezug auf Trauer hilfreich und können Orientierung und Sicherheit bieten (vgl. Müller und Willmann 2016, S. 19).

Studienteilnehmende machten insofern „Disenfranchised-grief“-Erfahrungen, als sie z.B. ihre Emotionen in Gesellschaft nicht offen zeigen konnten, es nicht erwünscht war, über die verstorbene Person zu sprechen oder sie gar von Menschen gemieden wurden, was im offensichtlichsten Fall durch das Wechseln der Straßenseite bei einer drohenden Begegnung mit der Trauernden geschah. Besagte Erfahrungen können zu Minderwertigkeitsgefühlen und sozialer Isolation führen und wirken sich hinderlich auf einen Trauerprozess aus. Doch wie entstehen diese beschriebenen Verhaltensweisen? Ist es die Tatsache, dass Sterben, Tod und Trauer Tabuthemen unserer Gesellschaft sind? Im Gegensatz zu früheren Zeiten ist der Tod heutzutage nicht mehr allgegenwärtig. Dennoch kann laut Untersuchungen auch in unserer modernen Gesellschaft nicht von einem

Todestabu gesprochen werden (vgl. Walter, Tony 1991 nach Heller und Wegleitner 2017). Der Tod ist vielmehr häufiger Inhalt in Medien, sei es real oder fiktiv. Gesagtes scheint zu belegen, dass es eine große Faszination bezüglich des Themas Sterben gibt. Das reale Sterben allerdings wird in der Regel in Krankenhäuser, Palliativstationen oder Hospize verlagert. Die Lebenserwartung des Menschen steigt nahezu mit jedem Jahrzehnt an. Dies liegt am steigenden Wohlstand mit all seinen Vorteilen und vor allem durch den medizinischen Fortschritt. Der Tod wird so zunehmend eine Angelegenheit der älteren Generation. Gleichzeitig hat sich, wie bereits beschrieben, das Sterben als ein früheres öffentlich-gesellschaftliches Ereignis hinter die „Kulissen von Organisationen“ verlagert (Heller und Wegleitner 2017). Dadurch sind die Berührungspunkte mit dem Tod in unserer Gesellschaft weniger geworden, was konsequenterweise zu einer verstärkten Unsicherheit im Umgang mit Trauernden führen muss. Diese Unsicherheit fördert Verhaltensweisen, die in den vorliegenden Interviews als hinderlich im Trauerprozess beschrieben wurden. Die Studienergebnisse zeigen, dass die unbedachte Verwendung von Floskeln und unpassenden Ratschlägen einer trauernden Person nicht weiterhelfen und sogar verletzend wirken können. Das liegt nicht selten auch daran, dass die Bewertung der Trauer inadäquat ist. Eine weitere, häufig erwähnte Verhaltensweise im sozialen Umfeld von Trauernden ist das Totschweigen der verstorbenen Person. Auch diesem Verhalten kann die Unsicherheit im Umgang mit Trauernden zugrunde liegen. In Anlehnung an das Konzept der „Continuing bonds“ nach Klass (siehe Kapitel 4.2) kann an dieser Stelle angenommen werden, dass Trauernde, die eine innere Bindung zur verstorbenen Person fühlen, bemüht sind, diese auf irgendeine Art in ihr Leben zu integrieren. Dieses Bedürfnis wird allerdings torpediert, wenn das Umfeld der Trauernden dafür keinen Raum lässt.

An dieser Stelle drängt sich die Frage auf, wie das soziale Umfeld denn im Idealfall auf Trauernde reagieren kann. In dieser Hinsicht belegen viele Studien den positiven Einfluss von sozialer Unterstützung auf den Trauerverlauf von Hinterbliebenen (vgl. Jacobson et al. 2017). Allerdings besteht ein Mangel an methodisch qualitativ erhobenen Untersuchungen zu den spezifischen Charakteristiken der sozialen Unterstützung (vgl. Scott et al. 2020). Cacciatore et al. machten sich zur Aufgabe dies zu untersuchen und kamen zu folgendem Ergebnis: Emotionale Unterstützung durch Präsentsein, Zuhören sowie das vorurteilsfreie Zulassen der Trauer der Hinterbliebenen zeigten positive Effekte (vgl. Cacciatore et al. 2021). Konkrete Beispiele können sein: An die verstorbene Person erinnern, ihren Namen aussprechen und an wichtige Tage denken (z.B. Geburtstag, Todestag), den Kontakt zur trauernden Person suchen, ihre Trauer und ihre

Emotionen akzeptieren und aushalten sowie eine empathische Kommunikation. Schließlich wurde durch die Untersuchung deutlich, dass soziale Unterstützung nicht nur unmittelbar nach dem Tod, sondern auch über eine längere Zeit hinweg im Sinne eines gelingenden Trauerprozesses wirkt (vgl. Cacciatore et al. 2021). Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit spiegeln sich also in den Erkenntnissen von Cacciatore et al wider. In beiden Arbeiten betonten die Befragten die Relevanz einer von Verständnis und Akzeptanz geprägten emotionalen Begleitung. Nicht zuletzt wurde auch die Unterstützung durch praktische Dinge (z.B. Essen zubereiten, Hilfe bei bürokratischen Dingen) als hilfreich beschrieben. Diese Art der Unterstützung wird von Cacciatore et al. übrigens als „instrumental support“ bezeichnet (vgl. Cacciatore et al. 2021).

In Bezug auf gesellschaftliche Konventionen und Rituale sowie Verhaltensweisen im sozialen Umfeld können anhand der diskutierten Studienergebnisse folgende Schlussfolgerungen formuliert werden:

Verhaltensweisen des sozialen Umfeldes sind bedeutende Faktoren für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren im Verhalten des sozialen Umfeldes sind:

1. Die Trauer der nahestehenden Person bewerten
2. Unverständnis darüber, wie die Trauernden mit ihrem Verlust umgehen
3. Ausgrenzen der verstorbenen Person, indem vermieden wird diese zum Thema zu machen
4. Verwendung von leeren Phrasen und Floskeln

Förderliche Faktoren im Verhalten des sozialen Umfeldes sind:

1. (Unaufgeforderte) Unterstützung in emotionaler und praktischer Hinsicht
2. Verständnis und Akzeptanz für die Verhaltensweisen der trauernden Person

Gesellschaftliche und kulturelle Konventionen sind bedeutende Faktoren für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren der gesellschaftlichen und kulturellen Konventionen sind:

1. Druck auf die trauernde Person, die aus den gängigen Traditionen ausbricht
2. Selbstzweifel der trauernden Person aufgrund von Unverständnis und Kritik
3. Gesellschaftliche Absonderung der trauernden Person

Förderliche Faktoren der gesellschaftlichen und kulturellen Konventionen sind:

1. Orientierung
2. Sicherheit durch gesellschaftliche und kulturelle Rituale

Die bereits diskutierten Verhaltensweisen gelten auch für Familie, Freundeskreis und das Arbeitsumfeld. Dennoch erhielten im Rahmen der Entwicklung des Kategoriensystems die drei Bereiche des sozialen Umfeldes je eine eigene Unterkategorien. Mit Blick auf den Freundeskreis wurde insbesondere das Wegbrechen von Freundschaften als hinderlicher Faktor beschrieben. Häufig sind Nahestehende während des

Krankheitsverlaufs und des Sterbeprozesses derart in Beschlag genommen, dass keine Zeit und Energie mehr für die Pflege von Freundschaften bleiben. Das hat häufig zur Folge, dass Freunde und Freundinnen sich abwenden und sich somit für die nahestehende Person das Risiko für soziale Isolation erhöht. In Anlehnung an das DPM-Trauermodell nach Stroebe und Schut zeigen die Studienergebnisse, dass der Freundeskreis einer trauernden Person eine wichtige Stütze in der Bewältigung von verlustorientierten Belastungsfaktoren und verstärkend auf wiederherstellungsorientierte Faktoren ist. Einerseits bieten Freunde und Freundinnen bei der Trauerarbeit emotionalen Beistand, andererseits können sie aber auch Gelegenheiten schaffen, von der Trauer abzulenken. Ablenkung von der Trauer ist unter anderem ein wichtiger Bestandteil des wiederherstellungsorientierten Prozesses. In Momenten der Ablenkung können sich trauernde Personen von der kräftezehrenden Trauerarbeit erholen (vgl. Stroebe und Schut 2010, S. 278). Ein hoher Grad an sozialer Unterstützung ist assoziiert mit geringerer Einsamkeit, dabei ist insbesondere die Unterstützung durch den Freundeskreis von großer Bedeutung (vgl. Utz et al. 2014). Am effektivsten sei diese Unterstützung, wenn sie leicht zugänglich ist und sie der trauernden Person auch erlaubt, sich in ihrer Trauer auszudrücken (vgl. Utz et al. 2014). Die Studienteilnehmenden hoben Folgendes hervor: Die Unterstützung sollte im Idealfall unaufgefordert erfolgen, Freunde und Freundinnen sollten regelmäßig präsent sein und dies möglichst über einen längeren Zeitraum über den Todestag hinaus. Die diskutierten Studienergebnisse führen an dieser Stelle zu folgender Schlussfolgerung:

Verhaltensweisen des Freundeskreises sind bedeutende Faktoren im Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren im Verhalten des Freundeskreises sind:

1. Abwenden der Freunde
2. Soziale Isolation

Förderliche Faktoren im Verhalten des Freundeskreises sind:

1. Anwesenheit der Freunde
2. (Unaufgeforderte) emotionale und praktische Unterstützung
3. Dauer der emotionalen Unterstützung über längere Zeit

Nach Stroebe und Schut sollte nicht nur die Trauer des Nahestehenden, sondern auch der Kontext des familiären Gefüges gesehen werden, da Familienmitglieder meist von demselben Verlust betroffen seien (vgl. Stroebe und Schut 2015). Bei Interviews dieser Untersuchung wurde besonders der Familienzusammenhalt hervorgehoben. Dieser sei laut Studienteilnehmenden zu jedem Zeitpunkt von großer positiver Bedeutung. Der gute Zusammenhalt zeigt sich u.a. beim Treffen von gemeinsamen Entscheidungen und bei der gegenseitigen Unterstützung nach dem Tod des Familienangehörigen. Die

Studienergebnisse zeigen aber auch, dass ungelöste Konflikte innerhalb der Familie ein Hindernis im Trauerprozess darstellen können. Schon frühere Untersuchungen belegen den negativen Effekt von dysfunktionalen Familiengefügen auf die mentale und psychische Gesundheit von Trauernden, sodass familienorientierte Trauerbegleitung verstärkt in den Fokus der Diskussion gerückt werden sollte (vgl. Masterson et al. 2013). Nicht wenigen Familienmitgliedern fällt es schwer, miteinander zu trauern. Aus Rücksicht auf den Partner oder die Partnerin oder auf andere Familienmitglieder werden die eigenen Emotionen zurückgehalten und vermieden, über den Verlust zu sprechen. Dieses interpersonale Phänomen wird von Stroebe et al. als *partner-oriented self regulation* kurz POSR genannt. In einer Untersuchung von 2013 erforschte Stroebe dieses Phänomen bei Eltern, die ein Kind verloren hatten und erkannte, dass das Verhalten, den Partner bzw. die Partnerin nicht mit der eigenen Trauer zu konfrontieren zu einem negativen Trauer-Effekt führte. Die Ergebnisse von 2013 zeigen, dass POSR nicht nur mit der Verstärkung der eigenen Trauersymptomatik assoziiert ist, sondern auch mit der des Partners oder der Partnerin (vgl. Stroebe et al. 2013). In der vorliegenden Forschungsarbeit gibt es nur einmal die Konstellation, dass das eigene Kind betrauert wird. Dort aber ist das Phänomen der POSR in den Aussagen der Teilnehmenden erkennbar. Dieses Konzept lässt sich aber auch auf andere familiäre Konstellationen übertragen. Pflegebedürftige Angehörige oder Familienmitglieder, die stark unter dem Verlust litten, veranlassten manche Befragte, ihre eigene Trauer sowie die eigenen Bedürfnisse zurückzustellen, sodass ein gemeinsames Trauern nicht stattfand. Die eben erwähnte Sorge um die Angehörigen stellt einen weiteren Belastungsfaktor dar. In der heutigen Zeit sind Familie nicht selten geografisch verstreut, sodass auch dadurch ein gemeinsames Trauern erschwert ist. Daher rücken an dieser Stelle der Freundeskreis in den Vordergrund, um emotionale Unterstützung zu gewähren. In Bezug auf förderliche und hinderliche Faktoren innerhalb der Familie einer trauernden Person lässt sich anhand der Studienergebnisse und der empirischen Untersuchungen folgende Schlussfolgerung ziehen:

Verhaltensweisen des familiären Umfeldes sind bedeutende Faktoren im Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren im Verhalten des familiären Umfeldes sind:

1. Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse aus Rücksicht auf trauernde sowie pflegebedürftige Familienmitglieder
2. Fehlender Austausch über die Verlusterfahrungen
3. Streitigkeiten und ungelöste Konflikte innerhalb der Familie

Förderliche Faktoren im Verhalten des familiären Umfeldes sind:

1. Gemeinsames Trauern können
2. Zusammenhalt und Verbundenheit innerhalb der Familie
3. Gemeinsame Bewältigung

Laut Gibson ist das Risiko einen nahestehenden Menschen zu verlieren, während man noch berufstätig ist, hoch (vgl. Gibson et al. 2010; Wilcox et al. 2015). Dennoch ist die wissenschaftliche Beachtung der Auswirkung von Trauer auf die Arbeit, das Arbeitsumfeld und die Karriere von Trauernden bisher gering (vgl. Wilson et al. 2021). Mehr als die Hälfte der Befragten dieser Untersuchung waren berufstätig, als sie die Verlusterfahrung machten. Das Arbeitsumfeld spielte eine nicht unbedeutende Rolle für die Trauernden. Die bereits hervorgehobenen förderlichen und hinderlichen Verhaltensweisen gelten in diesem Zusammenhang auch für das Arbeitsumfeld. Ein Hindernis in Bezug auf das Arbeitsumfeld ist laut Studienteilnehmenden beispielsweise ein unflexibler Arbeitgeber. Wie im weiteren Verlauf des Diskussionsteils dargestellt wird, ist die „optimale“ Nutzung der verbliebenen Zeit mit der sterbenden Person sowie die Begleitung während des Sterbeprozesses von großer Bedeutung für Nahestehende in ihrem Trauerprozess. Gesetzlich stehen Personen 2 Tage Sonderurlaub zu, solange es sich bei der verstorbenen Person um einen nahen Angehörigen handelt (vgl. GEW 2019). Angesichts dieser geringen Anzahl an Tagen sind verständnisvolle Vorgesetzte, die flexible Arbeitszeiten ermöglichen, umso bedeutender. Trauernde erfahren häufig kognitive, emotionale und physische Veränderungen, die sie in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen (vgl. Gibson et al. 2010), sodass Leistungsdruck nicht zielführend für einen positiven Trauerprozess ist. Denn Leistungsdruck und auch die Angst vor Arbeitsplatzverlust führen zur Verstärkung der psychischen Belastung von Trauernden. Die Studienergebnisse zeigen jedoch auch, dass Arbeit ebenso der Ablenkung von der Trauer dienen kann, was einen wichtigen Aspekt in der wiederherstellungsorientierten Kategorie des dualen Prozessmodells darstellt (vgl. Stroebe und Schut 2010). Trauernde können durch die Arbeit der Trauer entfliehen und erfahren im günstigen Fall Wertschätzung für

ihre Arbeit. Angesichts der diskutierten Studienergebnisse bezüglich des Arbeitsumfeldes kann folgende Schlussfolgerung gezogen werden:

Die Bedingungen am Arbeitsplatz sind bedeutende Faktoren im Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren am Arbeitsplatz sind:

1. Keine Freistellung durch den Arbeitgeber für wichtige Erledigungen
2. Leistungsdruck
3. Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes

Förderliche Faktoren am Arbeitsplatz sind:

1. Das Angebot flexibler Arbeitszeiten während Krankheitsverlauf und Sterbephase
2. Empathischer Umgang und Verständnis seitens der Kollegen und Vorgesetzten
3. Ablenkung durch die Arbeit

Durch eine professionelle Betreuung im Vorfeld des Todes können Nahestehende für mögliche Hürden im sozialen Umfeld sensibilisiert und ihnen Strategien im Umgang mit Hindernissen an die Hand gegeben werden. Es kann der Anstoß gegeben werden, förderlich erlebte Beziehungen zu intensivieren, um so die soziale Unterstützung zu stärken. Allgemeinmediziner*innen wiederum können angesichts unflexibler Arbeitgeber, Nahestehende großzügig krankschreiben, um ihnen eine Begleitung ihrer Angehörigen während des Sterbeprozesses zu ermöglichen.

15.3 Beziehung zur verstorbenen Person

Aus den beschriebenen Ergebnissen geht hervor, dass die Trauer bei den Menschen besonders ausgeprägt ist, deren Beziehung zur verstorbenen Person besonders innig war. Lässt das den Schluss zu, dass eine innige Beziehung ein hinderlicher Faktor für den Trauerprozess darstellt? Ein solcher Rückschluss wäre zu einfach. Konsequenterweise würde das bedeuten, dass man innige und intensive Beziehungen meiden müsste, um eine zu große Trauer zu umgehen. Eine solche taktische Beziehungsreduktion wäre für die trauernde Person und für das gesamte Umfeld fatal. Der Verzicht, den man in Kauf nehmen müsste, wäre für den Menschen als soziales Wesen kaum möglich. Außerdem kann eine liebevolle Verbindung zu einem Menschen nach dessen Tod auch Trost bewirken und Kraft spenden. Verschiedene empirische Untersuchungen zeigen den Zusammenhang von Bindungsstilen trauernder Personen und deren Trauerreaktionen (vgl. Kapitel 4.2). Demnach haben Menschen mit einem abhängig-anklammernden Bindungsstil ein erhöhtes Risiko eine anhaltende Trauerstörung zu entwickeln (vgl. Stroebe et al. 2010). Anhand der vorliegenden Ergebnisse kann allerdings nicht auf die Bindungsstile der Studienteilnehmenden geschlossen werden, sodass an dieser Stelle

keine förderlichen oder hinderlichen Faktoren identifiziert werden können. Dennoch kam es in den Interviews zu Äußerungen, die die Vermutung zulassen, dass eine symbiotische Beziehung mit großen Abhängigkeiten für einen positiven Trauerprozess hinderlich sein kann. Eine der befragten Personen schien in ihrer Beziehung dermaßen verschmolzen gewesen zu sein, dass die Umstellung auf ein Leben ohne die verstorbene Person sehr schwerfiel. Auch weitere Trauernde beschrieben sich nach dem Verlust als *halbiert* bzw. *amputiert*. Anhand dieser Aussagen kann man schlussfolgern, dass die Umstellung und die Gewöhnung an ein Leben ohne die verstorbene Person leichter fallen, wenn man die Beziehung so gestaltet, dass beide Partner ihren Alltag auch in jeweils eigenen Umfeldern leben. So sind Unternehmungen ohne den Partner oder die Partnerin sogar wichtig, um Nähe wieder genießen zu können und kein Zeichen einer „schlechten“ Beziehung. Vor diesem Hintergrund könnte man vermuten, dass das Versterben eines Elternteils für Erwachsene mit weniger starken Trauerreaktionen verbunden ist als beim Versterben des Partners bzw. der Partnerin. Allerdings kann anhand der vorliegenden Daten nicht festgestellt werden, ob die Art des Verwandtschaftsverhältnisses zur verstorbenen Person bei der Intensität der jeweiligen Trauer Unterschiede ausmacht. Durch die vorliegende Untersuchung jedenfalls kann die These von Wittkowski und Scheuchenpflug (2016), dass das Ableben des Kindes, der Ehepartnerin oder des Ehepartners zu einer ausgeprägteren emotionalen Beeinträchtigung führe als der Verlust eines Elternteils oder Geschwisters, weder verifiziert noch widerlegt werden. Wie aus den Ergebnissen hervorgeht, spielt der Umgang mit der Krankheit durch die erkrankte Person eine Rolle im Hinblick auf das Trauererleben der Nahestehenden. Der Einbezug der Angehörigen und die gemeinsame Bewältigung des Krankheitsgeschehen wurden von den Trauernden als förderliche Faktoren genannt. Ein offener Umgang mit der Erkrankung durch die erkrankte Person kann es den Nahestehenden erleichtern, ebenfalls offen damit umzugehen. Beide Seiten können in ihrem sozialen Umfeld offen über die Krankheit und deren Folgen reden, was zur Folge hat, dass Familie und Freundeskreis ein Gespür für die Situation bekommen und somit die Chance gegeben ist, dass die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld wächst. Unterstützung durch das soziale Umfeld ist ein mehrfach nachgewiesener Schutzfaktor vor schwierigen Trauerverläufen (vgl. Mason et al. 2020). Ein Negativbeispiel aus den Interviews verdeutlicht die Problematik, die entsteht, wenn der*die Erkrankte keinen offenen Umgang mit seiner Situation pflegt. Die in dem Zusammenhang Befragte hatte das Bedürfnis gehabt, mit jemandem über ihre Situation zu sprechen und wollte sich deshalb einer Selbsthilfegruppe anschließen, was sie jedoch nicht tat, weil sie das Gefühl hatte, auf diese Weise ihren Mann zu verraten. Wie im

Beispiel aufgezeigt, kann das diesbezügliche Verhalten der erkrankten Person bei den Nahestehenden zu Einbußen an protektiven Faktoren, wie z.B. sozialer Unterstützung oder der Annahme an Hilfsangeboten führen. Vor dem Hintergrund, dass Angehörige das Bedürfnis haben, möglichst gut informiert und in den Krankheitsverlauf sowie in Entscheidungsfindungen einbezogen zu sein (vgl. Morris et al. 2020; Hönig und Gündel 2016) ist es verständlich, dass ein großer emotionaler Stress bei Nahestehenden ausgelöst wird, wenn oben Beschriebenes nicht ermöglicht wird. Natürlich sollte der Wunsch eines Patienten bzw. einer Patientin respektiert werden, auch wenn dies den Ausschluss von Nahestehenden bedeutet. Allerdings sollte die erkrankte Person von Fachkräften über die Auswirkungen eines solchen Verhaltens aufgeklärt werden und darauf hingewirkt werden, dass ein Austausch mit den Nahestehenden möglich wird.

Untersuchungen zeigen, dass ein hohes emotionales und psychisches Leiden der erkrankten Person eine negative Auswirkung auf Nahestehende und deren Trauerprozess haben kann (vgl. Kramer et al. 2010; Mason et al. 2020). Familienmitglieder, die Schwierigkeiten haben, die Krankheit zu akzeptieren und Patientinnen und Patienten, die eine besonders große Angst vor dem Tod entwickeln, können Risikofaktoren für die Entwicklung einer anhaltenden Trauerstörung darstellen (vgl. Kramer et al. 2010). Diese Erkenntnisse spiegeln sich auch in den Aussagen der Studienteilnehmenden wider. Ein Teilnehmer berichtete, dass das Hadern seiner Frau mit ihrer Krankheit und ihre schwierige psychische Situation eine große Belastung für ihn dargestellt habe. Positiv gewendet beschrieben Teilnehmende, dass der eher akzeptierende Umgang der leidenden Person mit ihrer Erkrankung ein Stückchen Normalität in ihr Leben gebracht habe und somit eine Erleichterung darstellte.

Die Kommunikation mit der sterbenden Person stellt einen weiteren wichtigen Faktor bei der Entwicklung des Trauerprozesses dar. Unter den Studienteilnehmenden herrschte einhellig die Meinung, dass eine offene Kommunikation sowie eine früheinsetzende Auseinandersetzung mit dem Thema „Tod und Sterben“ von großer Bedeutung seien. Dennoch gelang es nicht allen Trauernden, mit der erkrankten Person über ihr Sterben zu sprechen. Entweder lag dies am Unvermögen der trauernden Person oder weil sich die sterbende Person dem Thema gegenüber verschloss. Letzteres stellt für Hinterbliebene eine Belastung dar, da sie so nichts über die Gefühle und Ängste der sterbenden Person erfahren. Es wird den Nahestehenden unmöglich gemacht, Einfluss auf Ängste oder Bedürfnisse des Sterbenden zu nehmen oder in Erfahrung zu bringen, welche Wünsche für die Regularien nach ihrem Tod bestehen. Um solche Belastungsfaktoren zu vermeiden,

empfeht sich die so genannte *End-of-life-communication*, die im Bereich der Palliativmedizin weitestgehend etabliert ist. Es handelt sich dabei um zielführende Gespräche zwischen Fachpersonal und schwerstkranken Personen mit ihren Angehörigen, deren Thema es ist, die Wünsche und Vorstellungen bezüglich des Sterbens und für die Zeit nach dem Ableben zu besprechen. Untersuchungen haben gezeigt, dass das Sprechen über Wünsche und Vorstellungen zum Lebensende und die Planung zur Gestaltung des Lebensendes die Lebensqualität in den letzten Lebenstagen erhöht (und sogar Kosten reduziert) (vgl. Gramling et al. 2019; Travers und Taylor 2016). Im Zusammenhang mit dem Terminus *End-of-life-conversation* ist ein Gespräch von Fachpersonal mit der erkrankten Person und ihrer Nahestehenden gemeint. Auch wenn in den Aussagen der Studienteilnehmenden innerhalb der Oberkategorie „*Beziehung zur verstorbenen Person*“ in diesem Zusammenhang lediglich die Kommunikation zwischen ihnen und der erkrankten Person angesprochen wurde, so lassen sich doch Parallelen zu oben skizzierter Methode ziehen. Von klar formulierten Bedürfnissen und Vorstellungen der sterbenden Person profitieren die Nahestehenden in jedem Fall, egal ob diese im privaten Gespräch oder im Beisein einer Fachperson ausgesprochen wurden. Auch das frühzeitige Thematisieren von Patientenverfügungen, zu erteilenden Vollmachten und Erbschaftsfragen ist für Angehörige äußerst hilfreich. Im Idealfall sollten solche Themen laut Studienteilnehmenden bereits in Tagen der Gesundheit geklärt werden, sodass die ohnehin schwierige Zeit am Ende des Lebens nicht noch zusätzlich mit diesen manchmal auch konfliktträchtigen Themen zu einer Überbelastung der nahestehenden Person führt.

Es besteht bei nicht wenigen Menschen die Scheu, über ihr Lebensende zu sprechen. Das wird spätestens dann zum Problem, wenn nahestehende Menschen dies wünschen und führt im schlechtesten Fall dazu, dass sich beide Seiten isoliert fühlen (vgl. Bergenholtz et al. 2020). Diese Erfahrung mussten auch Studienteilnehmende machen. In einigen Fällen blieb ein negatives Gefühl zurück, weil Konflikte nicht geklärt wurden oder wichtige Themen nicht angesprochen wurden. Auch vorhergehende Untersuchungen erkannten einen Risikofaktor für eine erschwerte Verlustverarbeitung durch eine unzureichende Kommunikation in den beschriebenen Angelegenheiten. Jonasson et al. kamen zu dem Ergebnis, dass Männer, die nicht mit der sterbenden Partnerin über Tod und Trauer sprechen konnten, ein erhöhtes Risiko aufweisen, nach deren Tod Schuldgefühle und starke Reue zu entwickeln (vgl. Jonasson et al. 2011). Auch Holland et al. zeigten, dass Reue sowie ungelöste Beziehungsprobleme den Trauerprozess negativ

beeinflussen und ungelöste Konflikte die Entstehung einer komplizierten Trauer fördern (vgl. Holland et al. 2020).

In den Angaben der Interviewten wurde die Relevanz gemeinsam genutzter Zeit als ausnahmslos förderlicher Faktor betont. Eine gut genutzte, bewusst gelebte und vor allem auch gemeinsam verbrachte Zeit ab der Diagnosemitteilung bis zum Lebensende der erkrankten Person war der Mehrheit der Teilnehmenden sehr wichtig. Die Gewissheit, die verbliebene Zeit „optimal“ genutzt zu haben und sich keine Vorwürfe machen zu müssen, spendet Hinterbliebenen Trost und sind förderliche Faktoren im Trauerprozess. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass es wichtig ist, Möglichkeiten für Nahestehende zu schaffen, so viel Zeit wie möglich noch mit der erkrankten Person verbringen zu können. Konkretisieren ließe sich dies durch erweiterte und flexible Besuchszeiten in Krankenhäusern - ein Ansatz, der bereits von der Stiftung Pflege e.V. mit dem Zertifikat „angehörigenfreundliche Intensivstation“ verfolgt wird (vgl. Stiftung Pflege 2021) – und durch den Ausbau der Palliativstationen sowie der ambulanten Palliativversorgung, deren Grundverständnis die Integration der Zugehörigen beinhaltet.

Dem Abschiednehmen und dem gemeinsam verbrachten letzten Moment maßen die Befragten besondere Bedeutung zu. Aus den Aussagen der Trauernden geht hervor, dass ein unerwarteter Tod einen erschwerenden Faktor in der Trauer darstellt. Diese Erkenntnis deckt sich mit vorhergehenden empirischen Untersuchungen, die in einem unerwarteten Tod einen Risikofaktor für die Entwicklung von verstärkter Trauersymptomatik, von Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen oder anhaltender Trauerstörung sehen (vgl. Kristensen et al. 2012; Fisher et al. 2020). Das Gefühl, die sterbende Person bis zum Schluss begleitet zu haben und für sie dagewesen zu sein, bietet Unterstützung im Trauerprozess. Dies hebt die Relevanz und den Anspruch an das medizinische Personal hervor erkennen zu können, wann das Sterben bei einem Patienten einsetzt und die Angehörigen rechtzeitig zu informieren. Dennoch gelingt dies in der Realität nicht immer. In solchen Fällen ist es daher umso wichtiger, Nahestehenden Raum und Zeit zu geben, sich von ihren verstorbenen Angehörigen nach deren Ableben verabschieden zu können (vgl. Mayer 2017). Ein gelingendes Abschiednehmen ohne Zeitdruck und in schöner Umgebung ist laut Studienergebnissen ein wichtiger förderlicher Faktor für den Trauerprozess. Da der Sterbeprozess sowie der Sterbeort eine Rolle beim Abschiednehmen spielen, empfiehlt sich für die für die Pflege Zuständigen, die Wünsche in Bezug auf die Gestaltung des Abschiednehmens zu erfragen, insofern

dies situativ möglich ist. Zusammenfassend kann im Rahmen der Untersuchungsfragestellung folgende Schlussfolgerung gezogen werden:

Die Beziehung zur verstorbenen Person ist ein bedeutender Faktor für den Trauerprozess von ihnen Nahestehenden.

Hinderliche Faktoren in der Beziehung zur verstorbenen Person sind:

1. Abhängigkeit vom verstorbenen Partner, der verstorbenen Partnerin
2. Ungelöste Konflikte und offene Fragen
3. Ausschluss der Nahestehenden durch die erkrankte Person
4. Belastete letzte gemeinsame Momente
5. Erschwertes Abschiednehmen

Förderliche Faktoren in der Beziehung zur verstorbenen Person sind:

1. Offener Umgang mit der Erkrankung
2. Offene Kommunikation über den Krankheitsverlauf, über Vergangenes, über Sterben und Tod
3. Frühzeitige Auseinandersetzung mit Patientenverfügung, Vollmachten, Erbschaften und Vorstellungen bezüglich der Beerdigung
4. Optimale Nutzung der verbliebenen gemeinsamen Zeit
5. Begleitung im Sterbeprozess und gelingendes Abschiednehmen

15.4 Intrapersonale Faktoren

Ein resilienter Trauerverlauf ist keine Seltenheit, sondern eher die Regel (vgl. Bonanno 2004). Eine objektive Beurteilung, inwieweit ein resilienter oder ein problematischer Trauerverlauf bei den Studienteilnehmenden vorliegt, ist anhand der Interviews nicht möglich. Dennoch konnten intrapersonale Faktoren ermittelt werden, die den Umgang mit der Trauer erschweren oder erleichtern können. Bei den meisten Befragten ging dem Tod der nahestehenden Person ein Krankheitsverlauf voraus. Diese Zeit ist in der Regel geprägt von körperlicher und seelischer Mehrbelastung, die im ungünstigen Fall in starker Erschöpfung und einem reduzierten Gesundheitszustand resultieren können. Eine solche schlechte physische Verfassung ist mit einer verstärkten Trauersymptomatik und depressiven Symptomen assoziiert (vgl. Utz et al. 2012). Bereits bestehende psychische Einschränkungen wie Depressionen oder Angststörungen erhöhen zudem das Risiko, eine anhaltende Trauerstörung zu entwickeln (vgl. Mason et al. 2020). Die im Ergebnisteil beschriebenen seelischen und körperlichen Belastungen stellen somit einen hinderlichen Faktor für einen gelingenden Trauerprozess dar. Der Verlust eines nahestehenden Menschen kann laut Mancini und Bonanno bei Betroffenen zu einer Veränderung der Identität führen. Je stärker diese Veränderung ausgeprägt ist, umso schwieriger wird es für die Betroffenen, den Anforderungen der für sie veränderten Welt gerecht zu werden (vgl. Mancini und Bonanno 2009). Das kann sich bei den Betroffenen, wie im Ergebnisteil beschrieben, in emotionaler Unsicherheit und im Verlust des Selbstvertrauens äußern. Auch das Auftreten von Suizidgedanken ist bekannt und deutet auf eine

erschwerter Anpassung an die für die trauernde Person veränderte Welt hin. Wie die Studienergebnisse zeigen, erleben Hinterbliebene Emotionen und Gefühlslagen, die sich hinderlich auf die Trauerbewältigung auswirken können. Angst um die erkrankte Person, die Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Krankheit, Zukunftsängste sowie finanzielle Sorgen können schon in der Krankheitsphase auftreten. Diese ist zudem häufig geprägt von Hilfslosigkeit, die die Trauernden nur schwer hinter sich lassen können. Einige Hinterbliebene verspüren Wut über die Umstände und auf die verstorbene Person oder quälen sich mit der Frage nach dem Warum. Darüber hinaus können Schuldgefühle und Vorwürfe den Trauerprozess erschweren. Als weiterer hinderlicher Faktor nannten die Befragten das Gefühl des Allein-gelassen-seins. Die meisten dieser Emotionen sind durch externe Faktoren bedingt. So kann beispielsweise das Gefühl der Hilfslosigkeit während der Krankheitsphase durch mangelhafte medizinische Betreuung entstehen oder Einsamkeit durch das Wegbrechen von Freundschaften. Hier stellt sich die Frage, ob negative Emotionen, unter denen eine betroffene Person leidet, bereits ohne äußere Faktoren vorhanden sind oder ob sie das Resultat von extrapersonalen Faktoren sind. Man kann dies in diesem Zusammenhang eher als eine Kette aus sich aneinanderreihenden Faktoren verstehen, die zu negativen Konsequenzen für den Trauerprozess führen. Mit anderen Worten: Durch negative Emotionen kommt es zu einer Verkomplizierung des Trauerprozesses. Daher können negative Emotionen als hinderliche Faktoren im Trauerprozess identifiziert werden. Aber sie sind auch unabdingbarer Teil der Trauer. Laut einer Studie von Boelen et al. ist die negative Interpretation der Trauerreaktion durch die trauernde Person stark assoziiert mit einem hohen Grad, wie diese Reaktionen als belastend empfunden werden (vgl. Boelen et al. 2003). Man kann demnach davon ausgehen, dass das Erleben der genannten Emotionen durch deren negative Interpretation potenziert bzw. dass sich die hinderliche Wirkung auf den Trauerprozess verstärkt. Boelen et al. meinen dazu: Je belastender die Trauerreaktion wahrgenommen wird, desto wahrscheinlicher werden Vermeidungsstrategien angewandt die sich ihrerseits negativ auswirken (vgl. Boelen et al. 2003, S. 235)

Die empirischen Erkenntnisse und die hier diskutierten Studienergebnisse führen zu folgender Schlussfolgerung:

Intrapersonale Faktoren sind bedeutende Faktoren für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche intrapersonale Faktoren für den Trauerprozess sind:

1. Einschränkungen der physischen und psychischen Gesundheit durch körperliche und seelische Mehrbelastung während des Krankheitsverlaufs und nach Versterben der erkrankten Person
2. bestehende psychische Einschränkungen wie Depressionen und Angststörungen
3. Negative Emotionen (Angst, Wut, Schuldgefühle) während des Krankheitsverlaufs und nach Eintreten des Todes

Die Studienergebnisse zeigen, dass die Möglichkeit, sich auf den Tod der nahestehenden Person vorbereiten zu können, sich förderlich auf den Trauerprozess auswirken kann. Bei unerwartetem Eintreten des Todes, aber auch durch das Nichtwahrhabenwollen des Todes, fehlt diese Vorbereitungszeit, was für viele ein Hindernis in ihrer Trauer sein kann. Eine Studie von Kim et al. kam zu dem Ergebnis, dass die Vorbereitung von Familienangehörigen auf den Tod der nahestehenden Person mit einem besseren Umgang mit der Trauer assoziiert ist (vgl. Kim et al. 2017). Eine andere Studie identifizierte das Nicht-akzeptieren des bevorstehenden Todes einer nahestehenden Person bereits in der frühen Krankheitsphase als Risikofaktor für die Entwicklung einer anhaltenden Trauerstörung (vgl. Holland et al. 2013). Diese gemeinsamen Erkenntnisse machen deutlich, wie wichtig eine interdisziplinäre Betreuung von Patienten und deren Angehörigen ist, die darauf ausgerichtet ist, alle Beteiligten behutsam auf den Tod vorzubereiten. Ein unerwarteter Tod oder ein gewaltsamer Tod wurden bereits durch mehrfache Studien als Risikofaktor für die Entwicklung einer anhaltenden Trauerstörung identifiziert und bestätigen die vorliegenden Ergebnisse (vgl. Burke und Neimeyer 2012; Bhaskaran et al. 2021). Basierend auf den empirischen Erkenntnissen und den Studienergebnissen lautet die Schlussfolgerung in Bezug auf die Ausgangsfrage folgendermaßen:

Die Antizipation des Todes stellt einen förderlichen Faktor dar, während das unerwartete Eintreten des Todes ein hinderlicher Faktor im Trauerprozess sein kann.

Im Rahmen der Analyse der Interviews ließen sich Strategien erkennen, die Trauernde anwenden, um mit ihrer Trauer besser umgehen zu können. Eine erschwerende Strategie stellte dabei die Verdrängung bzw. die Unterdrückung der Trauer dar. Diese Vermeidungsstrategien können laut Boelen et al. die psychischen Belastungen von Trauernden erhöhen (vgl. Boelen et al. 2003). Allerdings werden die Auswirkungen von vermeidendem Verhalten in der Literatur kontrovers diskutiert. Stroebe und Schut vertreten die Meinung, dass ein „Time-out“ von der Trauer eine positive Wirkung auf die trauernde Person haben kann. Es sollte jedoch gemäß dem Dualen Prozessmodell im Idealfall

stets ein Wechsel zwischen verlustorientierten Bewältigungszuständen (z.B. Auseinandersetzung mit der Trauer) und wiederherstellungsorientierten Verhalten (z.B. Vermeidung des Schmerzes) stattfinden (vgl. Stroebe und Schut 1999). Vermeidungsstrategien können problematisch sein, wenn sie dazu führen, dass Betroffene sich zu keinem Zeitpunkt mit ihrem Verlust und ihrer Trauer auseinandersetzen.

Als förderliche Bewältigungsstrategien nannten die Teilnehmenden die aktive Auseinandersetzung mit ihrer Trauer. Darunter verstanden sie das Geschehene aufzuarbeiten, Informationen zum Thema Trauer einzuholen sowie den Austausch mit Freunden, der Familie und im Besonderen mit Personen, die ähnliche Verlusterfahrungen gemacht hatten. Auch das bewusste Zulassen der Trauer und die Erinnerungspflege wurde als förderlich im Trauerprozess beschrieben. Dass Trauernde Kraft aus positiven Erinnerungen an die verstorbene Person ziehen können, erkannten bereits Mancini und Bonanno und werteten dies als einen Indikator für einen resilienten Trauerverlauf (vgl. Mancini und Bonanno 2009). Die Erinnerungspflege kann als Ausdrucksform von fortbestehenden Bindungen zur verstorbenen Person gesehen werden (vgl. Müller und Willmann 2016). Vorliegende Studie zeigt auf, dass die Studienteilnehmenden von eben dieser inneren Bindung zur verstorbenen Person in ihrem Trauerprozess profitieren. Das Beibehalten bzw. die Rückkehr zu einem aktiven Lebensstil kann laut der Ergebnisse ein weiterer förderlicher Bestandteil der Trauerverarbeitung sein. Durch gesellschaftliche Aktivitäten oder durch das Ausüben von Hobbys wird die Entstehung von positiven Emotionen gefördert. Es liegt laut Mancini und Bonanno eine empirische Evidenz vor, dass Beschriebenes die Resilienz von Trauernden stärken (vgl. Mancini und Bonanno 2009). Oben genannte Aktivitäten lenken von der Trauer ab und reduzieren den Belastungsstress. Durch das Aktiv-werden signalisieren Hinterbliebene ihrer Umwelt, dass sie (wieder) bereit sind, Kontakt aufzunehmen, wodurch sich wiederum der soziale Support erhöht. Das Leben der Hinterbliebenen war häufig durch Krankheit der nahestehenden Person fremdbestimmt. Die Wiedererlangung eines selbstbestimmten Alltags und Tagesablaufes nach dem Tod der nahestehenden Person kann eine große Herausforderung darstellen. Wird dies jedoch erfolgreich gemeistert, ergibt sich aus der (wiedererlangten) Selbstbestimmung eine wichtige Ressource für den Trauerprozess.

Anhand der hier diskutierten Studienergebnisse lässt sich folgende Schlussfolgerung ziehen:

Bewältigungsstrategien sind bedeutende Faktoren für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Eine hinderliche Bewältigungsstrategie ist:

1. Die aktive Unterdrückung und Verdrängung der Trauer

Förderliche Bewältigungsstrategien sind:

1. Die aktive Auseinandersetzung mit der Trauer durch Aufarbeitung, Erinnerungsarbeit, Einholen von Informationen und Austausch
2. Ablenkung von der Trauer durch Aufnahme eines aktiven Lebensstils
3. Beachtung der eigenen Bedürfnisse und Wiedererlangung der Selbstbestimmtheit

Im Bereich der intrapersonalen Faktoren spielt aus Sicht professioneller Begleitung insbesondere die Edukation eine große Rolle (vgl. Müller und Willmann 2016). Hinterbliebene lernen durch Informationen über Trauer, ihre eigene Trauerreaktion realistisch einzuschätzen. Bei der Förderung von funktionaler und teilweise auch ablenkender Bewältigungsstrategien geht es nicht darum, trauerassoziierte Gefühle zu vermeiden oder zu unterdrücken. Vielmehr ist der Wechsel zwischen verlustorientierten und wiederherstellungorientierten Bewältigungszuständen gemäß des Dualen Prozessmodells für den Trauerprozess förderlich (vgl. Stroebe und Schut 1999). Ein „normaler“ Trauerprozess kann also aus Phasen tiefer Trauer, aber auch aus Phasen des Gelöst-seins und des Neuentdeckens bestehen. Da die Einschätzung der eigenen Trauerreaktion eine bedeutende Rolle bei deren Bewältigung von Trauer spielt (vgl. Boelen et al. 2003; Lobb et al. 2010), kann das Schaffen von einem Bewusstsein der eigenen Trauer und deren Akzeptanz für den Trauerprozess von Hinterbliebenen hilfreich sein.

15.5 Übersicht der Schlussfolgerungen

Schlussfolgerung 1:

Die Kommunikation und der Umgang mit den Nahestehenden eines Patienten sind bedeutende Faktoren für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren für den Trauerprozess sind:

1. Seltene und mangelhafte Kommunikation
2. Widersprüchliche Informationen
3. Unpassendes Setting zur Mitteilung schwieriger Nachrichten
4. Unverständnis und unfreundliches Auftreten gegenüber den Angehörigen
5. Ausschluss der Angehörigen bei Gesprächen und Entscheidungsfindungen
6. Alleingelassen sein während des Sterbeprozesses

Förderliche Faktoren für den Trauerprozess sind:

1. Offene, ehrliche und transparente Kommunikation
2. Gespräche in einem angemessenen Setting und einer angenehmen Atmosphäre
3. Empathische ärztliche Gesprächsführung, insbesondere beim Überbringen von schlechten Nachrichten
4. Aufklärung, Information und Einbezug der Angehörigen in den Therapieverlauf
5. Verständnisvoller und empathischer Umgang mit den Angehörigen

Schlussfolgerung 2:

Der Umgang mit der erkrankten Person durch das betreuende Team ist ein bedeutender Faktor für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren im Umgang mit der erkrankten Person sind:

1. Missachtung der Bedürfnisse der erkrankten Person
2. Starrer Fokus auf Heilung anstatt auf Lebensqualität
3. Schlechte Schmerzeinstellung
4. Unsensibler Umgang mit dem Thema Tod und Sterben
5. Unterbringung mit mangelhafter Privatsphäre während des Sterbeprozesses

Förderliche Faktoren im Umgang mit der erkrankten Person sind:

1. Empathischer, verständnisvoller und würdevoller Umgang
2. Gute Symptomkontrolle
3. Fokus auf der Lebensqualität und den Bedürfnissen der erkrankten/sterbenden Person
4. Angenehmes Umfeld und ausreichende Privatsphäre im Sterbeprozess

Schlussfolgerung 3:

Strukturelle Probleme, die zu einer Qualitätsminderung der medizinischen, pflegerischen Betreuung der erkrankten Person führen, sind hinderliche Faktoren im Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren aufgrund von strukturellen Problemen sind:

1. Mangelhafte Vernetzung zwischen den Krankenhäusern
2. Verringerte Bettenkapazität
3. Personalmangel und damit verbundenem Zeitdruck des betreuenden Personals
4. Wechselnde Ansprechpersonen
5. Schwierigkeiten bei der Beantragung von Hilfsmitteln und Antragsprobleme mit Krankenkassen

Schlussfolgerung 4:

Die Palliativmedizin und die palliative Versorgung sterbender Personen sind bedeutende Faktoren für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Förderliche Faktoren im Zusammenhang mit der Palliativversorgung sind:

1. Fokus auf Lebensqualität und Orientierung an den Bedürfnissen der erkrankten Person
2. Fokus auf Symptomkontrolle und weniger auf Heilung
3. Besserer Personalschlüssel, weniger Zeitdruck
4. Geschultes Personal im Umgang mit Tod und Sterben
5. Begleitung der Nahestehenden als Teil des integrativen Palliativkonzepts
6. Zeit und Raum für das Abschiednehmen

Hinderliche Faktoren im Zusammenhang mit der Palliativversorgung sind:

1. Lange Wartezeiten
2. Keine ausreichende Kapazität der Palliativstationen
3. Fehlendes Wissen über Palliativmedizin in der Bevölkerung

Schlussfolgerung 5:

Eine gute und fundierte hausärztliche Betreuung ist ein förderlicher Faktor im Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person durch:

1. Erkennen von problematischen Trauerverläufen
2. Information über die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung
3. Vermittlung einer psychotherapeutischen Behandlung

Schlussfolgerung 6:

Die psychologische Begleitung von Angehörigen Schwerstkranker ist ein förderlicher Faktor für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person durch:

1. Reduktion von körperlichen und seelischen Belastungen von Nahestehenden während der Krankheit und des Sterbens
2. Hilfe bei der Antizipation des Todes
3. Minderung der Trauersymptomatik nach dem Versterben und Unterstützung in der Trauerbewältigung

Schlussfolgerung 7:

Die Teilnahme an einer Trauergruppe ist ein förderlicher Faktor für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person durch:

1. Die bewusste Auseinandersetzung mit der Trauer
2. Austausch mit anderen Trauernden
3. Das Gefühl nicht allein mit der Trauer zu sein
4. Knüpfen von neuen sozialen Kontakten und Minderung der Einsamkeit
5. Informative, edukative Aspekte und Erlernen von Bewältigungsstrategien

Schlussfolgerung 8:

Geistlicher Beistand ist ein förderlicher Faktor für den Trauerprozess von religiösen Nahestehenden einer verstorbenen Person durch:

1. Emotional-spirituelle Unterstützung
2. Das Durchführen von Ritualen, beispielsweise einer Krankensalbung

Schlussfolgerung 9:

Verhaltensweisen des sozialen Umfeldes sind bedeutende Faktoren für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren im Verhalten des sozialen Umfeldes sind:

1. Die Trauer der nahestehenden Person bewerten
2. Unverständnis darüber, wie die Trauernden mit ihrem Verlust umgehen
3. Ausgrenzen der verstorbenen Person, indem vermieden wird diese zum Thema zu machen
4. Verwendung von leeren Phrasen und Floskeln

Förderliche Faktoren im Verhalten des sozialen Umfeldes sind:

1. (Unaufgeforderte) Unterstützung in emotionaler und praktischer Hinsicht
2. Verständnis und Akzeptanz für die Verhaltensweisen der trauernden Person

Schlussfolgerung 10:

Gesellschaftliche und kulturelle Konventionen sind bedeutende Faktoren für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren der gesellschaftlichen und kulturellen Konventionen sind:

1. Druck auf die trauernde Person, die aus den gängigen Traditionen ausbricht
2. Selbstzweifel der trauernden Person aufgrund von Unverständnis und Kritik
3. Gesellschaftliche Absonderung der trauernden Person

Förderliche Faktoren der gesellschaftlichen und kulturellen Konventionen sind:

1. Orientierung
2. Sicherheit durch gesellschaftliche und kulturelle Rituale

Schlussfolgerung 11:

Verhaltensweisen des Freundeskreises sind bedeutende Faktoren im Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren im Verhalten des Freundeskreises sind:

1. Abwenden der Freunde
2. Soziale Isolation

Förderliche Faktoren im Verhalten des Freundeskreises sind:

1. Anwesenheit der Freunde
2. (Unaufgeforderte) emotionale und praktische Unterstützung
3. Dauer der emotionalen Unterstützung über längere Zeit

Schlussfolgerung 12:

Verhaltensweisen des familiären Umfeldes sind bedeutende Faktoren im Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren im Verhalten des familiären Umfeldes sind:

1. Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse aus Rücksicht auf trauernde sowie pflegebedürftige Familienmitglieder
2. Fehlender Austausch über die Verlusterfahrungen
3. Streitigkeiten und ungelöste Konflikte innerhalb der Familie

Förderliche Faktoren im Verhalten des familiären Umfeldes sind:

1. Gemeinsames Trauern können
2. Zusammenhalt und Verbundenheit innerhalb der Familie
3. Gemeinsame Bewältigung

Schlussfolgerung 13:

Die Bedingungen am Arbeitsplatz sind bedeutende Faktoren im Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche Faktoren am Arbeitsplatz sind:

1. Keine Freistellung durch den Arbeitgeber für wichtige Erledigungen
2. Leistungsdruck
3. Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes

Förderliche Faktoren am Arbeitsplatz sind:

1. Das Angebot flexibler Arbeitszeiten während Krankheitsverlauf und Sterbephase
2. Empathischer Umgang und Verständnis seitens der Kollegen und Vorgesetzten
3. Ablenkung durch die Arbeit

Schlussfolgerung 14:

Die Beziehung zur verstorbenen Person ist ein bedeutender Faktor für den Trauerprozess von ihnen Nahestehenden.

Hinderliche Faktoren in der Beziehung zur verstorbenen Person sind:

1. Abhängigkeit vom verstorbenen Partner, der verstorbenen Partnerin
2. Ungelöste Konflikte und offene Fragen
3. Ausschluss der Nahestehenden durch die erkrankte Person
4. Belastete letzte gemeinsame Momente
5. Erschwertes Abschiednehmen

Förderliche Faktoren in der Beziehung zur verstorbenen Person sind:

1. Offener Umgang mit der Erkrankung
2. Offene Kommunikation über den Krankheitsverlauf, über Vergangenes, über Sterben und Tod
3. Frühzeitige Auseinandersetzung mit Patientenverfügung, Vollmachten, Erbschaften und Vorstellungen bezüglich der Beerdigung
4. Optimale Nutzung der verbliebenen gemeinsamen Zeit
5. Begleitung im Sterbeprozess und gelingendes Abschiednehmen

Schlussfolgerung 15:

Intrapersonale Faktoren sind bedeutende Faktoren für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Hinderliche intrapersonale Faktoren für den Trauerprozess sind:

1. Einschränkungen der physischen und psychischen Gesundheit durch körperliche und seelische Mehrbelastung während des Krankheitsverlaufs und nach Versterben der erkrankten Person
2. Bestehende psychische Einschränkungen wie Depressionen und Angststörungen
3. Negative Emotionen (Angst, Wut, Schuldgefühle) während des Krankheitsverlaufs und nach Eintreten des Todes

Schlussfolgerung 16:

Die Antizipation des Todes stellt einen förderlichen Faktor dar, während das unerwartete Eintreten des Todes ein hinderlicher Faktor im Trauerprozess sein kann.

Schlussfolgerung 17:

Bewältigungsstrategien sind bedeutende Faktoren für den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person.

Eine hinderliche Bewältigungsstrategie ist:

1. Die aktive Unterdrückung und Verdrängung der Trauer

Förderliche Bewältigungsstrategien sind:

1. Die aktive Auseinandersetzung mit der Trauer durch Aufarbeitung, Erinnerungsarbeit, Einholen von Informationen und Austausch
2. Ablenkung von der Trauer durch Aufnahme eines aktiven Lebensstils
Beachtung der eigenen Bedürfnisse und Wiedererlangung der Selbstbestimmtheit

15.6 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Forschungsarbeit bietet Einblicke in verschiedene Trauerverläufe von Hinterbliebenen und beleuchtet, mit welchen Herausforderungen diese konfrontiert sind. Ziel der Studie war es, Faktoren zu identifizieren, die den Trauerprozess von Nahestehenden einer verstorbenen Person erleichtern oder erschweren. In der Diskussion konnten anhand der Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews und aus der aktuellen Literatur obenstehende 17 Schlussfolgerungen gezogen werden. Diese können Grundlage für detailliertere Untersuchungen in der Trauerforschung darstellen. Hierbei könnte der Fokus auf einer näheren Betrachtung des Themas z.B. in Form der Involvierung einer größeren Zahl von Beteiligten liegen. Obwohl sich die Studie nur auf eine relative kleine Anzahl von (30) Trauernden bezieht, kann sie einen wichtigen Schritt für weiterführende Studien darstellen, da sie verschiedene Situationen von Trauernden präzise beschreibt und damit Faktoren exploriert hat, die repräsentativ für nicht wenige Trauernde in Deutschland sein könnte. Insgesamt wird in dieser Studie deutlich, dass eine optimale Sterbebegleitung der erkrankten Person und ihrer Nahestehenden essenzielle Relevanz für einen gelingenden Trauerprozess hat. Insbesondere eine würdevolle medizinische Betreuung der erkrankten Person mit guter Kontrolle der Schmerzsymptomatik sowie die emotionale Begleitung und Vorbereitung der Zugehörigen auf den bevorstehenden Tod sind laut Studie von großer Bedeutung. In der derzeitigen Diskussion der Palliativmedizin stehen unter anderem die Umsetzung der oben genannten beiden Punkte im Fokus. Außerdem unterstreichen die Ergebnisse der Studie die Bedeutung von sozialer Unterstützung für Hinterbliebene. Die Untersuchung kann somit einen Beitrag leisten, medizinisches Fachpersonal, das soziale Umfeld aber auch Hinterbliebene dafür zu sensibilisieren, hinderliche und förderliche Faktoren zu identifizieren. Das Fachpersonal sollte also in die Lage versetzt werden, Maßnahmen ergreifen zu können, die hinderliche Faktoren reduzieren bzw. förderliche stärken. Die Ergebnisse der Studie und der Vergleich mit aktueller Literatur machen deutlich, dass eine empathische Kommunikation durch medizinisches Fachpersonal ein ausschlaggebender Faktor ist und zu einer qualitativ guten medizinischen Betreuung vor allem am Ende des Lebens gehört. Maßgeblich verantwortliche Stellen sollten sich aufgerufen fühlen, ein verstärktes Augenmerk auf das Training von Kommunikationsskills in der Ausbildung von Gesundheitspersonal zu legen. Darüber hinaus kann die Studie einen Beitrag dazu leisten, in der Gesellschaft ein Bewusstsein und Sensibilität für den Umgang mit Trauernden zu schaffen. Soziale Unterstützung sollte sich viel stärker an den Bedürfnissen von Trauernden und ihren

Angehörigen orientieren. Diese sollte auch über die akute Phase der Trauer hinausgehen. Angesichts des demographischen Wandels unterstreichen die Ergebnisse den dringenden Bedarf des Ausbaus der ambulanten und stationären Palliativversorgung sowie die Implementierung des Palliativkonzepts auf Normalstationen der Krankenhäuser. Die Einführung der Diagnose „Anhaltende Trauerstörung“ war die Konsequenz aus einer steigenden Anzahl an Studien zur Untersuchung von Risikofaktoren für die Entwicklung von Trauerstörungen. Dennoch ist der Bedarf an weiterführender Trauerforschung vor allem in Deutschland nach wie vor groß. Insbesondere zu Trauerinterventionen beispielsweise der Wirkung von Trauergruppen herrscht noch eine schwache Datenlage. Es bedarf also diesbezüglich weiterer Untersuchungen mit quantitativ größer angelegten Studien.

VI. Zusammenfassung

Laut Statistischem Bundesamt (Destatis) starben allein im Jahr 2020 zirka 985.500 Menschen. Die häufigsten Todesursachen waren Herz-Kreislauf- und Krebs-Erkrankungen (vgl. Destatis 2020). Die meisten Menschen haben den Wunsch zuhause zu sterben, doch die Mehrheit stirbt in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen (vgl. DHPV 2017; Dasch et al. 2015). Der Tod eines nahestehenden Menschen kann bei Hinterbliebenen zu großen Belastungen, gesundheitlichen Problemen sowie einer gesteigerten Mortalität führen (vgl. Stroebe et al. 2007).

Ziel dieser Arbeit war es, mit Hilfe von halbstandardisierten Interviews mit 30 Trauernden Faktoren herauszuarbeiten, die sich förderlich oder hinderlich auf den Trauerprozess auswirken können. Die Interviews wurden mit der Transkriptionssoftware f4transkript verschriftlicht und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Es entstand ein Kategoriensystem mit je vier Oberkategorien innerhalb der zwei Hauptkategorien, *Förderliche und Hinderliche Faktoren*. Folgende Faktoren konnten identifiziert werden:

Förderliche Faktoren in der Oberkategorie *Betreuung der erkrankten und trauernden Person* sind eine gute Symptomkontrolle sowie der verständnisvolle Umgang mit den Nahestehenden, während mangelhafte Kommunikation wiederum hinderlich für eine positive Trauerbewältigung ist. In der Oberkategorie *Intrapersonale Faktoren* sind die Antizipation des Todes sowie die Auseinandersetzung mit der Trauer förderlich, während negative Gefühle (z.B. Schuldgefühle, Hilfslosigkeit) sich in besagter Hinsicht hinderlich auswirken. In der Oberkategorie *Beziehung zur verstorbenen Person* können die optimale Nutzung der verbliebenen Zeit sowie der offene Umgang mit der Erkrankung förderliche Faktoren darstellen, während ein "schwieriger" Abschied sowie ungeklärte Konflikte oder offene Fragen Hindernisse für den Trauerprozess sein können. In der Oberkategorie *Soziales Umfeld* sind die unaufgeforderte Unterstützung, die emotionale Begleitung sowie ein flexibler Arbeitgeber förderlich. Streitigkeiten innerhalb der Familie und Unverständnis der Mitmenschen dagegen sind hinderlich.

Eine gute und würdevolle Sterbebegleitung, wie sie in der Palliativmedizin in der Regel gewährleistet ist, ist von großer Bedeutung für einen gelingenden Trauerprozess. Daher sollte eine palliative Haltung disziplinübergreifend vorgebracht und ausgebaut werden. In der Gesellschaft sollte Trauernden mehr Toleranz und Verständnis entgegengebracht und offen mit dem Thema Tod und Sterben umgegangen werden.

VII.Literaturverzeichnis

AWMF (2020): Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Kurzversion 2.2. Hg. v. Leitlinienprogramm Onkologie. Online verfügbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/august-2019-erweiterte-s3-leitlinie-palliativmedizin.html>, zuletzt geprüft am 08.07.2023.

Baile, W. F.; Buckman, R.; Lenzi, R.; Glober, G.; Beale, E. A.; Kudelka, A. P. (2000): SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. In: *The Oncologist* 5 (4), S. 302–311. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302.

Bergenholtz, H.; Missel, M.; Timm, H. (2020): Talking about death and dying in a hospital setting - a qualitative study of the wishes for end-of-life conversations from the perspective of patients and spouses. In: *BMC Palliative Care* 19 (1), S. 168. DOI: 10.1186/s12904-020-00675-1.

Bhaskaran, J.; Afifi, T. O.; Sareen, J.; Vincent, N.; Bolton, J. M. (2021): A cross-sectional examination of sudden-death bereavement in university students. In: *Journal of American College Health* 71(6), S. 1696–1704. DOI: 10.1080/07448481.2021.1947298.

Boelen, P. A.; van den Bout, J.; van den Hout, M. A. (2003): The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. In: *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 34 (3-4), S. 225–238. DOI: 10.1016/j.jbtep.2003.08.001.

Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS.

Bonanno, G. A. (2004): Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? In: *The American Psychologist* 59 (1), S. 20–28. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20.

Bonanno, G. A.; Westphal, M.; Mancini, A. D. (2011): Resilience to loss and potential trauma. In: *Annual Review of Clinical Psychology* 7, S. 511–535. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526.

- Breen, L. J.; Aoun, S. M.; O'Connor, M.; Rumbold, B. (2014): Bridging the gaps in palliative care bereavement support: An international perspective. In: *Death Studies* 38 (1-5), S. 54–61. DOI: 10.1080/07481187.2012.725451.
- Breen, L. J.; Fernandez, M.; O'Connor, M.; Pember, A.-J. (2012): The preparation of graduate health professionals for working with bereaved clients: An Australian perspective. In: *Omega* 66 (4), S. 313–332. DOI: 10.2190/om.66.4.c.
- Brewin, C. R.; Andrews, B.; Valentine, J. D. (2000): Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (5), S. 748–766. DOI: 10.1037//0022-006x.68.5.748.
- Bui, E.; Nadal-Vicens, M.; Simon, N. M. (2012): Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: Rationale and a brief review of the literature. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience* 14 (2), S. 149–157. DOI: 10.31887/DCNS.2012.14.2/ebui.
- Burke, L. A.; Neimeyer, R. A. (2013): Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. In: M. S. Stroebe, H. Schut & J. van der Bout (Hg.): *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*. London und Nex York: Routledge, S. 145–161.
- Cacciatore, J.; Thieleman, K.; Fretts, R.; Jackson, L. B. (2021): What is good grief support? Exploring the actors and actions in social support after traumatic grief. In: *PloS one* 16 (5), 1-17. DOI: 10.1371/journal.pone.0252324.
- Chochinov, H.M. (2017): *Würdezentrierte Therapie. Was bleibt - Erinnerungen am Ende des Lebens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Corr, C. A. (2021): Elisabeth Kübler-Ross and the "Five Stages" model in a sampling of recent textbooks published in 10 countries outside the United States. In: *Omega* 83 (1), S. 33–63. DOI: 10.1177/0030222819840476.
- Dasch, B.; Blum, K.; Gude, P.; Bausewein, C. (2015): Place of death: Trends over the course of a decade - a population - based study of death certificates from the years 2001 and 2011. In: *Deutsches Ärzteblatt International* 112 (29-30), S. 496–504. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0496.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2019): Die DGP. Eine wissenschaftliche Gesellschaft in Bewegung. Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/RZ_190828_Imagebroschu%CC%88re_ONLINE.pdf, zuletzt geprüft am 08.07.2023.

Deutsche Welle (2020): Steinmeier regt Corona-Totengedenken an. Online verfügbar unter <https://www.dw.com/de/steinmeier-regt-corona-totengedenken-an/a-54827557>, zuletzt geprüft am 08.07.2022.

DGP (2016): Deutsche Gesellschaft zur Palliativmedizin: Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. Online verfügbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/definitionen.html>, zuletzt geprüft am 08.07.2023.

DHPV (2017): Wissen und Einstellungen der Menschen in Deutschland zum Sterben – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag des DHPV. Online verfügbar unter https://www.dhpv.de/forschung/sterben-in-deutschland_wissen-und-einstellungen-zum-sterben_2017.html, zuletzt geprüft am 08.07.2023.

Eggert, S.; Sulmann, D. (2014): Palliativversorgung und Sterbehilfe aus Bevölkerungssicht – 2014. Hg. v. Stiftung ZQP. Online verfügbar unter <https://www.zqp.de/assistierter-suizid-bevoelkerungssicht/>, zuletzt geprüft am 08.07.2023.

Escobar Pinzon, L. C.; Claus, M.; Zepf, K. I.; Letzel, S.; Fischbeck, S.; Weber, M. (2011): Preference for place of death in Germany. In: *Journal of Palliative Medicine* 14 (10), S. 1097–1103. DOI: 10.1089/jpm.2011.0136.

Field, N. P.; Friedrichs, M. (2004): Continuing bonds in coping with the death of a husband. In: *Death Studies* 28 (7), S. 597–620. DOI: 10.1080/07481180490476425.

Fisher, J. E.; Zhou, J.; Zuleta, R. F.; Fullerton, C. S.; Ursano, R. J.; Cozza, S. J. (2020): Coping strategies and considering the possibility of death in those bereaved by sudden and violent deaths: Grief severity, depression, and

posttraumatic growth. In: *Frontiers in Psychiatry* 11, S. 749. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00749.

Flick, U. (1995): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl. Weinheim: Beltz.

Flick, U. (2011): Triangulation. Wiesbaden: Springer VS.

GEW (2019): Dienst- und Arbeitsbefreiung und Sonderurlaub. Regelung in der Bay. Urlaubsverordnung, TVöD und TV-L. Hg. v. GEW Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft. Online verfügbar unter https://www.gew.de/suche?L=0&id=21&tx_solr%5Bq%5D=Sonderurlaub, zuletzt geprüft am 25.02.2022.

Gibson, J.; Gallagher, M.; Jenkins, M. (2010): The experiences of parents readjusting to the workplace following the death of a child by suicide. In: *Death Studies* 34 (6), S. 500–528. DOI: 10.1080/07481187.2010.482879.

Gläser, J.; Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.

Gomes, B.; Calanzani, N.; Gysels, M.; Hall, S.; Higginson, I. J. (2013): Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: A systematic review. In: *BMC Palliative Care* 12, S. 7. DOI: 10.1186/1472-684X-12-7.

Gramling, R.; Ingersoll, L. T.; Anderson, W.; Priest, J.; Berns, S.; Cheung, K.; Norton S. A.; Alexander S. C. (2019): End-of-Life preferences, length-of-Life conversations, and hospice enrollment in palliative care: A direct observation cohort study among people with advanced cancer. In: *Journal of Palliative Medicine* 22 (2), S. 152–156. DOI: 10.1089/jpm.2018.0476.

Granek, L.; Krzyzanowska, M. K.; Tozer, R.; Mazzotta, P. (2013): Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life. In: *Journal of Oncology Practice* 9 (4), e129-35. DOI: 10.1200/JOP.2012.000800.

Grunau, A. (2020): Tod in der Corona-Zeit - "Keine Angst vor Traurigkeit". Trauerbegleitung in der Covid-19-Pandemie. Online verfügbar unter <https://p.dw.com/p/3l2lu>, zuletzt geprüft am 15.02.2022.

Haussener, S. (2017): Selbstbestimmung am Lebensende: Realität oder Illusion? Zürich-Genf: Schulthess Juristische Medien, Band 114.

Heller, A.; Wegleitner, K. (2017): Sterben und Tod im gesellschaftlichen Wandel. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (1), S. 11–17. DOI: 10.1007/s00103-016-2484-7.

Höfler, N. (2020): Wirksamkeit von Krankenhauseelsorge. Ein Projekt zur Entwicklung von Kenngrößen zur Messung der Wirksamkeit von Krankenhauseelsorge. In: *Wege zum Menschen* 72 (6), S. 536–547. DOI: 10.13109/weme.2020.72.6.536.

Holland, J. M.; Futterman, A.; Thompson, L. W.; Moran, C.; Gallagher-Thompson, D. (2013): Difficulties accepting the loss of a spouse: A precursor for intensified grieving among widowed older adults. In: *Death Studies* 37 (2), S. 126–144. DOI: 10.1080/07481187.2011.617489.

Holland, J. M.; Plant, C. P.; Klingspon, K. L.; Neimeyer, R. A. (2020): Bereavement-related regrets and unfinished business with the deceased. In: *Death Studies* 44 (1), S. 42–47. DOI: 10.1080/07481187.2018.1521106.

Hönig, K.; Gündel, H. (2016): Angehörige auf der Intensivstation: (Un)Befriedigte Bedürfnisse. In: *Der Nervenarzt* 87 (3), S. 269–275. DOI: 10.1007/s00115-016-0069-1.

Horowitz, M. J.; Bonanno, G. A.; Holen, A. (1993): Pathological grief: Diagnosis and explanation. In: *Psychosomatic Medicine* 55 (3), S. 260–273. DOI: 10.1097/00006842-199305000-00004.

Jacobson, N. C.; Lord, K. A.; Newman, M. G. (2017): Perceived emotional social support in bereaved spouses mediates the relationship between anxiety and depression. In: *Journal of Affective Disorders* 211, S. 83–91. DOI: 10.1016/j.jad.2017.01.011.

Johannsen, M.; Damholdt, M. F.; Zachariae, R.; Lundorff, M.; Farver-Vestergaard, I.; O'Connor, M. (2019): Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Journal of Affective Disorders* 253, S. 69–86. DOI: 10.1016/j.jad.2019.04.065.

- Jonasson, J. M.; Hauksdóttir, A.; Nemes, S.; Surkan, P. J.; Valdimarsdóttir, U.; Onelöv, E.; Steineck, G. (2011): Couples' communication before the wife's death to cancer and the widower's feelings of guilt or regret after the loss - a population-based investigation. In: *European Journal of Cancer* 47 (10), S. 1564–1570. DOI: 10.1016/j.ejca.2011.01.010.
- Kaniasty, K.; Norris, F. H. (2009): Distinctions that Matter. In: *Mental Health and Disasters*, S. 175–200. DOI: 10.1017/CBO9780511730030.011.
- Kast, V. (2008): *Mit Leidenschaft für ein gelingendes Leben*. Ein Lesebuch. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Kast, V. (2018): *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
- Kentish-Barnes, N.; Chaize, M.; Seegers, V.; Legriel, S.; Cariou, A.; Jaber, S.; Lefrant, JY.; Floccard, B.; Renault, A.; Vinatier, I.; Mathonnet, A.; Reuter, D.; Guisset, O.; Cohen-Solal, Z.; Cracco, C.; Seguin, A.; Durand-Gasselín, J.; Éon, B.; Thirion, M.; Rigaud, JP.; Philippon-Jouve, B.; Argaud, L.; Chouquer, R.; Adda, M.; Dedrie, C.; Georges, H.; Lebas, E.; Rolin, N.; Bollaert, PE.; Lecuyer, L.; Viquesnel, G.; Léone, M.; Chalumeau-Lemoine, L.; Garrouste, M.; Schlemmer, B.; Chevret, S.; Falissard, B.; Azoulay, É. (2015): Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. In: *The European Respiratory Journal* 45 (5), S. 1341–1352. DOI: 10.1183/09031936.00160014.
- Kersting, A.; Brähler, E.; Glaesmer, H.; Wagner, B. (2011): Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. In: *Journal of Affective Disorders* 131 (1-3), S. 339–343. DOI: 10.1016/j.jad.2010.11.032.
- Kim, Y.; Carver, C. S.; Spiegel, D.; Mitchell, H.-R.; Cannady, R. S. (2017): Role of family caregivers' self-perceived preparedness for the death of the cancer patient in long-term adjustment to bereavement. In: *Psycho-Oncology* 26 (4), S. 484–492. DOI: 10.1002/pon.4042.
- Klass, D. (2006): Continuing conversation about continuing bonds. In: *Death Studies* 30 (9), S. 843–858. DOI: 10.1080/07481180600886959.

- Kramer, B. J.; Kavanaugh, M.; Trentham-Dietz, A.; Walsh, M.; Yonker, J. A. (2010): Complicated grief symptoms in caregivers of persons with lung cancer: The role of family conflict, intrapsychic strains, and hospice utilization. In: *Omega* 62 (3), S. 201–220. DOI: 10.2190/om.62.3.a.
- Kristensen, P.; Weisæth, L.; Heir, T. (2012): Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. In: *Psychiatry* 75 (1), S. 76–97. DOI: 10.1521/psyc.2012.75.1.76.
- Kübler-Ross, E. (2013): *Interviews mit Sterbenden*. 5. Aufl. Freiburg: Kreuz.
- Kuckartz, U. (2010): *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS
- Lam, P.; Beaulieu, M. (2004): Experiences of families in the neurological ICU: A "bedside phenomenon". In: *The Journal of Neuroscience Nursing* 36 (3), 142-6, 151-5.
- Lamnek, S.; Krell, C. (2016): *Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Materialien*. 6. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.
- Leske, J. S. (1986): Needs of relatives of critically ill patients: A follow-up. In: *Heart & lung: The Journal of Critical Care* 15 (2), S. 189–193.
- Lobb, E. A.; Kristjanson, L. J.; Aoun, S. M.; Monterosso, L.; Halkett, G. K. B.; Davies, A. (2010): Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. In: *Death Studies* 34 (8), S. 673–698. DOI: 10.1080/07481187.2010.496686.
- Lorenz, H.-J.; Unger, H. v.; Lichte, T.; Herrmann, M. (2007): Die Allgemeinmedizin als Forschungsfeld: Ein Seminarkonzept zur Vermittlung qualitativer Forschungsmethoden im Medizinstudium. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 24 (3), 151. Online verfügbar unter <http://www.egms.de/en/journals/zma/2007-24/zma000445.shtml>, zuletzt geprüft am 08.07.2023.
- Lundorff, M.; Holmgren, H.; Zachariae, R.; Farver-Vestergaard, I.; O'Connor, M. (2017): Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Affective Disorders* 212, S. 138–149. DOI: 10.1016/j.jad.2017.01.030.

- Maass, U.; Hofmann, L.; Perlinger, J.; Wagner, B. (2022): Effects of bereavement groups-a systematic review and meta-analysis. In: *Death Studies* 46 (3), S. 708–718. DOI: 10.1080/07481187.2020.1772410.
- Maccallum, F.; Bryant, R. A. (2018): Prolonged grief and attachment security: A latent class analysis. In: *Psychiatry Research* 268, S. 297–302. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.07.038.
- Maciejewski, P. K.; Maercker, A.; Boelen, P. A.; Prigerson, H. G. (2016): "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: An analysis of data from the Yale Bereavement Study. In: *World Psychiatry* 15 (3), S. 266–275. DOI: 10.1002/wps.20348.
- Mancini, A. D.; Bonanno, G. A. (2009): Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. In: *Journal of Personality* 77 (6), S. 1805–1832. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x.
- Mason, T. M.; Tofthagen, C. S.; Buck, H. G. (2020): Complicated grief: Risk factors, protective factors, and interventions. In: *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* 16 (2), S. 151–174. DOI: 10.1080/15524256.2020.1745726.
- Masterson, M. P.; Schuler, T. A.; Kissane, D. W. (2013): Family focused grief therapy: A versatile intervention in palliative care and bereavement. In: *Bereavement Care* 32 (3), S. 117–123. DOI: 10.1080/02682621.2013.854544.
- Mayer, D. D. M. (2017): Improving the support of the suddenly bereaved. In: *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 11 (1), S. 1–6. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000253.
- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2016): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 6. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.
- Mehnert, A.; Schröder, A. S.; Puhmann, K.; Müllerleile, U.; Koch, U. (2006): Würde in der Begleitung schwer kranker und sterbender Patienten. Begriffsbestimmung und supportive Interventionen in der palliativen Versorgung. In:

Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 49 (11), S. 1087–1096. DOI: 10.1007/s00103-006-0069-6.

Middleton, W.; Moylan, A.; Raphael, B.; Burnett, P.; Martinek, N. (1993): An international perspective on bereavement related concepts. In: *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 27 (3), S. 457–463. DOI: 10.3109/00048679309075803.

Mikulincer, M.; Shaver, P. R. (2012): An attachment perspective on psychopathology. In: *World Psychiatry* 11 (1), S. 11–15. DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.003.

Molter, N. C. (1979): Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. In: *Heart & Lung: The Journal of Critical Care* 8 (2), S. 332–339.

Morris, S. E.; Moment, A.; Thomas, J. dL. (2020): Caring for bereaved family members during the COVID-19 pandemic: Before and after the death of a patient. In: *Journal of Pain and Symptom Management* 60 (2), S. 70-74. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.05.002.

Müller, H.; Münch, U.; Albang, M.; Kiepke-Ziemes, S. (2020): Definition "Trauer - im palliativen Kontext" Positionspapier. Online verfügbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/arbeitsgruppen/ag-psychosoziale-und-spiritu-elle-versorgung.html>, zuletzt geprüft am 08.07.2023.

Müller, H.; Willmann, H. (2016): *Trauer: Forschung und Praxis verbinden. Zusammenhänge verstehen und nutzen*. Göttingen, Bristol, CT, U.S.A.: Vandenhoeck & Ruprecht.

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

Norris, F. H.; Friedman, M. J.; Watson, P. J.; Byrne, C. M.; Diaz, E.; Kaniasty, K. (2002): 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. In: *Psychiatry* 65 (3), S. 207–239. DOI: 10.1521/psyc.65.3.207.20173.

O'Connor, M.-F.; Arizmendi, B. J. (2014): Neuropsychological correlates of complicated grief in older spousally bereaved adults. In: *The Journals of Gerontology*.

Series B, Psychological Sciences and Social Sciences 69 (1), S. 12–18. DOI: 10.1093/geronb/gbt025.

Padilla Fortunatti, C. F. (2014): Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. In: *Investigacion y educacion en enfermeria* 32 (2), S. 306–316. DOI: 10.17533/udea.iee.v32n2a13.

Pehl, T.; Dresing, T. (2018a): f4analyse. Version 2.5.4. Marburg: dr.dresing & pehl GmbH. Online verfügbar unter <https://www.audiotranskription.de/f4analyse/>, zuletzt geprüft am 19.06.2022.

Pehl, T.; Dresing, T. (2018b): f4transkript. Version 7.0.6. Marburg: dr.dresing & pehl GmbH. Online verfügbar unter <https://www.audiotranskription.de/f4transkript/>, zuletzt geprüft am 19.06.2022.

Porst, R. (2011): *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch*. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.

Prigerson, H. G.; Maciejewski, P. K.; Reynolds, C. F.; Bierhals, A. J.; Newsom, J. T.; Fasiczka, A.; Frank, E.; Doman, J.; Miller, M. (1995): Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. In: *Psychiatry Research* 59 (1-2), S. 65–79. DOI: 10.1016/0165-1781(95)02757-2.

Prütz, F.; Saß, A.-C. (2017): Daten zur Palliativversorgung in Deutschland: Welche Datenquellen gibt es, und was sagen sie aus? In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (1), S. 26–36. DOI: 10.1007/s00103-016-2483-8.

Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr, M. (2014): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 4. Aufl. München: Oldenbourg.

Rando, T. (2003): Trauern: Die Anpassung an Verlust. In: J. Wittkowski (Hg.): *Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen, Methoden, Anwendungsfelder*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 173–194.

Renner, K.-H.; Jacob, N.-C. (2020): *Das Interview. Grundlagen und Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Berlin und Heidelberg: Springer.

Robert Koch-Institut (2017): Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede.

In: *Journal of Health Monitoring* 2 (4), S. 3–23. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-111.2.

Robson, P.; Walter, T. (2012): Hierarchies of loss: A critique of disenfranchised grief. In: *Omega* 66 (2), S. 97–119. DOI: 10.2190/OM.66.2.a.

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. In: *BMC Psychiatry* 20 (1), S. 265. DOI: 10.1186/s12888-020-02639-4.

Shear, M. K.; Simon, N.; Wall, M.; Zisook, S.; Neimeyer, R.; Duan, N.; Reynolds, C.; Lebowitz, B.; Sung, S.; Ghesquiere, A.; Gorscak, B.; Clayton, P.; Ito, M.; Nakajima, S.; Konishi, T.; Melhem, N.; Meert, K.; Schiff, M.; O'Connor, MF.; First, M.; Sareen, J.; Bolton, J.; Skritskaya, N.; Mancini, A. D.; Keshaviah, A. (2011): Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. In: *Depression and Anxiety* 28 (2), S. 103–117. DOI: 10.1002/da.20780.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020): Sterbefälle 2020 nach den 10 häufigsten Todesursachen der ICD-10. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/_inhalt.html, zuletzt geprüft am 18.02.22.

Stiftung Pflege (2021): Zertifikat: Angehörige jederzeit willkommen. Online verfügbar unter http://www.stiftung-pflege.info/stiftung/?page_id=209, zuletzt aktualisiert am 17.01.2021, zuletzt geprüft am 08.07.2023.

Stroebe, M.; Finkenauer, C.; Wijngaards-de Meij, L.; Schut, H.; van den Bout, J.; Stroebe, W. (2013): Partner-oriented self-regulation among bereaved parents: The costs of holding in grief for the partner's sake. In: *Psychological Science* 24 (4), S. 395–402. DOI: 10.1177/0956797612457383.

Stroebe, M.; Schut, H. (2010): The dual process model of coping with bereavement: A decade on. In: *Omega* 61 (4), S. 273–289. DOI: 10.2190/OM.61.4.b.

Stroebe, M.; Schut, H. (2015): Family matters in bereavement: Toward an integrative intra-interpersonal coping model. In: *Perspectives on Psychological*

Science: A Journal of the Association for Psychological Science 10 (6), S. 873–879. DOI: 10.1177/1745691615598517.

Stroebe, M.; Schut, H.; Boerner, K. (2010): Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. In: *Clinical Psychology Review* 30 (2), S. 259–268. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.007.

Stroebe, M.; Schut, H.; Boerner, K. (2017): Cautioning health-care professionals. In: *Omega* 74 (4), S. 455–473. DOI: 10.1177/0030222817691870.

Stroebe, M.; Schut, H.; Stroebe, W. (2007): Health outcomes of bereavement. In: *The Lancet* 370 (9603), S. 1960–1973. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9.

Stroebe, M.; Schut, H. (1999): The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. In: *Death Studies* 23 (3), S. 197–224. DOI: 10.1080/074811899201046.

Sullivan, A. R.; Fenelon, A. (2014): Patterns of widowhood mortality. In: *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 69 (1), S. 53–62. DOI: 10.1093/geronb/gbt079.

Toftthagen, C. S.; Kip, K.; Witt, A.; McMillan, S. C. (2017): Complicated grief: Risk factors, interventions, and resources for oncology nurses. In: *Clinical Journal of Oncology Nursing* 21 (3), S. 331–337. DOI: 10.1188/17.CJON.331-337.

Travers, A.; Taylor, V. (2016): What are the barriers to initiating end-of-life conversations with patients in the last year of life? In: *International Journal of Palliative Nursing* 22 (9), S. 454–462. DOI: 10.12968/ijpn.2016.22.9.454.

Utz, R. L.; Caserta, M.; Lund, D. (2012): Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. In: *The Gerontologist* 52 (4), S. 460–471. DOI: 10.1093/geront/gnr110.

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. In: *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 69 (1), S. 85–94. DOI: 10.1093/geronb/gbt075.

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

Verhaeghe, S.; Defloor, T.; van Zuuren, F.; Duijnste, M.; Grypdonck, M. (2005): The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. In: *Journal of Clinical Nursing* 14 (4), S. 501–509. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x.

Vogt, S.; Werner, M. (2014): Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse. Skript. Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Köln. Fachhochschule Köln. Online verfügbar unter https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviewsqualinhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf, zuletzt geprüft am 08.07.2023.

Wagner, B. (2016): Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung? Trauer als diagnostisches Kriterium in der ICD-11 und im DSM-5. In: *Psychotherapeutenjournal* 15 (3), S. 250–255.

Wallner, J. (2014): Sterben auf der Intensivstation. In: *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 109 (1), S. 13–18. DOI: 10.1007/s00063-013-0281-8.

Wenrich, M. D.; Curtis, J. R.; Shannon, S. E.; Carline, J. D.; Ambrozy, D. M.; Ramsey, P. G. (2001): Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. In: *Archives of Internal Medicine* 161 (6), S. 868–874. DOI: 10.1001/archinte.161.6.868.

Wilcox, H. C.; Mittendorfer-Rutz, E.; Kjeldgård, L.; Alexanderson, K.; Runeson, B. (2015): Functional impairment due to bereavement after the death of adolescent or young adult offspring in a national population study of 1,051,515 parents. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50 (8), S. 1249–1256. DOI: 10.1007/s00127-014-0997-7.

Wilson, D. M.; Punjani, S.; Song, Q.; Low, G. (2021): A study to understand the impact of bereavement grief on the workplace. In: *Omega* 83 (2), S. 187–197. DOI: 10.1177/0030222819846419.

Wittkowski, J.; Scheuchenpflug, R. (2016): Trauern in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen und der Todesart. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 24 (3), S. 107–118. DOI: 10.1026/0943-8149/a000162.

Wittkowski, J. (2013): Forschung zu Sterben, Tod und Trauern. Die internationale Perspektive. In: *Psychologische Rundschau* 64 (3), S. 131–141. DOI: 10.1026/0033-3042/a000164.

Wright, A. A.; Keating, N. L.; Balboni, T. A.; Matulonis, U. A.; Block, S. D.; Prigerson, H. G. (2010): Place of death: Correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. In: *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* 28 (29), S. 4457–4464. DOI: 10.1200/JCO.2009.26.3863.

Znoj, H. J.; Maercker, A. (2005): Trauerarbeit und Therapie der komplizierten Trauer. In: M. Linden & M. Hautzinger (Hg.): *Verhaltenstherapiemanual*. 5. Auflage. Berlin und Heidelberg: Springer, S. 410–415.

VIII. Appendix

Interviewleitfaden

Dokumentationsbogen

Geburtsdatum (Monat/Jahr)	___/____
Geschlecht	<input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Männlich
Familienstand	<input type="radio"/> Ledig <input type="radio"/> Verheiratet <input type="radio"/> Eheähnliche Gemeinschaft <input type="radio"/> Geschieden <input type="radio"/> Verwitwet <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Elternschaft	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja: Anzahl der Kinder unter 18: _____ über 18: _____
Erwerbstätigkeit	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wenn ja: <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit
Der/die Verstorbene ist	<input type="radio"/> Partner/in <input type="radio"/> Sohn/Tochter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Andere: _____
Diagnose des/der Verstorbenen	_____
Diagnosezeitpunkt	_____

Behandlung des/der Verstorbenen	<input type="radio"/> Chemotherapie <input type="radio"/> Strahlentherapie <input type="radio"/> Operativer Eingriff <input type="radio"/> Sonstiges: _____
Sterbedatum (Monat/Jahr)	____/____
Sterbeort	<input type="radio"/> Palliativ Station <input type="radio"/> Intensivstation <input type="radio"/> Normale Station <input type="radio"/> Hospiz <input type="radio"/> Zuhause <input type="radio"/> Sonstiges: _____

Offener Gesprächseinstieg:

Welche **Faktoren** könnten den **Trauerprozess** für Nahestehende des Verstorbenen **erschweren**?

- Während des Krankheitsverlaufs
- Während des Sterbeprozesses
- Nach dem Tod

Welche Faktoren könnten den Trauerprozess für Nahestehende des Verstorbenen **erleichtern**?

- Während des Krankheitsverlaufs
- Während des Sterbeprozesses
- Nach dem Tod

Was könnte von **ärztlicher Seite** bzw. vom Krankenhauspersonal getan werden, um den Trauerprozess zu **erleichtern**?

Was könnte von **Verwandten und Freunden** getan werden, um den Trauerprozess zu **erleichtern**?

Was könnte man selber als **Betroffener** tun, um sich den Trauerprozess zu **erleichtern**?

In welchen **Situationen** verspürt man die Trauer besonders stark?

Welche Rolle könnte die **Beziehung zu dem Verstorbenen** spielen, in Hinblick auf den späteren Trauerprozess?

Welchen Einfluss hat der **Krankheitsverlauf** des Verstorbenen und die **Krankheitsdauer** auf das Trauererleben?

Wie wichtig ist es mit dem Sterbenden über den **Tod zu sprechen** und sich gemeinsam darauf vorzubereiten?

Persönliche Erfahrung:

Wie haben Sie den **Krankheitsverlauf** und das **Sterben** ihres Nahestehenden **erlebt**?

Gab es einen **Schlüsselmoment**, in dem Ihnen bewusst wurde, dass Ihr Nahestehender im Sterben liegt?

Wenn ja, wie verlief dieser?

Welche Rolle hat **der Arzt/ die Ärztin** dabei gespielt?

Was hätte Ihrer Meinung nach **anders verlaufen sollen**, um Ihnen den Trauerprozess zu erleichtern?

- Während des Krankheitsverlaufs
- Während des Sterbeprozesses
- Nach dem Tod

Wurden Sie von **Psychoonkologen bzw. Psychotherapeuten oder Seelsorgern** während des Sterbens begleitet?

- Wenn ja: Wie wurden Sie auf das Angebot, einen **Psychoonkologen bzw. Psychotherapeuten oder Seelsorger** in Anspruch zu nehmen, aufmerksam?

Gibt es Momente in der Zeit ab der Diagnose bis zum Tod Ihres Nahestehenden und über den Tod hinaus, die Ihnen den **Trauerprozess erschweren** immer noch schwer zu schaffen machen?

Was hat Ihnen in der **schweren Zeit** der Krankheit und des Sterbens **geholfen** und was haben sie als **störend** empfunden?

Wie gehen Sie **momentan** mit Ihrer Trauer um?

Was **tut Ihnen gut** und was ist eher **belastend**?

Gezielte Nachfrage

Wie war Ihr Verhältnis zu dem verstorbenen Nahestehenden?

Wann haben Sie von der Krankheit Ihres Nahestehenden erfahren?

Wie haben Sie davon erfahren?

Was hat Ihnen während des Krankheitsverlaufs Halt gegeben, wie konnten Sie sich stärken?

Was ist Ihnen während der Krankheit ihres Nahestehenden schwergefallen?

Wann wurde Ihnen mitgeteilt, dass der Tod sehr wahrscheinlich eintreten wird?

Wie und durch wen wurde es Ihnen mitgeteilt?

Wie haben Sie die Zeit erlebt, in der Ihnen klar wurde, dass der Tod unausweichlich ist?

Wurde auf die Bedürfnisse des Sterbenden eingegangen? Wenn ja wie?

Hatten Sie noch Zeit wichtige Gespräche mit dem Sterbenden zu führen? Haben Sie auch über den Tod gesprochen?

War es Ihnen wichtig, anwesend zu sein, wenn Ihr Nahestehender verstirbt?

Was hat Ihnen während des Sterbeprozesses Ihres Nahestehenden Halt gegeben?

Wie haben Sie den Tod ihres Nahestehenden und das Abschiednehmen erlebt?

Abschließende Gesprächsnotizen:

Wie war die Gesprächsatmosphäre (Ort, Stimmung in der Interaktion)?

Nonverbale Zeichen des Interviewpartners (z.B. Körperhaltung, Mimik, Gestik)?

Selbstwahrnehmung des Interviewers: „Welche Gedanken und Gefühle hatten Sie während des Interviews?“

Gab es während des Interviews Störungen (z.B. Hintergrundgeräusche, Unterbrechungen)?

Was war sonst noch wichtig? (Inhalte, die sich nicht mit den Fragen einordnen lassen; nach oder vor den Aufzeichnungen informell Besprochenes)

IX. Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AG	Arbeitsgemeinschaft
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
bzw.	beziehungsweise
Destatis	Statistisches Bundesamt
etc.	et cetera
Lfnr.	Laufnummer
vgl.	vergleiche
N	Anzahl
SD	Standardabweichung
PGD	Prolonged grief disorder
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DPM	Duales Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrung
CCFNI	Critical Care Family Needs Inventory
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband
POSR	Partner-oriented self regulation
z.B.	zum Beispiel

X. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung des Dualen Prozessmodells (DPM) (Stroebe und Schut, 2007 nach Müller und Willmann 2016, S. 51)	10
Abbildung 2 Determinanten nach Rando 2003 nach (Jentschke et al.)	12
Abbildung 3: Ablaufmodell zusammenfassende Inhaltsanalyse (eigene Darstellung nach Mayring 2015, S. 70).....	35
Abbildung 4: Altersverteilung des Probandenkollektivs	43
Abbildung 5: Übersicht zu Verstorbenen.....	44

XI. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Faktoren, die für Angehörige eine Belastung bzw. Erleichterung in der Sterbephase eines Patienten darstellen nach Wallner 2014, modifiziert nach Lautrette et al.....	24
Tabelle 2: Induktive Kategorienbildung am Beispiel des Interviews mit der Laufnummer 01	42
Tabelle 3: Kategoriensystem Betreuung der trauernden und erkrankten Personen.....	46
Tabelle 4: Kategoriensystem soziales Umfeld.....	64
Tabelle 5: Kategoriensystem Beziehung zur verstorbenen Person	78
Tabelle 6: Kategoriensystem intrapersonale Faktoren	86
Tabelle 7: Übersicht zum Kategoriensystem mit Haupt-, Ober- und Unterkategorie	99

XII. Danksagung

Mein Dank gilt allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Studie. Sie ließen mich an ihrem Seelenleben teilhaben. Ohne ihre Offenheit wäre diese Dissertation nicht möglich gewesen.

Außerdem möchte ich Dr. phil. Elisabeth Jentschke ausdrücklich danken, die mir bei der Akquise der Proband*innen half. Ich konnte mich bei allen Fragen an sie wenden.

Herzlichen Dank gilt meinen Eltern, die mir das Medizinstudium ermöglichten und mich stets unterstützen. Meinen Freundinnen und Freunden, insbesondere Elisabeth Kirsch und Fabian Heß, möchte ich für ihr fachliches und methodisches Feedback danken.

Ein besonderer Dank gilt meinem Ehemann Julian Kaufmann, der mich stets motivierte, aufmunterte, wenn etwas nicht klappte und bei jeglichen Formatierungsproblemen aus-half. Meinem Schwiegervater Theo Kaufmann und meiner Mutter möchte ich an dieser Stelle herzlichst fürs Korrekturlesen danken.

XIII. Eigene Veröffentlichungen und Kongressteilnahmen

09/2020 Posterpräsentation am 13. Kongress der Deutschen Gesellschaft
für Palliativmedizin