



## **Trauer als gesellschaftliche Aufgabe: Warum wir eine vierstufige Trauerversorgung brauchen**

**Stand: 10.08.2023**

In Deutschland sind laut Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2022 über eine Million Menschen gestorben.<sup>1</sup> Davon ausgehend, dass der Tod eines Menschen im Durchschnitt fünf Personen betrifft, trauern jährlich mehr als fünf Millionen Menschen um eine:n Verstorbene:n<sup>a</sup>. Die Mehrheit der Hinterbliebenen (etwa 60 %) bewältigt den Tod einer Bezugsperson ohne Probleme.<sup>2</sup> Für sie ist die Unterstützung durch soziale Netzwerke ausreichend. Faktoren wie etwa finanzielle Belastung und mangelnder Rückhalt aus dem sozialen Umfeld können zusätzliche Unterstützung in Form von Trauerbegleitung oder Trauerberatung notwendig machen. Eine derartige Hilfe beanspruchen laut internationalen Studien etwa 30 % der Betroffenen.<sup>3</sup> Darüber hinaus zeigen Studien, dass ein signifikanter Anteil der Betroffenen (ca. 10 %) klinisch auffällige Belastungen aufweist.<sup>4</sup> Die Diagnosen „Prolonged Grief Disorder“ (PGD) in der 11. Auflage der ICD, also der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme<sup>5</sup> sowie in der überarbeiteten 5. Auflage des DSM-5-TR, des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen<sup>6</sup> wurden entwickelt, um Hinterbliebenen zu helfen, die von diesen problematischen Trauerprozessen betroffen sind. Durch Einführung trauerspezifischer Diagnosen kann die Behandlung durch approbierte Psychotherapeut:innen<sup>b</sup> in Anspruch genommen werden.

Die Diagnosen in den beiden Klassifikationssystemen weisen Unterschiede auf. So ist die PGD nach ICD-11 typologisch angelegt, wohingegen die PGD nach DSM-V-TR Mindestkriterien anhand von Symptomchecklisten vorgibt, die zur Diagnosevergabe erfüllt sein müssen. Welche Auswirkungen die Unterschiede auf Forschung und Praxis haben, wird derzeit untersucht. Beide Klassifikationssysteme sind gültig. Für die ICD-11 liegt eine erste Entwurfsfassung in deutscher Sprache vor, die sich in einem Überarbeitungsprozess befindet. In der Entwurfsfassung trägt die trauerspezifische Diagnose die Bezeichnung „Verlängerte Trauerstörung“.<sup>7</sup>

Trauer ist eine Lebenserfahrung, die nahezu jeder Mensch im Laufe seines Lebens macht. Es ist dabei von zentraler Bedeutung, Trauer nicht als rein individuelle, sondern vor allem als systemische Erfahrung zu

---

<sup>a</sup> In diesem Positionspapier geht es um den Verlust einer Bezugsperson. Grundsätzlich können Menschen aber auch andere Verluste erleben, die Trauerprozesse nach sich ziehen, wie etwa der Verlust der Heimat oder der Verlust von Gliedmaßen.

<sup>b</sup> In den deutschsprachigen Ländern gibt es Unterschiede, welche psychotherapeutischen Verfahren als wissenschaftlich fundiert und damit sozialrechtlich anerkannt gelten. Approbationen können in Deutschland derzeit in folgenden Verfahren erlangt werden: Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapie, Psychoanalyse und systemische Familientherapie. In anderen Ländern gelten auch andere Verfahren als anerkannt.

erfassen. Dies beinhaltet, dass sich Trauernde und ihre Umwelt wechselseitig beeinflussen. So gilt für westliche Industrienationen etwa, dass Trauer insbesondere in der Arbeitswelt schnell und geräuschlos zu erfolgen hat.<sup>8,9,10</sup> Wenn sich Betroffene entsprechend dieser Norm verhalten, bestärken sie diese damit.

In unserer Zeit kommen viele Menschen aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen wie etwa dem medizinisch-technischen Fortschritt erst in höherem Alter mit Sterben, Tod und Trauer in Berührung. Auch wurde die Versorgung Sterbender aus dem familiären Umfeld ausgelagert, sodass sich eine Distanzierung und Unsicherheit im Umgang mit diesem Themenfeld feststellen lässt. Vor diesem Hintergrund braucht es neben den spezifischen Angeboten der Trauerversorgung auch niedrighschwellige, möglichst kostenfreie Bildungsangebote, die Berührungängste abbauen und die Gesellschaft dazu ermutigen, sich dieser Themen (wieder) anzunehmen.

Das Feld der Trauerversorgung stellt sich sehr heterogen dar. Eine unabhängige übergeordnete Instanz, die Hinweise bietet, wie die bestehenden Versorgungsangebote in ihrer Qualität einzuschätzen sind, aber auch, welche Angebote bedarfsseitig angezeigt sind, existiert in Deutschland nicht.<sup>11</sup> Betroffene, aber auch Fachkräfte haben daher kaum Möglichkeiten, sich zu orientieren. Somit scheint eine bedarfsgerechte Versorgung derzeit nicht gewährleistet zu sein. Wir schlagen vor, die Angebote der Trauerversorgung anhand eines international akzeptierten Trauerversorgungsmodells zu strukturieren, um eine erste Orientierung sowie die weitere Professionalisierung der Trauerversorgung zu ermöglichen.

## **Das vierstufige Trauerversorgungsmodell**

Aktuelle Stepped-Care-Modelle der Versorgung Trauernder sehen spezifische Unterstützungsangebote für unterschiedliche Bedarfsstufen vor. Sie orientieren sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen (z.B. Breen et al.<sup>12</sup>) und dem evidenzbasierten Public-Health-Ansatz der Trauerversorgung.<sup>2,13,14</sup> Der – noch dreistufige – Public-Health-Ansatz der Trauerversorgung berücksichtigt, dass die Trauerreaktionen von Mensch zu Mensch verschieden sind und sich der Bedarf aufteilen lässt in (1) Informationen und Unterstützung aus dem sozialen Umfeld, (2) Bedarf an zusätzlicher Unterstützung und (3) therapeutische Unterstützung. Ein ähnlicher Ansatz wird derzeit von der European Association for Palliative Care verwendet.<sup>15</sup> Das dreistufig konzipierte Modell, das von Müller et al.<sup>11</sup> auch an den deutschen Sprachraum angepasst wurde, wird um eine vierte Ebene erweitert, die vorsieht, dass es breitenwirksamer trauerspezifischer Bildungsangebote bedarf, um die Gesellschaft im Umgang mit Verlusten und Betroffenen zu stärken. Die vier Ebenen des Modells lassen sich wie folgt beschreiben:

### **Stufe 0: Gesellschaftliche Trauerkompetenz**

Sterben, Tod und Trauer sind Teil des Lebens. Sterben und Tod sind unumgänglich. Menschen können trauern. Es ist eine Fähigkeit, die in jedem Menschen angelegt ist und nicht erlernt werden muss. Viele

Menschen geben jedoch zu, dass sie sich unsicher und unbeholfen fühlen, wenn es um den Umgang mit Trauernden geht. Veraltete Vorstellungen (z.B. Trauerphasenmodelle) beherrschen immer noch den öffentlichen Diskurs (z.B. zu sehen bei Techniker Krankenkasse<sup>16</sup>). Die Basis des Trauerversorgungsmodells (Stufe 0) macht deutlich, wie wichtig es ist, die Öffentlichkeit zu sensibilisieren, aufzuklären und über Trauer oder die Gestaltung von Ritualen zu informieren, um eine trauerkompetentere Gesellschaft zu schaffen. Dieser Ansatz wird in der neueren Literatur als „grief literacy“ bezeichnet.<sup>12</sup> Darunter verstehen Breen und Kolleg:innen „Die Fähigkeit, trauerspezifisches Wissen zu erwerben, zu verarbeiten und zu nutzen“ (2022: 3)<sup>12</sup>.

### **Stufe 1: Allgemeine Unterstützung und Information**

Alle Hinterbliebenen brauchen Informationen und Unterstützung. Zu den Informationsbedürfnissen gehören etwa Informationen über Trauer im Allgemeinen, über den Anspruch auf Sonderurlaub im Verlustfall und vieles mehr. Die Unterstützung kann sowohl praktische als auch emotionale Unterstützung umfassen. Trauernde Personen erhalten diese Unterstützung in ihrer Familie oder ihrem sozialen Netzwerk. Unterstützung sowie Informationen können Betroffene beispielsweise auch durch Hausärzt:innen, Bestatter:innen oder andere Personen beziehen.

### **Stufe 2: Zusätzliche Unterstützung**

Hinterbliebene auf dieser Stufe benötigen zusätzliche Hilfe, die über die auf Stufe 1 beschriebene allgemeine Unterstützung hinausgeht. Auf dieser Stufe sind die Angebote der Trauerbegleitung und der Trauerberatung zu unterscheiden. Trauerbegleitung kann als ein „Da-Sein“ beschrieben werden. Sie ist ergebnisoffen. Die Ansätze zielen auf die lebenspraktische Unterstützung ab. Trauerberatung knüpft an die professionelle Beratung an. So bedarf es einer Auftragsklärung. Die Angebote können beispielsweise Psychoedukation und das Erlernen neuer Bewältigungsstrategien beinhalten. Fortgebildete Fachkräfte wie etwa Trauerberatende oder Trauerbegleitende, Sozialarbeiter:innen, Seelsorgende und Psycholog:innen stehen auf dieser Stufe zur Verfügung.

### **Stufe 3: Unterstützung durch approbierte Psychotherapeut:innen**

Hinterbliebene auf dieser Stufe zeigen klinisch auffällige Trauerverläufe. Einige erfüllen möglicherweise sogar die Kriterien einer komorbid auftretenden Depression oder Angststörung. Hier ist professionelle Hilfe erforderlich, zum Beispiel in Form einer Psychotherapie durch entsprechend trauerspezifisch fortgebildete, approbierte Psychotherapeut:innen. Evidenzbasierte trauerspezifische Interventionsprogramme befinden sich aktuell in der Entwicklung.

Grafisch stellt sich das Modell wie folgt dar:

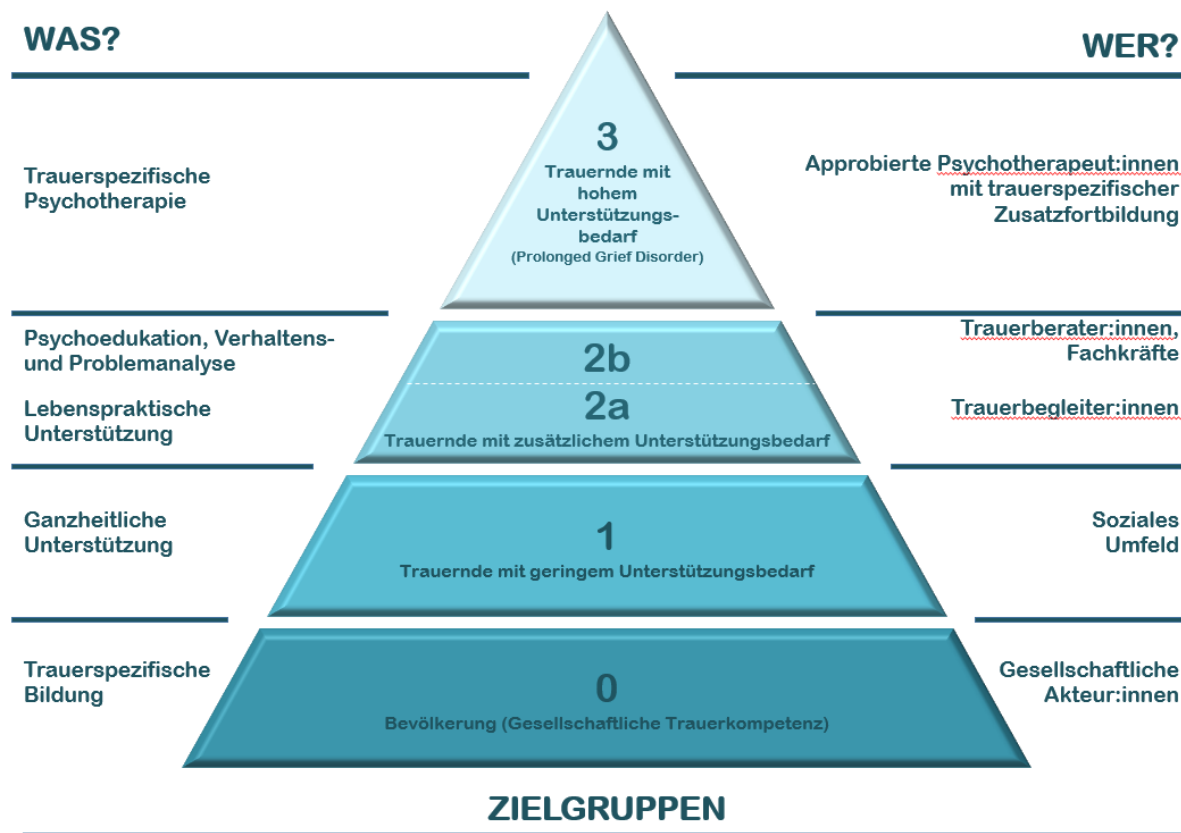


Abbildung 1

## Fazit

Der vierstufige Ansatz zur Konzeptualisierung der Trauerversorgung bietet eine Struktur, die Betroffenen und Trauerversorgenden Orientierung bieten kann, die gesellschaftliche Trauerkompetenz stärkt und eine weitere Professionalisierung ermöglicht. Sie wurde erstmalig durch das Bereavement Network Europe (BNE) veröffentlicht und diente auch als struktureller Rahmen der ersten Europäischen Trauerkonferenz. Von zentraler Bedeutung sind Angebote auf Stufe 0, denn nur eine kompetente Gesellschaft kann sich zu einer sorgenden Gesellschaft entwickeln.

Wir fordern alle Interessensvertreter:innen auf, zur Etablierung des vierstufigen Trauerversorgungsmodells in Deutschland beizutragen. Der konzeptionelle Ansatz bietet den Rahmen, um spezifische, wissenschaftlich basierte Konzepte für die Versorgung auf allen Versorgungsstufen und für alle Versorgenden zu entwickeln, die Verzahnung der einzelnen Versorgungsstufen zu systematisieren und vorgelagerte Versorgungssektoren wie die Palliativversorgung zu integrieren. Diese Entwicklungen sind durch nationale sowie internationale Projekte einer trauerspezifischen Versorgungsforschung zu begleiten. Zusammenfassend ist die Etablierung des vierstufigen Versorgungsmodells notwendig, um eine bedarfsgerechte, kompetente Trauerversorgung zu gewährleisten.

### **Autor:innen:**

Heidi Müller, Susanne Kiepke-Ziemes, Urs Münch, Johannes Albrecht, Jan Gramm, Eva Kersting, Astrid Klumb, Karoline Labitzke, Wolfgang Lingl, Stephanie Link, Hermann Reigber, Anne Schattenfroh, Barbara Schilling, Christoph Schmidt, Daniel Berthold

für die DGP-AG Psychosoziale, spirituelle und trauerspezifische Versorgung

### **Danksagung:**

Die Autor:innen danken Andrea Wagner für die Erstellung der Grafik.

### **Referenzen**

1. Statistisches Bundesamt, Destatis (2023). Sterbefälle Fallzahlen nach Tagen, Wochen, Monaten, Altersgruppen, Geschlecht und Bundesländern für Deutschland. Online: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle-pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung-sterbefaelle-pdf.pdf?__blob=publicationFile), 21.2.2023.
2. Aoun, S.M., Breen, L.J., O'Connor, M., Rumbold, B., Nordstrom, C. A. (2012). Public health approach to bereavement support services in palliative care. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36(1), 14-6. doi: 10.1111/j.1753-6405.2012.00825.x.
3. Aoun, S.M., Breen, L.J., Rumbold, B. and Howting, D. (2014), Reported experiences of bereavement support in Western Australia: a pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 38: 473-479. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12177>.
4. 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. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149. Doi: doi: 10.1016/j.jad.2017.01.030.
5. World Health Organization (WHO; 2023). ICD-11. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 6B42 Prolonged grief disorder. Online: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>, 15.2.2023.
6. American Psychiatric Association (APA; 2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) text revision*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
7. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023). ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. Online: [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html), 22.2.2023.

8. Granek, L. (2017). Is Grief a Disease? The Medicalization of Grief by the Psy-Disciplines in the Twenty-First Century, In: N. Thompson, G. R. Cox (eds.), Handbook of the Sociology of Death, Grief, and Bereavement. A Guide to Theory and Practice, 264-277. New York, London: Routledge.
9. Müller, H., Sibelius, U., Stingl, M., & Berthold, D. (2022). Trauer in der beschleunigten Gesellschaft. Eine zeitanalytische Perspektive. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 68, 87-96. <https://doi.org/10.13109/zptm.2022.68.1.87>
10. Walter, T. (2017). What death means now? Thinking critically about dying and grieving. Bristol, Chicago: Policy Press.
11. Müller, H., Münch, U., Bongard, S., Hauch, H., Sibelius, U., Berthold, D. (2021). Trauerversorgung in Deutschland. Entwurf eines gestuften Versorgungsmodells, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volume 162, 40-44. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.02.004>
12. Breen, L.J., Kawashima, D., Joy, K., Cadell, S., Roth, D., Chow, A., Macdonald, M.E. (2022). Grief literacy: A call to action for compassionate communities, Death Studies, 46(2), 425-433. doi: 10.1080/07481187.2020.1739780.
13. National Institute for Clinical Excellence, Great Britain (2004). National Health Service. Improving supportive and palliative care for adults with cancer: the manual. London: National Institute for Clinical Excellence.
14. Aoun, S.M., Breen, L.J., Howting, D.A., Rumbold, B., McNamara, B., Hegney, D. (2015). Who Needs Bereavement Support? A Population Based Survey of Bereavement Risk and Support Need. PLoS ONE 10(3): e0121101. doi:10.1371/journal.pone.0121101
15. Guldin, M-B., Murphy, I., Keegan, O., Monroe, B., Lacaste Reverte, M., Benkel, I. (2015). Bereavement Care Provision in Europe: A survey by the EAPC bereavement care taskforce. European Journal of Palliative Care, 22(4), 185-189.
16. Techniker Krankenkasse (2020). Was ist Trauer? Online: <https://www.tk.de/techniker/gesundheits-und-medizin/behandlungen-und-medizin/psychische-erkrankungen/was-ist-trauer-2017898?tkcm=aaus>, 21.2.2023.