
Unterschiede in Trauer und Abschiednehmen von Angehörigen/Zugehörigen von Verstorbenen vor und während der Covid-19-Pandemie

Differences in grieving and saying goodbye to loved ones/relatives
of the deceased before and during the Covid-19 pandemic

Bachelorarbeit
im Studiengang Psychologie
in der
Fakultät Humanwissenschaften
an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg



Verfasserin: Iris Josefa Zinkand

Korrektor/Betreuer: Prof. Dr. Jörg Wolstein

Bamberg 2024

Dieses Werk ist als freie Onlineversion über das Forschungsinformationssystem (FIS; <https://fis.uni-bamberg.de>) der Universität Bamberg erreichbar.

Das Werk steht unter der CC-Lizenz CC BY.

Lizenzvertrag: Creative Commons Namensnennung 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



URN: <urn:nbn:de:bvb:473-irb-972050>

DOI: <https://doi.org/10.20378/irb-97205>

Danksagung

Ich danke meinen Kindern Finija Lene und Leonard Yari, dass sie Teil meines Lebens sind. Ihr lasst mein Leben bunter, lebendiger und schöner werden!

Leonard, du bist aufgrund meines Studiums von Marktrechwitz mit nach Bamberg gezogen und hast hier viel Neues kennenlernen und erleben dürfen. Studium hat für dich Veränderung bedeutet.

Finija, du bist während meiner Studienzeit geboren worden und hast bereits mit wenigen Wochen deiner ersten Vorlesung „gelauscht“. Eine deiner ersten Aussagen war „Mama Uni.“

Ihr Beide habt teilweise viel Geduld gebraucht, wenn ich für Klausuren gelernt habe oder an meiner Bachelorarbeit schrieb. Danke dafür.

Ich bin froh eure Mama sein zu dürfen!

Ich danke meinem wertgeschätzten Partner Matze für seine Reflektion in Gesprächen und die Unterstützung in allen Lebensbereichen- besonders natürlich auch in Anbetracht der Betreuung unserer Kinder. Wir haben meinem Studium einen wichtigen Stellenwert eingeräumt, auch wenn die Corona-Pandemie alles deutlich erschwert hat.

Schön, dich an meiner Seite zu wissen!

Ich danke meinen Eltern Isolde und Wolfgang für die regelmäßige und zuverlässige Betreuung von Finija und Leonard während meines gesamten Psychologie-Bachelorstudiums. Ich konnte mich stets auf eure Unterstützung verlassen, ihr habt mir Vieles ermöglicht.

Ich danke meiner langjährigen und stets zuverlässigen Freundin Romy für die vielen interessanten und nachhaltigen Gespräche, sowie einen „Blick auf die Kinder“, wenn dieser von Nöten war.

Ich danke all den trauernden Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern, die ich in den letzten 15 Jahren ehrenamtlich beim Hospizverein Kronach e.V. in ihrer Trauer begleiten durfte. Durch diese Individuen und ihre persönlichen Geschichten habe ich viel in diesem Themenbereich dazugelernt. Euer mir entgegengebrachtes Vertrauen ist ein wertvoller Schatz. Ich danke auch den Trauernden, die ich im Projekt „Via. Trauer neu denken.“ der Malteser seit März 2022 online beraten darf.

Danke auch jenen Menschen, die einen nahestehenden Menschen verloren haben und bereit waren den Fragebogen im Rahmen meiner Bachelorarbeit auszufüllen. Ohne euch wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen!

Überdies danke ich Prof. Wolstein für die einmalige Möglichkeit am Lehrstuhl für Psychopathologie meine Bachelorarbeit zu schreiben und mich wissenschaftlich mit dem Thema Trauer unter den Covid-19-Bedingungen intensiv auseinandersetzen zu dürfen. Ich fand es interessant, neue Aspekte zum Thema der Trauer kennenlernen zu dürfen. Ich habe für mich und meine Tätigkeit in der Trauerarbeit viele neue Erkenntnisse gewonnen und bin froh, mich intensiv mit diesem Thema beschäftigt zu haben.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1. Einleitung.....	8
2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand	12
2.1 Covid-19.....	12
2.2 Infektionsschutzgesetz nach § 28a und bundesweite Infektionsschutzmaßnahmen.....	13
2.3 Sterben und Tod.....	14
2.3.2 Sterbephasen	14
2.3.2.1 Biologische Sterbephasen	14
2.3.2.2 Sterbephasen nach Kübler-Ross	15
2.3.3 Todesphasen	16
2.4 Trauer.....	17
2.4.1 Trauersymptome	17
2.4.2 Trauermodelle	18
2.4.2.1 Trauermodell nach Verena Kast.....	19
2.4.2.2 Bindungstheorie nach John Bowlby	20
2.4.2.3 Stress-Modell der Trauer	21
2.4.2.4 Gezeitenmodell der Trauer nach Smeding.....	22
2.4.3 Normale vs. komplizierte Trauer	24
2.4.4 Persönliches Wachstum	25
2.4.5 Geschlechtsspezifische Formen der Trauer.....	26
2.5 Abschiednehmen.....	27
2.6 Mediatoren der Trauer	30
2.6.1 Beziehung zur sterbenden bzw. verstorbenen Person	31
2.6.2 Art des Todesfalls.....	31
2.6.3 Risiko- und Schutzfaktoren.....	34
2.7 Situation der angehörigen bzw. zugehörigen Personen.....	35
2.7.1 Situation Angehöriger bzw. Zugehöriger vor der Covid-19-Pandemie	37
2.7.2 Situation Angehöriger bzw. Zugehöriger während der Covid-19-Pandemie	38
3. Fragestellung und Hypothesen	41
3.1 Abschiednehmen Angehöriger vor und während der Covid-19-Pandemie	41
3.1.1 Abschiednehmen Angehöriger vor dem Versterben.....	41
3.1.2 Abschiednehmen Angehöriger nach dem Versterben.....	41
3.1.3 Abschiednehmen Angehöriger bei Beisetzung oder Trauerfeier	42

3.2 Abschiednehmen Zugehöriger vor und während der Covid-19-Pandemie	42
3.2.1 Abschiednehmen Zugehöriger vor dem Versterben	43
3.3 Trauerreaktion vor und während der Covid-19-Pandemie.....	44
3.4 Auswirkungen der Möglichkeit des Abschiednehmens von der sterbenden bzw. verstorbenen Person auf die Trauerreaktion	44
3.5 Auswirkungen erlebter sozialer Unterstützung auf die Trauerreaktion	45
3.5.1 Subskalen F1, F2, F3 und F5 des Trauerfragebogens nach Weiser/Ochsmann	45
3.5.2 Subskala F4 des Trauerfragebogens nach Weiser/Ochsmann	46
4. Methode	46
4.1 Stichprobe	46
4.2 Wichtiges zur Versuchsdurchführung	49
4.3 Fragebogen	50
4.3.1 Grundlegendes zum Fragebogen	50
4.3.2 Aufbau und Durchführung der Fragebogenstudie	50
4.3.2.1 Einführung des Fragebogens	50
4.3.2.2 Erhebung der Basisdaten.....	51
4.3.2.4 Ergänzungsfragen zum Abschiednehmen und zu sozialer Unterstützung	55
4.3.2.5 Abschluss des Fragebogens.....	56
4.3.2.6 Datenschutz.....	56
4.4 Probandengewinnung.....	57
4.5. Untersuchungsdesign und statistische Verfahren	57
5. Ergebnisse	59
5.1 Abschiednehmen Angehöriger vor und während der Covid-19-Pandemie	59
5.1.1 Hypothese 1a – Abschiednehmen Angehöriger vor dem Versterben	60
5.1.2 Hypothese 1b – Abschiednehmen Angehöriger nach dem Versterben	61
5.1.3 Hypothese 1c – Teilnahme an Beisetzung oder Trauerfeier der Angehörigen	62
5.2 Abschiednehmen Zugehöriger vor und während der Covid-19-Pandemie	62
5.2.1 Hypothese 2a – Abschiednehmen Zugehöriger vor dem Versterben	63
5.2.2 Hypothese 2b – Abschiednehmen Zugehöriger nach dem Versterben.....	64
5.2.3 Hypothese 2c – Teilnahme an Beisetzung oder Trauerfeier von Zugehörigen	65
5.3 Hypothese 3 – Trauerreaktion von Menschen, die eine nahestehende Person vor bzw. während der Covid-19-Pandemie verloren haben.....	66
5.4 Hypothese 4 – Auswirkung der Möglichkeit des Abschiednehmens vom Sterbenden/Verstorbenen auf die Subskalen des Trauerfragebogens	72
5.5 Auswirkungen erlebter sozialer Unterstützung auf die Subskalen des Trauerfragebogens nach Weiser/Ochsmann	75
5.5.1 Hypothese 5a – Auswirkungen erlebter sozialer Unterstützung auf die Subskalen F1, F2, F3 und F5 des Trauerfragebogens.....	75

5.5.2 Hypothese 5b – Auswirkungen erlebter sozialer Unterstützung auf die Subskala F4 des Trauerfragebogens	77
6. Zusammenfassung und Diskussion	78
7. Schlusswort und Fazit	88
Literaturverzeichnis	91
Anhang	101
Fragebogen.....	101

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Symptome der Trauer nach Stroebe und Stroebe (1987).....	18
Abbildung 2 Stressreaktion nach Selye (1956) (Darstellung von Bergmann, o. D.)....	22
Abbildung 3 Gezeitenmodell der Trauer nach Smeding (2005).....	24
Abbildung 4 Übersicht über der Geschlechtsidentität der erhobenen Stichprobe, unterteilt in eine Stichprobe vor und eine Stichprobe seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a. Die Angaben sind in Prozent.....	47
Abbildung 5 Übersicht über die Art der Beziehung zu der verstorbenen Person, im Rahmen der Stichprobe. Die Angaben sind in Prozent.	48
Abbildung 6 Übersicht über die Art der erlebten Verluste im Rahmen der erhobenen Stichprobe. Die Angaben sind in Prozent.....	49
Abbildung 7 Art der Beziehung zur verstorbenen Person im Rahmen der erhobenen Stichprobe. Die ersten sieben Angaben wurden der Kategorie ‚Angehörige‘ zugeordnet, die zwei letzten Angaben der Kategorie ‚Zugehörige‘. Die Angaben sind in Prozent.....	59
Abbildung 8 Hypothese 1a – Verabschiedung von sterbenden Angehörigen vor und während der Covid-19-Pandemie. Die Angaben sind in Prozent.....	60
Abbildung 9 Hypothese 1b – Verabschiedung von verstorbenen Angehörigen vor und während der Covid-19-Pandemie. Die Angaben sind in Prozent.....	61
Abbildung 10 Hypothese 1c – Teilnahme an Beisetzung oder Trauerfeier der angehörigen Person, Unterteilung der Stichprobe in vor und während der Covid-19-Pandemie. Die Angaben sind in Prozent	62
Abbildung 11 Hypothese 2a – Verabschiedung von der sterbenden zugehörigen Person vor und während der Covid-19-Pandemie. Die Angaben sind in Prozent.	63
Abbildung 12 Hypothese 2b – Verabschiedung von der verstorbenen zugehörigen Person vor und während der Covid-19-Pandemie. Die Angaben sind in Prozent.	64
Abbildung 13 Hypothese 2c – Teilnahme an Beisetzung oder Trauerfeier der zugehörigen Person vor und während der Covid-19-Pandemie. Die Angaben sind in Prozent.....	65
Abbildung 14 Verteilung der Werte auf der Subskala F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘.....	67
Abbildung 15 Verteilung der Werte auf der Subskala F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘	68
Abbildung 16 Verteilung der Werte auf der Subskala F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ ...	69
Abbildung 17 Verteilung der Werte auf der Subskala F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘.....	70
Abbildung 18 Verteilung der Werte auf der Subskala F5: ‚Kognitiver Faktor‘	71
Abbildung 19 Ausprägung der Werte der einzelnen Subskalen der Vergleichsgruppen ‚angehörige/zugehörige Person vor Inkrafttreten IfSG § 28a verstorben‘ und ‚angehörige/zugehörige Person seit Inkrafttreten IfSG § 28a verstorben‘	72

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
ABAS	Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe
AGUS	Angehörige um Suizid
BayIfSMV	Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung
BayMBI	Bayerisches Ministerblatt
BDSG	Deutsches Datenschutzgesetz
bzw.	beziehungsweise
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
ggf.	gegebenenfalls
ICD-11	Internationale statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision
IfSG	Infektionsschutzgesetz
PGD- Werte	Werte, die auf die Diagnose Prolonged Grief Disorder hinweisen
PROGRID	Prolonged Grief Disorder- Therapie anhaltender Trauer der katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozeßordnung
TF	Trauerfragebogen nach Weiser/Ochsmann (2002)
u. a.	unter anderem
VEID	Bundesverband verwaister Eltern und Geschwister.
vs.	versus
WHO	World Health Organization
WüTi	Würzburger Trauerinventar nach Wittkowski (2013)
z. B.	zum Beispiel
ZPID	Public Open Science Institut für Psychologie am Leibniz-Institut für Psychologie

1. Einleitung

Zweiunddreißig Tage konnte ich meinen geliebten Mann nicht im Pflegeheim besuchen, da das Haus wegen aufgetretener Coronafälle für Besucher vollständig gesperrt war. Und das, obwohl es meinem Mann gesundheitlich sehr schlecht ging und ich jeden Tag große Angst um ihn hatte. Ich wusste nicht, ob er nach mir fragt, ob er Schmerzen hatte, ob er isst, sein Dekubitus sich wieder verschlechtert hatte oder er seine Medikamente nahm – die Schwestern hatten keine Zeit, meine Fragen zu beantworten. In diesen 32 Tagen befand mein Mann sich allein und isoliert in seinem Pflegezimmer. Er ist 83 Jahre alt, wir sind seit beinahe 50 Jahren verheiratet. Er war immer ein guter Mann. Noch nie war ich so lange getrennt von ihm – besonders jetzt, da es ihm Tag für Tag schlechter geht und wir nicht wissen, wie viele gemeinsame Tage auf Erden uns noch bleiben, bevor Gott uns zu sich ruft. (Zitat von Frau M., 84 Jahre alt, am 13. Juli 2022)

Frau M. beschreibt die belastende Situation und die Sorgen um ihren Ehemann, der sich am Ende seines Lebens befindet. Und sie ist damit kein Einzelfall. Vielen Menschen war es aufgrund der Covid-19-Pandemie nicht möglich, ihre Familienmitglieder oder Zugehörigen in deren letzter Lebensphase so intensiv zu unterstützen, wie sie es sich gewünscht hätten. Ein Abschied vor dem Versterben war nicht oder eingeschränkt möglich. Dabei stellt sich die Frage, wie sich diese Umstände auf den anschließenden Trauerprozess nach dem Versterben der angehörigen Person auswirken. Konnten sich während der Pandemie tatsächlich durchschnittlich weniger Menschen von ihren Nahestehenden verabschieden als es vor der Covid-19-Pandemie der Fall war? Wie beeinflusst die erlebte soziale Unterstützung in den Tagen um den Todesfall den anschließenden Trauerprozess? Diese Fragestellungen werden im Rahmen meiner Bachelorarbeit beantwortet.

In Deutschland wurde der erste bestätigte Covid-19-Fall am 27. Januar 2020 gemeldet. Um vulnerable Personengruppen zu schützen, wurde daraufhin am 16. März 2020 der erste siebenwöchige Lockdown beschlossen und trat am 22. März 2020 in Kraft. Infolgedessen wurden für Einrichtungen wie Krankenhäuser, Pflegezentren und Seniorenhäuser Besuchssperren verhängt, wodurch schwerstkranke und sterbende Personen nicht oder nur noch eingeschränkt von ihren Angehörigen und Zugehörigen besucht werden konnten. Überdies zeigten sich Einschränkungen in der Verabschiedung von bereits Verstorbenen. Konnte eine Covid-19-Infektion bei einer verstorbenen Person nachgewiesen werden, lag es in der Verantwortung der einzelnen Einrichtungen, zu evaluieren, ob eine Verabschiedung von dieser unter Einhaltung aller Schutzmaßnahmen gewährleistet werden konnte (Münch et al., 2020). Aufgrund dieser Regelung war es Angehörigen teilweise nicht möglich, sich von der verstorbenen Person zu verabschieden, was wiederum eine Auswirkung auf die individuelle Trauerreaktion

zeigen konnte. War die begleitende Person selbst Covid-19-positiv, wurde aufgrund der Isolationsregelung bis zum 30. Juni 2022 eine Verabschiedung von der sterbenden oder verstorbenen Person unterbunden. Überdies wurden die Teilnehmerzahlen bei Trauerfeiern aufgrund der pandemischen Lage phasenweise erheblich limitiert.

In meiner beruflichen Tätigkeit in der Koordination der Trauer-Onlineberatung „Via. Trauer neu denken.“ der Malteser und in meiner ehrenamtlichen Arbeit als Leitung der Trauerarbeit beim Hospizverein Kronach e. V. wird mir bei der Durchführung von Trauergruppen, der Durchführung von Trauereinzugesprächen und in der Beratung von trauernden Menschen die Brisanz des Themas offenbar. Einige Menschen suchen Rat und Unterstützung in ihrer Trauer, da es ihnen nicht möglich war, sich von ihren sterbenden angehörigen bzw. zugehörigen Personen in Klinik, Pflegeheim oder einer anderen Einrichtung zu verabschieden. Schuldgefühle, Angst, Verzweiflung und Wut sind hierbei häufig auftretende Themen. Andere Menschen konnten wochenlang keinen Kontakt zu ihren schwerstkranken angehörigen bzw. zugehörigen Personen pflegen und lebten in der ständigen Angst, nicht zu wissen, wie es diesen gerade ging. Sie mussten sich mit der als stark empfundenen Unsicherheit infolge immer wieder überarbeiteter und dadurch als unvorhersehbar empfundener Regelungen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie und den Auswirkungen auf die Besuchsbeziehung zu ihren schwerstkranken angehörigen bzw. zugehörigen Menschen befassen.

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit setze ich mich anhand einer quantitativen Datenerhebung und -auswertung mit den Unterschieden in Trauer und Abschiednehmen vor und während der Covid-19-Pandemie auseinander. Ein weiterer Fokus meiner Arbeit liegt auf den Auswirkungen der erlebten sozialen Unterstützung auf die Trauerreaktion des Individuums.

Aufgrund der Aktualität des Themas gibt es noch deutliche Leerstellen in der Literatur zu den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf den Trauerprozess. Vereinzelt wurden inzwischen Querschnittstudien veröffentlicht, doch die Ergebnisse von Längsschnittstudien stehen noch aus. Infolge der Literaturrecherche wurde ein digitaler, dreigliedriger Fragebogen erarbeitet, der trauernden Menschen über den Zeitraum von fünf Wochen im digitalen Format über das Internet zur Verfügung gestellt wurde. Der erste Teil des Fragebogens erfasste die Basisdaten der Studienteilnehmer. Im zweiten Teil, dem Trauerfragebogen von Weiser und Ochsmann (2002), wurden die fünf Komponenten F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘, F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ erhoben. Der dritte Teil des Fragebogens erfasste die Variablen des Abschiednehmens und der sozialen Faktoren.

Es werden demnach die Hypothesen 1 und 2 aufgestellt, dass sich angehörige bzw. zugehörige Personen aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen durchschnittlich seltener von ihren sterbenden oder verstorbenen Menschen verabschieden konnten und/oder an der Beisetzung bzw. Trauerfeier ihrer verstorbenen Person teilnehmen konnten als vor der Covid-19-Pandemie. Hypothese 1 befasst sich statistisch mit der Situation der Angehörigen, wohingegen Hypothese 2 die Situation zugehöriger Personen fokussiert.

Im Rahmen von Hypothese 3 wird geprüft, ob Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person während der geltenden Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen verloren haben, sich durchschnittlich nicht in den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘, F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ von den Menschen unterscheiden, die vor der Covid-19-Pandemie einen Trauerfall erlebt hatten.

Hypothese 4 legt den Fokus auf die Auswirkungen der Verabschiedung von der sterbenden oder verstorbenen Person. Es wird erwartet, dass Menschen, die die Möglichkeit hatten, sich von ihren sterbenden oder verstorbenen Angehörigen bzw. Zugehörigen zu verabschieden, im Durchschnitt niedrigere Werte in den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ aufweisen als Menschen, die sich nicht von ihren sterbenden oder verstorbenen Angehörigen bzw. Zugehörigen verabschieden konnten.

In Hypothese 5 werden die Auswirkungen der erlebten sozialen Unterstützung auf die Trauerreaktion thematisiert. Einerseits wird erwartet, dass Menschen, die ihr soziales Umfeld in den Tagen vor, während und nach dem Todesfall der nahestehenden Person als Unterstützung erlebt haben, im Durchschnitt geringere Werte in den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ aufweisen als Menschen, die ihr soziales Umfeld nicht als unterstützend erlebt haben. Andererseits wird erwartet, dass Menschen, die ihr soziales Umfeld in den Tagen vor, während und nach dem Todesfall der nahestehenden Person als Unterstützung erlebt haben, im Durchschnitt in der Subskala F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ höhere Werte erzielen als Menschen, die ihr soziales Umfeld nicht als unterstützend erlebt haben.

Zu Beginn meiner theoretischen Überlegungen gehe ich auf Covid-19 sowie die folglich bundesweit etablierten Infektionsschutzmaßnahmen ein und greife grundlegende Aspekte zu Sterben und Tod auf. Im Themenbereich Trauer werden

Trauersymptome (Stroebe & Stroebe, 1987; Wagner, 2016) und Modelle beschrieben, die als wissenschaftliche Basis der vorliegenden Arbeit fungieren. In meinen Überlegungen stützte ich mich auf das Trauermodell von Kast (1982), in dem von vier aufeinanderfolgenden Trauerphasen ausgegangen wird. Die Grundlage des Trauerfragebogens nach Weiser und Ochsmann (2002), den ich im Rahmen meiner Datenerhebung genutzt habe, liefert die 1986 veröffentlichte Hogan Grief Reaction Checklist von Hogan et al. Diese greift auf die Bindungstheorie von Bowlby (1983) zurück, die eine Trauertheorie inkludiert. Anhand des Stressmodells der Trauer werden die physiologischen Aspekte der Trauer näher betrachtet, die auch in der Subskala F3 des Trauerfragebogens Beachtung finden. Das Gezeitenmodell der Trauer von Smeding (2005) fokussiert die Bedeutung des Abschiednehmens von der sterbenden bzw. verstorbenen Person und dessen Auswirkung auf den Verlauf der Trauer.

Auch der Abgrenzungsfrage zwischen normaler zu komplizierter Trauer (Stroebe et al., 2008; Rosner & Wagner, 2013) und dem persönlichen Wachstum infolge kritischer Lebensereignisse (Hogan, 1986) wird in der aktuellen Trauerforschung eine große Bedeutung eingeräumt (Müller & Willmann, 2020). Infolge der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen hat die Diskussion zu den psychischen Auswirkungen, die bei den untersuchten Personengruppen nachgewiesen werden konnten, zugenommen. Zu den beobachteten Auswirkungen gehören ein besonders hohes Maß an Angst und Depressivität, Schuldgefühle, Hilflosigkeit und Wut (Benzinger et al., 2021; Kiepke-Ziemes et al., 2021). Der Möglichkeit der Verabschiedung von einer sterbenden oder verstorbenen Person kommt für den Trauerprozess eine weitreichende Bedeutung zu, wie Einzelfallberichte und Studien belegen (Singh et al., 1981; Hodgkinson et al., 1993). Unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie war es jedoch vielen Angehörigen bzw. zugehörigen Personen nicht möglich, die nahestehenden Menschen wie erwünscht zu begleiten.

Um ein umfassenderes Verständnis der Trauerprozesse zu ermöglichen, wird auf die Mediatoren der Trauer (Worden, 2011) eingegangen. Unter den besonderen Bedingungen während der Covid-19-Pandemie werden diese Mediatoren beleuchtet und von den Bedingungen vor Beginn der Covid-19-Pandemie abgegrenzt. Ein Fokus meiner Arbeit liegt auf den verschiedenen Situationen Angehöriger und Zugehöriger von sterbenden und verstorbenen Menschen.

Das Ziel meiner Arbeit liegt darin, die Unterschiede Trauernder zu beleuchten, deren nahestehender Mensch vor oder während der Covid-19-Pandemie verstorben ist. Überdies ist es mir ein Anliegen, die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf trauernde Personen zu analysieren und einen Teil des Fokus auf die Personengruppe zu richten, die einen Menschen während der geltenden Infektionsschutzbedingungen

nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen verloren haben. Anhand der Ergebnisse dieser Arbeit können Empfehlungen gegeben werden, wie Menschen unter Einhaltung der Hygienemaßnahmen dem Bedürfnis nach Unterstützung ihrer schwerkranken und sterbenden Angehörigen und Zugehörigen nachkommen könnten.

2. Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

2.1 Covid-19

SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2) wurde Anfang 2020 als Auslöser von Covid-19 identifiziert und beschreibt ein neues Beta-Coronavirus, das sich asymptomatisch oder mit milden Erkältungssymptomen zeigen, jedoch auch eine schwere Pneumonie mit Lungenversagen zur Folge haben kann. Der Hauptübertragungsweg für SARS-CoV-2 ist die respiratorische Aufnahme virushaltiger Partikel, die beim Atmen, Husten, Sprechen, Singen und Niesen entstehen (Wang et al., 2021). Im Umkreis von 1–2 Metern um eine infektiöse Person herum zeigt sich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Exposition gegenüber infektiösen Partikeln (Liu et al., 2017), wobei das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung die Möglichkeit einer Übertragung reduziert (Cheng et al., 2021). Menschen, die ansteckend sind, können entweder asymptomatisch sein oder Symptome einer SARS-CoV-2 aufweisen. Zu den im deutschen Meldesystem am häufigsten erfassten Symptomen zählen Husten, Fieber, Schnupfen sowie Geruchs- und Geschmacksverlust. Auch durch asymptomatische Menschen besteht das Risiko einer Ansteckung mit dem SARS-CoV-2-Virus (Böhmer et al., 2020). Rund 1,8 % aller Personen, bei denen eine SARS-CoV-2-Infektion in Deutschland bestätigt wurde, starben im Zusammenhang mit ihrer Covid-19-Erkrankung (Koppe et al., 2021).

Da es bei SARS-CoV-2 zu einer weltweit starken Ausbreitung mit hohen Erkrankungszahlen und schweren Krankheitsverläufen kam, wurde das im Januar 2020 von China zur Epidemie bekannt gegebene Infektionsgeschehen ab dem 11. März 2020 von der World Health Organization (WHO) offiziell zu einer weltweiten Pandemie erklärt. Dadurch traten auch in Deutschland umfangreiche Einschränkungen infolge bundesweiter Infektionsschutzmaßnahmen in Kraft, die sich in differenter Weise auf sterbende Menschen, deren Angehörige und Zugehörige sowie auf trauernde Personen niederschlugen.

2.2 Infektionsschutzgesetz nach § 28a und bundesweite Infektionsschutzmaßnahmen

Das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) hat den Zweck, übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Es regelt die hierfür notwendige Mitwirkung und Zusammenarbeit von Behörden des Bundes, der Länder und Kommunen, von Ärzten, Tierärzten, Krankenhäusern, wissenschaftlichen Einrichtungen sowie sonstigen Beteiligten.

Seit März 2020 wurde das IfSG aufgrund der Covid-19-Pandemie vielfach geändert, wobei zugunsten der Länder eine Reihe von neuen Eingriffsermächtigungen geschaffen wurde, um der Verbreitung des SARS-CoV-2-Virus entgegenzuwirken. Unter einer Eingriffsermächtigung wird eine Rechtsnorm verstanden, die den Eingriff in ein Grundrecht durch die Verwaltung bzw. die Justiz verfassungsrechtlich rechtfertigen soll.

Ab März 2020 fand in Deutschland der erste Lockdown statt, der eine Schließung aller „nicht lebensnotwendigen“ Einrichtungen und Geschäfte inkludierte (Bundesregierung, 2020). Durch Bund und Länder wurde am 22. März 2020 eine umfassende „Beschränkung sozialer Kontakte“ beschlossen (Bundesregierung, 2020a). Dies hatte Kontaktbeschränkungen zu Personen außerhalb des eigenen Hausstands und das Einhalten eines Mindestabstands von 1,50 m (Bundesregierung, 2020a). Der erste Lockdown blieb bis zum 5. Juni 2022 bestehen, wobei am 6. Mai 2020 eine Hotspot-Strategie beschlossen wurde (Bundesregierung, 2020b). Dies bedeutet, dass in Landkreisen oder kreisfreien Städten mit besonders hoher Inzidenz verschärfte Infektionsschutzmaßnahmen angewendet werden sollten. Es wurde die Empfehlung zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes im Einzelhandel ausgesprochen (Bundesregierung, 2020b). Ein ‚Lockdown light‘ mit dem Ziel der Beschränkung sozialer Kontakte auf ein absolutes Minimum trat am 2. November 2020 in Kraft (Bundesregierung, 2020c). Im Zeitraum vom 16. Dezember 2020 bis zum 10. Januar 2021 gab es den zweiten Lockdown. Im Zuge dessen wurden für Gebiete mit hohen Infektionszahlen verschärfte Mobilitätsbeschränkungen eingeführt. Im Zeitraum vom 23. April 2021 bis zum 30. Juni 2021 galt bundesweit das „Vierte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“, das strengere Kontaktbeschränkungen ab einer Sieben-Tage-Inzidenz von 100 involvierte (Bundestag, 2021). Eine Anpassung der Teststrategie und Infektionsschutzmaßnahmen fand ab 10. August 2021 Anwendung, infolgedessen der Besuch und Aufenthalt an zahlreichen Orten des öffentlichen Lebens nur noch für geimpfte, genesene oder getestete Personen möglich war. Ab 23. August 2021 galt bundesweit verbindlich die 3G-Regel (geimpft,

getestet, genesen), die auch beim Besuch in Kliniken, Reha- und Behinderteneinrichtungen sowie in Pflegeheimen Berücksichtigung fand. Diese Infektionsschutzmaßnahmen wurden im Dezember 2021 auf eine 2G-Regel verschärft (geimpft, genesen). Die bundesweiten Maßnahmen zur Eingrenzung der Corona-Pandemie waren gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) bis zum 19. März 2022 befristet. Seit dem Ende der Übergangsfrist am 3. April 2022 gibt es in Deutschland keine bundesweit geltenden Kontaktbeschränkungen und keine allgemeine Maskenpflicht mehr.

2.3 Sterben und Tod

Der Begriff ‚Sterben‘ bezeichnet den Übergang eines Lebewesens vom Leben in den Tod, wobei dieser Prozess durch eine fortschreitende Reduktion der elementaren Vitalfunktionen (z. B. Herzschlag, Atmung) bis zu deren vollständigem Erliegen gekennzeichnet ist. Sterben ist nicht nur ein physisches Geschehen, sondern ein multimodaler Prozess mit sozialen, psychischen, spirituellen und physischen Veränderungen (Feichtner, 2018).

In den Jahren 1990 bis 2021 verstarben in Deutschland jährlich zwischen 818 000 und 1 023 723 Menschen, wobei das durchschnittliche Sterbealter im Jahr 2020 bei Frauen bei 82,2 Jahren und bei Männern bei 76,47 Jahren lag (Statistisches Bundesamt, 2022). Allgemein wird der Tod als biologischer Status nach dem Sterben (Exitus letalis), also als irreversible Stagnation aller lebenserhaltenden Funktionsabläufe, definiert (Trachsel & Maercker, 2016).

2.3.2 Sterbephasen

2.3.2.1 Biologische Sterbephasen

Es werden vier biologische Sterbephasen unterschieden, die fließend ineinander übergehen und nicht klar voneinander abgrenzbar sind.

Die Rehabilitationsphase umfasst die letzten Monate, selten auch Jahre, eines Menschen, in denen er trotz seiner Erkrankung ein weitestgehend normales und aktives Leben führen kann. In dieser Phase werden eine zeitbegrenzte Rehabilitation und der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Mobilität angestrebt. Das Therapieziel ist eine möglichst lange aktive Lebensgestaltung der betroffenen Person (Nauck, 2001).

Die Präterminalphase umfasst einige Wochen bis Monate vor dem Tod, in denen die betroffene Person deutliche physische Symptome ausbildet. Die Teilnahme am aktiven Leben wird zunehmend erschwert, die Aktivitäten des täglichen Lebens dauern länger und können zunehmend nur noch mit Unterstützung ausgeführt werden.

Es zeigen sich vermehrt Müdigkeit, Schwäche und ein deutlicher werdendes Ruhebedürfnis. Eventuelle Chemotherapien werden in dieser Phase beendet und es findet eine Therapiezieländerung mit Fokus auf die Symptomkontrolle statt (Thöns & Sitte, 2013).

Die Terminalphase beschreibt den Zeitraum von einigen Wochen bis einige Tage vor dem Tod, in denen die Aktivität des Betroffenen aufgrund der Erkrankung immer weiter abnimmt und eine vollständige Immobilität eintritt. Trotz guter Schmerztherapie und Symptomkontrolle erfolgt eine Zunahme der physischen Einschränkungen. Auch Symptome wie Ängste, psychomotorische Unruhe, Dyspnoe oder Nausea können hinzukommen (Thöns & Sitte, 2013).

Bei der Finalphase bzw. dem ‚Point of no return‘ befindet sich die betroffene Person im unmittelbaren Sterbeprozess (Zustand in extremis oder ad finem). Es versagen einzelne Organe wie Leber, Niere, Lunge und/oder das zentrale Nervensystem. Der Todeseintritt ist prädiktiv (Thöns & Sitte, 2013).

2.3.2.2 Sterbephasen nach Kübler-Ross

Neben den biologischen Sterbephasen gibt es weitere Stufenmodelle, deren Fokus auf der psychologischen und psychosozialen Auseinandersetzung mit der tödlichen Erkrankung sowie der Endlichkeit des eigenen Lebens liegt. Elisabeth Kübler-Ross (1972) entwickelte eines der bekanntesten Modelle, in dem das Erleben und Verhalten sterbender Menschen in fünf aufeinanderfolgenden Phasen beschrieben wird. Laut Kübler-Ross (1972) wird die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben durch die medizinische Mitteilung einer unheilbaren Krankheit aktiviert. Die Hoffnung, nicht sterben zu müssen, begleitet die betroffene Person in allen Phasen.

Die erste Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens nach Erhalt der unheilbaren Diagnose umfasst die Leugnung der Erkrankung vonseiten der betroffenen Person. Diese geht von einer ärztlichen Fehldiagnose aus, woraufhin oft Rückzug und Isolierung erfolgen.

In der folgenden Phase, der Phase des Zorns, verspürt die betroffene Person Neid auf die Weiterlebenden und auf gesunde Menschen im persönlichen Umfeld. Dies kann zu unkontrollierbarer Wut gegenüber Angehörigen, Medizinern, Pflegekräften und anderen Personen führen.

Es folgt die dritte Phase des Verhandeln. Die betroffene Person versucht, mit dem Schicksal eine längere Lebensspanne auszuhandeln. Teilweise wird dafür mit Gott oder einem anderen religiösen bzw. spirituellen Aspekt eine ‚Absprache‘ getroffen. Durch die Etablierung neuer Verhaltensweisen (z. B. gesunde Ernährung, regelmäßiger

Sport) werden Heilung, Verbesserung des physischen Befindens oder eine längere Lebensdauer erhofft.

In der vierten Phase hat die betroffene Person realisiert, dass sie sterben wird. Dies kann mit Leid, Depression, Ängsten und Trauer einhergehen. Die Verluste, die durch die Erkrankung entstehen, werden betrauert. Dazu gehören u. a. der Verlust körperlicher Integrität, der Verlust persönlicher und beruflicher Chancen und der Verlust von nicht Nachholbarem. Hierbei können zwei Arten von Leid differenziert werden: Die Form des reaktiven Leids bezieht sich auf durch die Erkrankung erlebte Verluste, wohingegen sich die proaktive Form mit der zukünftigen Abwesenheit im Leben der Familie befasst und die Vorbereitung des eigenen Todes fokussiert.

In der fünften Phase, der Phase der Annahme, zieht die betroffene Person sich immer weiter von der Außenwelt zurück, wird ruhiger und kann sich auf den nahenden Tod einlassen.

2.3.3 Todesphasen

In der Medizin wird der Tod als periodischer Vorgang des Sistierens der Vitalfunktionen definiert, womit die spezifische Abfolge irreversibler Funktionsverluste von Atmung, Herz-Kreislauf-Tätigkeit und Zentralnervensystem gemeint sind (Bahner, 2013). Es wird zwischen vier Phasen bzw. Zeitpunkten differenziert.

Eine Person gilt als klinisch Tod, wenn Respiration, Kontraktion des Herzens und Blutzirkulation sistieren und die Pupillen erweitert und reglos sind. In dieser Konstitution ist es in einem Zeitrahmen von wenigen Minuten viabel, einen Menschen durch kardiopulmonale Reanimation erfolgreich wiederzubeleben. Nach einigen Minuten sind irreversible Schäden unvermeidlich und der Mensch stirbt (Trachsel & Maercker, 2016).

Von Hirntod wird beim irreversiblen Ausfall der gesamten Hirnfunktionen bei vorhandener Kreislaufaktivität und künstlich aufrechterhaltener Atmung gesprochen (Wiesemann, 2005). Laut der Deutschen Stiftung Organtransplantation umfassen die klinischen Kriterien Koma, eine Areflexie des Hirnstamms, bei der autonome Reflexe auf Rückenmarksebene erhalten sein können, und eine Apnoe. Diese Kriterien müssen nach einer festgelegten, adäquaten Wartezeit oder alternativ durch apparative Kriterien zur Diagnosefestigung bestätigt werden. Bei lebenserhaltenden Maßnahmen, ggf. für eine Organspende, ist für viele Angehörige in dieser Phase der Tod des Patienten schwer zu verstehen und auf intuitiv-psychologischer Ebene problematisch, da der Tote von außen noch lebendig aussieht (Borasio, 2013).

Die Begriffe ‚Supravitalphase‘ bzw. ‚intermediäres Leben‘ entstammen der Thanatologie und Rechtsmedizin und bezeichnen die Phase zwischen Individualtod und

totalem Organtod. Da Organe zum Zeitpunkt des Individualtods noch einen gewissen Rest an Energieträgern aufweisen, können sie ihre Funktion bzw. das Leben der einzelnen Zelle für eine gewisse Zeit über den Hirntod hinweg aufrechterhalten (Feichtner, 2018). Diverse Körperreaktionen (z. B. Pupillenreaktion durch Medikamente) können in dieser Phase noch induziert werden und werden als supravitale Reaktionen bezeichnet (Trachsel & Maercker, 2016). Je nach Organ kann die Zeit bis zum Absterben der letzten Zellen unterschiedlich lange dauern.

Beim biologischen Tod sind alle Organ- und Zellfunktionen irreversibel erloschen. Charakteristisch für den biologischen Tod sind eindeutige bzw. sichere Todeszeichen des Verstorbenen (Kränzle et al., 2011). Zu den sicheren Todeszeichen gehören u. a. Totenflecken (Livores), Totenstarre (Rigos mortis) und Verletzungen, die nicht mit dem Leben vereinbar sind.

2.4 Trauer

Trauer definiert einen normalen, gesunden und hygienisch notwendigen Prozess der Verarbeitung von einschneidenden Verlusten und Veränderungen (Lammer, 2004). Laut Freud (1916) handelt es sich dabei um eine regelmäßige Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihre Stelle gerückten Abstraktion wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal usw. Sie zeigt sich bei Todesfällen ebenso wie bei anderen bedeutenden Verlusten (z. B. Trennung, Scheidung, Verlust der Gesundheit). Trauer muss nicht zwangsläufig nach einem Todesfall auftreten, sondern zeigt sich nur in dem Maße, in dem ein Todesfall von den Hinterbliebenen als Verlust erlebt wird (Lammer, 2004). Im Kontext dieser Bachelorarbeit wird Trauer ausschließlich als eine durch einen Todesfall induzierte Verlustreaktion verstanden.

2.4.1 Trauersymptome

Der normale Trauerprozess nach dem Tod einer nahestehenden Person beinhaltet eine Reihe von meist als belastend empfundenen Symptomen (Wagner, 2016). Stroebe und Stroebe erstellten 1987 eine Auflistung (vgl. Abbildung 1), anhand derer die Trauersymptome in die fünf Oberkategorien ‚emotionale Auswirkungen‘, ‚Auswirkungen auf das Verhalten‘, ‚Auswirkung auf Einstellungen zu der eigenen Person, dem/der Verstorbenen und der Umwelt‘, ‚Kognitive Auswirkungen‘ und ‚Physiologische Auswirkungen‘ eingeordnet werden können. Bei Trauer handelt es sich um ein multidimensionales Konstrukt. Es zeigt sich, dass zahlreiche Symptome für sich genommen als pathologisch bezeichnet werden können (z. B. Schuldgefühle, Mangel an Realitätssinn, Schlafstörungen), im Kontext der Trauerreaktion jedoch als normal

anzusehen sind. Intensität und Dauer des Auftretens der einzelnen Symptome sind von Mensch zu Mensch und von Verlust zu Verlust verschieden. Trauer zeigt sich stets in einer individuellen Ausprägung.

Emotionale Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Depression • Angst • Schuldgefühle • Wut und Feindseligkeit • Lustlosigkeit • Einsamkeit
Auswirkungen auf das Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgewühltheit • Müdigkeit • Weinen
Auswirkungen auf Einstellungen zu der eigenen Person, dem/der Verstorbenen und der Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstvorwürfe • Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit • Mangel an Realitätssinn • Misstrauen • Persönliche Probleme • Sehnsucht nach dem Verstorbenen • Imitation des Verhaltens des Verstorbenen • Idealisierung des Verstorbenen • Ambivalente Gefühle gg. dem Verstorbenen • Lebhaftige Vorstellungsbilder von dem Verstorbenen • Ständiges Denken an den Verstorbenen
Kognitive Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Verschlechterung von Gedächtnis und Konzentrationsvermögen
Physiologische Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Appetitverlust • Schlafstörungen • Energieverlust • Körperliche Beschwerden • Selbe körperliche Beschwerden wie der/die Verstorbene • Medikamentenmissbrauch • Anfälligkeit für Krankheiten und Infekte

Abbildung 1 Symptome der Trauer nach Stroebe und Stroebe (1987)

2.4.2 Trauermodelle

Wie bereits erläutert wurde, ist der Trauerprozess eines jeden Menschen individuell. Allerdings wird bei einem normalen Trauerprozess davon ausgegangen, dass die Trauersymptome im Laufe der Zeit abnehmen, wobei sich dieser Zeitraum über Monate, aber auch Jahre erstrecken kann. Trauermodelle sind als Erklärungsmodelle zu verstehen und dienen der besseren Nachvollziehbarkeit des Trauerprozesses. Die aktuelle Forschung warnt davor, sie zu generalisieren, da sie kein sicheres Schema für die unterschiedlichen Trauerverläufe darstellen.

Phasenmodelle der Trauer versuchen, Betroffenen und Helfenden eine Orientierung zu bieten, um das Erleben einschätzbar und vorausschaubarer zu machen. Hierfür werden häufig auftretende Trauerreaktionen in Gruppen eingeteilt und als Symbolbilder für sogenannte ‚Phasen‘ herangezogen. So gelingt es, eine zeitliche bzw. hierarchische Stufenfolge herauszuarbeiten (Lammer, 2004). Das Modell von Verena Kast (1982) stellt eines der grundlegenden und bekanntesten Trauermodelle dar. Bei der Bindungstheorie von John Bowlby handelt es sich um ein Phasenmodell, das als

wissenschaftliche Grundlage zur Entwicklung der Hogan Grief Reaction Checklist (Hogan et al., 1986) und des Trauerfragebogens von Weiser und Ochsmann (2002) genutzt wurde. Das Stressmodell der Trauer fokussiert die physiologischen Aspekte der Trauer. Überdies wird das Gezeitenmodell der Trauer von Ruthmarijke Smeding (2005) thematisiert, weil darin das Abschiednehmen besondere Berücksichtigung erfährt. Infolge der Änderungen und Anpassungen des Infektionsschutzgesetzes aufgrund der Covid-19-Pandemie ergaben sich Einschränkungen, die sich auf das Abschiednehmen von Sterbenden/Verstorbenen ausgewirkt haben.

2.4.2.1 Trauermodell nach Verena Kast

Eines der bekanntesten Phasenmodelle der Trauer wurde von der Schweizer Psychotherapeutin Verena Kast (1982) entwickelt. Kast erweiterte die Sterbephasen von Kübler-Ross mit ihren Beobachtungen von Trauernden und den Erkenntnissen, die sie durch die Auswertung von Träumen gewann. Kast geht von vier Phasen aus, die aufeinander aufbauen und Ausdruck eines fortschreitenden Trauerprozesses sind. Der Beginn des Trauerprozesses liegt im Verlust einer geliebten Person.

Die erste Phase, die Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens, ist geprägt von einem Gefühl der Starrheit bzw. Empfindungslosigkeit und einem Gefühlsschock. Es erfolgt eine Verdrängung der unangenehmen Nachricht und Dämpfung der starken, auftretenden Emotionen.

Die trauernde Person empfindet in der zweiten Phase, der Phase der aufbrechenden Emotionen, immer wieder wechselnde starke Gefühle. Einerseits zeigen sich Emotionen wie Wut, Zorn, Angst, Ruhelosigkeit, Ohnmacht und Schuld. Andererseits bestimmen Freude und Dankbarkeit für den gemeinsamen Weg die Gefühlswelt der trauernden Person. Eine nochmalige Klärung der Beziehung zur verstorbenen Person findet statt.

Die trauernde Person beginnt während der dritten Phase, der Phase des Suchens und Sich-Trennens, nach Orten sowie Tätigkeiten zu suchen, die der verstorbenen Person wichtig waren. Durch das Aufsuchen von bedeutenden Orten der verstorbenen Person kommt es zu einer Auseinandersetzung mit dieser; häufig finden Zwie- bzw. Selbstgespräche statt. Die trauernde Person erlebt im Suchprozess neue Verluste, da ihre angehörige bzw. zugehörige Person nicht zu finden ist.

In der letzten Phase, der Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs, wird der Verlust akzeptiert und die verstorbene Person ist zu einem inneren Begleiter geworden. Die trauernde Person kann sich in seine neue veränderte Lebensrolle hineinfinden und neuen Lebensmut gewinnen, der das Leben trotz des Verlustes wieder lebenswert

macht. Diese neue Sinnerfahrung geht mit einem Zugewinn an Selbstvertrauen und Selbstachtung einher.

2.4.2.2 Bindungstheorie nach John Bowlby

Laut John Bowlby (1983) inkludiert die Bindungstheorie auch eine Trauertheorie. Grundlegend geht Bowlby davon aus, dass der Aufbau von Bindung auf zwei Ebenen abläuft: der Ebene des Instinktverhaltens und der Ebene des Lernprozesses. Auf erster Ebene verfügen Menschen neben dem Ernährungs- und Fortpflanzungsverhalten über Bindungsverhalten, wobei das Bindungsverhalten des Säuglings Bindung ausgelöst. Auf der zweiten Ebene entwickeln Menschen zusätzlich zum instinktgeleiteten Austausch von Bindungs- und Sorgeverhalten affektive Bindungen zu einzelnen Individuen, die lebenslang relevant sind. Trauer wird durch die Trennung von einer Bindungsfigur ausgelöst, wobei es die Aufgabe des Trauerns ist, den Verlust der Bindung zu realisieren und die Bindung zu lösen. Das Lösen erfolgt ebenso wie der Aufbau von Bindung in zwei Stufen: zunächst auf Ebene des Instinktverhaltens, dann auf Ebene eines Lernprozesses. Auf der Ebene des Lernprozesses muss die betroffene Person vom Verlust überzeugt werden, woraufhin ein adaptives Lernen folgt, bei dem der oder die Trauernde beginnt, sich an den Verlust und die neue Situation anzupassen.

Bowlby weist auf die zwei biologisch bedingte, normale Verhaltensformen, (Aggressionsverhalten und Suchverhalten) zu Beginn des Trauerprozesses hin. Bei ca. zwei Drittel aller Trauernden, mit denen Bowlby arbeitete, fanden sich Wut, Aggression, Bitterkeit, Reizbarkeit oder Feindseligkeit. Das Suchverhalten der Trauernden zeigt sich z. B., indem immer wieder Orte der Verstorbenen mit erhöhter Aufmerksamkeit aufgesucht werden. Auch sog. Vakuum-Aktivitäten wie zielloses Umhergehen und rastlose Bewegung können als Derivate des Suchverhaltens Trauernder erklärt werden. Dem Suchverhalten wird der Sinn zugeschrieben, dass die trauernde Person sich dadurch immer wieder von der Vergeblichkeit seiner Wiedergewinnungsversuche überzeugt, bis sie schließlich gelernt hat, dass ihre Bindungsfigur endgültig verloren ist. Ohne diese Voraussetzung ist eine Trauerbewältigung nicht möglich. Bowlby schlussfolgert, dass es Zeit und Gelegenheit braucht, den Tod zu begreifen und diesen Lernprozess zu aktivieren.

Bowlby untergliedert den Trauerprozess in vier Phasen. In der ersten Phase, der Phase der Betäubung, fühlt sich die trauernde Person apathisch und zeigt Aggressionsverhalten. In der zweiten Phase, der Phase der Sehnsucht und der Suche nach der verstorbenen Figur, sucht der oder die Trauernde die verstorbene Person und interpretiert einzelne Signale als deren Rückkehr. Die dritte Phase wird als Phase der Desorganisation und Verzweiflung bezeichnet. Da das Suchverhalten zu keinem

Wiederfinden der verstorbenen Person führt, entsteht Verzweiflung. In der Phase des Umbruchs versucht die trauernde Person, die Gegenwart neu zu organisieren und das Trauma des Verlusts zu bearbeiten. Ein Abschluss findet in Phase vier, der Phase der Reorganisation, statt. Nach Akzeptanz des Todes erfolgt eine Anpassung an die gegenwärtige Lebenssituation, wobei neue Rollen angenommen und alte Ressourcen aktiviert werden.

2.4.2.3 Stress-Modell der Trauer

Stressmodelle sehen Verlusterlebnisse als ‚stressful life events‘, deren Bewältigung die Ressourcen einer Person übersteigt. Dabei stehen vor allem die gesundheitlichen Konsequenzen für die trauernde Person im Mittelpunkt, denn es kann sich für die Hinterbliebenen um eine sehr belastende Erfahrung handeln (Wagner, 2013). Physiologische Untersuchungen bei Trauernden in den ersten Tagen und Wochen nach dem Verlust haben die Annahme bestätigt, dass die Trauerreaktion einem Stress-Reaktions-Modell zuzuordnen ist (O`Connor, 2013).

Selye (1976) beschreibt eine Reihe von unspezifischen körperlichen Reaktionen auf Stresssituationen, die er als „General Adaption Syndrom“ (GAS) bezeichnet. Diese laufen immer, unabhängig vom stressauslösenden Reiz, nach einem gleichen messbaren Reaktionsmuster des Körpers ab und sind in Abbildung 2 ersichtlich. Nach Konfrontation mit einem stressauslösenden Ereignis wird in der Phase der Alarmreaktion das sympathoadrenerge System aktiviert, wodurch es zu einer erhöhten Sekretion von Katecholaminen (Adrenalin, Noradrenalin) und Kortikosteroiden (Steroidhormone wie z. B. Cortisol) kommt. Durch die Katecholamine werden Blutdruck und Puls erhöht und es erfolgt eine vermehrte ACTH-Ausschüttung (adrenocorticotropes Hormon) der Hypophyse. Das durch die Nebenniere ausgeschüttete Cortisol führt zu einer Hemmung der Proteinbiosynthese, was Proteinabbau in Knochen, Muskeln und lymphatischem Gewebe nach sich zieht. Diese Prozesse erhöhen die Aminosäuregabe ins Blut, die Leber wird zur Gluconeogenese angeregt und der Blutzuckerspiegel steigt. Durch Hemmung der Proteinbiosynthese wird die Tätigkeit des Immunsystems supprimiert, der Körper zeigt eine gesteigerte Leistungsfähigkeit und Aktivität (Rusch, 2019). Es folgt die Widerstandsphase, in der der Körper bestrebt ist, das aktuelle Stressniveau durch Beseitigung der stressauslösenden Reize zu reduzieren und die ausgeschütteten Stresshormone abzubauen. Erhöhte Stressreaktionen können über einen kurzen Zeitraum hinweg adaptiven Charakter haben und zu einer angepassten Verhaltensänderung führen, wodurch eine adäquate Reaktion auf ein stressauslösendes Ereignis möglich wird. Allerdings kann dieser erhöhte Aktivierungszustand nicht über längere Zeit aufrechterhalten werden, ohne das Individuum zu schädigen. In der Phase

der Erschöpfung übersteigen die langfristigen Anforderungen durch den Stressor die adaptiven Ressourcen des Individuums. Dies führt zu einer ständigen Übererregung des physiologischen Stresses mit langfristigen physischen und psychischen Schäden (Wagner, 2013). In Studien können Depressionen, ein geschwächtes Immunsystem und Herzerkrankungen infolge langfristiger Dysregulation beobachtet werden (McEwen, 2002).

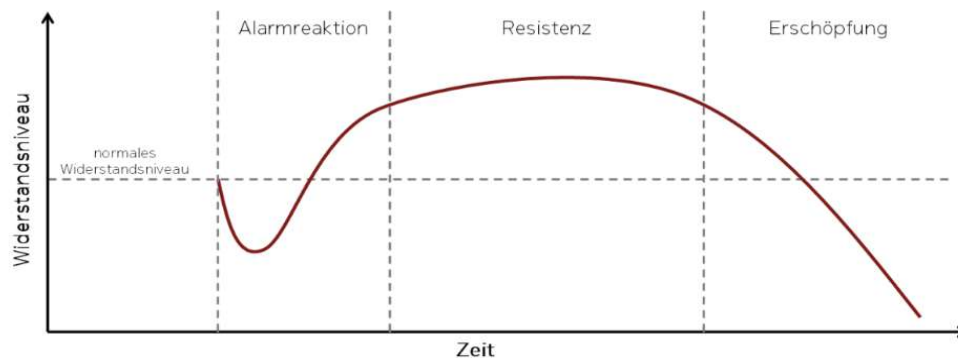


Abbildung 2 Stressreaktion nach Selye (1956) (Darstellung von Bergmann, o. D.)

2.4.2.4 Gezeitenmodell der Trauer nach Smeding

Ein Modell, das ein großes Augenmerk auf den Prozess der Verabschiedung legt und sich dadurch von vielen anderen Trauermodellen abhebt, ist das ‚Gezeitenmodell‘ bzw. ‚Trauer erschließen‘ von Rutmarijke Smeding (2005). Diesem liegt ein Lehr-Lernansatz zugrunde, der davon ausgeht, dass Trauer die größte Lehr-Lern-Herausforderung für die Weiterlebenden darstellt. Als Weiterlebende definiert Smeding die Menschen, die der verstorbenen Person nahestanden.

Im Vergleich zu anderen trauertheoretischen Modellen, die einen linearen Verlauf der Trauerreaktionen mutmaßen (Kast, 1982; Bowlby, 1983), publiziert Smeding einen gewundenen Trauerverlauf, der mithilfe einer Spirale visualisiert werden kann. In der Mitte des Labyrinths befindet sich, wie in Abbildung 3 zu sehen ist, ein Loch, das die Verlusterfahrung bzw. die Trauer darstellt. Es erfolgt eine Einteilung in die ‚Gezeiten der Trauer‘: die Schleusenzeit, die Januszeit, die Labyrinthzeit und die Regenbogenzeit.

Die Schleusenzeit ist die erste Phase des Modells und als einzige klar terminiert und einmalig. Sie beginnt mit dem Eintritt des Todes und endet mit der Bestattung. Ihr kommt eine besondere Bedeutung zu, da Versäumnisse in dieser Phase nicht mehr nachgeholt werden können. Professionelle begleitende Personen, auch ‚Lotsen‘ genannt, haben deswegen eine zentrale Rolle inne. Erfahrungen mit diesen Personen werden immer mit dem Erlebnis des Todes verknüpft sein. Den Begriff

„Abschiednehmen“ definiert Smeding als das Realisieren des Todes der geliebten Person.

Die Januszeit beginnt mit der Beisetzung und stellt den Beginn des Trauerwegs dar. Janus ist ein Gott der römischen Mythologie, der mit einem Gesicht nach vorne und mit einem Gesicht nach hinten blickt. In dieser Phase wird die Gespaltenheit der Weiterlebenden in Anbetracht der Vergangenheit mit der verstorbenen Person sowie der Gegenwart und Zukunft ohne die verstorbene Person thematisiert.

Die Labyrinthzeit umfasst den größten Teil des Trauerwegs und legt den Fokus auf die Bewältigung des Verlusts, wobei wiederkehrende Verzweiflung und Neuordnung definierende Faktoren sind. Wie jede Beziehung einzigartig ist, so ist auch die Trauer um den Bindungsabbruch individuell. Der Weg ist nicht gradlinig und wird nicht auf Anhieb gefunden. Es ist eine Zeit des Ausprobierens, des Fort- und Rückschritts (Smeding, 2005).

In der Regenbogenzeit können nochmals starke Trauerreaktionen auftreten; im Allgemeinen geht es der trauernden Person jedoch besser und es kann ein Abschluss der akuten Trauerzeit gefunden werden. Ein Weiterleben erscheint möglich und lebenswert. Es wird neue Ordnung aufgebaut und die verstorbene Person in das weitere Leben integriert. Dennoch ist eine Rest-Trauer als einen Teil der Trauer vorhanden, die nie verschwindet, von der weiterlebenden Person aber nicht mehr als schmerzhaft empfunden wird.

Zwei phasenübergreifende Begriffe sind in das Modell inkludiert: Ermöglichte Chancen werden im Gezeitenmodell als Trittsteine bezeichnet und sollen dabei helfen, den Tod für die Hinterbliebenen begreifbar zu machen. Dazu gehören z. B. die Versorgung der verstorbenen Person und ein begleitetes Abschiednehmen. Diese Trittsteine verkürzen den Trauerverlauf nicht, können diesen jedoch vereinfachen. Dem gegenübergestellt sind Stolpersteine, d. h. schlecht durchgeführte Interventionen (Smeding, 2005).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass dem Abschiednehmen von der verstorbenen Person im Gezeitenmodell eine besondere Bedeutung zukommt. In Anbetracht der Covid-19-Pandemie und der darauffolgenden Regelungen durch das Infektionsschutzgesetz nach § 28a und bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen war es Menschen phasenweise nicht möglich, sich von ihren verstorbenen Angehörigen bzw. Zugehörigen zu verabschieden. Dies führt zu einem Gefühl von Unglauben, dass die angehörige Person wirklich verstorben ist (Field & Filanosky, 2009).



Abbildung 3 Gezeitenmodell der Trauer nach Smeding (2005)

2.4.3 Normale vs. komplizierte Trauer

Die moderne Trauerforschung befasst sich seit Jahren intensiv mit der Abgrenzung normaler bzw. nichtpathologischer Trauer von komplizierter bzw. pathologischer Trauer. Dennoch ist eine klare Abgrenzung schwierig (Wagner, 2013). Es existieren keine allgemeingültigen Definitionen, sondern verschiedene Bezeichnungen zur Erfassung problematischer Trauerverläufe (Müller & Willmann, 2020). Für die Ausführungen meiner Bachelorarbeit stütze ich mich auf die Definition von Rosner und Wagner (2009), die besagt, dass Menschen mit kompliziertem Trauerverlauf Symptome zeigen, die zu Einschränkungen im täglichen Leben führen und durch längeres, intensiveres und schmerzhafteres Erleben gekennzeichnet sind. Laut Stroebe (2008) vermögen die drei Merkmale Dauer, Intensität und Qualität komplizierte von normaler Trauer abzugrenzen. Grundsätzlich wird bei einem normalen Trauerprozess davon ausgegangen, dass die Trauersymptome im Laufe der Zeit abnehmen (Parkes, 1964). Wittkowski und Scheuchenpflug (2015) gelangten zu dem Ergebnis, dass akute Trauer oft länger besteht, als grundsätzlich angenommen wird. Die Autoren schlugen infolgedessen vor, erst zwei Jahre nach einem Todesfall und bei gleichbleibend starker Symptomlast den Begriff der komplizierten Trauer in Erwägung zu ziehen. Menschen sind nach einem Verlust mit unterschiedlichen Ausgangssituationen und Herausforderungen konfrontiert, die sich auf die Intensität der Trauerreaktion auswirken. Es fehlen jedoch Referenzwerte, welches Maß an Belastung unter welchen Umständen als normal anzusehen ist (Müller & Willmann, 2020). Reaktionen wie z. B. Vermeiden, Sehnsucht und Vermissen werden

von vielen trauernden Menschen in der Akutphase nach dem Todesfall erlebt, ohne dass diese auf langfristige Schwierigkeiten in der Trauerverarbeitung hinweisen.

Im Jahr 2018 wurde die Diagnose der anhaltenden Trauerstörung in die ICD-11 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision) aufgenommen und trat am 1. Januar 2022 in Kraft. Die anhaltende Trauerstörung ist gekennzeichnet durch starkes Verlangen nach der verstorbenen Person und/oder Beschäftigung mit dieser, begleitet von starkem emotionalem Schmerz. Weiter beinhaltet die Diagnose eine Trauerreaktion, die atypisch lange nach dem Verlust anhält (mehr als sechs Monate) und klar erwartbare soziale, kulturelle oder religiöse Normen der eigenen Kultur und des Kontextes überschreitet.

Verschiedene Studien gehen von 2,4–4,8 % der deutschen Allgemeinbevölkerung aus, die von einem komplizierten Trauerverlauf betroffen sind (Kersting et al., 2011; Falkai & Wittchen, 2018). Eine Studie von Eisma, Boelen und Lenferink (2020) mutmaßt, dass die Fälle mit anhaltender Trauerstörung infolge der Covid-19-Pandemie zunehmen. Die Studienlage sieht Parallelen zwischen der Covid-19-Pandemie und Naturkatastrophen, die zu einer erhöhten Prävalenz der anhaltenden Trauerstörung führen. Auch ein nicht stattfindendes Abschiednehmen vom Verstorbenen stellt laut Hernández-Fernández und Menses-Falcón (2021) einen bedeutenden Risikofaktor für komplizierte Trauer dar. Häufig ist es nur mit professioneller Trauerbegleitung möglich, einen normalen Trauerprozess unter diesen Umständen zu ermöglichen.

2.4.4 Persönliches Wachstum

Eine psychische Krise beschreibt ein zeitlich befristetes Ereignis, das sich aus akuter Überforderung eines gewohnten Verhaltens- und Bewältigungssystems durch belastende äußere oder innere Auslöser ergibt (Simmich et al., 1999). Vor diesem Hintergrund wird der Verlust oder Tod eine Bezugsperson als äußerer Auslöser kritischer Lebensereignisse definiert. Filipp (2007) geht davon aus, dass Menschen Entwicklungsaufgaben durchlaufen und Krisen sowie kritische Lebensereignisse als Katalysatoren einer positiven Entwicklung der Persönlichkeit fungieren. Hogan (1986) bezeichnet diese positiven Entwicklungen infolge kritischer Lebensereignisse als „posttraumatic growth“. Darunter werden lang anhaltende tiefe Einsichten über sich und das Leben im Allgemeinen und Besonderen verstanden, die das Bewusstsein inkludieren, an den kritischen Lebensereignissen gewachsen zu sein (Tedeschi & Calhoun, 2004). Studien zeigen, dass viele Hinterbliebene nach dem Verlust eines geliebten Menschen positive Reifungsprozesse und Veränderungen an sich wahrnehmen konnten (Waugh et al., 2018). Es wurden fünf Hauptbereiche

herauskristallisiert und verifiziert, in denen persönliches Wachstum von den trauernden Personen erlebt werden kann: veränderte Selbstwahrnehmung, intensiver werdende persönliche Beziehungen, Entdeckung neuer Möglichkeiten, Veränderung von Prioritäten mit stärkerer Wertschätzung des Lebens, Veränderungen des spirituellen bzw. religiösen Bewusstseins (Müller & Willmann, 2020). Beim Vergleich der sechs geläufigsten Messinstrumente zur Trauer fällt auf, dass lediglich die Hogan Grief Reaction Checklist (1986) dem persönlichen Wachstum infolge der Verlusterfahrung einen Stellenwert einräumt. Schoulte et al. (2012) heben hervor, dass es sinnvoll ist, Trauermessinstrumente in Praxis und Forschung zu verwenden, die eine Bewertung der positiven Reaktionen infolge des Trauerfalls ermöglichen. Posttraumatisches Wachstum und negative psychologische Anpassung nach traumatischen Ereignissen können nebeneinander bestehen. Subjektiv erlebtes persönliches Wachstum infolge der Verarbeitung des Verlustes kann auftreten, muss aber nicht.

2.4.5 Geschlechtsspezifische Formen der Trauer

Untersuchungen zu geschlechtsspezifischen Formen der Trauer gelangen zu vielschichtigen Ergebnissen: Einerseits zeigen Frauen und Männer nach dem Verlust einer nahestehenden Person viele Gemeinsamkeiten (Althaus, 2013), andererseits weisen empirische Untersuchungen darauf hin, dass sich Menschen beider Geschlechter hinsichtlich ihrer Bewältigungsmöglichkeiten von Verlusterlebnissen unterscheiden. Geschlechterstereotype, die eine Kategorisierung in ‚weiblich‘ und ‚männlich‘ voraussetzen (Ashmore & Del Boca, 1979) wirken sich auf die Wahrnehmung von geschlechtsspezifischen Formen der Trauer aus. Diese Stereotype können entweder einem individuellen Wissensbesitz zugeschrieben werden oder sich im kulturell geteilten Verständnis der Merkmale und des Verhaltens der einzelnen Geschlechter zeigen. So werden Frauen vermehrt als warm, emotional und personenorientiert beschrieben, wohingegen Männer als kompetent, rational und selbstbewusst charakterisiert werden (Parsons, 1956). In einer Längsschnittstudie, für die die Daten von Frauen und Männern nach einem Abort erhoben wurden, zeigte sich, dass Frauen deutlich anhaltender und intensiver trauerten als ihre Partner. Frauen reagierten verstärkt mit depressiven Reaktionen, während Männer weniger weinten und seltener das Bedürfnis hatten, ihren Verlust zu kommunizieren (Beutel et al., 1996). Nach dem Tod eines Säuglings zeigten hinterbliebene Mütter länger anhaltende Reaktionen und signifikant mehr Ängste und Depressionen als Mütter der Kontrollgruppe, die einen lebenden Säugling hatten. Die Reaktionen von Männern umfassten gleichermaßen Angst, Depression und starken Alkoholkonsum (Vance et al., 1995). Der Verlust des Ehepartners führte bei Frauen und Männern zu einem erheblichen Anstieg der Morbidität und Mortalität, wobei sich bei

Witvern stärkere Auswirkungen in der akuten Trauerphase feststellen ließen. Auch wurde erfasst, dass Frauen ihre Gefühle intensiver und konfrontativer ausdrücken als Männer (Stroebe et al., 2001). Dem wird eine 2003 veröffentlichte Studie gegenübergestellt, an der 270 Personen nach dem Verlust ihres Ehepartners bzw. ihrer Ehepartnerin teilgenommen hatten. Diese greift die Trauerreaktion nach dem Abschluss der akuten Trauerphase auf. Es konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Aspekten der komplizierten Trauer festgestellt werden (Boelen & Bout, 2003).

Es gibt unterschiedliche Vermutungen darüber, warum Männer und Frauen teilweise anders mit ihrer Trauer umgehen und andere trauerspezifische Reaktionen aufweisen. Hierbei werden Unterschiede im sozialen Netzwerk (Umberson et al., 1992) oder im Bewältigungsverhalten (Stroebe & Stroebe, 1991) als Erklärungsansätze herangezogen.

In zahlreichen Fragebogenstudien zum Thema Trauer fällt die Anzahl der überrepräsentierten weiblichen Studienteilnehmenden auf. So nahmen an der Studie von Boelen und van den Bout zum Themenkomplex der komplizierten Trauer (2005) 1084 weibliche Personen teil. Dies entspricht 82,1 % der Befragten. Ein ähnliches Bild zeigte die Datenerhebung von Baumann und Büssing (2022) zur Fragestellung, wie angehörige bzw. zugehörige Personen unter den Bedingungen der Corona-Pandemie ihren Bedarf an seelsorgerischer und psychologischer Unterstützung einschätzen. Hier waren 72 % der 85 Studienteilnehmer weiblich.

2.5 Abschiednehmen

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird zwischen dem Abschiednehmen vor dem Versterben, dem Abschiednehmen nach dem Versterben und der Verabschiedung bei der Beisetzung oder Trauerfeier unterschieden.

Bei Menschen, die sich tage-, wochen- oder monatelang im Sterbeprozess befanden, gab es für die wissenden angehörigen bzw. zugehörigen Personen mehr Möglichkeiten, sich mit dem nahenden Verlust auseinanderzusetzen als bei einem plötzlichen und unerwarteten Todeseintritt. Hierbei kommt dem Begriff der vorausgehenden Trauer eine große Bedeutung zu (Smeding, 2022). Parkes (1973) versteht unter der vorausgehenden Trauer ‚worry work‘, während derer sich die angehörigen Personen Sorgen über die Zukunft machen, wohingegen ‚grief‘ als Trauer nach dem Versterben definiert wird.

Die Prozesse des Loslassens und Abschiednehmens sind leidvolle Erfahrungen, die nicht selten Gefühle von Leere und Einsamkeit hervorrufen (Hain & Esch, 2010). Um das Sterben der angehörigen bzw. zugehörigen Person zu realisieren,

kommt den menschlichen Sinnen eine zentrale Bedeutung zu: Die visuelle Wahrnehmung ermöglicht es, die physiologischen Veränderungen des nahestehenden Menschen im Laufe des Sterbeprozesses zu erfassen (z. B. marmorierte Haut). Dank der auditiven Wahrnehmung werden Veränderungen in Atmung und Sprache ersichtlich (z. B. Atemaussetzer, andere Stimmfarbe). Die olfaktorische Wahrnehmung ermöglicht es, Veränderungen des Eigengeruchs der sterbenden Person wahrzunehmen. Durch die Berührung des sterbenden Menschen werden die biologischen Sterbeprozesse für die angehörige bzw. zugehörige Person fühlbarer (z. B. Körpertemperatur des Angehörigen). Diese Wahrnehmungen helfen dabei, den Sterbeprozess der nahestehenden Person zu realisieren und einzuordnen. Durch die Begleitung der angehörigen bzw. zugehörigen Person besteht die Möglichkeit, ausstehende Themen zu klären, falls der Sterbeprozess den ‚Point of no return‘ noch nicht erreicht hat und eine Mitteilung der sterbenden Person noch möglich ist.

Benko (2006) hebt hervor, dass die Verabschiedung vom Leichnam es ermöglicht, den Verlust zu realisieren und diesen möglicherweise leichter ins Leben zu integrieren. Besonders bei einem plötzlichen Todesfall kommt der Verabschiedung von der verstorbenen Person eine große Bedeutung zu (Benko, 2006; Worden, 2011), wobei diese keinesfalls als „Zwangshandlung“ (Benko, 2006) erlebt werden sollte. Wie Castle und Philips (2003) herausfanden, stellen ein unerwartet eintretender Tod und das Fehlen traditioneller Trauerrituale (z. B. Abschiednehmen, Besichtigung und Beerdigung des Leichnams) ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung der Symptome einer anhaltenden Trauerstörung dar. Singh et al. (1981) untersuchten zwei Jahre nach einem australischen Zugunglück den Einfluss des Abschieds auf die psychische Gesundheit von Angehörigen. Diejenigen, die den Toten noch einmal gesehen haben, zeigten sich weniger belastet als die Menschen, die sich nicht mehr von der verstorbenen Person verabschiedeten. Überdies bereute ein großer Teil der Studienteilnehmenden, die die tote Person vor der Beisetzung nicht mehr gesehen haben, dies im Anschluss. Hodgkinson et al. (1993) analysierten in einer weiteren Studie Angehörige des Zeebrugger Fährunglücks und führten drei, zwölf und 30 Monate nach dem Unglück eine Untersuchung durch. Drei und zwölf Monate nach dem Fährunglück zeigten die Angehörigen, die sich von dem Leichnam des Verstorbenen verabschiedeten, signifikant höhere Werte in Bezug auf Stress und Angst als die Vergleichsgruppe, die sich nicht mehr von der verstorbenen Person verabschiedete. Dreißig Monate nach dem Unglück zeigten sich keine Unterschiede mehr in den Bereichen Stress und Angst zur Vergleichsgruppe wobei Personen, die sich nicht vom Leichnam ihrer nahestehenden Person verabschiedeten, mehr Intrusionen vom Schiffsunglück aufwiesen.

Anonymisiertes Fallbeispiel

Hannes (32 Jahre) hat seit Kindheitstagen einen Freund Ben (31 Jahre). Beide verbringen viel Zeit miteinander und haben trotz geänderter Lebensumstände nie den Kontakt zueinander verloren. Mittlerweile ist Hannes in ein Haus außerhalb von Bamberg gezogen, hat eine Frau und drei kleine Kinder, mit denen er viel Zeit verbringt. Ben hat mit seiner langjährigen Verlobten eine kleine Wohnung innerhalb der Stadt und bringt sich aktiv in seinem Beruf ein.

Mitte Juni 2021 erhält Hannes einen Anruf von Bens aufgelöster Partnerin, dass ihr Verlobter tot im Wald aufgefunden worden sei. Hannes versteht die Zusammenhänge kaum und fährt sofort zu Bens Partnerin. Dort erfährt er, dass sein Freund Ben offensichtlich an einer ‚unnatürlichen Todesursache‘ verstorben ist. Die Kriminalpolizei ist involviert und aufgrund der Spurensicherung darf Bens Partnerin den Leichnam nicht sehen. Für Hannes bricht eine Welt zusammen. Er fragt sich, was passiert ist: Ist sein Freund beim Joggen einem Verbrechen zum Opfer gefallen? Ist ein Unfall passiert? Oder vielleicht handelt es sich gar nicht um Ben, sondern um eine ganz andere Person, und er wurde mit dieser verwechselt?

Einen Tag später steht die Ursache von Bens Tod fest: Er hat sich suizidiert, indem er sich im Wald strangulierte. Eine Fremdeinwirkung kann ausgeschlossen werden. Es wurde kein Abschiedsbrief hinterlassen.

Hannes ist geschockt und kann den Tod seines Freundes nicht verstehen. Er fragt sich, ob er etwas Wichtiges übersehen hat. Ob er den Tod seines Freundes hätte verhindern können. Er ist zutiefst erschüttert und fühlt sich schuldig, wütend und zugleich sehr traurig. Er spricht mit Bens Partnerin, ob er Ben noch einmal sehen dürfe. Diese willigt ein und gemeinsam gehen die beiden zum Bestatter. Dort ist bereits alles vorbereitet, der Bestatter zieht sich diskret zurück. Hannes darf seinen Freund noch einmal berühren. Er sieht ganz anders aus als zu Lebzeiten – und dennoch ist er an seinen Tattoos sofort zu erkennen. Hannes hat ihm noch sein Lieblingsshirt mitgebracht und legt es Ben in die Hände. Es tut gut, bei Ben sein zu können, und Hannes vergisst die Zeit um sich herum.

Auch ein Jahr später betont Hannes, wie wichtig es für ihn war, sich selbst von Bens Tod überzeugen zu können, ihn noch einmal zu berühren und dann gemeinsam mit Bens ehemaliger Partnerin dessen Beisetzung zu organisieren. Dies habe ihm auf seinem Trauerweg geholfen, auch wenn er seinen Freund weiterhin im Alltag vermisse.

Zur Durchführung der Beisetzung und der Trauerfeier werden Übergangsrituale angewandt. Diese dienen der Förderung der Gemeinschaft (Moore & Myerhoff, 1977) und dem Schutz und Haltgeben in Krisen und Übergangszeiten (Pfab, 2022). Durch das jeweilige Bestattungsritual in Anwesenheit der Angehörigen selbst wird verdeutlicht, dass die verstorbene Person tatsächlich ‚von ihnen gegangen ist‘. Der anschließende ‚Leichenschmaus‘ gibt Gelegenheit, gemeinsame Erinnerungen an die Verstorbenen auszutauschen, und macht durch das gemeinsame Essen den Verbleib der Angehörigen im Leben deutlich (Pfab, 2022). Allerdings hat sich in den vergangenen Jahrzehnten die Bestattungskultur immer weiter gewandelt. Nicht immer ist den Angehörigen bzw. Zugehörigen der Ort bekannt, an dem der Leichnam oder die Asche der verstorbenen Person beigesetzt wurde. So haben sich anonyme Bestattungen ebenso etabliert wie z. B. Meeresbestattungen, Almwiesenbestattungen oder Ascheverstreungen.

Um die Bedeutung der Verabschiedung von der sterbenden oder verstorbenen Person zu konkretisieren, hilft der Vergleich zu Personengruppen, die sich aufgrund eines fehlenden Toten nicht von diesem verabschieden konnten. Wie Thomas (1994) zusammenfasst, berichteten Hinterbliebene, von deren Verstorbenen der Leichnam fehlte, dass sie immer mit dem Zweifel leben, ob die angehörige Person wirklich tot sei. Sie glaubten, diesen an vielen Orten zu sehen. Dieses unfreiwillige Festhalten bedingte einen langen und intensiven Trauerprozess (Thomas, 1994). Frick (2020) bestätigte dies und beobachtete bei Angehörigen eines Tsunami-Unglücks überdurchschnittlich viele Hinterbliebene mit einem pathologischen Trauerverlauf. Die plötzliche Trauer überforderte die Angehörigen und das Begreifen des Todes war vielen durch den fehlenden Leichnam nicht möglich (Frick 2020).

2.6 Mediatoren der Trauer

Die Mediatoren der Trauer helfen dabei, zu verstehen, warum jeder Mensch anders mit einem Verlust umgeht. Sie gliedern die verschiedenen Faktoren auf, die den Trauerprozess beeinflussen können (Worden, 2011). In seinen theoretischen Abhandlungen geht Worden (2011) von sechs Mediatoren der Trauer aus: gestorbene Person, Bindungsart zum Verstorbenen, Art des Versterbens, frühere Erfahrungen, Persönlichkeitsvariablen, soziale Variablen und gleichzeitig auftretende Belastungen. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit werden die Variablen herausgegriffen, die sich im Besonderen auf die Hypothesen auswirken.

2.6.1 Beziehung zur sterbenden bzw. verstorbenen Person

Die Beziehung zur sterbenden oder verstorbenen Person hat einen großen Einfluss auf die Intensität, Art und Dauer der individuellen Trauerreaktion. Die Trauer um Menschen, zu denen eine enge Beziehung bestand, zeigt sich häufig in einer höheren Intensität als um Menschen, zu denen eine weniger enge Beziehung bestand (Müller & Willmann, 2020). Aspekte, die die Beziehungen zur verstorbenen Person definieren, zeigen sich einerseits in der Beziehungsqualität und der emotionalen Nähe zum sterbenden oder verstorbenen Menschen, andererseits in der Verantwortung oder Abhängigkeit, die der sterbenden bzw. verstorbenen Person gegenüber empfunden wird bzw. diesem gegenüber besteht (Engelke, 2012). War die Partnerschaft von großer Abhängigkeit geprägt, zeigt sich eine höhere Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Schwierigkeiten in der Trauerverarbeitung als bei Partnerschaften mit geringerer gegenseitiger Abhängigkeit (Müller & Willmann, 2020).

Bei der Frage der Beziehung zur sterbenden oder verstorbenen Person ist es sinnvoll, auch sozial weniger bzw. sozial nicht anerkannte Trauer („disenfranchised grief“) zu berücksichtigen. Nach Doka (2008) ist dies der Fall, wenn Menschen trotz des Durchlebens einer Trauerreaktion aus Sicht des sozialen Umfeldes kein Recht zu trauern und somit keinen Anspruch auf Mitgefühl oder soziale Unterstützung haben. Die Ursache kann laut Müller und Willmann (2020a) darin liegen, dass die Beziehung sozial nicht anerkannt war (z. B. bei einer geheim gehaltenen Liebesbeziehung), der Verlust nicht als gravierend angesehen wird (z. B. bei Fehl- oder Totgeburten), den Betroffenen unterstellt wird, den Verlust nicht begreifen zu können (z. B. bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen), die Todesart oder die Todesumstände zur Aberkennung des Rechts auf Trauer führen (z. B. Angehörige nach Suizid) oder die individuelle Form, Trauer zu zeigen, abgelehnt wird (z. B. Zurückhalten der Gefühle). Dies führt dazu, dass das Empfinden und das Verhalten bezogen auf den Verlust grundlegend infrage gestellt wird – einerseits durch die Umwelt, andererseits durch die trauernde Person selbst. Das Gefühl der Verunsicherung erhöht sich, Scham- und Schuldgefühle werden angeregt und das Selbstvertrauen in die eigenen Bewältigungskompetenzen wird untergraben (Attig, 2004).

2.6.2 Art des Todesfalls

Je nach Todesumständen kann auf verschiedene Trauerreaktionen geschlossen werden (Worden, 2011). Grob findet eine Einteilung der Todesumstände zwischen plötzlichem Versterben und dem Eintritt des Todes infolge eines längeren Prozesses statt (Bowlby, 1983). Traditionell werden Todesfälle nach den ‚NASH‘-Kategorien eingeteilt: ‚natural‘ (natürlicher Tod), ‚accidental‘ (Unfalltod), ‚suicidal‘ (Suizid) und ‚homicidal‘ (Mord).

Kommt es infolge eines kontinuierlichen physischen Abbauprozesses zum Versterben der angehörigen bzw. zugehörigen Person, wird der eintretende Tod dennoch oft als unvorhersehbar und unwirklich erlebt (Worden, 2011). Dennoch findet bereits während der Erkrankung oder des degenerativen Abbauprozesses ‚vorweggenommene Trauer‘ statt (Parkes, 1973).

Beim plötzlichen Versterben durch einen Unfall, aufgrund von Gewalteinwirkung, infolge des plötzlichen Ausfalls sämtlicher Vitalfunktionen oder aufgrund von unangekündigtem Suizid wird dem Nahestehenden die Gelegenheit genommen, sich vor dem Zeitpunkt des Todes mit einem möglichen Verlust auseinanderzusetzen. Besonders Angehörige bzw. Zugehörige von Menschen, die jung oder sehr jung sterben, erleben den Tod als „unzeitig“ (Bowlby, 1983). Plötzlich werden die Hinterbliebenen mit einer völlig neuen Lebensrealität konfrontiert, was anfänglich als wesentlich größerer Schock empfunden wird, als der vorhersehbare Tod einer angehörigen Person (Parkes, 1970). Einige Forschungsergebnisse zeigen, dass plötzliche Todesfälle in den ersten ein bis zwei Jahren von Angehörigen als stärker belastend erlebt werden als Todesfälle, bei denen mit einem Versterben zu rechnen war (Parkes & Weiss, 1983). Castle und Philipps (2003) fanden heraus, dass Symptome einer anhaltenden Trauerstörung (nach ICD-11) typischerweise stärker auftreten, wenn der Tod unerwartet eintrat. Bei der Harvard-Studie (Glick et al., 1974) wurden 21 Witwen, die vom anstehenden Tod ihres Mannes wussten, mit 22 Witwen verglichen, die nicht oder nur in geringem Ausmaß von einem Versterben bei ihrem Ehepartner ausgingen. Von den 21 Witwen, die mit dem Tod ihres Mannes rechneten, entwickelte eine Frau einen pathologischen Zustand. In der Vergleichsgruppe mit 22 Witwen, deren Männer plötzlich verstorben waren, bildeten fünf Trauernde eine ausgeprägte Symptomatik aus. Bowlby (1983) ging in diesem Zusammenhang von einer besonders starken Wirkung auf die folgende Trauerverarbeitung bei einem unzeitigen und plötzlichen Tod aus.

Bei einem Unfall handelt es sich um ein plötzliches, zeitlich und örtlich bestimmbares, von außen auf das Individuum einwirkendes Ereignis, bei dem es unfreiwillig zu einer Gesundheitsschädigung kommt (Wagner, 2017). Im Jahr 2020 verstarben deutschlandweit 27 273 Menschen infolge eines Unfalls, wobei die meisten Unfälle mit Todesfolge im häuslichen Umfeld stattfanden (Statistisches Bundesamt, 2021). Entweder verstirbt die angehörige bzw. zugehörige Person sofort infolge des Unfalls oder es folgen Krankenhausaufenthalte, während derer die Angehörigen mit verschiedenen, teils widersprüchlichen Gefühlen (z. B. Hoffnung, Angst, Wut) konfrontiert werden. Tritt der Tod der nahestehenden Person ein, kann das Gefühl von Erleichterung auftreten, was wiederum Schuldgefühle nach sich ziehen kann.

In Deutschland starben im Jahr 2020 insgesamt 9206 Personen durch Suizid (Statistisches Bundesamt, 2022), wobei bei den meisten Suizidenten eine psychische Erkrankung vorausging (Harris & Barraclough, 1997). Es wird davon ausgegangen, dass mindestens 6–10 nahestehende Menschen durch einen Suizid betroffen sind (Shneidmann, 1972). Ein Teil der Angehörigen findet den Suizidenten selbst auf, wodurch eine Konfrontation mit traumatischen Eindrücken der Sterbebedingungen oder der Auffindesituation ausgelöst wird. Diese Eindrücke können sich auch Jahre später noch in posttraumatischen Reaktionen zeigen (Wagner, 2013). Anhand eines systemischen Reviews, das 41 Studien inkludierte, zeigten sich bei Suizidangehörigen in Relation zu anderen trauernden Personen deutlich höhere Werte in den Einzelfaktoren Stigmatisierung, Schamgefühl, Geheimhaltung der Todesumstände und Schuldgefühl (Sveen & Walby, 2008). Psychische Störungen konnten bei keiner der Vergleichsgruppen häufiger festgestellt werden. Aufgrund der mit der Todesart einhergehenden Stigmatisierung wird Angehörigen von Suizidenten teilweise das Recht auf Trauer aberkannt (Müller & Willmann, 2020a). Dies wirkt sich auf die Trauerverarbeitung aus.

Gewaltsame Geschehnisse mit Todesfolge haben langwierige Auswirkungen auf die trauernden Personen (Worden, 2011) und können einen komplizierten Trauerverlauf bedingen. Sterben Angehörige bzw. Zugehörige aufgrund gewaltsamer Umstände sind in der Anfangsphase professionelle Helfer involviert. Diese können in der Akutsituation als hilfreich oder belastend erlebt werden (Wagner, 2013). Menschen, die eine angehörige Person durch gewaltsame Umstände wie Mord verlieren, leiden häufig intensiver unter dem Todesfall als Menschen, deren Angehörige aufgrund einer natürlichen Todesursache verstorben sind (Heeke et al., 2019).

Ein Abort ist die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft vor der 24. Schwangerschaftswoche oder bei fetalem Gewicht von unter 500 g und kann entweder spontan oder induziert auftreten (Goerke, 2020). Fünfzehn bis 27 % aller Frauen zwischen 25 und 29 Jahren sowie 75 % aller Frauen ab 45 Jahren erleiden einen Abort (Robinson, 2011); es besteht keine standesamtliche Meldepflicht oder Bestattungspflicht. Von intrauterinem Fruchttod wird beim Absterben des Fötus ab 500 g oder nach der 24. Schwangerschaftswoche gesprochen. In diesem Fall bestehen eine standesamtliche Meldepflicht und eine Bestattungspflicht (Goerke, 2020). Im Jahr 2021 wurden in Deutschland 3420 Kinder tot geboren (Statistisches Bundesamt, 2022). Ein Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation (§ 218a Abs. 2 Strafgesetzbuch (StGB)) ist die absichtliche Beendigung der Schwangerschaft aufgrund schwerer Gefahr für das Leben oder die körperliche bzw. seelische Gesundheit der Schwangeren oder aufgrund von Anomalien oder Fehlbildungen des Fötus.

Gesellschaftlich werden diese Verluste häufig tabuisiert, wenngleich die Trauer der Eltern und weiterer Familienmitglieder dennoch vorhanden ist. Gefühle, die nach einem Abort, einem intrauterinen Fruchttod oder einem Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation am häufigsten auftreten, sind Schuldgefühle, Selbstvorwürfe und Neid auf andere Mütter oder Familien (Wagner, 2013). Im Vergleich zu Aborten oder intrauterinem Fruchttod handelt es sich beim medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch um kein unerwartetes Ereignis, da die Entscheidung über einen Zeitraum von mehreren Tagen bis Wochen getroffen wird. Kersting et al. (2007) fanden heraus, dass nur 2,7 % der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation haben durchführen lassen, ihre Entscheidung bereuten.

Manchmal kann die Todesursache einer verstorbenen Person nicht geklärt werden, da die Angehörigen eine Obduktion ablehnen oder die durch ein medizinisches Fachpersonal durchgeführte Leichenschau eine unnatürliche Todesursache ausschließen lässt. Die Obduktion zur Klärung von Grundleiden und Todesursache wird in Deutschland bei ca. 3–4 % der Todesfälle durchgeführt, eine gerichtliche Obduktion nach § 87 ff. Strafprozeßordnung (StPO) in 2 % der Todesfälle (Madea et al., 2014).

2.6.3 Risiko- und Schutzfaktoren

Die Mehrheit der Menschen, die einen Verlust erleiden, hat bei der Verarbeitung keine Probleme. Nur eine Minderheit entwickelt Schwierigkeiten (Müller & Willmann, 2020). Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die sich auf die Verarbeitung eines Verlustes auswirken, wobei eine Unterteilung in Risiko- und Schutzfaktoren möglich ist. Unter Risikofaktoren werden Faktoren auf der Ebene des Individuums sowie seiner sozialen und physischen Umwelt verstanden, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Entwicklungsstörung oder Krankheit erhöhen. Die Häufung von Risikofaktoren weist auf eine potenzielle Gefährdung der Gesundheit hin, eine Kausalität zur Entwicklung einer physischen oder psychischen Erkrankung besteht aber nicht. In diesem Zusammenhang spielen Schutzfaktoren eine entscheidende Rolle, da sie die Auswirkungen von Risikofaktoren abfedern können. Schutzfaktoren sind persönliche oder umweltbezogene Faktoren, die die psychische Wirkung von belastenden Umweltbedingungen oder anderen risikoerhöhenden Aspekten auf einen Menschen abpuffern (Scheithauer, 1999). Es kann zwischen personalen, sozialen und familiären Schutzfaktoren differenziert werden, wobei unter personalen Schutzfaktoren individuelle Lebenskompetenzen, Persönlichkeitsmerkmale und spezifische Bewältigungsstrategien zu verstehen sind (Bengel et al., 2009). Soziale Schutzfaktoren inkludieren Bedingungen der sozialen Umwelt wie angemessene Ernährung, ausreichenden Wohnraum und die Erwerbstätigkeit eines Menschen. Zu den familiären Schutzfaktoren gehört z. B. die

stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson. Wie durch eine Reihe von Studien belegt wird, entwickeln Menschen, die sozial gut eingebettet sind, und über längere Zeit viel Unterstützung erhalten, seltener ernsthafte Probleme nach einer Verlusterfahrung (Vaderwerker & Prigerson, 2004). Lobb et al. (2010) belegten, dass Symptome einer anhaltenden Trauerstörung typischerweise erhöht sind, wenn es an sozialer Unterstützung mangelt. Hierbei zeigen sich quälende und behindernde Sehnsucht nach der verstorbenen Person und/oder Beschäftigung mit dieser, begleitet von Symptomen, die auf intensiven emotionalen Schmerz hinweisen und seit mindestens sechs Monaten bestehen. Diese Symptome wurden ebenfalls in die ICD-11 bei der Diagnose der anhaltenden Trauerstörung inkludiert.

In einer Untersuchung von Burke und Neimeyer (2013) konnten sechs verschiedene Kategorien von Risikofaktoren identifiziert werden. Es wurde analysiert, dass sich personenbezogene Hintergrundvariablen (z. B. Geschlecht, Herkunft), Verlust- und Todesumstände (der Tod durch gewaltsame Umstände führt bei Angehörigen z. B. oft zu einem größeren Leid als bei Menschen der Vergleichsgruppe, deren Angehörige durch eine natürliche Ursache verstorben sind; vgl. Heeke et al., 2019), die Beziehung zur verstorbenen Person (Trauer um nahestehende Menschen wie Ehepartner oder Kinder zeigt sich oft in einer höheren Intensität als Trauer um andere nahestehende Personen), intrapersonelle Faktoren (z. B. Bindungsverhalten, Grad emotionaler Stabilität, negative Lebenseinstellung), Religion und Weltsicht (gläubige Menschen litten nach einem Schwangerschaftsabbruch intensiver als die nicht religiöse Vergleichsgruppe; Burke & Neimeyer, 2013) sowie interpersonelle Faktoren (z. B. nicht hilfreich erlebte soziale Unterstützung) auf die Trauerverarbeitung auswirken (Müller & Willmann, 2020).

2.7 Situation der angehörigen bzw. zugehörigen Personen

Zu den Angehörigen gehört im Regelfall die eigene Familie, während zu Zugehörigen der Freundes- und erweiterte Bekanntenkreis gezählt wird. Bauernschmidt und Dorschner (2018) zeigen jedoch auf, dass gesellschaftliche Wandlungsprozesse einen Einfluss auf das soziale Zusammenleben nehmen. Dies führt zu Pluralisierungen familiärer Lebensformen, zu veränderten Verwandtschaftsbeziehungen und zur Zunahme freundschaftlicher Beziehungen. Durch diese Heterogenität ist eine einheitliche Definition schwer möglich (Bauernschmidt & Dorschner, 2018). Im Rahmen dieser Bachelorarbeit verwende ich den Begriff ‚Angehörige‘ für biologisch verwandte Familienmitglieder bis in die Großelterngeneration sowie für verheiratete oder in

Partnerschaft lebende Personen. Der Begriff ‚Zugehörige‘ wird für befreundete Personen, benachbarte Personen und den erweiterten Bekanntenkreis verwendet.

Eine Unterteilung in Angehörige und Zugehörige fand überdies aufgrund der Überlegungen zu den Besuchsregelungen in deutschen Kliniken statt. Nur wenn eine behandelte Person mitteilungsfähig ist, kann sie entscheiden, wer sie im Krankenhaus besuchen darf. Sollte die behandelte Person jedoch komatös sein, sich nicht mitteilen können oder sich im Sterbeprozess befinden, kann sie hierzu keine Aussage mehr treffen. In Kliniken gibt es teilweise individuelle Besuchsbeschränkung, gemäß der nur Verwandte ersten Grades, Verheiratete, Personen in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft oder gesetzliche Betreuungspersonen die behandelte Person besuchen dürfen. Befreundeten und benachbarten Personen oder anderen nahestehenden Menschen wird somit keine Verabschiedung von der sterbenden Person gewährt. Allgemeingültige Regelungen in Deutschland gibt es nicht, da jede Klinik von ihrem Hausrecht Gebrauch machen darf.

Beispielhaft soll auf die Unterschiede im Umgang mit Angehörigen und Zugehörigen im Rahmen der Zweiten Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (2. BayIfSMV) vom 16. April 2020 eingegangen werden. In § 3 wird das Besuchsverbot formuliert, nach dem der Besuch in folgenden Einrichtungen untersagt wird:

1. Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, [...] ausgenommen hiervon sind Geburts- und Kinderstationen für engste Angehörige sowie Palliativstationen und Hospize,
 2. vollstationären Einrichtungen der Pflege [...],
 3. Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen [...],
 4. ambulant betreuten Wohngemeinschaften [...] zum Zwecke der außerklinischen Intensivpflege [...],
 5. Altenheimen und Seniorenresidenzen.
- (Bayerisches Ministerialblatt [BayMBI.], 2020a)

In Bezug auf sterbende Angehörige bzw. Zugehörige findet eine klare Eingrenzung der Regelungen statt: „(3) Die Begleitung Sterbender durch den engsten Familienkreis ist abweichend von Satz 1 jederzeit zulässig.“ (Bayerisches Ministerialblatt [BayMBI.], 2020a) Zugehörigen wurde somit eine Begleitung von sterbenden Menschen in den oben aufgeführten Einrichtungen untersagt, während Mitglieder des engsten Familienkreises diese im Sterbeprozess begleiten und sich von ihnen verabschieden durften. Rechtlich zum 19. Juni 2020 gültig werdend erschien die sechste Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (6. BayIfSMV) mit einer Veränderung der bis dahin gültigen Regelungen in § 4: „(3) Die Begleitung Sterbender ist jederzeit zulässig.“ (Bayerisches Ministerialblatt [BayMBI.], 2020b) Dies inkludierte auch die Begleitung sterbender Personen durch Zugehörige.

Anonymisiertes Fallbeispiel

Der Mann von Frau H. ist 89 Jahre alt und wohnt in einer Pflegeeinrichtung im Landkreis Bamberg. Bereits seit einigen Wochen ist der physische und geistige Abbau des Bewohners offensichtlich. Er kann aufgrund eines immer stärker wertenden Hypotonus und medikamentenresistenter Schmerzen nicht mehr in den Rollstuhl mobilisiert werden. Der Appetit von Herrn H. nimmt immer weiter ab und er ist häufig somnolent. Seine 85-jährige Frau wohnt nur wenige Straßen von der Pflegeeinrichtung entfernt. Seit 20. März 2020 durfte sie ihren Mann phasenweise einmal die Woche mit zwei Metern Abstand und FFP2-Maske für 25 Minuten besuchen, phasenweise war ein Besuch auch mit negativen PCR-Test nicht möglich. Mitte August 2022 geht es Herrn H. rapide schlechter. Zeitgleich treten im Haus viele positive Covid-19-Fälle bei Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen auf, aufgrund derer die gesamte Pflegeeinrichtung für Besucher geschlossen wird. Da Herr H. sich jedoch in einem palliativen Status befindet, darf seine Frau ihn trotz der Schließung des Gebäudes für Besucher weiterhin besuchen. Nach Vorlegen eines negativen Schnelltests wird Frau H. vom Pflegepersonal in das Einzelzimmer des Bewohners gebracht und darf dort wertvolle Stunden in seiner Anwesenheit verbringen. So sehr Frau H. die Situation ihres Mannes schmerzt, genießt sie es doch, ihm von der gemeinsamen Zeit zu erzählen. Oft berichtet sie ihm aus dem Garten, den sie früher gemeinsam bewirtschaftet haben, oder erzählt von ihren beiden Kindern. Wenn Frau H. geht, ist sie zwar stets traurig, weiß es aber dennoch sehr zu schätzen, dass sie die Möglichkeit hatte, noch Zeit mit ihrem Ehemann zu verbringen. Auch Herr H. reagiert sehr positiv auf die Besuche seiner Frau. Sobald diese das Zimmer betritt, wird er wacher und versucht, sich verbal mitzuteilen, was ihm phasenweise gut gelingt. Ihm tut der regelmäßige Kontakt mit seiner Ehefrau offensichtlich sehr gut.

2.7.1 Situation Angehöriger bzw. Zugehöriger vor der Covid-19-Pandemie

Seit Beginn des letzten Jahrhunderts wurde das Sterben immer häufiger an den gesellschaftlichen Rand gedrängt und dadurch weniger sichtbar. Dies führte zu einer Tabuisierung des Sterbens. Krankenhäuser verstehen sich laut Krankenhausgesetz als Heilanstalten, in denen Sterben, Tod und Trauer nicht vorgesehen sind (Nassehi & Weber, 1989), sondern als Versagen der modernen Medizin gewertet werden. Es zeigte sich eine Verlagerung des Sterbeortes vom häuslichen Umfeld hin zu Institutionen. Während die Menschen vor hundert Jahren noch überwiegend zu Hause starben, verstarben 2017 etwa 51,8 % der Menschen in einer Klinik, 25,5 % in einer stationären

Pflegeeinrichtung und 2,3 % daheim (Dasch & Zahn, 2021). In Anbetracht der Verlagerung des Sterbeortes gründete die Krankenschwester und Ärztin Cicely Saunders 1967 das St. Christopher's Hospiz in Sydenham, Südlondon, das die Verbesserung der Lebenssituation und Lebensqualität sterbender Menschen und deren Angehöriger in den Fokus rückte. Daraus entwickelte sich die weltweite Hospizbewegung, erste hospizliche Dienste und Einrichtungen wurden ab 1986 in Deutschland gegründet. Vor Beginn der Covid-19-Pandemie hatte sich die hospizliche und palliative Versorgung in Deutschland deutlich ausgeweitet: Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) und Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wurden an vielen Standorten etabliert und ermöglichten zunehmend ein Sterben in der eigenen häuslichen Umgebung. Im Jahr 2015 gab es bezogen auf die Bevölkerung in Deutschland pro einer Million Einwohner 15,7 ambulante Hospizdienste, 25,5 Betten in stationären Hospizen, 29,0 Betten auf Palliativstationen und drei SAPV-Teams (Prütz & Saß, 2017). Erwartungen an eine gute Palliativversorgung stellen u. a. der Erhalt der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, Symptomlinderung, die Einbeziehung der Familie und die multidisziplinäre Praxis dar (Pastrana et al., 2008). Infolge der Bemühungen der palliativen und hospizlichen Dienste trat am 8. September 2016 das Hospiz- und Palliativgesetz in Kraft. Dieses etablierte die Palliativversorgung als Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, wodurch das Augenmerk mehr auf die individuelle Situation von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie auf deren Angehörige bzw. Zugehörige gerichtet wurde. Aufgrund der zunehmenden Sensibilisierung für die Bedürfnisse von Angehörigen und Zugehörigen involvierten Mitarbeitende stationärer Pflegeeinrichtungen, Kliniken etc. Nahestehende zunehmend in die Betreuung und Begleitung Sterbender.

2.7.2 Situation Angehöriger bzw. Zugehöriger während der Covid-19-Pandemie

Die Situation Sterbender und deren Angehöriger bzw. Zugehöriger änderte sich abrupt infolge des ersten Lockdowns, der am 22. März 2022 mit gesetzlicher Grundlage des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a in Kraft trat. Ausgangsbeschränkungen, Kontaktbeschränkungen und Besuchsverbote in stationären Einrichtungen wurden etabliert, um besonders vulnerable Personengruppen vor einer Ansteckung mit Covid-19 zu schützen. Wie Kiepke-Ziemes et al. (2021) schildern, mussten Patienten sowie deren Zugehörige trotz besonderer Verwundbarkeit und Belastung Einsamkeit und Isolation ertragen, da Krankenhausabteilungen, Hospize und Pflegeeinrichtungen beinahe zu Isolierstationen wurden. Die Beschränkungen blieben nicht ohne Folgen: Die

Angehörigen empfanden den erzwungenen Kontaktabbruch als eine Katastrophe, oft verbunden mit Depressionen, Schuldgefühlen, Wut, Hilflosigkeit und der Furcht, nicht Abschied nehmen zu dürfen (Kiepke-Ziemes et al., 2021). Besonders die Angehörigen, die zuvor täglich zu Besuch kamen, zeigten infolge des ‚Social Distancing‘ ein besonders hohes Maß an Angst und Depressivität (Benzinger et al., 2021). In einer Online-Befragung in den Niederlanden berichteten Angehörige und Freunde von Bewohnern darüber hinaus von Schuldgefühlen sowie dem Gefühl einer mangelnden Wertschätzung (Wammes et al., 2020). Zu Beginn der Covid-19-Pandemie gab es auch für Angehörige bzw. Zugehörige von sterbenden Menschen keine Lockerungen, selbst wenn sich diese im fortgeschrittenen Sterbeprozess befanden. Erst im weiteren Verlauf der Diskussion und in Anbetracht der psychischen Auswirkungen auf Hinterbliebene wurden Anpassungen der Regelungen vorgenommen und teilweise Individuallösungen gefunden. Aber auch falls eine Verabschiedung vom Sterbenden möglich war, zeigten sich aufgrund von Covid-19 spezifische Einschränkungen. Eine qualitative Untersuchung aus Finnland zeigte, dass die Angehörigen von in Pflegeheimen verstobenen Menschen ‚frustriert‘ waren, dass sie diese nicht berühren oder sich in der Pflege beteiligen konnten. Infolgedessen bezeichneten einige Studienteilnehmer ihre Besuche gar als ‚nutzlos‘ (Paananen et al. 2021). Am 30. Juni 2022 wurden die „Fachlichen Empfehlungen zu erweiterten Infektionsschutzmaßnahmen für die Sterbebegleitung in Einrichtungen der Pflege und der Gesundheitsversorgung und Ausnahmen von der Absonderungspflicht“ des Robert Koch Instituts (2022) veröffentlicht. Seitdem konnte es SARS-CoV-2-positiv getesteten Personen unter Einhaltung der erweiterten Infektionsschutz- und Hygienemaßnahmen ermöglicht werden, angehörige bzw. zugehörige Menschen in Einrichtungen der Pflege und der Gesundheitsversorgung zur Sterbebegleitung aufzusuchen.

Anonymisiertes Fallbeispiel

Eine Dame, Frau R., nahm Kontakt zur Online-Trauerberatungsstelle „Via. Trauer neu denken.“ der Malteser auf, in der ich als hauptamtliche Trauerberaterin arbeite.

Ihr Ehemann war plötzlich verstorben und sie äußerte sich, dass sie stark darunter leide, weil eine Verabschiedung von ihrem sterbenden Mann nicht mehr möglich gewesen war. Auf Nachfrage berichtete Frau R., dass ihr Mann daheim plötzlich kollabiert sei und sofort mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus gekommen war. Die Ursache des plötzlichen Kollabierens war ein Herzinfarkt. Die Ratsuchende erhielt kurz darauf einen Anruf von der Intensivstation des Krankenhauses, dass es ihrem Ehemann immer schlechter gehe und mit einem

Versterben zu rechnen sei. Frau R. wurde gefragt, ob sie sich noch von ihrem Mann verabschieden wolle. Daraufhin antwortete sie mit Ja. Frau R. wurde gefragt, ob sie über einen vollständigen Impfschutz gegen Covid-19 verfüge. Sie war zu diesem Zeitpunkt einmalig geimpft. Daraufhin wurde Frau R. darüber informiert, dass diese einmalige Impfdosis nicht ausreichen würde, um vorbeizukommen. Sie solle mit einem negativen PCR-Test zum Krankenhaus kommen, um sich von ihrem Mann zu verabschieden. Frau R. telefonierte in ihrem Wohnort herum, erhielt jedoch mehrmals die Antwort, ein PCR-Test sei nur zu vorgegebenen Zeiten und mit Anmeldung möglich. Daraufhin rief Frau R. erneut auf der Intensivstation an, auf der ihr Mann lag. Sie erklärte die Situation, woraufhin Frau R. gebeten wurde, einen Schnelltest im Testcontainer vor dem Krankenhaus machen zu lassen und dann umgehend vorbeizukommen. Ihrem Mann würde es sehr schlecht gehen. Frau R. fuhr umgehend zum Krankenhaus. Sie hatte große Angst um ihren Mann und wollte ihm in den letzten Stunden seines Lebens beiseitestehen. Die Schlange vor dem Testcontainer war lang. Frau R. wartete bereits seit ca. 25 Minuten in der Schlange vor dem Container, als sie den Anruf erhielt, dass ihr Mann soeben verstorben sei.

Frau R. meldet sich mit dem Unglauben über die Situation in der Beratung. Sie thematisierte ihren Schock, ihre Trauer und die Wut über den nicht stattgefundenen Abschied von ihrem sterbenden Mann.

Eine besondere Situation stellt eine Covid-19-Infektion beim sterbenden oder verstorbenen Menschen dar. Die „Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive“ (Münch et al., 2020) weisen auf die Verantwortung der einzelnen Einrichtungen hin, zu evaluieren, ob der Abschied vom Covid-19-Verstorbenen in der Pathologie unter Einhaltung aller Schutzmaßnahmen ermöglicht werden kann. Es wird auf den Umstand verwiesen, dass diese Möglichkeit nicht überall gewährt wird. Auch die „Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen“ des Robert-Koch-Instituts (2021) wirken sich auf den Umgang mit den Verstorbenen aus, wobei keine allgemeingültigen rechtlichen Regelungen zum Umgang mit Covid-19-Verstorbenen vorliegen. Durch den Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS) wurde Covid-19 in Risikogruppe 3 eingestuft, was in einzelnen Bundesländern die grundsätzliche Verwendung von Leichenhüllen erforderlich machte. Überdies stehen den infektionsschutzrechtlichen Bestimmungen einige Bestattungsriten und Bestattungskulturen verschiedener Religionen und Weltanschauungen gegensätzlich gegenüber, sodass beispielsweise von rituellen Waschungen und

Einbalsamierungen abgeraten wird. Nachdem die verstorbene Person versorgt worden ist und nicht mehr berührt werden muss, sind den Empfehlungen zufolge keine weiteren Schutzmaßnahmen notwendig, sodass ein berührungsloses Abschiednehmen am offenen Sarg mit entsprechendem Abstand möglich ist.

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit werden die bisherigen Erkenntnisse der Auswirkungen notwendiger Schutzmaßnahmen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und bundesweiter Infektionsschutzmaßnahmen infolge der Covid-19-Pandemie auf die Trauerreaktionen von angehörigen bzw. zugehörigen Menschen aufgegriffen und um weitere Daten und Schlussfolgerungen erweitert.

3. Fragestellung und Hypothesen

3.1 Abschiednehmen Angehöriger vor und während der Covid-19-Pandemie

3.1.1 Abschiednehmen Angehöriger vor dem Versterben

Wie bereits erwähnt, hatten die Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen drastische Auswirkungen auf die Möglichkeit des Abschiednehmens von sterbenden Menschen. Nach Hämel et al. (2020) waren die in vielen Ländern erlassenen Besuchsverbote zu Beginn der Pandemie eine der bedeutendsten Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens in Alten- und Pflegeeinrichtungen. Sterben während der Covid-19-Pandemie erfolgte größtenteils einsam, da Kontaktbeschränkungen verhängt wurden, die auch das Abschiednehmen von sterbenden Familienangehörigen betrafen (Baumann & Büssing, 2022). Von den Kontaktbeschränkungen betroffen zeigten sich einerseits Personen in stationären Einrichtungen wie z. B. Kliniken oder Pflegeeinrichtungen, aber auch Menschen, die im häuslichen Umfeld starben. Aufgrund dessen stelle ich folgende Hypothese auf:

(H1a) Es wird erwartet, dass sich infolge der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen während der Covid-19-Pandemie durchschnittlich weniger Menschen von ihren *sterbenden Angehörigen* verabschieden konnten, als vor der Covid-19-Pandemie.

3.1.2 Abschiednehmen Angehöriger nach dem Versterben

Das Infektionsschutzgesetz nach § 28a und die bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen hatten auch Auswirkungen auf die Möglichkeit der Verabschiedung von verstorbenen Personen. Verstarb der Mensch innerhalb einer

stationären Einrichtung oder lag eine Covid-19-Infektion bei der verstorbenen Person vor, war eine Verabschiedung je nach aktuell geltender gesetzlicher Regelung nicht möglich, selbst wenn diese von den Angehörigen angestrebt wurde. Persönlich für den Sterbenden da zu sein, eine Verabschiedung an der Bahre oder bei Trauerfeiern war phasenweise nur auf den engsten Kreis beschränkt – wenn überhaupt (Müller & Münch, 2020; Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021).

(H1b) Aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen während der Covid-19-Pandemie konnten sich durchschnittlich weniger Menschen von ihren *verstorbenen Angehörigen* verabschieden, als vor der Covid-19-Pandemie der Fall.

3.1.3 Abschiednehmen Angehöriger bei Beisetzung oder Trauerfeier

Das Infektionsschutzgesetz nach § 28a und die bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen hatten zudem Auswirkungen auf die Möglichkeit der Teilnahme an Beisetzungen und Trauerfeiern. Die Anzahl der Menschen, die einer Beisetzung beiwohnen durften, wurde auf Basis der jeweils aktuellen, bundeslandspezifischen Regelungen inzidenzabhängig begrenzt. Hernández-Fernández und Meneses-Falcón (2021) hielten fest, dass das Abschiednehmen unter komplett atypischen Bedingungen ohne die Möglichkeit traditioneller, kulturspezifischer Rituale stattfand. Zum Zeitpunkt des primären Lockdowns stieg die Angst, an Covid-19 zu erkranken. Diese flachte jedoch anschließend wieder ab (Skoda et al., 2021). Es ist davon auszugehen, dass diese Ängste bei einzelnen Individuen zum Fernbleiben von Beisetzungen oder Trauerfeiern führten, besonders wenn Risikofaktoren für einen schwerwiegenden Verlauf mit Covid-19 vorlagen. Demzufolge lautet Hypothese 1c wie folgt:

(H1c) Aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen während der Covid-19-Pandemie nahmen durchschnittlich weniger Angehörige an der Beisetzung oder Trauerfeier ihrer Verstorbenen teil als vor der Covid-19-Pandemie.

3.2 Abschiednehmen Zugehöriger vor und während der Covid-19-Pandemie

Die Studienteilnehmer wurden in die Kategorien „Angehörige“ und „Zugehörige“ aufgeteilt, um zu explorieren, welche Differenzen es bei der Verabschiedung von der

sterbenden Person, verstorbenen Person und der Teilnahme an Beisetzung und Trauerfeier gab. Einerseits gab es, wie in Unterpunkt 2.7 aufgeführt, vor der Covid-19-Pandemie eine Unterscheidung von Angehörigen und Zugehörigen, die eine sterbende Person in einer Pflegeeinrichtung, einer Klinik, einer Palliativstation etc. besuchen wollten. Andererseits wurden aufgrund der Covid-19-Pandemie durch das Infektionsschutzgesetz nach § 28a und den bundeslandspezifischen Anpassungen gesetzliche Regelungen geschaffen, die es Zugehörigen schwerer oder unmöglich machten, sich von ihrem sterbenden oder verstorbenen Menschen zu verabschieden.

3.2.1 Abschiednehmen Zugehöriger vor dem Versterben

Hypothese 2a bezieht sich auf die in 3.2 erläuterte Thematik:

(H2a) Aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen während der Covid-19-Pandemie konnten sich durchschnittlich weniger Menschen von ihren *sterbenden Zugehörigen* verabschieden als vor der Covid-19-Pandemie.

3.2.2 Abschiednehmen Zugehöriger nach dem Versterben

Hypothese 2b befasst sich mit der Situation bezogen auf verstorbene Zugehörige.

(H2b) Aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen während der Covid-19-Pandemie konnten sich durchschnittlich weniger Menschen von ihren *verstorbenen Zugehörigen* verabschieden als vor der Covid-19-Pandemie.

3.2.3 Abschiednehmen Zugehöriger bei Beisetzung oder Trauerfeier

Hypothese 2c greift die Auswirkungen der Maßnahmen auf die Teilnahme der Zugehörigen an Beisetzung und Trauerfeier auf.

(H2c) Aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen während der Covid-19-Pandemie konnten durchschnittlich weniger Menschen an der *Beisetzung oder der Trauerfeier ihrer verstorbenen Zugehörigen* teilnehmen als vor der Covid-19-Pandemie.

3.3 Trauerreaktion vor und während der Covid-19-Pandemie

Wie in Unterpunkt 2.4 erläutert, handelt es sich bei Trauer um ein multidimensionales Konstrukt (Hogan, 1986; Stroebe & Stroebe, 1987). Es gibt verschiedene, bereits in Kapitel 2.6 aufgeführte Mediatoren, die die individuelle Trauerreaktion beeinflussen (Worden, 2011), wobei sich die Trauer um Menschen, zu denen eine enge Beziehung bestand, häufig in einer höheren Intensität zeigt als die Trauer um Menschen, zu denen eine weniger enge Beziehung bestand (Müller & Willmann, 2020). Der Verlust eines geliebten, nahestehenden Menschen stellt ein einschneidendes und schmerzhaftes Erlebnis dar, unabhängig davon, ob die angehörige bzw. zugehörige Person vor oder während der Covid-19-Pandemie verstorben ist. Der Tod kann die eigenen Lebenseinstellungen im Kern erschüttern (Worden, 2011).

(H3) Die Trauerreaktion von Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben, unterscheidet sich in den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘, F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ durchschnittlich nicht von der Reaktion der Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person durch einen Todesfall vor der Covid-19-Pandemie verloren haben.

3.4 Auswirkungen der Möglichkeit des Abschiednehmens von der sterbenden bzw. verstorbenen Person auf die Trauerreaktion

Wie Smeding (2005) in ihrem Gezeitenmodell der Trauer aufgreift, hilft das Abschiednehmen beim Realisieren des Todes der geliebten Person. Benko (2006) hebt hervor, dass diese Verabschiedung möglicherweise die Integration ins Leben erleichtern kann, auch wenn es Zeit braucht, den Verlust als Realität zu akzeptieren (Worden, 2011). Während der Covid-19-Pandemie zeigten sich sogenannte „uneindeutige Verluste“ (Boss, 2008), die dadurch ausgelöst wurden, dass die tote Person in den letzten Momenten nicht persönlich begleitet oder auch die Leiche nach dem Sterben nicht besucht werden konnte (Worden, 2011). Die Auswirkungen einer nicht stattgefundenen Verabschiedung auf den Trauerprozess der Hinterbliebenen sind bis dato nur ansatzweise untersucht worden (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021; Selman et al., 2021; Baumann & Büssing, 2022). Unter Berücksichtigung der

Multidimensionalität der Trauer wird diese Forschungsfrage bearbeitet, um vorhandene Leerstellen in der Forschung zu diesem Aspekt zu füllen.

(H4) Menschen, die die Möglichkeit hatten, sich von ihrer sterbenden oder verstorbenen Person zu verabschieden, weisen im Durchschnitt niedrigere Werte in den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ auf als Menschen, die sich nicht von ihrer sterbenden oder verstorbenen Person verabschieden konnten.

3.5 Auswirkungen erlebter sozialer Unterstützung auf die Trauerreaktion

3.5.1 Subskalen F1, F2, F3 und F5 des Trauerfragebogens nach Weiser/Ochsmann

Basierend auf dem in Unterpunkt 2.4.2.3 erläuterten Stressmodell gilt soziale Unterstützung generell als protektiver Faktor der persönlichen Anpassungsleistung. Ihr wird eine abpuffernde Wirkung zugeschrieben. Mehrere Studien belegen, dass die empfundene soziale Unterstützung die nachteiligen Auswirkungen von Stresserfahrungen, darunter auch Trauererfahrungen, lindern kann (Stroebe & Schut, 1999) und soziale Unterstützung vor ernsthaften Problemen nach einer Verlusterfahrung schützt und mit besserer Lebensqualität verbunden ist (Vadenwerker & Prigerson, 2004). Durch die Auswirkungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen zeigten sich phasenweise Einschränkungen der sozialen Kontakte z. B. durch Kontaktbeschränkungen oder die Homeoffice-Pflicht (Bundesregierung, 2022), die sich auf die Trauerreaktion der Hinterbliebenen ausgewirkt haben könnten. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit soll im Rahmen von Hypothese 5a die Auswirkung der erlebten sozialen Unterstützung auf Trauernde in der Zeit um den Tod der nahestehenden Person untersucht werden. Die Multidimensionalität der Trauer findet im Rahmen dieser Hypothese Berücksichtigung.

(H5a) Menschen, die ihr soziales Umfeld in den Tagen vor, während und nach dem Todesfall als Unterstützung erlebt haben, weisen im Durchschnitt geringere Werte in den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ auf als Menschen, die ihr soziales Umfeld nicht als Unterstützung erlebt haben.

3.5.2 Subskala F4 des Trauerfragebogens nach Weiser/Ochsmann

Viele Hinterbliebene berichten neben den negativ wahrgenommen subjektiven Veränderungen infolge des Todesfalls von lang anhaltenden, tiefen Einsichten über sich und das Leben im Allgemeinen und Besonderen, sowie von dem Bewusstsein, an den kritischen Lebensereignissen gewachsen zu sein (Tedeschi & Calhoun, 2004). Studien belegen, dass diese Wahrnehmung weit verbreitet ist (Waugh et al., 2018). Hypothese 5b bezieht sich auf die Auswirkungen der erlebten sozialen Unterstützung, im Zeitraum um den Verlust, auf den Aspekt des persönlichen Wachstums (Hogan, 1986).

(H5b) Menschen, die ihr soziales Umfeld in den Tagen vor, während und nach dem Todesfall als Unterstützung erlebt haben, erzielen im Durchschnitt höhere Werte in der Subskala F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ als Menschen, die ihr soziales Umfeld nicht als Unterstützung erlebt haben.

4. Methode

4.1 Stichprobe

Die Querschnittstichprobe in dieser Bachelorarbeit umfasst 261 Personen, die im fünfwöchigen Datenerhebungszeitraum vom 23. Mai 2022 bis zum 26. Juni 2022 den Online-Fragebogen ausgefüllt haben. Hundertneunundsiebzig Fragebögen wurden vollständig beantwortet.

Hundertzweiundneunzig Studienteilnehmende waren weiblich (85,3 %), 30 männlich (13,3 %) und drei Personen divers (1,3 %). Von den Studienteilnehmenden, deren Angehörige bzw. Zugehörige vor Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a verstarben, waren, wie in Abbildung 4 ersichtlich, 113 (85,6 %) weiblich, 16 (12,1 %) männlich und drei (2,3 %) divers. Im Vergleich dazu waren 79 Studienteilnehmende (84,9 %), deren Angehörige bzw. Zugehörige seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a verstarben, weiblich und 14 (15,1 %) männlich.

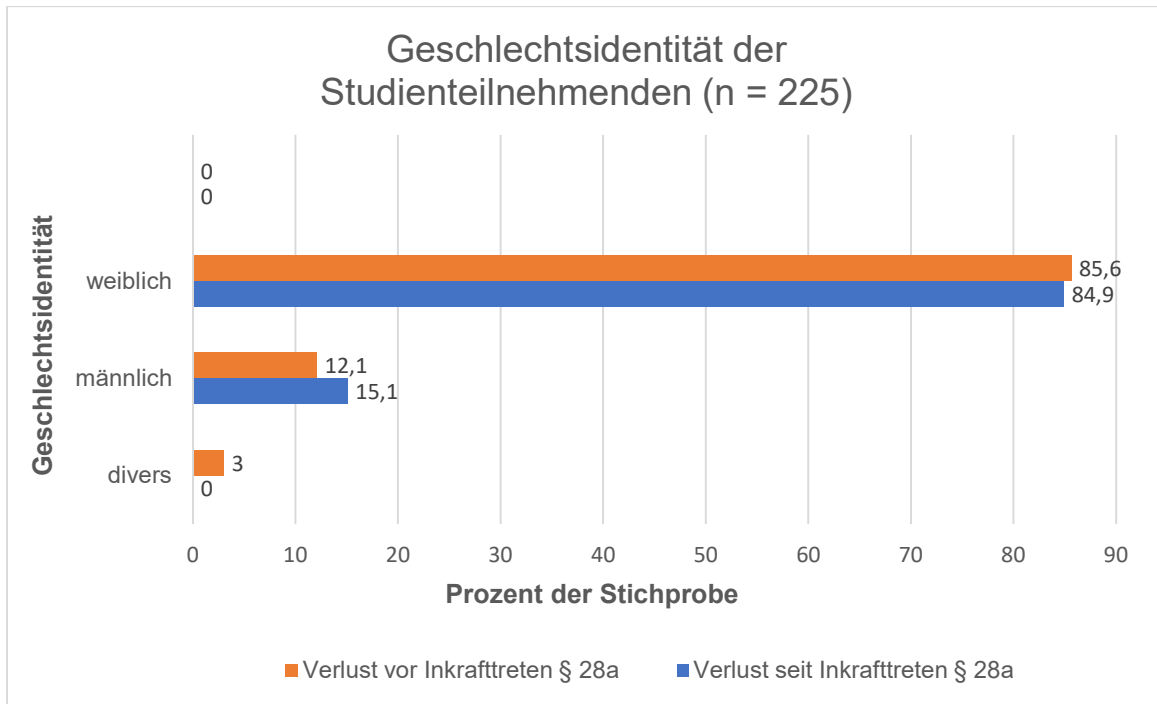


Abbildung 4 Übersicht über der Geschlechtsidentität der erhobenen Stichprobe, unterteilt in eine Stichprobe vor und eine Stichprobe seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a. Die Angaben sind in Prozent.

Die Studienteilnehmenden waren zwischen 19 und 89 Jahre alt, das Durchschnittsalter betrug 41 Jahre (SD = 13,415).

Hundertzwanzig Teilnehmende (53,6 %) gaben als höchsten Bildungsabschluss das Gymnasium/Abitur an, 70 (26,8 %) Realschule/Mittlere Reife, 33 (12,6 %) Hauptschule/Volksschule/Mittelschule/Mittelschulabschluss und eine Person (0,4 %) gab an, keinen Schulabschluss erworben zu haben.

Wie in Abbildung 5 erkennbar ist, verstarb von 51 Studienteilnehmenden (22,7 %) ein Großelternanteil, von 46 (20,4 %) ein Kind, von 32 (14,2 %) der Vater, von 30 (13,3 %) die Mutter, von 29 (12,9 %) die geehelichte Person, von zehn (4,4 %) eine befreundete Person, von vier (1,5 %) ein Geschwister, von drei (1,3 %) eine in einer Lebenspartnerschaft lebende Person und 20 Studienteilnehmende (8,9 %) ordneten ihren verstorbenen Menschen der Kategorie ‚Sonstige‘ zu.

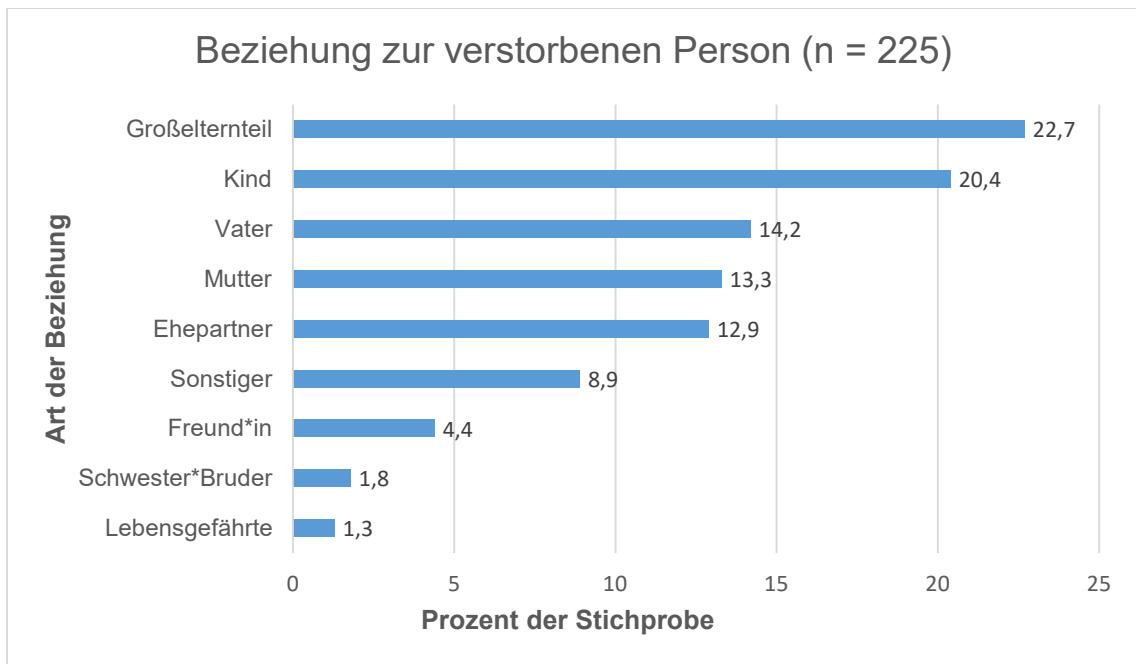


Abbildung 5 Übersicht über die Art der Beziehung zu der verstorbenen Person, im Rahmen der Stichprobe. Die Angaben sind in Prozent.

Wie anhand von Abbildung 6 zu erkennen ist, verloren 145 Studienteilnehmer (64,7 %) ihre angehörige bzw. zugehörige Person durch Krankheit, 29 (12,9 %) natürlich aufgrund von Altersschwäche, 17 (7,6 %) durch einen Abort/intrauterinen Fruchttod, elf (4,9 %) durch einen Unfall, acht (3,6 %) durch Suizid, vier (1,8 %) durch Gewalt bzw. ein Verbrechen und zehn (4,5 %) gaben eine ungeklärte Todesursache an. Hundertzweiunddreißig Studienteilnehmende (58,7 %) verloren ihre nahestehende Person vor Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen im März 2020 und 93 (41,3 %) danach.

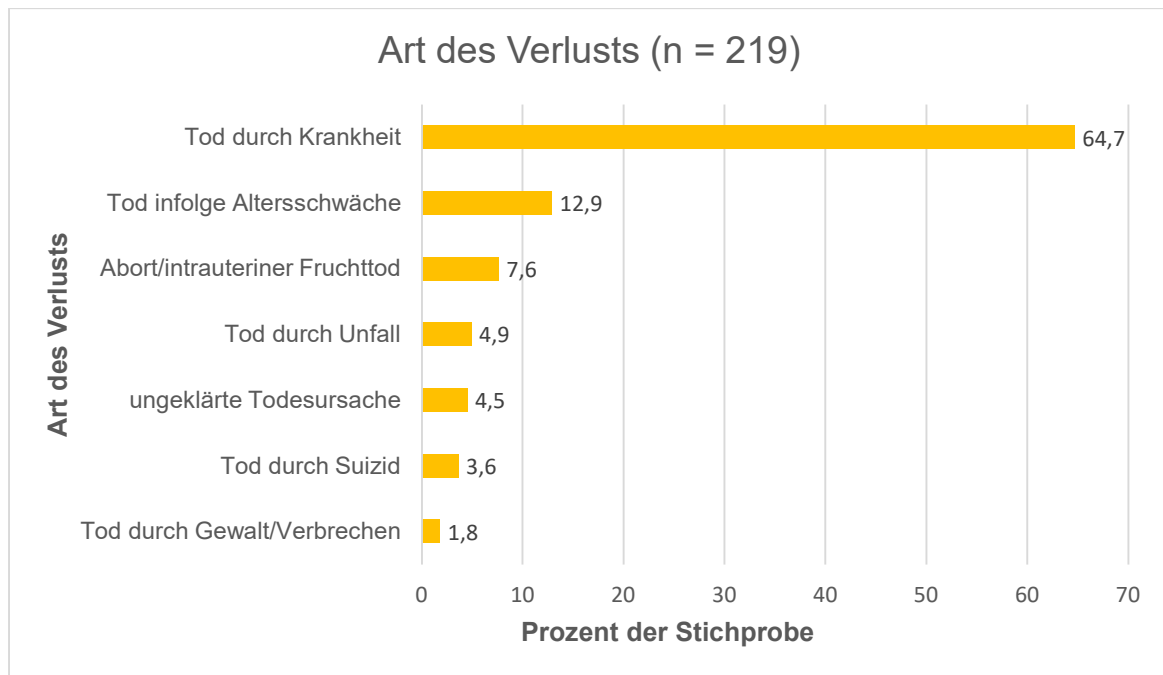


Abbildung 6 Übersicht über die Art der erlebten Verluste im Rahmen der erhobenen Stichprobe. Die Angaben sind in Prozent.

Bei 169 Verstorbenen (93,9 %) wurde keine Covid-19-Infektion nachgewiesen, bei fünf Verstorbenen (2,8 %) lag eine Covid-19-Infektion vor und bei sechs Verstorbenen (3,3 %) ist ein Vorliegen von Covid-19 nicht bekannt.

4.2 Wichtiges zur Versuchsdurchführung

Der Fragebogen war an Teilnehmende adressiert, die einen nahestehenden Menschen vor oder während der Covid-19-Pandemie aufgrund eines Todesfalls verloren haben. Die ersten Regelungen zur Verhinderung einer Ausbreitung von SARS-CoV-2 wurden im März 2020 beschlossen und traten erstmalig am 22. März 2020 mit dem Infektionsschutzgesetz nach § 28a in Kraft. Seitdem wurde das Infektionsschutzgesetz mehrfach verändert, wodurch neue Regelungen und der Situation angepasste Beschränkungen auftraten. Überdies gab es verschiedene Anpassungen und Auslegungen in den einzelnen Bundesländern, aber auch in Kliniken und pflegerischen Einrichtungen wurden individuelle Entscheidungen getroffen und Vorgehensweisen umgesetzt. Dies führte zu einer Uneinheitlichkeit der Verabschiedung von sterbenden Angehörigen bzw. Zugehörigen. Diese Diskrepanz und das individuelle Erleben spiegeln sich in der Beantwortung des Fragebogens im Rahmen meiner Bachelorarbeit wider. Die Fragebogenteilnehmenden beantworten die Fragen immer vor dem Hintergrund ihres eigenen Erlebens.

4.3 Fragebogen

4.3.1 Grundlegendes zum Fragebogen

Der Fragebogen wurde bei SoSci Survey digitalisiert und während des Erhebungszeitraums von fünf Wochen (von Montag, 23.05.2022, bis Sonntag, 26.06.2022) online gestellt. Mit einer funktionierenden Internetverbindung konnte der komplette Fragebogen innerhalb von 20 bis 25 Minuten am Computer, Laptop, Tablet oder am Smartphone bearbeitet werden.

4.3.2 Aufbau und Durchführung der Fragebogenstudie

Der Online-Fragebogen, den ich im Rahmen meiner Bachelorarbeit genutzt habe, ist unterteilbar in drei Themenbereiche:

1. Erhebung von Basisdaten
2. Trauerfragebogen nach Weiser & Ochsmann (2002)
3. Ergänzungsfragen zum Abschiednehmen und erlebter sozialer Unterstützung

Es gab einen Einleitungstext zu Beginn des Fragebogens mit Probandenaufklärung und Einverständniserklärung sowie zwei Zwischentexte, anhand derer auf den Wechsel des Themenbereichs hingewiesen wurde. Diese Zwischentexte dienten zur transparenten Gestaltung des Fragebogenablaufs für die Studienteilnehmenden. Nach dem Ausfüllen jeder digitalen Fragebogenseite gab es bei Bedarf eine Antworterrinnerung, die darauf aufmerksam machte, dass ein oder mehrere Items noch nicht ausgefüllt waren. Sollte/n diese Frage/n daraufhin nicht beantwortet worden sein, war dennoch eine Fortführung des Fragebogens möglich.

4.3.2.1 Einführung des Fragebogens

Zu Beginn wurden die Teilnehmenden darauf hingewiesen, dass meine Fragebogenstudie im Rahmen meiner Bachelorarbeit Psychologie an der Otto-Friedrich-Universität in Bamberg im Fachbereich Gesundheitspsychologie/Psychopathologie durchgeführt wird und sich mit den Unterschieden in Trauer und Abschiednehmen von Angehörigen bzw. Zugehörigen Verstorbener vor und während der Covid-19-Pandemie auseinandersetzt. Die Teilnehmenden wurden darüber aufgeklärt, dass die Beantwortung des Online-Fragebogens etwa 20 bis 25 Minuten Zeit in Anspruch nimmt und eine Unterteilung in drei Themenbereiche stattfindet. Jedes Mal, wenn ein neuer Themenbereich begann, wurden die Studienteilnehmenden darüber in Kenntnis gesetzt und erhielten eine Information zur Anzahl der folgenden Fragen. So wurde transparent gestaltet, wie viele Teile des Fragebogens bereits beantwortet waren.

Die potenziellen Fragebogenteilnehmenden wurden darüber aufgeklärt, dass die Voraussetzung zur Beantwortung des Fragebogens darin bestand, eine angehörige bzw. zugehörige Person aufgrund eines Todesfalls verloren zu haben. Somit fand eine klare Eingrenzung der Probandengruppe statt. Auch wurden die potenziellen Studienteilnehmenden darauf hingewiesen, dass es zur Beantwortung des Fragebogens irrelevant war, wann die jeweilige nahestehende Person verstorben ist.

Meine Kontaktdaten wurden für Fragen oder Anmerkungen, die sich aus der Studie ergeben könnten, auf der ersten Seite der Fragebogenstudie zur Verfügung gestellt. Die potenziellen Fragebogenteilnehmenden wurden auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, ihre E-Mail-Adresse am Ende der Befragung separat zu hinterlegen, um über die Ergebnisse der Studie informiert zu werden.

Es folgte der Hinweis auf die Richtlinien der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und guter ethischer Forschung. Die potenziellen Studienteilnehmenden wurden darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist und zu jedem Zeitpunkt abgebrochen werden kann, ohne dass daraus Nachteile für das Individuum entstehen. Auch wurde darüber aufgeklärt, dass die Daten vertraulich und nur in anonymisierter Form ausgewertet werden und keine Weitergabe an Dritte erfolgt. Zudem wurde der Hinweis ergänzt, dass aufgrund der demografischen Angaben, die im Fragebogen erhoben wurden, kein eindeutiger Schluss auf die jeweilige Person gezogen werden kann. Es folgte die Abfrage, ob die potenziellen Studienteilnehmenden mindestens 18 Jahre alt sind und die Einverständniserklärung gelesen und verstanden haben. Nur wenn die potenziellen Studienteilnehmenden dies bestätigten, gelangten sie zum ersten Thementeil des Fragebogens. Ansonsten wurde der Online-Fragebogen beendet und konnte geschlossen werden.

4.3.2.2 Erhebung der Basisdaten

Der erste Teil des Fragebogens umfasste sieben Fragen. Den Teilnehmenden wurde erläutert, dass sie sich bei der Beantwortung des gesamten Fragebogens auf den Todesfall einer einzelnen nahestehenden Person beziehen sollten, auch falls sie mehrere Angehörige bzw. Zugehörige verloren haben.

Es wurde erhoben, wie alt die Fragebogenteilnehmenden beim Ausfüllen des Fragebogens waren und welchem Geschlecht sie sich selbst zugehörig fühlten (weiblich, männlich, divers). Es folgte die Frage zum höchsten erworbenen Bildungsabschluss mit den vier Antwortmöglichkeiten: ‚kein erworbener Abschluss‘, ‚Hauptschule/Volksschule/Mittelschule/Mittelschulabschluss‘, ‚Realschule/Mittlere Reife‘, ‚Gymnasium/Abitur‘. Anhand der folgenden Frage wurde erfasst, auf welche verstorbene Person sich die Angaben des Fragebogens beziehen. Auch hier wurden die

Studienteilnehmenden daran erinnert, dass sie sich während der Beantwortung des Fragebogens auf eine einzige verstorbene Person fokussieren sollten. Antwortmöglichkeiten waren: ‚Ehepartner‘, ‚Lebensgefährtin‘, ‚Vater‘, ‚Mutter‘, ‚Kind‘, ‚Schwester/Bruder‘, ‚Großmutter/Großvater‘, ‚Freund/Freundin‘, ‚Sonstiger‘.

Zur Unterteilung der Fragebögen in Angehörige bzw. Zugehörige, die ihren nahestehenden Menschen vor oder während der Covid-19-Pandemie verloren haben, wurden anschließend Monat und Jahr des Versterbens erhoben. Es folgte eine Konkretisierungsfrage, in der erfasst wurde, ob die angehörige bzw. zugehörige Person seit dem 22. März 2020 verstorben ist. Ab diesem Zeitpunkt waren die Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und bundesweite Infektionsschutzmaßnahmen gültig. Diese Unterteilung der Teilnehmenden ist in Bezug auf die statistische Auswertung der Hypothesen 1a–c, 2a–c und 3 relevant. Als abschließende Frage des ersten Teils wurde erfasst, wie die nahestehende Person verstorben ist. Es gab acht Antwortmöglichkeiten: ‚natürlich, aufgrund von Altersschwäche‘, ‚durch Krankheit‘, ‚durch einen Unfall‘, ‚durch Selbsttötung/Suizid‘, ‚durch Gewalt bzw. ein Verbrechen‘, ‚es war eine Fehlgeburt/Totgeburt‘, ‚die Todesursache ist ungeklärt‘, ‚die Person ist vermisst bzw. verschollen‘. Diese Frage orientierte sich am Würzburger Trauerinventar von Wittkowski (2013). Die ursprünglichen Antwortmöglichkeiten wurden um die Kategorie ‚es war eine Fehlgeburt/Totgeburt‘ ergänzt. Damit sollten möglichst vielfältige Trauersituationen abgebildet werden. Die Antwortmöglichkeit des Würzburger Trauerinventars ‚durch Aids‘ (Wittkowski, 2013) wurde im Rahmen meiner Studie der Kategorie ‚durch Krankheit‘ zugeordnet.

4.3.2.3 Trauerfragebogen nach Weiser und Ochsmann (2002)

Für den zweiten Teil meiner Fragebogenstudie wurde der Trauerfragebogen (TF) von Weiser und Ochsmann (2002) genutzt. Die Grundlage zur Entwicklung dieses Fragebogens lieferte die Hogan Grief Reaction Checklist (Hogan, 1986), die sich mit der multidimensionalen Natur des normalen Trauerprozesses auseinandersetzt.

Die Entscheidung zur Nutzung des Trauerfragebogens im Rahmen meiner Bachelorarbeit hatte vielfältige Gründe:

1. Der Trauerfragebogen (TF) von Weiser und Ochsmann (2002) wurde konstruiert, um den normalen Trauerprozess von Menschen nach einem Todesfall zu erfassen. Laut den Autoren wird Trauer in diesem Zusammenhang als normale Reaktion auf einen Verlust definiert, was meinen theoretischen Überlegungen in Kapitel 2.4 entspricht.
2. Der Trauerfragebogen geht von einer multidimensionalen Natur der Trauer aus, betont aber zugleich die Individualität der Trauerreaktion.

3. Der Trauerfragebogen ist für eine breite Stichprobe geeignet. Hierbei ist es nachrangig, welche Art der Beziehung zum Verstorbenen bestand und wie die nahestehende Person verstorben ist.
4. Die Beantwortung des Trauerfragebogens ist innerhalb von 15 bis 20 Minuten möglich.
5. Der Trauerfragebogen wurde ursprünglich für die schriftliche Beantwortung mit einem Schreibgerät entwickelt. Er ist so konstruiert, dass er ebenfalls gut im Online-Format genutzt werden kann, um ihn im Rahmen meiner Bachelorarbeit einer breiteren Personengruppe zugänglich zu machen.
6. In Subskala F3 des Trauerfragebogens werden ‚Körperliche Reaktionen‘ erhoben. Dadurch hebt sich der TF z. B. vom Würzburger Trauerinventar nach Wittkowski (2013) ab. Körperliche Reaktionen werden von Trauernden im ambulanten oder stationären Setting häufig berichtet.
7. In der Subskala F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ findet der Aspekt der positiven Entwicklung in Folge eines kritischen Lebensereignisses, auch ‚Personal Growth‘ (Hogan, 1986) genannt, Beachtung. Dabei handelt es sich um einen Themenbereich, der in der aktuellen Trauerforschung große Beachtung zukommt (Müller & Willmann, 2020).
8. Die Auswertung der einzelnen Subskalen ist leicht verständlich.
9. Beim Trauerfragebogen handelt es sich um ein objektives, reliables und valides Messinstrument (Objektivität in Durchführung und Auswertung aufgrund Fragebogenform, standardisierter Vorgehensweise und schriftlicher Instruktion; Reliabilität der Gesamtskala sehr gut (Cronbachs Alpha = .96), interne Konsistenz Faktor 1: sehr gut (Alpha = .96), interne Konsistenz Faktor 2: sehr gut (Alpha = .92), interne Konsistenz Faktor 3: gut (Alpha = .89), interne Konsistenz Faktor 4: sehr gut (Alpha = .93), interne Konsistenz Faktor 5: gut (Alpha = .81), Validität durch Bestätigung des multidimensionalen Konstrukts des Trauerprozesses nach Hogan, wenn auch die deutsche Variante eine Fünffaktorenlösung statt einer Sechsfaktorenlösung gewählt wurde, kriterienbezogene Validität sehr zufriedenstellend).
10. Der Fragebogen ist kostenfrei über das Open-Test-Archive des Leibniz-Instituts für Psychologie (ZPID) oder über PSYNDEX abrufbar. Nach einer ‚Rückmeldung über die Anwendung eines Verfahrens aus dem Testarchiv des Leibniz-Instituts für Psychologie (ZPID)‘ darf der Trauerfragebogen von Ochsmann und Weiser (2002) im wissenschaftlichen Rahmen und für Forschungszwecke genutzt werden.

Der Trauerfragebogen von Ochsmann und Weiser (2002) umfasst 61 Items, die sich jeweils einer der folgenden fünf Subskalen zuordnen lassen. Die genaue Zuordnung der einzelnen Items zu den Subskalen lässt sich der Testauswertung von Ochsmann und Weiser (2002) entnehmen.

Subskala F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘ (27 Items)

Subskala F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘ (7 Items)

Subskala F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ (10 Items)

Subskala F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ (10 Items)

Subskala F5: ‚Kognitiver Faktor‘ (5 Items)

In der Subskala F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘ wird einerseits die emotionale Komponente der Trauer mit den Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Traurigkeit und Sehnsucht nach dem Verstorbenen erfasst. Andererseits werden Daten zur Vermeidung von Zärtlichkeit und Zuneigung, zu Rückzug aus der sozialen Gesellschaft sowie zum Gefühl von Distanz zu der eigenen Person und zu anderen Personen erhoben. Beispielaussagen der Subskala F1 sind „All meine Hoffnungen sind zerschlagen“, „Ich möchte sterben, um bei ihr/ihm zu sein“ oder „Ich spüre eine Distanz zwischen mir und anderen“.

Die Subskala F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘ umfasst Items zu Gefühlen von Bitterkeit, Feindseligkeit und dem Wunsch nach Vergeltung. „Ich bin oft gereizt“ oder „Ich spüre Rachegefühle in mir“ stellen Beispielaussagen dieser Subskala dar.

In der Subskala F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ werden Angaben zu physiologischen Merkmalen wie z. B. der Erregung des autonomen Nervensystems in Verbindung mit Angst oder somatische Beschwerden erfasst. Aussagen sind hier beispielsweise „Ich habe häufig Muskelverspannungen“ und „Manchmal fängt mein Herz grundlos an zu rasen“.

In der Subskala F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ wird das spirituelle und existentielle Bewusstsein der Hinterbliebenen gemessen. Es werden Aussagen zu den Bereichen Nachsichtigkeit, Mitgefühl, Sorge und Verantwortung für andere sowie Toleranz gegenüber sich und dem sozialen Umfeld erhoben. Beispielitems sind „Ich habe gelernt, mit dem Leben besser zurechtzukommen“, „Ich bin jetzt eine nachsichtigere Person“, „Ich habe einen Wendepunkt in meinem Leben erreicht, an dem ich begonnen habe, einen Teil meiner Trauer zuzulassen“.

Kognitive Merkmale wie Konzentrationsschwierigkeiten, das Erlernen und Behalten neuer Informationen sowie die Erinnerung an vergangene Zeiten werden anhand der Subskala F5: ‚Kognitiver Faktor‘ erfasst. Aussagen wie „Ich vergesse jetzt

häufiger Dinge wie z. B. Namen oder Telefonnummern“, „Abstraktes Denken fällt mir seit ihrem/seinen Tod schwer“ dienen zur Erfassung der Subskala F5.

Bei den Items zu den fünf Subskalen handelt sich um geschlossene Fragen, die anhand einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden können: 1 = stimmt nicht, 2 = stimmt eher nicht, 3 = stimmt etwas, 4 = stimmt größtenteils, 5 = stimmt voll und ganz.

Um den Fragebogenteilnehmenden eine gute Übersichtlichkeit der Items des Trauerfragebogens zu ermöglichen, wurden jeweils zehn Items auf einer digitalen Seite platziert. Zur Visualisierung der Antwortmöglichkeiten fand zusätzlich eine grafische Verankerung der Antwortmöglichkeiten statt. Dadurch sollte der Ermüdung der Probanden während der Beantwortung des Fragebogens vorgebeugt werden.

Bei der Bearbeitung der Subskalen fiel auf, dass die Items 10 („Ich fühle mich so, als wäre ich jetzt ein besserer Mensch“) und 60 („Ich habe mehr gute als schlechte Tage“) bei der Zuordnung der Skalen nicht berücksichtigt wurden. Zur Abklärung dieser Thematik wurde Kontakt mit den Entwicklern des Trauerfragebogens aufgenommen. Eine Rückmeldung ist noch ausstehend.

Der Trauerfragebogen ist entweder über das Open-Test-Archive oder PSYINDEX abrufbar. Hierbei zeigte sich eine Diskrepanz bei der Hinführung des Probanden zur Beantwortung des Trauerfragebogens. Gemäß der Formulierung des Fragebogens im Open-Test-Archive sollten die Fragebogenteilnehmenden auf der fünfstufigen Likert-Skala angeben, wie „sie sich in der gegenwärtigen Zeit fühlen“. Laut der Definition von Oxford Languages (2022) ist unter gegenwärtig „in der Gegenwart [vorkommend, gegeben, geschehend], ihr angehörend“ zu verstehen. Die Formulierung des Fragebogens auf PSYINDEX widerspricht dem: „Bitte erinnern Sie sich jetzt an den für Sie persönlich bedeutsamsten Verlust und versetzen Sie sich gedanklich in diese Zeit zurück. (...) Wählen Sie dann aus den fünf vorgegebenen Antworten diejenige aus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den ersten Monaten nach dem Tod gefühlt haben.“ Diese Diskrepanz wurde ebenfalls in der Kontaktaufnahme mit den Entwicklern des Trauerfragebogens thematisiert; eine Rückmeldung ist noch ausstehend. Da die Studien, die den Trauerfragebogen von Weiser/Ochsmann (2002) als Grundlage nutzen, überwiegend die Formulierung von PSYINDEX wählten, wurde auch im Rahmen meiner Bachelorarbeit auf diese zurückgegriffen.

4.3.2.4 Ergänzungsfragen zum Abschiednehmen und zu sozialer Unterstützung

Der dritte Teil des Fragebogens umfasste fünf selbst entwickelte Fragen, die sich auf die Verabschiedung von der sterbenden Person, die Verabschiedung von der verstorbenen

Person oder die Teilnahme an Beisetzung oder Trauerfeier der verstorbenen Person beziehen.

Es wurde erfasst, ob die angehörige bzw. zugehörige Person zum Zeitpunkt des Versterbens mit Covid-19 infiziert war. Die Antwortmöglichkeiten waren: ‚ja‘, ‚nein‘, ‚unbekannt‘.

In den folgenden drei Fragen wurden Daten erhoben, die zur statistischen Bearbeitung von Hypothese 3 notwendig waren. Es wurde erörtert, ob vor dem Versterben eine Verabschiedung von der angehörigen bzw. zugehörigen Person möglich war. Antwortmöglichkeiten waren: ‚ja‘, ‚nein‘, ‚aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich‘, ‚möglich, aber nicht in Anspruch genommen‘. Anhand der folgenden Fragen wurde erfasst, ob nach dem Versterben eine Verabschiedung von der angehörigen bzw. zugehörigen Person und ob die Studienteilnehmenden an Beisetzung oder Trauerfeier teilnehmen konnten. Es lagen die gleichen Antwortmöglichkeiten vor. Das letzte Item stellte die Voraussetzung zur Beantwortung der Hypothesen 5 a–b dar. Es wurde erhoben, ob die Umfrageteilnehmenden in den Tagen vor, während und nach dem Versterben der angehörigen bzw. zugehörigen Person Menschen um sich hatten, die ihnen beiseitestanden. Antwortmöglichkeiten waren: ‚ja‘, ‚nein‘, ‚teilweise‘.

4.3.2.5 Abschluss des Fragebogens

Am Ende des Fragebogens gab es die Möglichkeit der separaten Speicherung von Kontaktdaten. Es konnte hinterlegt werden, ob die Studienteilnehmenden an der Otto-Friedrich-Universität studieren und Versuchspersonenstunden benötigt werden. Auch konnte angekreuzt werden, ob Interesse an den Ergebnissen der Studie besteht und im Anschluss an die Datenauswertung eine Zusammenfassung der Studienergebnisse per E-Mail gewünscht wird. Es folgten der Dank für die Teilnahme an der Fragebogenstudie mit Hinweisen zur weiteren Kontaktaufnahme und die Information, dass die erhobenen Daten gespeichert wurden. Das Fenster konnte daraufhin geschlossen werden.

4.3.2.6 Datenschutz

Für die Online-Datenerhebung im Rahmen meiner Fragebogenstudie wurde der Anbieter SoSci Survey ausgewählt, da dieser sowohl die Forschungsethik als auch das deutsche Datenschutzgesetz (BDSG) berücksichtigt. Den Vereinbarungen zufolge wird der Schutz erhobener Daten ebenso gewährleistet wie die Anonymität und der Schutz personenbezogener Daten. Der Befragungsserver auf www.soscisurvey.de bietet eine datenschutzkonforme Infrastruktur für die Durchführung von Onlinestudien.

4.4 Probandengewinnung

Um eine vielfältige Personengruppe mit verschiedenen Trauererfahrungen abzubilden, wurde der Link meiner Fragebogenstudie per Mail deutschlandweit über Hospizvereine, Hospizinitiativen, Kontaktstellen für trauernde Angehörige sowie verschiedene Selbsthilfegruppen an trauernde Menschen weitergeleitet. Weiterhin wurde die Möglichkeit des Internets genutzt, um den Online-Fragebogen trauernden Personen zugänglich zu machen. Hierfür wurden spezifische Untergruppen in Facebook und Instagram kontaktiert, die trauernde Menschen nach dem Verlust einer angehörigen bzw. zugehörigen Person ansprechen. Der Bundesverband Trauerbegleitung e. V. stellte den Link zur Fragebogenstudie während des Erhebungszeitraums von fünf Wochen auf seine Homepage (www.bv-trauerbegleitung.de). Die Verbraucherinitiative Aeternitas e. V., die sich auf Trauerforschung spezialisiert hat, stellte den Link ebenfalls auf ihrem Internetprojekt www.gute-trauer.de online. Hierüber konnte eine Vernetzung zu www.trauerforschung.de erreicht werden. Zusätzlich wurde der Link der Fragebogenstudie über ein breites Netzwerk von Trauernden an weitere Betroffene weitergeleitet.

4.5. Untersuchungsdesign und statistische Verfahren

Die Erfassung und statistische Auswertung der Daten wurde mithilfe des Datenverarbeitungsprogramms IBM SPSS Statistics 28 durchgeführt. Zuerst folgte die Eingabe der Daten mit einer anschließenden stichprobenartigen Überprüfung auf Übertragungsfehler. Die Daten wurden vor Testung der Hypothesen jeweils grafisch auf Normalverteilung und durch einen Levene-Test auf Varianzhomogenität überprüft. Aufgrund der hauptsächlich verteilungsfrei vorliegenden Daten wurden die Berechnungen mittels non-parametrischer Tests durchgeführt. Aus datenexploratorischen Gründen und aufgrund der größeren statistischen Power sowie der recht hohen Robustheit parametrischer Verfahren wurden neben Mann-Whitney-U-Tests auch t-Tests durchgeführt (Sedlmeier & Renkewitz, 2008).

Die Hypothesen 1 a–c und 2 a–c wurde in einem Between-Subject-Design mit den kategorischen Variablen ‚Verabschiedung‘ (‚ja‘, ‚nein‘, ‚aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich‘, ‚möglich, aber nicht in Anspruch genommen‘) und ‚Zeitraum des Verlusts‘ (‚vor Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a‘, ‚seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a‘) als Kreuztabelle untersucht. Da es sich um nominalskalierte, unabhängige Daten handelt, wurde ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Aufgrund der einseitigen Testung wurde der p-Wert der SPSS-Ausgabe im Anschluss halbiert.

Hypothese 3 wurde in einem Between-Subject-Design für die einzelnen Subskalen getestet. Diese wurden mit der unabhängigen Variable ‚Subskalen‘ (F1, F2, F3, F4, F5) und der abhängigen Variable ‚Zeitraum des Verlusts‘ (‚vor Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a‘, ‚seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a‘) untersucht. Aufgrund der Unabhängigkeit, der Verteilungsfreiheit und der Normalverteilung wurde bei Subskala F4 der t-Test angewandt. Da bei den Subskalen F1, F2, F3 und F5 die Voraussetzung für einen t-Test aufgrund nicht vorhandener Normalverteilung nicht gegeben waren, wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

Hypothese 4 wurde in einem Between-Subject-Design mit dem vierfach gestuften Faktor ‚Verabschiedung vor dem Versterben‘ (‚ja‘, ‚nein‘, ‚aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich‘, ‚möglich, aber nicht in Anspruch genommen‘) und dem vierfach gestuften Faktor ‚Verabschiedung nach dem Versterben‘ (‚ja‘, ‚nein‘, ‚aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich‘, ‚möglich, aber nicht in Anspruch genommen‘) untersucht. Nach Testung der Varianzhomogenität mit Levene wurde zum Vergleich zwischen den Gruppen eine ANOVA durchgeführt.

Hypothese 5a wurde in den drei Faktoren ‚erlebte soziale Unterstützung‘ (‚ja‘, ‚teilweise‘, ‚nein‘) und den Subskalen F1, F2, F3 und F4 untersucht. Zur Ermittlung der Varianzhomogenität wurden Levene-Tests basierend auf dem Median durchgeführt, da dieser bei schiefen Verteilungen über eine stärkere Power verfügt (Addinsoft, 2014). Zum Vergleich der Gruppen wurde eine Welch-ANOVA angewandt und ein Games-Howell nachgesetzt, um signifikante Gruppenunterschiede zu finden.

Hypothese 5b wurde in einem Between-Subject-Design mit den drei Faktoren ‚erlebte soziale Unterstützung‘ (‚ja‘, ‚teilweise‘, ‚nein‘) untersucht. Die Varianzhomogenität wurde mithilfe des Levene-Tests basierend auf dem Median getestet. Die zwölf Items der Subskala F4 wurden, wie im Auswertungsmodus zum Trauerfragebogen angebracht war, rekodiert. Eine hohe Ausprägung aller Items ist demzufolge entweder als das Vorhandensein vieler verschiedener Trauerreaktionen zu interpretieren und/oder auf ein starkes Erleben vorhandener Reaktionen zurückzuführen. Zum Gruppenvergleich wurde eine Welch-ANOVA durchgeführt und ein Games-Howell zum Test signifikanter Gruppenunterschiede nachgesetzt.

5. Ergebnisse

5.1 Abschiednehmen Angehöriger vor und während der Covid-19-Pandemie

Angaben zur Beziehung zur verstorbenen Person machten 225 Studienteilnehmende. Zu den Angehörigen wurden gezählt: Ehepartner, Lebensgefährten, Großeltern, Eltern, Geschwister und Kinder. Die Vergleichsgruppe der Zugehörigen umfasste Freundinnen bzw. Freunde und die Kategorie ‚Sonstige‘, also nicht näher definierte Personen. In die Gruppe der Angehörigen wurden 195 Personen (86,6 %) eingeordnet, in die Gruppe der Zugehörigen 30 Studienteilnehmer (13,3 %). Eine Zuordnung zu den beiden Kategorien ist Abbildung 7 zu entnehmen.

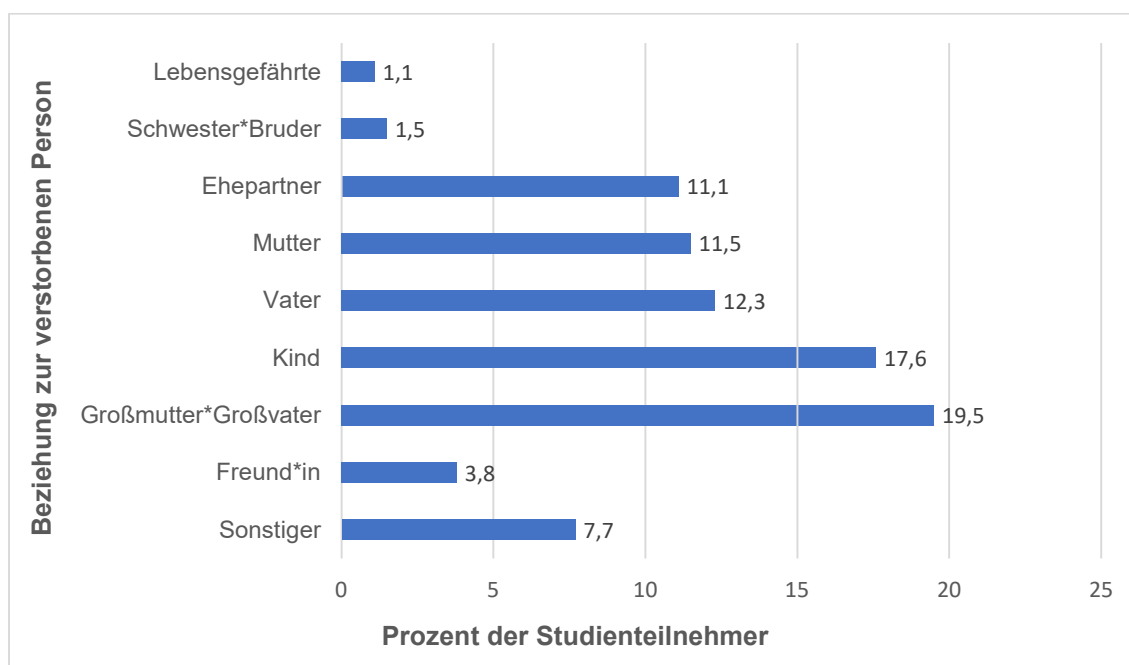


Abbildung 7 Art der Beziehung zur verstorbenen Person im Rahmen der erhobenen Stichprobe. Die ersten sieben Angaben wurden der Kategorie ‚Angehörige‘ zugeordnet, die zwei letzten Angaben der Kategorie ‚Zugehörige‘. Die Angaben sind in Prozent.

Rund 80 % der Studienteilnehmenden der Kategorie Angehörige (n = 195) beantworteten die Frage, inwieweit eine Verabschiedung vom sterbenden oder verstorbenen Angehörigen oder eine Teilnahme an Beisetzung bzw. Trauerfeier möglich waren. Aus dieser Kategorie verstarben 62,6 % der Angehörigen vor Beginn der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a (n = 122) und 37,4 % danach (n = 73).

5.1.1 Hypothese 1a – Abschiednehmen Angehöriger vor dem Versterben

Abbildung 8 ist zu entnehmen, wie viel Prozent der Angehörigen (n = 156) sich vor und während der Covid-19-Pandemie von ihren sterbenden nahestehenden Menschen verabschieden konnten. Diese Daten dienen als Grundlage der statistischen Berechnung.

Es wurde überprüft, ob sich aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und bundesweiter Infektionsschutzmaßnahmen durchschnittlich weniger Menschen von ihren sterbenden Angehörigen verabschieden konnten als vor der Covid-19-Pandemie. Aufgrund der gerichteten Hypothese fand der Hypothesentest einseitig statt. Es wurde ein Chi-Quadrat-Test zwischen den beiden Angehörigengruppen durchgeführt. Keine erwarteten Zelhäufigkeiten waren kleiner als fünf. Es zeigte sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den Gruppen: $\chi^2(3) = 7.856, p = .025$. Somit konnte Hypothese 1a im Rahmen der Stichprobe bestätigt werden. Es war Menschen während der Covid-19-Pandemie durchschnittlich seltener möglich, sich von ihren sterbenden Angehörigen zu verabschieden als vor der Pandemie.

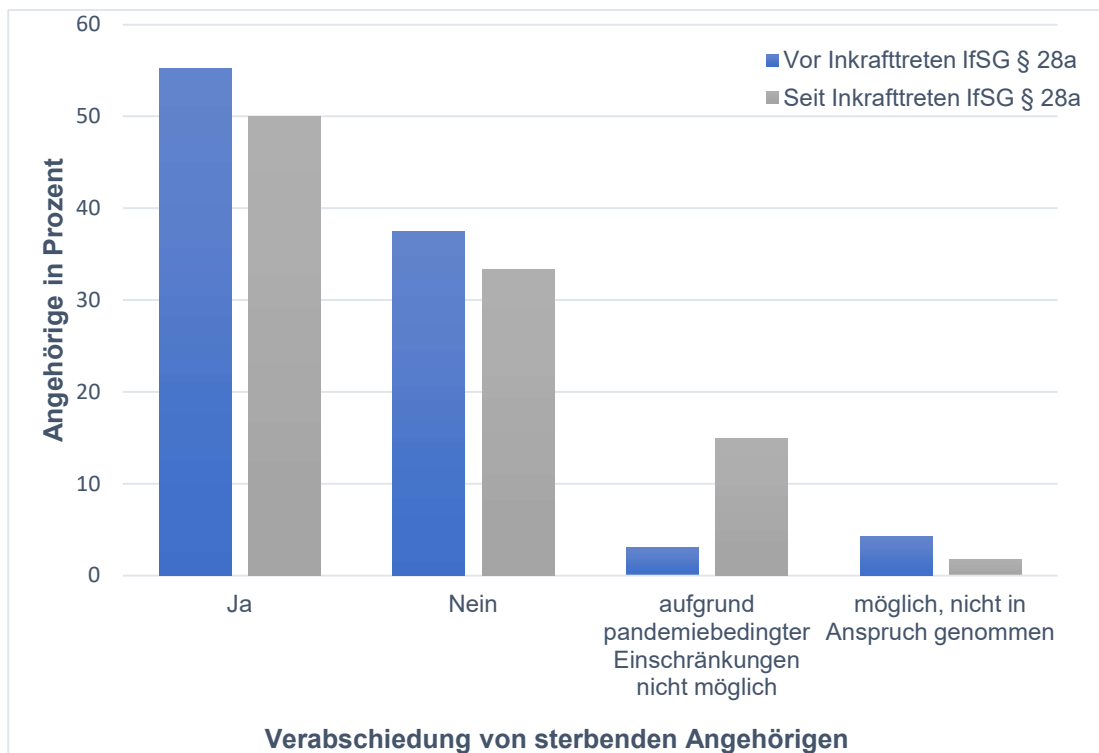


Abbildung 8 Hypothese 1a – Verabschiedung von sterbenden Angehörigen vor und während der Covid-19-Pandemie. Die Angaben sind in Prozent.

5.1.2 Hypothese 1b – Abschiednehmen Angehöriger nach dem Versterben

Anhand von Abbildung 9 ist ersichtlich, wie viel Prozent der Personen ($n = 156$) sich vor und während der Covid-19-Pandemie von ihren verstorbenen Angehörigen verabschieden konnten. Diese Daten dienen als Grundlage der statistischen Berechnung.

Zur Überprüfung, ob sich vor der Covid-19-Pandemie durchschnittlich mehr Menschen von ihren verstorbenen Angehörigen verabschieden konnten als nach Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a, wurde ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Diese Hypothese war ebenfalls gerichtet, weshalb der Hypothesentest einseitig durchgeführt wurde. Keine erwarteten Zellhäufigkeiten waren kleiner als fünf. Zwischen den Angehörigengruppen konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden: $\chi^2(3) = 7.097$, $p = .035$. Demzufolge konnte Hypothese 1b im Rahmen der Stichprobe nicht bestätigt werden.

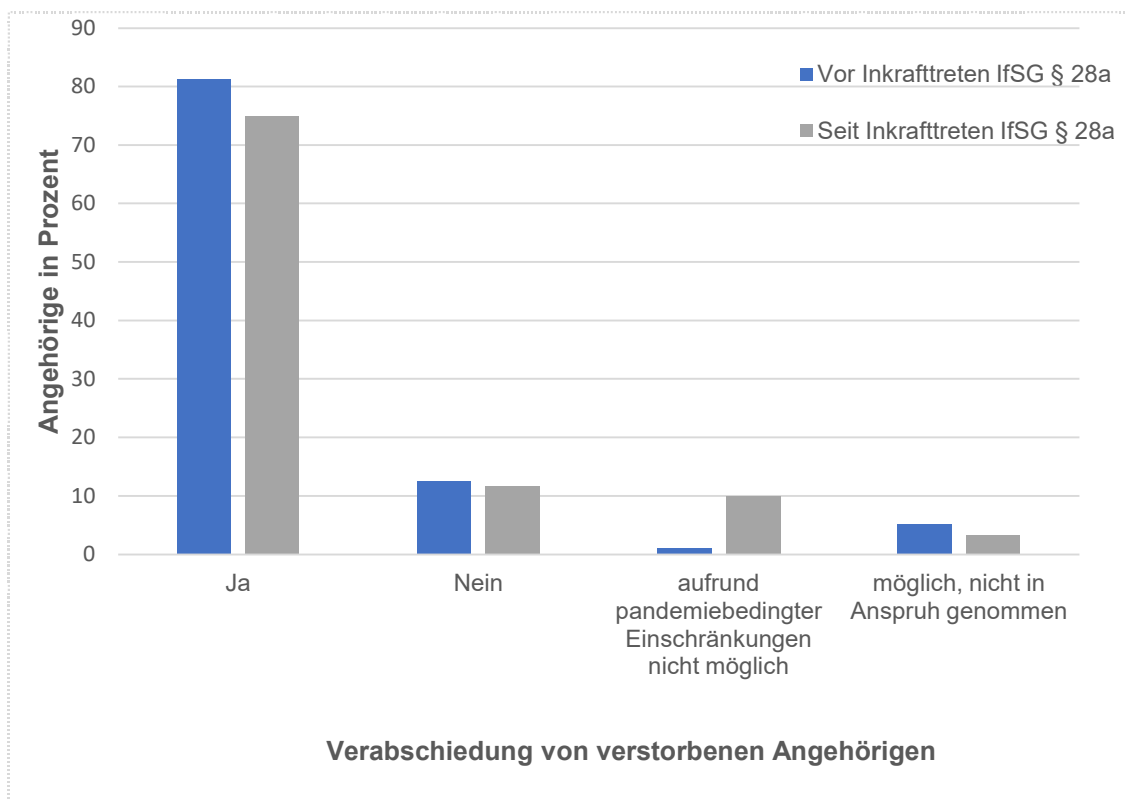


Abbildung 9 Hypothese 1b – Verabschiedung von verstorbenen Angehörigen vor und während der Covid-19-Pandemie. Die Angaben sind in Prozent.

5.1.3 Hypothese 1c – Teilnahme an Beisetzung oder Trauerfeier der Angehörigen

Abbildung 10 ist zu entnehmen, wie viel Prozent der Personen (n = 156) vor und während der Covid-19-Pandemie an der Beisetzung oder Trauerfeier ihres verstorbenen Angehörigen teilnehmen konnten. Diese Daten dienen als Grundlage der statistischen Berechnung.

Es wurde überprüft, ob aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen durchschnittlich weniger Menschen an der Beisetzung oder Trauerfeier ihrer verstorbenen Angehörigen teilnehmen konnten, als vor der Covid-19-Pandemie. Da anhand der Kreuztabelle ersichtlich wurde, dass die erwarteten Häufigkeiten in einer Zelle unter fünf lag, fand die Auswertung der Daten anhand des Fisher-Yates-Tests statt (Brotz et al., 2008). Zwischen den Gruppen konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden, $p = .253$. Hypothese 1c wurde somit im Rahmen der Stichprobe nicht bestätigt.

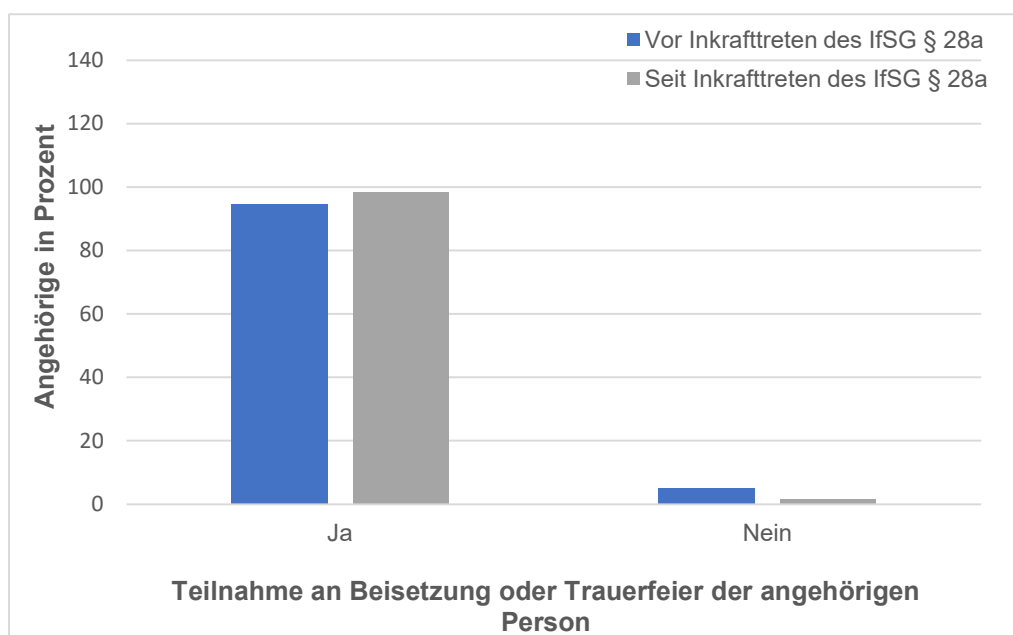


Abbildung 10 Hypothese 1c – Teilnahme an Beisetzung oder Trauerfeier der angehörigen Person, Unterteilung der Stichprobe in vor und während der Covid-19-Pandemie. Die Angaben sind in Prozent

5.2 Abschiednehmen Zugehöriger vor und während der Covid-19-Pandemie

Rund 80 % der Studienteilnehmenden der Kategorie ‚Zugehörige‘ (n = 30) beantworteten die Frage, inwieweit eine Verabschiedung vom sterbenden oder verstorbenen Zugehörigen oder eine Teilnahme an Beisetzung bzw. Trauerfeier möglich

war. Aus dieser Kategorie verstarben 33,3 % der Zugehörigen vor Beginn der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a (n = 10) und 66,7 % danach.

5.2.1 Hypothese 2a – Abschiednehmen Zugehöriger vor dem Versterben

Abbildung 11 ist zu entnehmen, wie viel Prozent der Zugehörigen (n = 24) sich vor und während der Covid-19-Pandemie von ihren sterbenden nahestehenden Personen verabschieden konnten. Diese Daten dienen als Grundlage der statistischen Berechnung.

Es wurde überprüft, ob sich aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen durchschnittlich weniger Menschen von ihren sterbenden Zugehörigen verabschieden konnten als vor der Covid-19-Pandemie. Die Anzahl der Studienteilnehmer der Kategorie ‚Angehörige‘ lag bei $n < 30$ (n = 24), weshalb von keiner Normalverteilung ausgegangen werden konnte. Anhand der Kreuztabelle wurde ersichtlich, dass die erwarteten Häufigkeiten in mehreren Zellen unter fünf lagen. Die Auswertung der Daten wurde mit dem Fisher-Yates-Test durchgeführt. Zwischen den Gruppen konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden, $p = .253$ lag. Hypothese 2a wurde somit im Rahmen der Stichprobe nicht bestätigt.

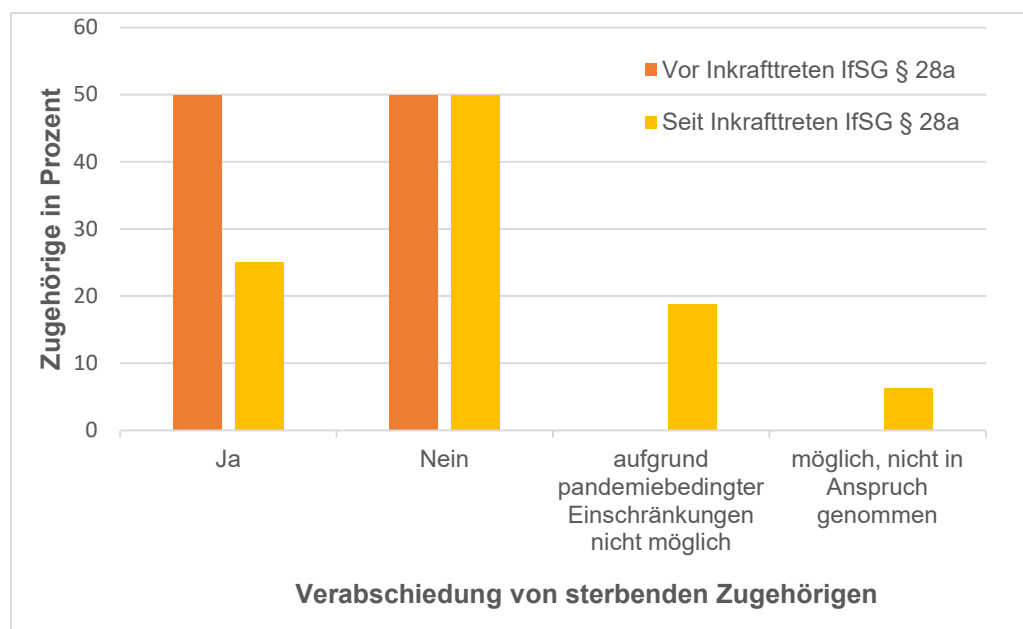


Abbildung 11 Hypothese 2a – Verabschiedung von der sterbenden zugehörigen Person vor und während der Covid-19-Pandemie. Die Angaben sind in Prozent.

5.2.2 Hypothese 2b – Abschiednehmen Zugehöriger nach dem Versterben

Anhand von Abbildung 12 ist ersichtlich, wie viel Prozent der Zugehörigen ($n = 24$) sich vor und während der Covid-19-Pandemie von ihren verstorbenen Nahestehenden verabschieden konnten. Diese Daten dienen als Grundlage der statistischen Berechnung.

Es wurde überprüft, ob sich aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen durchschnittlich weniger Menschen von ihren verstorbenen Zugehörigen verabschieden konnten als zuvor. Die Anzahl der Studienteilnehmenden der Kategorie ‚Zugehörige‘ lag bei $n < 30$ ($n = 24$), weshalb von keiner Normalverteilung ausgegangen werden konnte. Anhand der Kreuztabelle wurde ersichtlich, dass die erwarteten Häufigkeiten in zwei Zellen unter fünf lagen. Deshalb erfolgte die Auswertung der Daten mit dem Fisher-Yates-Test. Zwischen den Gruppen konnte kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden, $p = .253$ lag. Die Hypothese 2b wurde somit im Rahmen der Stichprobe nicht bestätigt.

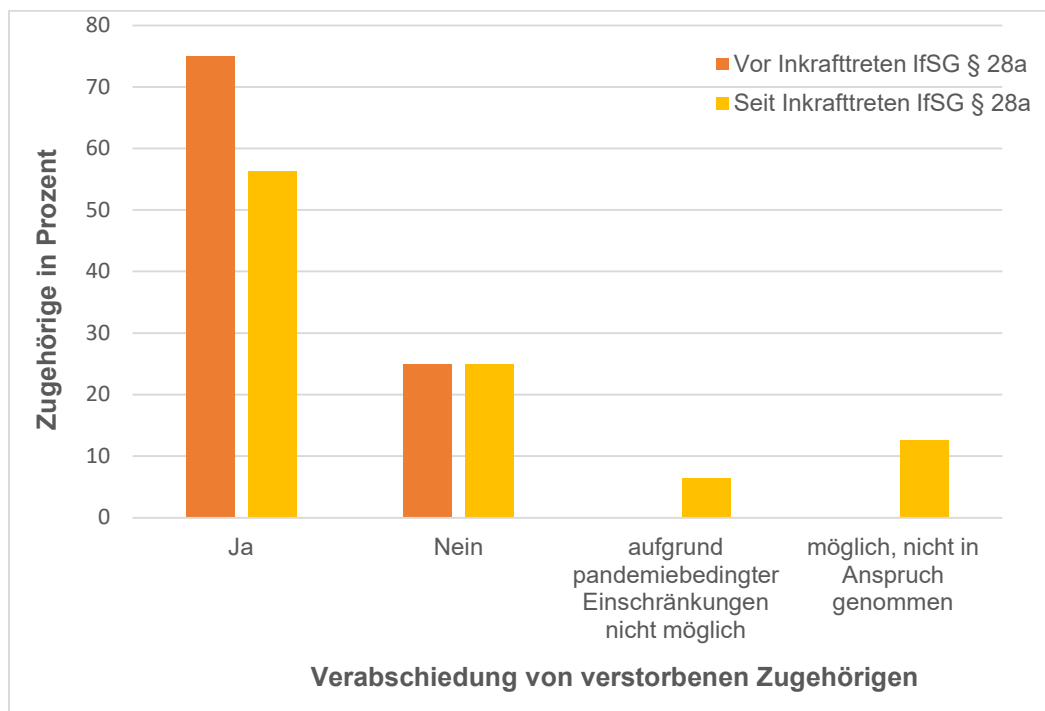


Abbildung 12 Hypothese 2b – Verabschiedung von der verstorbenen zugehörigen Person vor und während der Covid-19-Pandemie. Die Angaben sind in Prozent.

5.2.3 Hypothese 2c – Teilnahme an Beisetzung oder Trauerfeier von Zugehörigen

Abbildung 13 ist zu entnehmen, wie viel Prozent der Zugehörigen (n = 24) vor und während der Covid-19-Pandemie an der Beisetzung oder Trauerfeier ihres verstorbenen nahestehenden Menschen teilnehmen konnten. Diese Daten dienen als Grundlage der statistischen Berechnung.

Es wurde überprüft, ob aufgrund der Regelungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen durchschnittlich weniger Menschen an der Beisetzung oder Trauerfeier ihrer verstorbenen zugehörigen Person teilnehmen konnten als vor der Covid-19-Pandemie. Die Anzahl der Studienteilnehmenden der Kategorie ‚Zugehörige‘ lag bei $n < 30$ ($n = 24$), weshalb von keiner Normalverteilung ausgegangen werden konnte. Keine Studienteilnehmenden, für deren Zugehörige vor oder während der Covid-19-Pandemie eine Trauerfeier abgehalten wurde, gab an, dass sie nicht daran teilnehmen konnten. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen, Hypothese 2c konnte im Rahmen der Stichprobe nicht bestätigt werden.

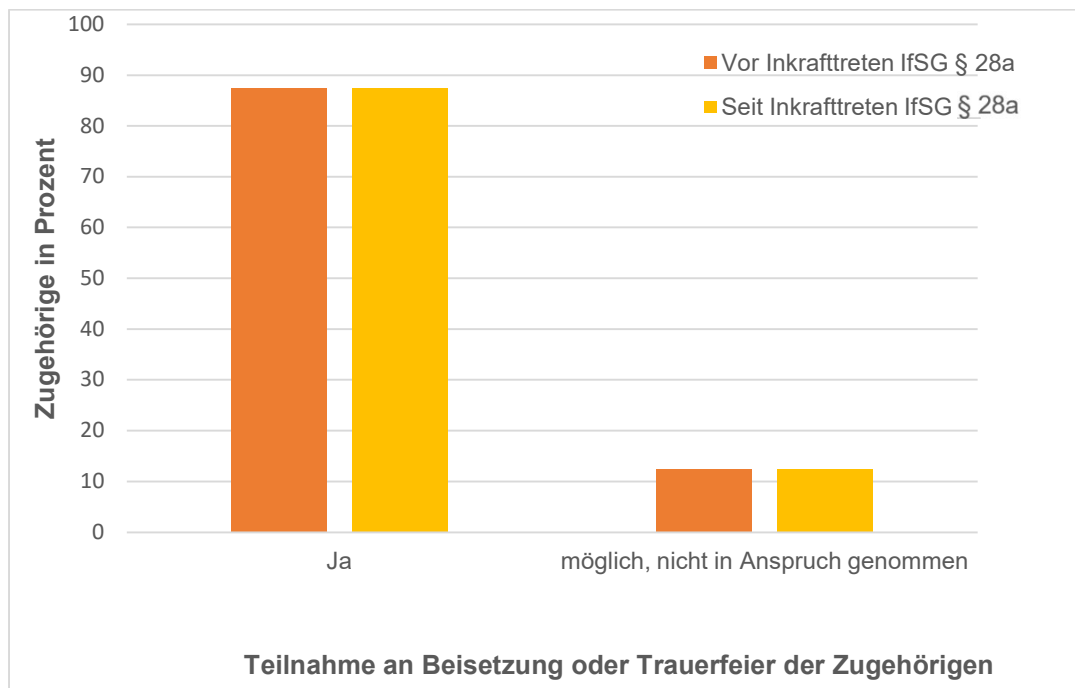


Abbildung 13 Hypothese 2c – Teilnahme an Beisetzung oder Trauerfeier der zugehörigen Person vor und während der Covid-19-Pandemie. Die Angaben sind in Prozent.

5.3 Hypothese 3 – Trauerreaktion von Menschen, die eine nahestehende Person vor bzw. während der Covid-19-Pandemie verloren haben

Es wurde überprüft, ob sich die Trauerreaktion von Menschen, die eine nahestehende Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben, in den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘, F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ nicht von den Menschen unterscheidet, die eine angehörige bzw. zugehörige Person durch einen Todesfall vor der Covid-19-Pandemie verloren haben.

Zur Auswertung der Fragestellung fand eine Aufteilung der Studienteilnehmenden in zwei Untergruppen statt. Die erste Untergruppe umfasste $n = 112$ in den Subskalen F1–F4 bzw. $n = 108$ Personen in der Subskala F5, die eine angehörige bzw. zugehörige Person vor der Covid-19-Pandemie verloren hatten. Die zweite Untergruppe enthielt Daten von $n = 85$ in den Subskalen F1–F4 und Daten von $n = 84$ in der Subskala F5, die ihre angehörige bzw. zugehörige Person während des geltenden Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen seit dem 22. März 2020 verloren hatten. Es handelte sich um eine ungerichtete Hypothese, weshalb eine zweiseitige Testung erfolgte. Aus datenexploratorischen Gründen und aufgrund der größeren statistischen Power sowie recht robuster parametrischer Verfahren wurde neben dem Mann-Whitney-U-Test auch ein t-Test durchgeführt (Sedlmeier & Renkewitz, 2008).

Deskriptiv zeigten sich in der Subskala F1: ‚Verzweiflung und das Gefühl von Distanz‘ ($n = 197$) folgende Werte: $\min = 1.00$, $\max = 4.40$, $M = 2.377$, $SD = 0.852$. Eine Normalverteilung der Subskala F1 lag, wie Abbildung 14 zu entnehmen ist, nicht vor, die Varianzhomogenität war laut Levene gegeben: $F(1,195) = 0.339$, $p = .561$. Aufgrund der Verletzung der Normalverteilung wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt, um zu überprüfen, ob sich die Trauerreaktion der Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben ($n = 85$), in der Subskala F1 von der Trauerreaktion der Menschen unterscheidet, die eine angehörige bzw. zugehörige Person vor der Pandemie verloren haben ($n = 112$). Es gab einen signifikanten Unterschied in der Subskala F1 zwischen den oben genannten Gruppen, $U = 3897.500$, $Z = -2.176$, $p = .03$. In der Subskala F1 zeigte die Trauerreaktion von Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben ($M = 2.512$, $SD = 0.823$) gering höhere Werte im Vergleich zu Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person vor der Covid-19-Pandemie verloren haben ($M = 2.274$, $SD = 0.862$). Der aus oben beschriebenen Gründen

zusätzlich berechnete t-Test war mit $t(195) = 0.051$, $p = .561$, $d = 0,845$, 95 % KI für $d [-0,565, -0,002]$ knapp nicht signifikant. Die Hypothese konnte in Bezug auf Subskala F1 im Rahmen der Stichprobe bestätigt werden.

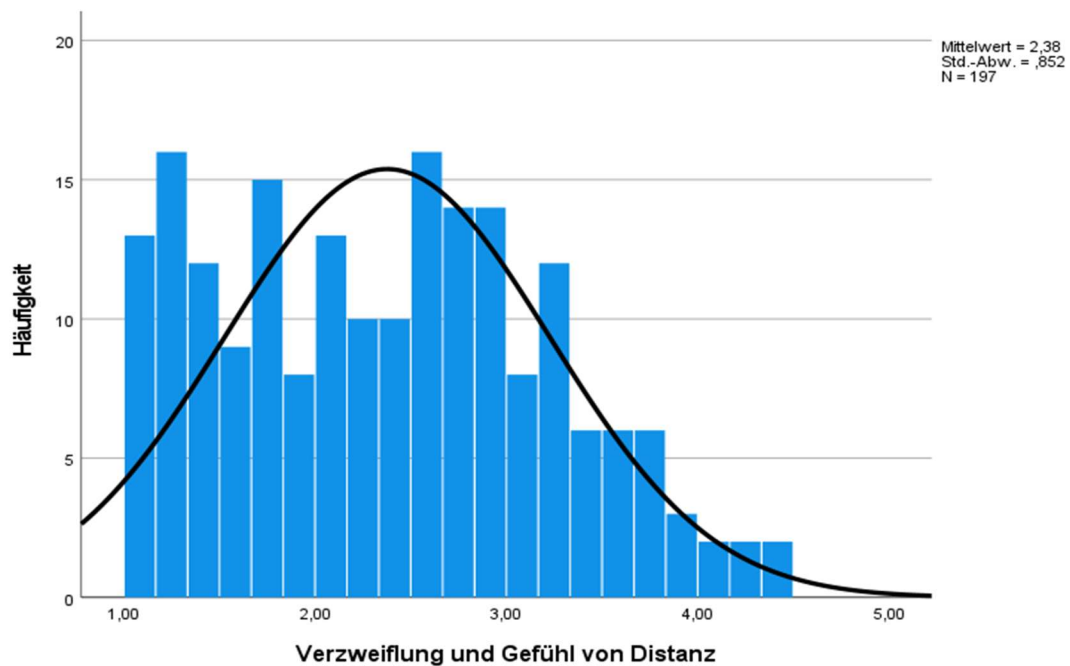


Abbildung 14 Verteilung der Werte auf der Subskala F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘

In Skala F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘ ($n = 197$) zeigten sich folgende deskriptive Werte: $\min = 1.00$, $\max = 3.57$, $M = 1.907$, $SD = 0.713$. Es lag, wie Abbildung 15 zu entnehmen ist, keine Normalverteilung der Subskala F2 vor; laut Levene war die Varianzhomogenität gegeben: $F(1,195) = 1.208$, $p = .273$. Der Mann-Whitney-U-Test zeigte einen signifikanten Unterschied in der Subskala F2 zwischen der Trauerreaktion von Menschen, die ihre angehörige bzw. zugehörige Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben ($n = 85$), und der Trauerreaktion von Menschen, die ihre angehörige bzw. zugehörige Person vor der Pandemie verloren haben ($n = 112$): $U = 3926.500$, $Z = -2.109$, $p = .035$. Es zeigte sich anhand des t-Tests, dass die Trauerreaktion der Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben ($M = 2.027$, $SD = 0.728$), in der Subskala F2 durchschnittlich höhere Werte aufwies, als diejenige von Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person vor Beginn der Covid-19-Pandemie verloren haben ($M = 1.817$, $SD = 0,691$). Dieser Unterschied war signifikant, $t(195) = 0,040$, $p = .273$, $d = 0,707$, 95 % KI für $d [-0,581, -0,014]$. Die Hypothese konnte in Bezug auf Subskala F2 im Rahmen der Stichprobe nicht bestätigt werden.

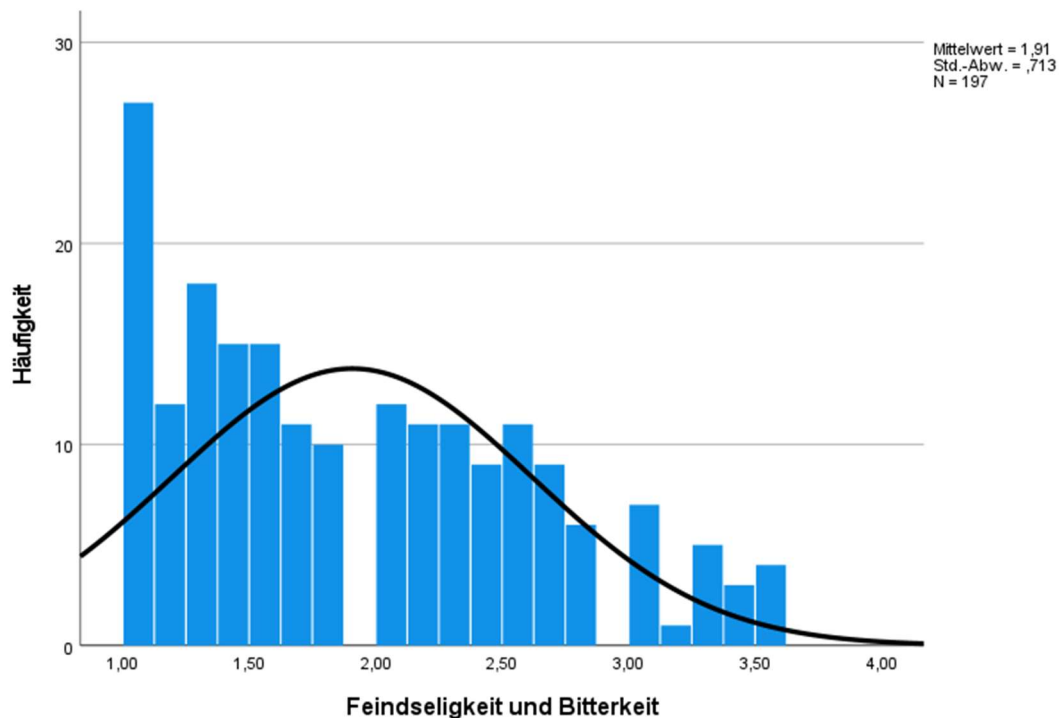


Abbildung 15 Verteilung der Werte auf der Subskala F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘

In der Subskala F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ ($n = 197$) zeigten sich deskriptiv die Werte: $\min = 1.00$, $\max = 5.00$, $M = 2.257$, $SD = 0.834$. Die Normalverteilung für die Subskala F3 war, wie Abbildung 16 entnommen werden kann, nicht gegeben; die Varianzhomogenität nach Levene lag vor: $F(1,195) = 0.028$, $p = .867$. Der Mann-Whitney-U-Test zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen in der Subskala F3, $U = 4098.000$, $Z = -1.672$, $p = .95$. Die Trauerreaktion von Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben ($n = 85$, $M = 2.344$, $SD = 0.812$), wies in der Subskala F3 gering höhere Werte auf als die Reaktion der Vergleichsgruppe, die eine angehörige bzw. zugehörige Person vor der Covid-19-Pandemie verloren hatte ($n = 112$, $M = 2.191$, $SD = 0.849$). Dieser Unterschied war nicht signifikant, $t(195) = 0.201$, $p = .867$, $d = 0.833$, 95 % KI für $d [-0,467, -0,098]$. Für Subskala F3 konnte die Hypothese im Rahmen der Stichprobe beibehalten werden.

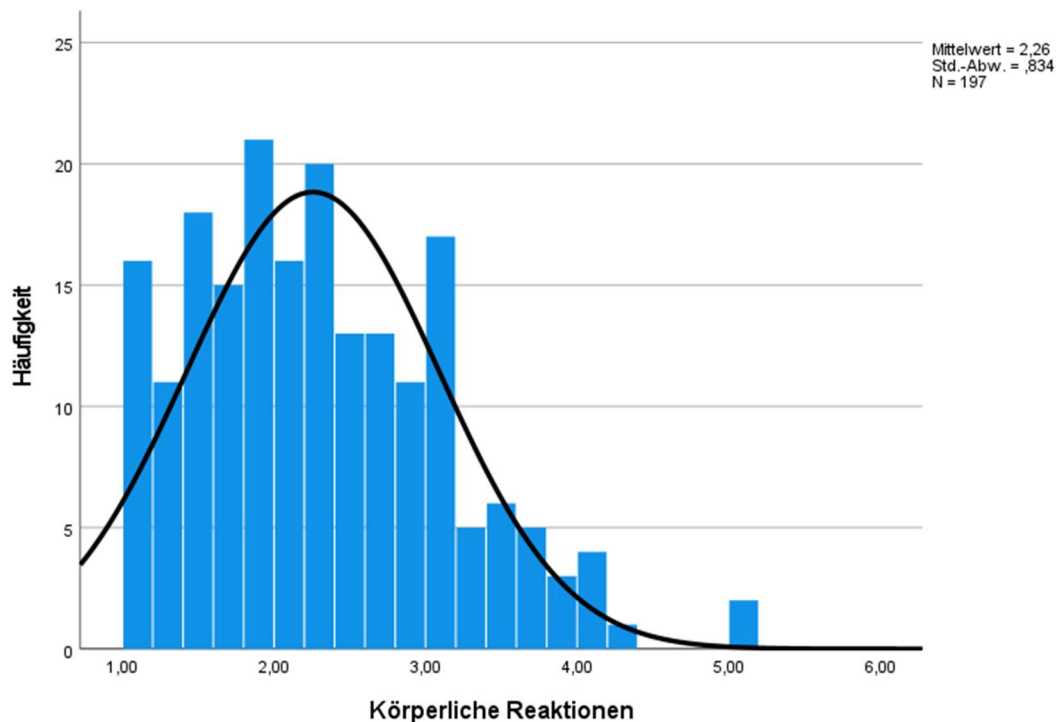


Abbildung 16 Verteilung der Werte auf der Subskala F3: ‚Körperliche Reaktionen‘

In der Subskala F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ ($n = 197$) zeigten sich folgende Werte deskriptiv: $\min = 1.00$, $\max = 5.00$; $M = 2.980$, $SD = 0.840$. Eine Normalverteilung für die Subskala F4 lag, wie Abbildung 17 zu entnehmen ist, vor, ebenso die Varianzhomogenität nach Levene: $F(1,195) = 0.858$, $p = .355$. Die Trauerreaktion der Personengruppe, die eine angehörige bzw. zugehörige Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben ($n = 85$, $M = 3.112$, $SD = 0.776$), zeigte in der Subskala F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ geringfügig höhere Werte als die Vergleichsgruppe von Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person vor Beginn der Covid-19-Pandemie verloren haben ($n = 112$, $M = 2.8798$, $SD = 0.875$). Dieser Unterschied fiel nicht signifikant aus, $t(195) = 0.055$, $p = .355$, $d = 0.834$, 95 % KI für d [-0,561, 0,005]. Die Hypothese konnte in Subskala F4 im Rahmen der Stichprobe beibehalten werden.

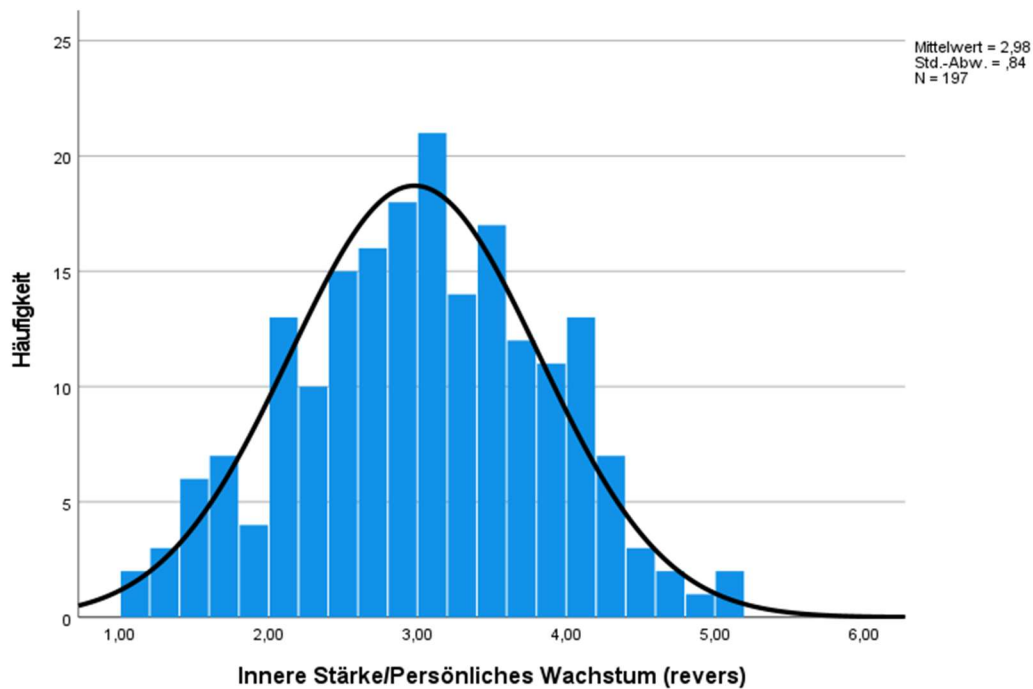


Abbildung 17 Verteilung der Werte auf der Subskala F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘

Deskriptiv zeigten sich in der Subskala F5: ‚Kognitiver Faktor‘ ($n = 192$) folgende Werte: $\min = 1.00$, $\max = 5.00$; $M = 2.273$; $SD = 1.030$. Eine Normalverteilung lag, wie Abbildung 18 zu entnehmen ist, nicht vor; die Varianzhomogenität nach Levene ($F(1,190) = 3.440$, $p = .065$) war nicht gegeben. Ein signifikanter Unterschied zwischen der Trauerreaktion der Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben ($n = 84$) im Vergleich zur Trauerreaktion der Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person vor der Pandemie verloren haben ($n = 108$) zeigte sich in der Subskala F2 anhand des Mann-Whitney-U-Tests, $U = 3745.000$, $Z = -2.078$, $p = .038$. In der Subskala F5 wies die Trauerreaktion der Personengruppe, die eine angehörige bzw. zugehörige Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben ($M = 2.396$, $SD = 0.923$), geringfügig höhere Werte als die Vergleichsgruppe auf, die eine angehörige bzw. zugehörige Person vor Beginn der Covid-19-Pandemie verloren haben ($M = 2.178$, $SD = 1.101$). Dieser Unterschied war im Rahmen der Stichprobe nicht signifikant, $t(190) = 0.146$, $p = .065$, $d = 1.027$, 95 % KI für $d [-0,498, 0,074]$, die Hypothese konnte für Subskala F5 im Rahmen der Stichprobe beibehalten werden.

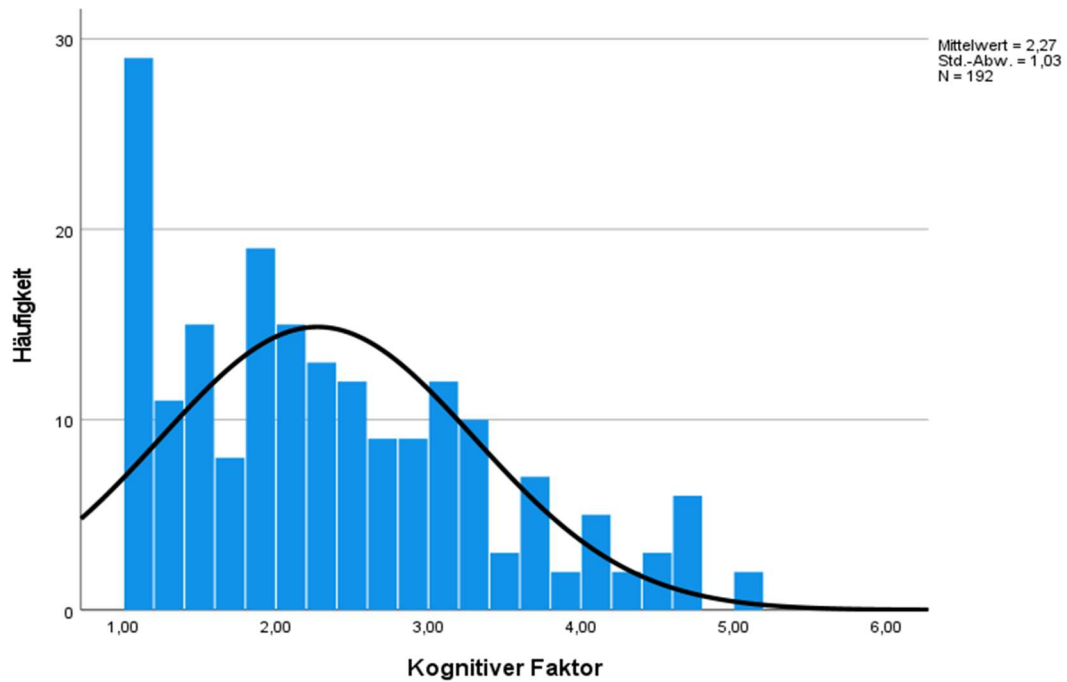


Abbildung 18 Verteilung der Werte auf der Subskala F5: ‚Kognitiver Faktor‘

Zusammenfassend konnte die Hypothese, dass sich die Trauerreaktion von Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben, durchschnittlich nicht von der Trauerreaktion der Menschen unterscheidet, die einen angehörige bzw. zugehörige Person vor Beginn der Pandemie verloren haben, für die Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘, F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ im Rahmen der Stichprobe beibehalten werden. Die Subskala F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘ hingegen zeigte einen signifikanten Unterschied der Trauerreaktion zwischen den Vergleichsgruppen. Dadurch fand eine anteilige Bestätigung der Hypothese 3 statt.

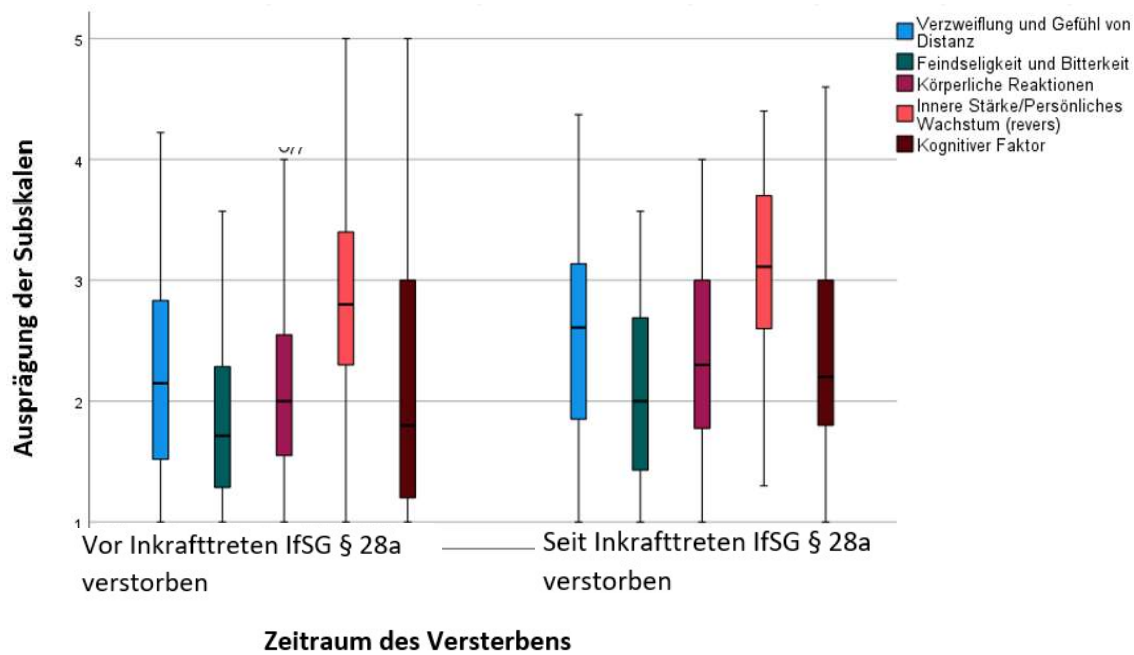


Abbildung 19 Ausprägung der Werte der einzelnen Subskalen der Vergleichsgruppen ‚angehörige/zugehörige Person vor Inkrafttreten IfSG § 28a verstorben‘ und ‚angehörige/zugehörige Person seit Inkrafttreten IfSG § 28a verstorben‘

5.4 Hypothese 4 – Auswirkung der Möglichkeit des Abschiednehmens vom Sterbenden/Verstorbenen auf die Subskalen des Trauerfragebogens

Es wird erwartet, dass Menschen, die die Möglichkeit hatten, sich von ihrer sterbenden oder verstorbenen angehörigen bzw. zugehörigen Person zu verabschieden, im Durchschnitt niedrigere Werte in den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘, und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ aufweisen als Menschen, die sich nicht von ihrer sterbenden oder verstorbenen angehörigen bzw. zugehörigen Person verabschieden konnten.

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in der Subskala F1: ‚Verzweiflung und das Gefühl von Distanz‘ in Abhängigkeit der Verabschiedung von der sterbenden Person gab. Es fand eine Aufteilung in vier Gruppen statt: Verabschiedung von der sterbenden angehörigen bzw. zugehörigen Person ($n = 91$, $M = 2.224$, $SD = 0.846$), keine Verabschiedung von der sterbenden angehörigen bzw. zugehörigen Person ($n = 68$, $M = 2.514$, $SD = 0,822$), Verabschiedung von der sterbenden Person aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich ($n = 15$, $M = 2.530$, $SD = 0.816$), Verabschiedung von der sterbenden Person möglich, aber nicht in Anspruch genommen ($n = 6$, $M = 1.993$, $SD = 0.590$). Die Daten waren für jede Gruppe normalverteilt. Varianzhomogenität war

gemäß dem Levene-Test gegeben: $F(3,176) = 1.020$, $p = .385$. Die Werte auf der Subskala F1 zeigten keine Signifikanz zwischen den oben definierten Gruppen, $F(3,176) = 2.189$, $p = .091$.

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in der Subskala F1 in Abhängigkeit der Verabschiedung von der verstorbenen Person gab. Es fand eine Aufteilung in vier Gruppen statt: Verabschiedung von der verstorbenen angehörigen bzw. zugehörigen Person ($n = 138$, $M = 2.391$, $SD = 0.865$), keine Verabschiedung von der verstorbenen angehörigen bzw. zugehörigen Person ($n = 25$, $M = 2.065$, $SD = 0.696$), Verabschiedung von der verstorbenen Person aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich ($n = 8$, $M = 2.759$, $SD = 0.828$), Verabschiedung von der verstorbenen Person möglich, aber nicht in Anspruch genommen ($n = 9$, $M = 2.177$, $SD = 0.568$). Die Daten waren für jede Gruppe normalverteilt. Varianzhomogenität war gemäß dem Levene-Test gegeben: $F(3,176) = 1.993$, $p = .117$. Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Bedingungen in der Subskala F1, $F(3,176) = 1.871$, $p = .136$. Somit wird die Hypothese in Bezug auf die Subskala F1 im Rahmen der Stichprobe nicht bestätigt.

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in der Subskala F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘ in Abhängigkeit der Verabschiedung von der sterbenden Person gab. Es fand eine Aufteilung in vier Gruppen statt: Verabschiedung von der sterbenden angehörigen bzw. zugehörigen Person ($n = 91$, $M = 1.7943$, $SD = 0.715$), keine Verabschiedung von der sterbenden angehörigen bzw. zugehörigen Person ($n = 68$, $M = 1.994$, $SD = 0,673$), Verabschiedung von der sterbenden Person aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich ($n = 15$, $M = 2.531$, $SD = 0.816$), Verabschiedung von der sterbenden Person möglich, aber nicht in Anspruch genommen ($n = 6$, $M = 1.994$, $SD = 0.241$). Die Daten wiesen auf eine Normalverteilung hin. Varianzhomogenität war gemäß dem Levene-Test gegeben, $F(3,176) = 0.998$, $p = .395$. Die Werte auf der Subskala F2 zeigten keine Signifikanz zwischen den oben definierten Gruppen: $F(3,176) = 2.089$, $p = .103$.

Auch wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in Subskala F2 in Abhängigkeit der Verabschiedung von der verstorbenen Person gab. Es fand eine Aufteilung in vier Gruppen statt: Verabschiedung von der verstorbenen angehörigen bzw. zugehörigen Person ($n = 138$, $M = 1.871$, $SD = 0.711$), keine Verabschiedung von der verstorbenen angehörigen bzw. zugehörigen Person ($n = 25$, $M = 1.834$, $SD = 0.560$), Verabschiedung von verstorbener angehörigen bzw. zugehörigen Person aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich ($n = 8$, $M = 2.500$, $SD = 0.764$), Verabschiedung von verstorbener Person

möglich, aber nicht in Anspruch genommen ($n = 9$, $M = 1.556$, $SD = 0.431$). Die Daten waren für jede Gruppe normalverteilt. Varianzhomogenität war gemäß dem Levene-Test gegeben: $F(3,176) = 1.722$, $p = .164$. Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Bedingungen in Subskala F2, $F(3,176) = 2.909$, $p = .036$. Somit wird die Hypothese in Bezug auf Subskala F2 im Rahmen der Stichprobe widerlegt.

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in der Subskala F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ in Abhängigkeit der Verabschiedung von der sterbenden Person gab. Es fand eine Aufteilung in vier Gruppen statt: Verabschiedung von sterbender angehöriger bzw. zugehöriger Person ($n = 91$, $M = 2.1495$, $SD = 0.7637$), keine Verabschiedung von sterbender angehöriger bzw. zugehöriger Person ($n = 68$, $M = 2.328$, $SD = 0.799$), Verabschiedung von sterbender Person aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich ($n = 15$, $M = 2.473$, $SD = 0.849$), Verabschiedung von sterbender Person möglich, aber nicht in Anspruch genommen ($n = 6$, $M = 1.867$, $SD = 0.606$). Die Daten wiesen auf eine Normalverteilung hin. Varianzhomogenität war gemäß dem Levene-Test gegeben, $F(3,176) = 0.447$, $p = .719$. Die Werte auf Subskala F3 zeigten keine Signifikanz zwischen den oben definierten Gruppen: $F(3,176) = 1.597$, $p = .192$.

Überdies wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in Subskala F3 in Abhängigkeit der Verabschiedung von der verstorbenen Person gab. Es fand eine Aufteilung in vier Gruppen statt: Verabschiedung von der verstorbenen angehöriger bzw. zugehöriger Person ($n = 138$, $M = 2.228$, $SD = 0.779$), keine Verabschiedung von der verstorbenen angehöriger bzw. zugehöriger Person ($n = 25$, $M = 2.124$, $SD = 0.754$), Verabschiedung von verstorbener angehöriger bzw. zugehöriger Person aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich ($n = 8$, $M = 2.738$, $SD = 0.938$), Verabschiedung von verstorbener Person möglich, aber nicht in Anspruch genommen ($n = 9$, $M = 2.189$, $SD = 0.780$). Die Daten waren für jede Gruppe normalverteilt. Varianzhomogenität war gemäß dem Levene-Test gegeben: $F(3,176) = 0.149$, $p = .930$. Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Bedingungen in der Subskala F3, $F(3,176) = 1.281$, $p = .282$. Somit wird die Hypothese in Bezug auf Subskala F3 im Rahmen der erhobenen Stichprobe widerlegt.

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in Subskala F5: ‚Kognitiver Faktor‘ in Abhängigkeit der Verabschiedung von der sterbenden Person gab. Es fand eine Aufteilung in vier Gruppen statt: Verabschiedung von der sterbenden angehöriger bzw. zugehöriger Person ($n = 91$, $M = 2.2176$, $SD = 1.015$), keine Verabschiedung von der sterbenden angehöriger bzw.

zugehörigen Person ($n = 68$, $M = 2.260$, $SD = 1.043$), Verabschiedung von der sterbenden Person aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich ($n = 15$, $M = 2.560$, $SD = 1.012$), Verabschiedung von der sterbenden Person möglich, aber nicht in Anspruch genommen ($n = 6$, $M = 1.533$, $SD = 0.484$). Die Daten wiesen auf eine Normalverteilung hin. Varianzhomogenität war gemäß dem Levene-Test gegeben, $F(3,176) = 1.139$, $p = .335$. Die Werte auf Subskala F5 zeigten keine Signifikanz zwischen den oben definierten Gruppen, $F(3,176) = 1.492$, $p = .218$.

Folgend wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in Subskala F5 in Abhängigkeit der Verabschiedung von der verstorbenen Person gab. Es fand eine Aufteilung in vier Gruppen statt: Verabschiedung von der verstorbenen angehörigen bzw. zugehörigen Person ($n = 138$, $M = 2.295$, $SD = 1.043$), keine Verabschiedung von der verstorbenen angehörigen bzw. zugehörigen Person ($n = 25$, $M = 2.064$, $SD = 0.877$), Verabschiedung von der verstorbenen angehörigen bzw. zugehörigen Person aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich ($n = 8$, $M = 2.400$, $SD = 1.176$), Verabschiedung von der verstorbenen Person möglich, aber nicht in Anspruch genommen ($n = 9$, $M = 1.733$, $SD = 0.781$). Die Daten waren für jede Gruppe normalverteilt. Varianzhomogenität war gemäß dem Levene-Test gegeben: $F(3,176) = 1.582$ $p = .195$. Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Bedingungen in Subskala F5: $F(3,176) = 1.193$, $p = .314$. Somit wird die Hypothese in Bezug auf Subskala F5 im Rahmen der Stichprobe widerlegt.

Die Möglichkeit einer Verabschiedung von der sterbenden oder verstorbenen Person zeigte im Rahmen der Stichprobe keinen signifikanten Effekt auf die untersuchten Subskalen. Demzufolge wurde Hypothese 4 in den überprüften Subskalen F1, F2, F3 und F5 widerlegt.

5.5 Auswirkungen erlebter sozialer Unterstützung auf die Subskalen des Trauerfragebogens nach Weiser/Ochsmann

5.5.1 Hypothese 5a – Auswirkungen erlebter sozialer Unterstützung auf die Subskalen F1, F2, F3 und F5 des Trauerfragebogens

Im Rahmen der Hypothese 5a wurde überprüft, ob Menschen, die ihr soziales Umfeld vor, während und kurz nach dem Todesfall als Unterstützung erlebt haben, im Durchschnitt geringere Werte in den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ und F5:

‚Kognitiver Faktor‘ aufweisen als Personen, die ihr soziales Umfeld nicht oder teilweise als unterstützend erlebt haben.

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in Subskala F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘ in Abhängigkeit der erlebten sozialen Unterstützung in den Tagen vor, während und nach dem Todesfall der nahestehenden Person gab. Es fand eine Aufteilung in drei Gruppen statt: soziales Umfeld als Unterstützung erlebt ($n = 137$, $M = 2.229$, $SD = 0.792$), soziales Umfeld nicht als Unterstützung erlebt ($n = 14$, $M = 2.643$, $SD = 1.077$), soziales Umfeld teilweise als Unterstützung erlebt ($n = 29$, $M = 2.789$, $SD = 0.762$). Es lag keine Normalverteilung vor. Der Welch-Test zeigte sich signifikant: $F(2,28.088) = 6,767$, $p = 0.004$. Die Werte der Subskala F1 unterschieden sich statistisch signifikant für die verschiedenen Bedingungen der erlebten sozialen Unterstützung: $F(2,177) = 6.675$, $p = .002$. Der Games-Howell post-hoc-Test zeigte einen signifikanten Unterschied in Subskala F1 zwischen den Gruppen mit erlebter sozialer Unterstützung und teilweise erlebter sozialer Unterstützung ($-.560$, 95 %-CI[-0.941, -0.179]). Im Rahmen meiner Stichprobe konnte die Hypothese anteilig in Bezug auf Subskala F1 bestätigt werden.

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in der Subskala F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘ in Abhängigkeit der erlebten sozialen Unterstützung in den Tagen vor, während und nach dem Todesfall der nahestehenden Person gab. Es fand eine Aufteilung in drei Gruppen statt: soziales Umfeld als Unterstützung erlebt ($n = 137$, $M = 1.783$, $SD = 0.676$), soziales Umfeld nicht als Unterstützung erlebt ($n = 14$, $M = 2.143$, $SD = 0.824$), soziales Umfeld teilweise als Unterstützung erlebt ($n = 29$, $M = 2.197$, $SD = 0.607$). Es lag keine Normalverteilung vor. Der Welch-Test zeigte sich signifikant: $F(2,28.790) = 5.940$, $p = 0.007$. Die Werte der Subskala F2 unterschieden sich statistisch signifikant für die verschiedenen Bedingungen der erlebten sozialen Unterstützung: $F(2,177) = 5.623$, $p = .004$. Der Games-Howell-post-hoc-Test zeigte einen signifikanten Unterschied in Subskala F2 zwischen den Gruppen mit erlebter sozialer Unterstützung und teilweise erlebter sozialer Unterstützung ($-.414$, 95 %-CI[-0.721, -0.107]). Die Hypothese konnte anteilig in Bezug auf Subskala F2 im Rahmen der Stichprobe bestätigt werden.

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in Subskala F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ in Abhängigkeit der erlebten sozialen Unterstützung in den Tagen vor, während und nach dem Todesfall der nahestehenden Person gab. Es fand eine Aufteilung in drei Gruppen statt: soziales Umfeld als Unterstützung erlebt ($n = 137$, $M = 2.1182$, $SD = 0.712$), soziales Umfeld nicht als Unterstützung erlebt ($n = 14$, $M = 2.500$, $SD = 1.079$), soziales Umfeld teilweise als Unterstützung erlebt ($n = 29$, $M = 2.655$, $SD = 0.803$). Es lag keine Normalverteilung

vor. Der Welch-Test zeigte sich signifikant: $F(2,27.166) = 5.951$, $p = 0.004$. Die Werte der Subskala F3 unterschieden sich statistisch signifikant für die verschiedenen Bedingungen der erlebten sozialen Unterstützung, $F(2,177) = 6.094$, $p = .001$. Der Games-Howell-post-hoc-Test zeigte einen signifikanten Unterschied in Subskala F3 zwischen den Gruppen mit erlebter sozialer Unterstützung und teilweise erlebter sozialer Unterstützung ($-.537$, 95 %-CI[-0.930, -0.144]). Im Rahmen der Stichprobe konnte die Hypothese anteilig in Bezug auf Subskala F3 bestätigt werden.

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in Subskala F1: ‚Kognitiver Faktor‘ in Abhängigkeit der erlebten sozialen Unterstützung in den Tagen vor, während und nach dem Todesfall der nahestehenden Person gab. Es fand eine Aufteilung in drei Gruppen statt: soziales Umfeld als Unterstützung erlebt ($n = 137$, $M = 2.085$, $SD = 0.933$), soziales Umfeld nicht als Unterstützung erlebt ($n = 14$, $M = 2.786$, $SD = 1.530$), soziales Umfeld teilweise als Unterstützung erlebt ($n = 29$, $M = 2.703$, $SD = 0.911$). Es lag keine Normalverteilung vor. Der Welch-Test zeigte sich signifikant: $F(2,27.515) = 6.317$, $p = 0.006$. Die Werte der Subskala F5 unterschieden sich statistisch signifikant für die verschiedenen Bedingungen der erlebten sozialen Unterstützung: $F(2,177) = 7.044$, $p = .001$. Der Games-Howell-post-hoc-Test zeigte einen signifikanten Unterschied in Subskala F5 zwischen den Gruppen mit erlebter sozialer Unterstützung und teilweise erlebter sozialer Unterstützung ($-.618$, 95 %-CI[-1.073, -0.164]). Im Rahmen der Stichprobe konnte die Hypothese anteilig in Bezug auf Subskala F5 bestätigt werden.

Zusammenfassend zeigten sich signifikante Unterschiede in den Subskalen F1, F2, F3 und F5, wobei die Unterschiede vor allem zwischen erlebter und teilweise erlebter Unterstützung signifikant wurden.

5.5.2 Hypothese 5b – Auswirkungen erlebter sozialer

Unterstützung auf die Subskala F4 des Trauerfragebogens

Im Rahmen von Hypothese 5b wurde überprüft, ob Menschen, die ihr soziales Umfeld in den Tagen vor, während und kurz nach dem Todesfall als Unterstützung erlebt haben, im Durchschnitt höhere Werte in Subskala F4: ‚Innerer Stärke/Persönliches Wachstum‘ aufweisen als Menschen, die ihr soziales Umfeld nicht oder teilweise als unterstützend erlebt haben. Beim Auswertungsmodus zum Trauerfragebogen wurde angebracht, dass die zwölf Items der Subskala F4 rekodiert werden und eine hohe Ausprägung aller Items entweder als das Vorhandensein vieler verschiedener Trauerreaktionen und/oder eines starken Erlebens vorhandener Reaktionen zu verstehen ist. Dies lässt sich als Ausdruck intensiver Trauer interpretieren.

Es wurde eine einfaktorielle ANOVA berechnet, um zu untersuchen, ob es einen Unterschied in der F4: ‚Innerer Stärke/Persönliches Wachstum‘ in Abhängigkeit der erlebten sozialen Unterstützung in den Tagen vor, während und kurz nach dem Todesfall der nahestehenden Person gab. Es fand eine Aufteilung in drei Gruppen statt: soziales Umfeld als Unterstützung erlebt ($n = 137$, $M = 2,851$, $SD = 0,839$), soziales Umfeld nicht als Unterstützung erlebt ($n = 14$, $M = 3,592$, $SD = 0,895$), soziales Umfeld teilweise als Unterstützung erlebt ($n = 29$, $M = 3,290$, $SD = 0,701$). Es lag keine Normalverteilung vor. Der Welch-Test zeigte sich signifikant: $F(2,29.707) = 7.556$, $p = 0.002$. Die Werte der Subskala F4 unterschieden sich statistisch signifikant für die verschiedenen Bedingungen der erlebten sozialen Unterstützung: $F(2,177) = 7.617$, $p = .001$. Der Games-Howell post-hoc Test zeigte einen signifikanten Unterschied in allen Gruppen. Die durchschnittliche Ausprägung auf Subskala F4 nahm von erlebter sozialer Unterstützung zu nicht erlebter sozialer Unterstützung ab ($-.742$, 95 %-CI $[-1.388, -0.095]$) und von erlebter sozialer Unterstützung zu teilweise erlebter sozialer Unterstützung ($-.439$, 95 %-CI $[-0.798, -0.079]$). Hypothese 5b konnte somit im Rahmen der Stichprobe bestätigt werden.

6. Zusammenfassung und Diskussion

Die Begleitung von sterbenden Menschen und das Trauern um diese, hat infolge der Covid-19-Pandemie und der daraus resultierenden Entwicklungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen deutliche Veränderungen erfahren. Dies zeigt sich in individuellen Berichten von Betroffenen und konnte anhand der quantitativen Umfrage im Rahmen meiner Bachelorarbeit, an der 261 Personen teilnahmen, bestätigt werden.

Die Hypothese, dass sich vor Beginn der Covid-19-Pandemie mehr Menschen von ihren sterbenden oder verstorbenen Angehörigen bzw. Zugehörigen verabschieden oder an Beisetzung oder Trauerfeier teilnehmen konnten als während der Covid-19-Pandemie, konnte im Rahmen meiner Stichprobe lediglich für die Verabschiedung von den sterbenden Angehörigen bestätigt werden. Bei Zugehörigen sterbender Personen gab es im Gruppenvergleich keine Unterschiede, ebenso bei Angehörigen bzw. Zugehörigen von Verstorbenen und der Teilnahme von Angehörigen bzw. Zugehörigen an Beisetzung oder Trauerfeier.

Bei der Auswertung der Ergebnisse zeigte sich, dass die Möglichkeit der Verabschiedung von sterbenden Angehörigen während der Covid-19-Pandemie signifikante Einschnitte erfuhr. In Anbetracht der Tatsache, dass deutschlandweit ca.

75 % der Menschen in Kliniken oder stationären Einrichtungen versterben, waren die Angehörigen dieser Personengruppen durch die in vielen Ländern erlassenen Besuchsverbote in Kliniken, Alten- und Pflegeeinrichtungen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens in besonderem Maße betroffen (Hämel et al., 2020). Besonders zu Beginn der Pandemie, während des ersten siebenwöchigen Lockdowns, wurden dort restriktive Beschränkungen angewandt, die auch in der Sondersituation des Sterbens keine Ausnahmen eines Besuchs von Familienmitgliedern oder anderen nahestehenden Menschen ermöglichten. Beispielsweise in Bayern herrschte im Zeitraum vom 27. März 2020 bis zum 16. April 2020 ein absolutes Besuchsverbot außerhalb von Hospizen und Palliativstationen (Bayrisches Ministerialblatt [BayMBL.], 2020a). Im weiteren Verlauf wurden die Besuchsbeschränkungen in stationären Einrichtungen teilweise gelockert, wenngleich ein Besuch der sterbenden Angehörigen je nach aktuell beschlossener bundesweiter Infektionsschutzmaßnahme oder individuellen Hausrecht nur eingeschränkt möglich war.

Für die Stichprobe der Zugehörigen zeigte sich im Rahmen der Fragestellung kein signifikantes Ergebnis. Allerdings ist das Ergebnis nur eingeschränkt valide, da die Stichprobe der Zugehörigen gering war.

Es zeigte sich, dass die Trauerreaktion von Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben, in den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘, F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ keinen signifikanten Unterschied zu den Menschen aufweist, die eine angehörige bzw. zugehörige Person vor Beginn der Covid-19-Pandemie verloren haben. Damit bestätigt sich meine Hypothese für die oben genannten Subskalen, dass der Tod eines geliebten, nahestehenden Menschen stets ein einschneidendes und schmerzhaftes Erlebnis darstellt – unabhängig davon, ob die Person vor oder während der Covid-19-Pandemie verstorben ist. Dahingegen wurde in Subskala F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘ ein Unterschied der Vergleichsgruppen signifikant, wobei die Vergleichsgruppe der Menschen, die eine nahestehende Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben, höhere Werte aufwies. Diese Personen nahmen häufiger feindselige Gefühle und Rachegefühle, Gereiztheit und Ärger bei sich selbst wahr und schoben anderen die Schuld zu. Überdies inkludiert Subskala F2 den Wunsch, anderen Schaden zuzufügen.

Wie Stroebe und Stroebe (1987) erörterten, kann der Verlust einer nahestehenden Person u. a. emotionale Auswirkungen nach sich ziehen, wobei durch die Covid-19-bedingte Situation weitere Risikofaktoren hinzukamen. Viele Menschen entwickelten während der Covid-19-Pandemie Stresssymptome durch die Angst vor Infektionen, der Angst vor dem Berühren von Oberflächen oder Gegenständen, die

potenziell mit Coronaviren kontaminiert sein könnten (Taylor et al., 2021). Durch die Erfahrung, einer sterbenden Person aufgrund der aktuellen gesetzlichen Regelungen nicht beiseitestehen zu können, auch wenn der Wunsch dazu bestand, konnte ein Gefühl von Bitterkeit und Feindseligkeit bei den Betroffenen entstehen. Kiepe-Ziemes et al. (2021) bestätigten dies und fanden heraus, dass der erzwungene Kontaktabbruch Depressionen, Schuldgefühle, Wut und Hilflosigkeit zur Folge hatte.

Stroebe und Stroebe (1987) identifizierten überdies, dass Trauer sich in Auswirkungen auf die Einstellungen zur eigenen Person, zur verstorbenen Person und zur Umwelt zeigt. Infolge der erlebten Beschränkungen während der Covid-19-Pandemie verstärkten sich diese in Kapitel 2.4.1 beschriebenen Trauersymptome und es entwickelte sich eine feindselige Haltung, die an verschiedene Adressaten gerichtet war: z. B. Mitarbeitende von Pflegezentren, Krankenhäusern und vergleichbaren Einrichtungen, die sich an Testpflicht und Besuchsbeschränkungen hielten; ärztliches Personal, die auch in Anbetracht des nahenden Todes keine Ausnahme machten und eine Verabschiedung ermöglichten; Mitarbeiter des Bundestages, die das Infektionsschutzgesetz nach § 28a und weitere bundesweite Infektionsschutzmaßnahmen verabschiedet hatten. Auch wenn eine Begleitung der sterbenden Person möglich war, zeigten sich Einschränkungen z. B. bei der Dauer des erlaubten Aufenthalts (z. B. Begrenzung auf 30 Minuten am Tag), der Anzahl der erlaubten Besucher und Besucherinnen (eine Person pro Tag) sowie durch die Hygieneregelungen inklusive Maskenpflicht und Abstandsregelung. Infolgedessen liefen die Begleitung und das Abschiednehmen anders ab, als dies außerhalb der Covid-19-Pandemie der Fall gewesen wäre. Diese Faktoren können sich auf das Trauererleben des Individuums auswirken.

Aufgrund der bundesweiten Regelungen, die infolge von Covid-19 getroffen wurden und die Beschränkung sozialer Kontakte (Bundesregierung, 2020) sowie die phasenweise Schließung von Einrichtungen und Geschäften des öffentlichen Lebens inkludierte, konnten einige Strategien im Umgang mit starken Emotionen nicht wie vor der Covid-19-Pandemie umgesetzt werden. Zu diesen Strategien gehören beispielsweise soziale Kontakte zu Familie und befreundeten Personen ebenso wie der Besuch eines Fitnessstudios oder Tanzstudios. Diese Gewohnheiten wirken sich stabilisierend auf die trauernde Person aus und helfen ihr, eine Tagesstruktur aufrechtzuerhalten. Fallen diese Möglichkeiten weg, kann sich dies auf das emotionale Befinden der trauernden Person und den Aspekt der Feindseligkeit und Bitterkeit niederschlagen.

In Bezug auf die erhöhten Werte in Subskala F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘ bei der untersuchten Personengruppe, die eine nahestehende Person während der

Covid-19-Pandemie verloren hatten, ist die Studie von Djelantik et al. (2018) interessant. Deren Teilziel lag darin, verschiedene Profil-Gruppen für die Symptomatik einer anhaltenden Trauerstörung zu identifizieren. Es wurden vier Gruppen mit unterschiedlich stark ausgeprägten PGD-Werten (Werte, die auf die Diagnose der ‚Prolonged Grief Disorder‘ nach ICD-11 hinweisen) identifiziert. Der Aspekt der ‚Bitterkeit‘ wurde dabei neben drei anderen Aspekten besonders häufig von Menschen in der Personengruppe mit durchgängig hohen PGD-Werten und der Personengruppe mit durchgängig erhöhten PGD-Werten im Monat vor der Datenerhebung erlebt. Die anderen drei signifikanten Aspekte sind ‚Vermissten, Sehnsucht nach dem Verstorbenen‘, ‚fassungslos betäubt‘ und ‚das Leben ist leer‘. Durchgängig hohe PGD-Werte und durchgängig erhöhte PGD-Werte weisen auf einen komplizierten Trauerverlauf hin.

Die Annahme, dass Menschen, die die Möglichkeit hatten, sich von ihrer sterbenden oder verstorbenen Person zu verabschieden, durchschnittlich niedrigere Werte in den getesteten Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ aufweisen als Menschen, die sich nicht verabschieden konnten, musste für die untersuchte Stichprobe widerlegt werden.

Die Bearbeitung der Fragestellung zu den Auswirkungen des Abschiednehmens stützte sich auf die verschiedenen Studien in Kapitel 2.5. Die Studienlage zu den Auswirkungen einer möglichen Verabschiedung von der sterbenden/verstorbenen Person zeigte sich hierbei ambivalent und abhängig vom Faktor der vergangenen Zeit seit dem erlebten Verlust. Im Rahmen meiner Fragebogenstudie nahmen Probanden und Probandinnen teil, deren Todesfall zwischen 34 Jahren und wenigen Tagen zurücklag. Aufgrund der unterschiedlich lang zurückliegenden Verluste ist mit Erinnerungsverzerrungen der Studienteilnehmenden zu rechnen. Auch die bereits stattgefundene Verarbeitung eines länger zurückliegenden Todesfalls kann sich auf die Beantwortung der Fragen ausgewirkt haben.

Smeding (2005) hebt hervor, dass der Phase zwischen Eintritt des Todes und der Beisetzung eine besondere Bedeutung zukommt und Versäumnisse nicht mehr nachgeholt werden können. Entscheidend für die folgende Trauerverarbeitung sind hierbei die Möglichkeit einer Verabschiedung von der sterbenden oder verstorbenen Person und die Chance der Teilnahme an Trauerfeier oder Beisetzung. So kann das Individuum für sich selbst entscheiden, ob es die sterbende oder verstorbene Person noch einmal sehen will, und erfährt im Rahmen seiner Entscheidungen Selbstwirksamkeit. Anders hingegen wirkt es sich aus, wenn das Individuum, aufgrund externer Bedingungen nicht selbst entscheiden kann, ob es die sterbende oder verstorbene Person noch einmal sehen möchte, oder wenn eine Teilnahme an der

Beisetzung unterbunden wird. Dadurch können Gefühle wie Fremdbestimmung, Ohnmacht, Verunsicherung und Überforderung entstehen. Durch die nicht vorhandene Möglichkeit der Verabschiedung von der sterbenden oder verstorbenen Person können sich Gedanken festigen, dass die verstorbene Person noch leben könnte. Wird beispielsweise das Trauermodell nach Kast (1982) herangezogen, sucht die trauernde Person in Phase drei, der Phase des Suchens und Sich-Trennens, immer wieder Orte und Tätigkeiten der verstorbenen Person auf. Wird jedoch der Tod der Person aufgrund der nicht vorhandenen Möglichkeit der Verabschiedung von der sterbenden oder verstorbenen Person geleugnet, ist kein Vorankommen im Trauerprozess möglich und die Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs kann nicht erreicht werden. Bei der Bindungstheorie nach Bowlby (2019) wird die zweite Phase als Phase der Sehnsucht und Suche nach der verstorbenen Figur beschrieben, die ebenso durchlebt werden muss, um einen Fortschritt im Trauerprozess zu ermöglichen. Wird jedoch vermutet, die nahestehende Person könnte noch am Leben sein, ist kein Durchlaufen der Trauerphasen möglich – es entsteht Stagnation.

Smeding (2005) unterstreicht, wie relevant die Möglichkeit einer Verabschiedung von der verstorbenen Person ist, um den Verlust begreifbarer zu machen. Auch wenn Smeding (2005) betont, dass Versäumnisse in der Phase zwischen Eintritt des Todes und der Beisetzung nicht mehr nachgeholt werden können, kommt in der Arbeit mit trauernden Menschen in Anbetracht der Covid-19-Pandemie der Möglichkeit des ‚stellvertretenden Abschiednehmens‘ eine besondere Bedeutung zu. Darunter werden individuell angepasste Angebote verstanden, die es den trauernden Personen ermöglichen, Abschied zu nehmen, auch wenn die sterbende oder verstorbene Person nicht mehr aufgesucht werden konnte. Dazu gehören Rituale wie das Schreiben eines Briefes an die verstorbene Person, das ritualisierte Anzünden von Kerzen oder die Nutzung hypnosystemischer Angebote.

Dem Aspekt des Abschiednehmens von der sterbenden oder verstorbenen Person und der Teilnahme an Beisetzung und Trauerfeier sowie die Auswirkungen auf die Trauerreaktion, auch unter Berücksichtigung der Bedingungen von Covid-19, sollte bei der zukünftigen Forschung Berücksichtigung finden. Selmann und Burrell (2020) fassen in ihrem systematischen Review zusammen, dass derzeit nicht absehbar ist, welche Auswirkungen sich durch die Begrenzung der Teilnehmeranzahlen bei Bestattungen auf die psychische Gesundheit und Verlustverarbeitung ergeben, da die bisher elf durchgeführten Beobachtungsstudien widersprüchliche Ergebnisse aufweisen.

Des Weiteren konnte im Rahmen der Stichprobe die Annahme bestätigt werden, dass Menschen, die ihr soziales Umfeld in den Tagen vor, während und kurz nach dem Todesfall der nahestehenden Person als Unterstützung erlebt haben,

durchschnittlich geringere Werte in den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ sowie höhere Werte in der Subskala F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ aufweisen als Menschen, die ihr soziales Umfeld nicht als Unterstützung erlebt haben.

Wie Forschungsdaten belegen, kommt der erlebten sozialen Unterstützung infolge eines Trauerfalls große Bedeutung zu. Stroebe et al. (1999) kristallisierten beispielsweise heraus, dass nachteilige Auswirkungen von Stresserfahrungen, darunter auch von Trauererfahrungen, durch empfundene soziale Unterstützung abgemildert werden. Lobb et al. (2003) belegten, dass Symptome einer anhaltenden Trauerstörung typischerweise erhöht sind, wenn es an sozialer Unterstützung mangelt. Bei den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ konnten, wie im Rahmen dieser Arbeit erwartet, durchschnittlich geringere Werte bei den Menschen festgestellt werden, die in den Tagen vor, während und kurz nach dem Versterben ihr Umfeld als unterstützend erlebt haben. Damit konnte die bisherige Datenlage von Stroebe et al. (1999) und Vadenwerker und Prigerson (2004) zu den Auswirkungen der erlebten sozialen Unterstützung auf Menschen mit Verlusterfahrung im Rahmen meiner Stichprobe bestätigt werden.

Studien wie von Waugh, Kiemle und Slade (2018) zeigen, dass viele Hinterbliebene nach dem Verlust eines geliebten Menschen positive Reifungsprozesse und Veränderungen an sich selbst wahrnehmen. Diese wurden mit Subskala F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ des Trauerfragebogens von Weiser und Ochsmann (2002) erfasst und konstatierten bei Menschen, die ihr soziales Umfeld in den Tagen um den Verlust der nahestehenden Person als unterstützend erlebt haben, durchschnittlich höhere Werte als bei der Vergleichsgruppe. Eine mögliche Erklärung hierfür liefert die Erfahrung, auch in schwierigen Lebenssituationen Unterstützung durch das soziale Umfeld zu erhalten, was eine Selbstwirksamkeitserfahrung zur Folge hat. Der Tod einer nahestehenden Person betrifft meist mehrere Mitglieder des familiären Systems bzw. des sozialen Systems direkt oder indirekt und führt somit zu dessen Veränderung. Für das Erleben persönlichen Wachstums kann es wesentlich sein, wenn die betroffene Person durch ihr soziales System im Sinnfindungsprozess unterstützt wird bzw. diese Unterstützung konkret eingefordert wird (Hogan & Schmidt, 2002).

Bei Subfaktor F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ in Anbetracht der Auswirkungen der erlebten sozialen Unterstützung in den Tagen vor, während und nach dem Todesfall zeigten sich statistisch signifikante Werte zwischen den Vergleichsgruppen mit erlebter und teilweise erlebter oder nicht erlebter sozialer

Unterstützung. Dabei stellt sich die Frage, wie ‚teilweise erlebte soziale Unterstützung‘ vom Fragebogenteilnehmer definiert wurde. Eine mögliche Erklärung der signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen ist die Unsicherheit, die durch eine teilweise erlebte, soziale Unterstützung ausgelöst werden kann. Wie Röhrle (1994) anhand von Studien u. a. mit Studierenden, Drogenabhängigen, Angehörigen von Alzheimer-Kranken und in Scheidung lebenden Müttern belegt, steht die Erreichbarkeit von Mitgliedern des sozialen Netzwerks in direktem Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden. Eine andere Erklärung für die signifikanten Ergebnisse der Vergleichsgruppen stellt die erlebte Dissonanz der Studienteilnehmenden dar, wenn z. B. einige Mitglieder des sozialen Netzwerks erreichbar sind und einen unterstützenden Einfluss auf das Individuum ausüben, andere Netzwerkmitglieder sich jedoch infolge des Todesfalls zurückziehen und Unterstützung ablehnen. Auch könnte eine Dissonanz entstehen, indem die Mitglieder des sozialen Netzwerkes in einer bestimmten Phase um den Todeszeitpunkt herum gut erreichbar sind, zu einem anderen Zeitpunkt jedoch keine Unterstützung von den Netzwerkmitgliedern ausgeht und dadurch das Gefühl von Einsamkeit bei den trauernden Menschen ausgelöst wird. Bei Subfaktor F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ zeigten sich keine signifikanten Werte der Vergleichsgruppen zwischen teilweise erlebter und nicht erlebter sozialer Unterstützung.

Schwierig gestaltete sich im Rahmen der Studie die Gewinnung von Probanden und Probandinnen, die in die Kategorie ‚Zugehörige‘ eingeordnet werden konnten, wobei sich die Einschränkungen infolge des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen in besonderer Weise auf diese Personengruppe auswirkten. Für die Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Zugehörigem gibt es mehrere mögliche Erklärungsansätze. Einerseits wird die Trauer um Menschen, zu denen eine enge Beziehung bestand, oft intensiver erlebt als die Trauer um Menschen, zu denen eine weniger enge Bindung bestand (Müller & Willmann, 2020). Infolgedessen ist es möglich, dass sich Menschen, die einen Angehörigen verloren haben, mehr von der Fragebogenstudie angesprochen gefühlt haben als Menschen, die eine weniger nahestehende Person verloren haben. Andererseits suchen Menschen, die ein Großeltern teil, ein Elternteil, eine geehelichte Person, eine in einer Lebenspartnerschaft lebende Person oder ein Kind verloren haben, deutlich häufiger Kontakt zu Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder Trauerangeboten, was ich auch durch meine fünfzehnjährige Erfahrung in der Trauerarbeit bestätigen kann. Viele Angebote sprechen spezielle Personengruppen an und fokussieren sich hierbei auf Angehörige, was auch anhand deren Namensgebung zu erkennen ist (z. B. AGUS – Angehörige um Suizid, VEID – Bundesverband verwaister Eltern und Geschwister).

Dadurch war es im Rahmen meiner Datenerhebung leichter möglich, die Personengruppe der Angehörigen zu erreichen als die der zugehörigen Personen. Ein weiterer Faktor, der den geringen Stichprobenumfang der ‚Zugehörigen‘ erklären könnte, ist der Aspekt der sozial nicht anerkannten Trauer. Trotz des Durchlebens einer Trauerreaktion besteht aus Sicht des sozialen Umfelds weder das Recht zu trauern noch kann Mitgefühl oder soziale Unterstützung erwartet werden (Doka, 2008). Dies ist z. B. bei sozial nicht anerkannten Beziehungen oder nicht als gravierend angesehenen Verlusten der Fall (Müller & Willmann, 2020a) und führt zu einer Erhöhung der Verunsicherung, zu Scham- und Schuldgefühlen (Attig, 2004). Aufgrund der aufgeführten Aspekte ist es möglich, dass sich Menschen nach dem Verlust eines Zugehörigen durch die Fragebogenstudie weniger angesprochen gefühlt haben als Personen der Vergleichsgruppe. Um diese Bedingungen im Rahmen der weiteren Forschung zu berücksichtigen, sollte der Fragebogen Menschen nach dem Verlust einer zugehörigen Person direkt ansprechen. Es wäre interessant, die Trauerreaktion von Zugehörigen, die eine nahestehende Person vor oder während der Covid-19-Pandemie verloren haben, eingehender anhand einer größeren Stichprobe zu untersuchen. Diese Ergebnisse könnten als Grundlage dienen, um Zugehörigen von sterbenden und verstorbenen Menschen besondere und individuell angepasste Unterstützungsangebote zukommen zu lassen. Dadurch könnte der Fokus auf die Menschen gerichtet werden, die in der aktuellen Trauerforschung weniger Berücksichtigung erfahren, und dem Aspekt der sozial nicht anerkannten Trauer entgegengewirkt werden.

Ein Faktor, der beim Stichprobenvergleich von Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person vor bzw. während der Covid-19-Pandemie verloren haben, berücksichtigt werden muss, liegt im zeitlichen Aspekt des zurückliegenden Verlusts. Bei Menschen, die eine angehörige bzw. zugehörige Person vor der Covid-19-Pandemie verloren haben, liegt der Verlust zeitlich länger zurück als bei Menschen, die eine nahestehende Person seit März 2020 verloren haben. Auch wenn die Befragten sich im Rahmen der Fragebogenstudie bei der Beantwortung des Trauerfragebogens in die Zeit kurz nach dem Verlust zurückversetzen sollten, sind kognitive Erinnerungsverzerrungen nicht auszuschließen. Diese treten spontan unter Stress oder bei Erschöpfungszuständen auf und führen zu einer Verfälschung der eigenen Gedächtnisinhalte (Wensky, 2022). Um diesem Aspekt Rechnung zu tragen, wäre es für die weitere Forschung interessant, die Fragebogenstudie zwei Jahre nach Beendigung der Covid-19-Pandemie zu wiederholen, um die daraus folgenden Ergebnisse mit den Ergebnissen meiner Fragebogenstudie abzugleichen und weiterführende Schlussfolgerungen zu treffen. Zwei Jahre nach Abschluss der Covid-19-Pandemie stellt einen geeigneten Zeitpunkt für eine weitere Querschnittuntersuchung dar, da akute

Trauer laut Wittkowski und Scheuchenpflug (2015) oft länger besteht, als grundsätzlich angenommen wird. Die Autoren ziehen aus Abgrenzungszwecken erst zwei Jahre nach einem Todesfall die Definition eines komplizierten Trauerverlaufs in Erwägung.

Während der Fragebogendurchführung wurden anhand dreier Fragen Daten zur Verabschiedung von der sterbenden oder verstorbenen Person bzw. der Teilnahme an Beisetzung oder Trauerfeier erhoben (Fragen Nr. 70, 71, 72). Hierbei wurde z. B. in Frage Nr. 70 erörtert, ob sich die Befragten vor dem Versterben von ihrem/ihrer Angehörigen bzw. Zugehörigen verabschieden konnten. Als Antwortmöglichkeiten standen folgende vier Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: ‚ja‘, ‚nein‘, ‚aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich‘, ‚möglich, aber nicht in Anspruch genommen‘. Bei einer erneuten Durchführung des Fragebogens sollte die Option ‚nein‘ klarer definiert werden, um eine deutlichere Abgrenzung von den anderen Antwortmöglichkeiten zu erreichen. Möglich wäre hierbei die Formulierung: ‚nein, aufgrund persönlicher Umstände nicht möglich‘. Die drei Antwortmöglichkeiten ‚nein‘, ‚aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich‘ und ‚möglich, aber nicht in Anspruch genommen‘ beschreiben eine nicht stattgefundene Verabschiedung vom sterbenden oder verstorbenen Menschen. Dies muss bei der statistischen Auswertung Beachtung finden.

Als besondere Herausforderung bei der Bearbeitung der Forschungsfrage stellten sich die zahlreichen verschiedenen Infektionsschutzmaßnahmen im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie heraus. Daher ist es möglich, dass jede studienteilnehmende Person, die einen nahestehenden Menschen während der Pandemie verloren hat, sich mit anderen Regelungen und individuellen Ausnahmen konfrontiert fühlen musste. Auch wurde von den nahestehenden Menschen eine große Flexibilität aufgrund der Covid-19-Reglungen verlangt, wenngleich sie sich durch das Sterben oder den Tod der angehörigen bzw. zugehörigen Person in einer extremen Belastungssituation wiederfanden. Dies führt zu einer Doppelbelastung der Trauernden, was wiederum einen Risikofaktor für die Entwicklung eines komplizierten Trauerverlaufs darstellt. Auf der anderen Seite kann aus dem Gefühl, erfolgreich mit einer krisenhaften Situation umgegangen zu sein, auch wenn mehrere erschwerende Faktoren vorlagen, das Gefühl persönlicher Reifung entstehen. Für die weiterführende Forschung wäre es interessant, den Faktor der persönlichen Reifung in Abhängigkeit der beiden Risikofaktoren ‚Todesfall einer nahestehenden Person‘ und ‚Covid-19-Pandemie‘ zu untersuchen.

In Subskala F4 des Trauerfragebogens findet der Aspekt der positiven Entwicklung infolge eines kritischen Lebensereignisses, nach Hogan (1986) ‚Personal Growth‘ genannt, Beachtung. Diesem Thema wird in der aktuellen Trauerforschung viel

Aufmerksamkeit gewidmet (Waugh et al., 2018; Helgeson et al., 2006). Erste Studien untersuchen bereits die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die innere Stärke und das persönliche Wachstum (Blom et al., 2022). Interessant wäre es, den Aspekt des persönlichen Wachstums der Covid-19-Pandemie in Bezug auf Trauererfahrungen zu beleuchten und zu differenzieren, welche Faktoren sich auf die Entwicklung einer inneren Stärke auswirken. Überdies wäre es von Interesse, welche der fünf Hauptbereiche der persönlichen Reifung von Trauernden durch die Covid-19-Pandemie beeinflusst werden und in welcher Intensität sich diese Auswirkungen möglicherweise zeigen. Eine weitere Fragestellung wäre, ob sich die Covid-19-Bedingungen auf die Intensivierung persönlicher Beziehungen niederschlagen. Dieser Punkt wird zu einem der fünf Faktoren des persönlichen Wachstums gemäß Müller und Willmann (2020) gezählt.

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit habe ich eine Querschnittstudie durchgeführt und Daten von 261 Studienteilnehmenden erhoben. Nicht untersucht wurde, wie sich die Erfahrungen vor und während der Covid-19-Pandemie auf den weiteren Trauerverlauf auswirken und ob sich Unterschiede in der Trauerverarbeitung ergeben, wenn eine nahestehende Person unter den Bedingungen der Pandemie verstorben ist. Wie entwickelt sich Subskala F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘ bei der Personengruppe, die einen Menschen während der Covid-19-Pandemie verloren haben, über die Zeit? Verändern sich die untersuchten Subskalen von Menschen, die eine nahestehende Person während der Covid-19-Pandemie verloren haben? Es wäre spannend, sich im Rahmen einer Längsschnittstudie mit den Unterschieden in Trauer und Abschiednehmen von Angehörigen bzw. Zugehörigen vor und während der Covid-19-Pandemie auseinanderzusetzen, um die im Rahmen dieser Querschnittstudie gewonnenen Ergebnisse zu verifizieren und weitere Daten zu ergänzen.

Am Ende der Datenerhebung des Fragebogens bestand die Möglichkeit, die E-Mail-Adresse separat zu hinterlegen, um im Anschluss über die Ergebnisse der Studie informiert zu werden. Dreiundachtzig Studienteilnehmer hinterlegten ihre E-Mail-Adresse, zusätzlich nahmen zwölf Personen Kontakt zu mir auf, um eine Rückmeldung der Ergebnisse zu erhalten. Dies weist auf ein großes Interesse am Forschungsgegenstand meiner Bachelorarbeit hin. Ich freue mich, dass den Besonderheiten der Trauer unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie diese Aufmerksamkeit entgegengebracht wird. Nur so kann den besonderen Bedingungen, in denen sich Menschen nach dem Verlust einer geliebten Person wiederfinden, Beachtung geschenkt werden. Jeder Mensch trauert auf individuelle Art und Weise. Umso wichtiger ist es, mit offenem Herz und wachem Geist auf das Gegenüber zuzugehen, und diesen in seiner Situation umfassend und wertschätzend zu betrachten.

Ich wünsche mir, dass jeder Mensch nach dem Verlust einer nahestehenden Person in seiner Individualität die Unterstützung erfahren kann, die er braucht – unabhängig davon, ob gerade einer Pandemie vorhanden ist oder nicht.

7. Schlusswort und Fazit

Mit Beginn der Covid-19-Pandemie Anfang 2020 und den folgenden Regelungen durch das Infektionsschutzgesetz nach § 28a fanden ab dem 22. März 2020 bundesweit massive Einschränkungen des öffentlichen Lebens statt, die sich auch auf die Begleitung von sterbenden Menschen und die Verabschiedung von Verstorbenen niederschlugen. Um die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Trauer von Angehörigen und Zugehörigen zu erfassen, wurden mithilfe eines Onlinefragebogens Menschen im Alter von 19 bis 89 Jahren nach dem Tod einer nahestehenden Person zu ihrer individuellen Trauerreaktion, der Möglichkeiten des Abschiednehmens und den Bedingungen erlebter sozialer Unterstützung befragt.

Die Anwendung eines Chi-Quadrat-Tests hat die anfängliche Hypothese bestätigt, dass Angehörige sich während der Covid-19-Pandemie durchschnittlich seltener von ihren sterbenden, nahestehenden Menschen verabschieden konnten als vor der Pandemie. Dahingegen führte die Anwendung von Chi-Quadrat und des Fisher-Yates zu der Erkenntnis, dass die Einschränkungen infolge des Infektionsschutzgesetzes nach § 28a und der bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen keine Auswirkungen auf die Verabschiedung von der verstorbenen angehörigen bzw. zugehörigen Person oder die Teilnahme an Beisetzung und Trauerfeier hatten. Die anfängliche Hypothese, dass Zugehörigen eine Verabschiedung von ihren Sterbenden während der Covid-19-Pandemie seltener möglich war, konnte nicht bestätigt werden.

Die Durchführung eines Mann-Whitney-U-Tests und eines t-Tests führte zu der Schlussfolgerung, dass sich die Trauerreaktion von Menschen, deren Angehörige bzw. Zugehörige vor oder während der Covid-19-Pandemie verstorben sind, nicht in den Subskalen F3: ‚Körperliche Reaktionen‘, F4: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ unterscheiden. Dahingegen konnten Unterschiede der Vergleichsgruppe in den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘ und F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘ beobachtet werden. Die anfängliche Hypothese wurde deshalb lediglich in den Subskalen F3, F4 und F5 bestätigt.

Die Auswertung einer einfaktoriellen ANOVA widerlegte die ursprüngliche Hypothese, dass die Verabschiedung von der sterbenden oder verstorbenen Person

durchschnittlich zu niedrigeren Werten in den untersuchten Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ des Trauerfragebogens führt.

Eine Berechnung der einfaktoriellen ANOVA mit anschließend durchgeführtem Welch-Test und Games-Howell post-hoc Test führte zur Bestätigung der ursprünglichen Hypothese, dass erlebte soziale Unterstützung in den Tagen vor, während und nach dem Todesfall zu durchschnittlich geringeren Werten in den Subskalen F1: ‚Verzweiflung und Gefühl von Distanz‘, F2: ‚Feindseligkeit und Bitterkeit‘, F3: ‚Körperliche Reaktionen‘ und F5: ‚Kognitiver Faktor‘ des Trauerfragebogens führten. Ebenso bestätigte sich die ursprüngliche Annahme, dass Menschen mit erlebter sozialer Unterstützung um den Todeszeitpunkt durchschnittlich höhere Werten in Subskala F5: ‚Innere Stärke/Persönliches Wachstum‘ aufwiesen.

Die Reliabilität meiner Forschungsarbeit ist zu gewährleisten, da die angewandten Fragebögen standardisiert waren. Die Anzahl der Studienteilnehmer der Subkategorie Zugehörige ist gering ($n = 24$), wodurch eine Begrenzung der Validität in der entsprechenden Hypothese entstand. Überdies wurden die Daten im Rahmen einer Querschnittstudie erhoben und stellen eine Momentaufnahme der Studienteilnehmenden dar; Trauerverläufe können anhand dieser Fragebogenstudie nicht erfasst werden.

Durch meine Forschungsarbeit wurden die Unterschiede in der Trauer von Menschen näher betrachtet, die eine nahestehende Person vor oder während der Covid-19-Pandemie verloren haben. Zukünftige Forschung sollte sich intensiver auf die langfristigen Auswirkungen des Verlustes unter Covid-19-Bedingungen in Abgrenzung zur Vergleichsgruppe vor Covid-19 fokussieren. Hierbei ist für die künftige Forschung eine Langzeitstudie zu fokussieren, um die individuellen Trauerverläufe im Laufe der Zeit statistisch zu erfassen und auszuwerten. Im Rahmen dieser Datenerhebung und Auswertung könnten weitere Schlussfolgerungen für die Unterstützung von trauernden Menschen infolge eines Todesfalls getroffen werden. Die theoretisch gewonnenen Kenntnisse könnten somit in die Praxis transferiert werden, um Beratungs- und Unterstützungsangebote für Menschen zu entwickeln, deren Trauerreaktion durch externe Faktoren wie die Regelungen durch das Infektionsschutzgesetz nach § 28a und die bundesweiten Infektionsschutzmaßnahmen beeinflusst wurde oder wird. Eine Grundlage hierfür könnten die fünf Subskalen des Trauerfragebogens von Weiser und Ochsmann darstellen, auf die im Beratungskontext Bezug genommen werden kann, um die Einzelperson in ihrer individuellen Trauerverarbeitung zu unterstützen. Auch wäre es im weiteren Verlauf der Diskussion förderlich, weitere passgenaue, fundierte Verfahren zur Therapie der anhaltenden Trauerstörung zu entwickeln, die infolge der Covid-19-

Pandemie häufiger zu erwarten ist. Auch kommt der Ausbildung von Fachpersonen zum Themenbereich Trauer und der Unterstützung und Behandlung Betroffener eine besondere Bedeutung zu. Einen interessanten Ansatz liefert hierbei das 2017 angelaufene Projekt „PROGRID – Therapie anhaltender Trauer“ der katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Innerhalb dieses Projekts wurden zwei verschiedene verhaltenstherapeutische Therapieformen entwickelt, die den Schwerpunkt der Behandlung entweder auf die Trauer selbst oder auf die durch die Trauer verursachten Schwierigkeiten im Alltag legen. Somit stellt das Projekt einen Meilenstein der Verbesserung der therapeutischen Situation trauernder Menschen dar.

Literaturverzeichnis

- Althaus, D. (2013). *Frauen trauern - Männer arbeiten: Ein Klischee? Ist gemeinsames Trauern möglich?* AGUS-Schriftenreihe: Hilfe in der Trauer nach Suizid. AGUS e.V.
- Ashmore, R. D., & Del Boca, F. K. (1979). Sex stereotypes and implicit personality theory: Toward a cognitive-Social psychological conceptualization. *Sex Roles*, 5, 219-248. <https://doi.org/10.1007/BF00287932>
- Attig, T. (2004). Disenfranchised grief revisited: Discounting hope and love. *Omega – Journal of Death and Dying*, 49, 197-215. <https://doi.org/10.2190/P4TT-J3BF-KFDR-5JB1>
- Bahner, B. (2013). *Recht im Bereitschaftsdienst* (Aufl. 1). Springer.
- Bauernschmidt, D., & Dorschner, S. (2018). Angehörige oder Zugehörige? Versuch einer Begriffsanalyse. *Pflege*, 31(6). <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000634>
- Baumann, K., & Büssing, A. (2022). Verlust und Trauer unter den Bedingungen der Corona-Pandemie: Was empfinden trauernde Angehörige/Zugehörige in Bezug auf ihren Bedarf an seelsorglicher bzw. psychologischer Unterstützung? *Spiritual Care*, 11(1), 2-9. <https://doi.org/10.1515/spircare-2021-0088>
- Bayrisches Ministerialblatt (2020a). *Zweite Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (2. BayIfSMV) vom 16. April 2020*. BayMBL. Nr. 205. <https://www.verkuendung-bayern.de/files/baymbl/2020/205/baymbl-2020-205.pdf>
- Bayrisches Ministerialblatt (2020b). *Sechste Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (6. BayIfSMV) vom 19. Juni 2020*. BayMBL. Nr. 348. <https://www.verkuendung-bayern.de/files/baymbl/2020/348/baymbl-2020-348.pdf>
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F., & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen: Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Benko, E. (2006). *Psychosoziale Hilfe bei Katastrophen und komplexen Schadenslagen*. Springer.
- Benzinger, P., Kuru, S., Keilhauer, A., Hoch, J., Prestel, P., Bauer, J. M., & Wahl, H. W. (2021). Psychosoziale Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte und Bewohner von Pflegeheimen sowie deren Angehörige: Ein systematisches Review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54, 141-145. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01859-x>
- Bergmann, J. (o. D.). Stressmodell nach Selye: Stressreaktion & Stressphasen. Akademie für Sport und Gesundheit. <https://www.akademie-sport-gesundheit.de/magazin/stressreaktion.html> (Abruf am 23.09.2022)
- Beutel, M., Willner, H., Deckardt, R., Von Rad, M., & Weiner, H. (1996). Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: Results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3), 245-253. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(95\)00520-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(95)00520-X)

- Blom, D. M., Sulkers, E., Post, W. J., Schroevers, M. J., & Ranchor, A.V. (2022). Subgroups (profiles) of individuals experiencing post-traumatic growth during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.969253>
- Boelen, P. A., & Van den Bout, J. (2003). Gender Differences in Traumatic Grief Symptom Severity after the Loss of a Spouse. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 46(3), 183-198. <https://doi.org/10.2190/6C8G-C0XR-F0Q4-VR3X>
- Boelen, P. A., & Van den Bout, J. (2005). Complicated Grief, Depression, and Anxiety as Distinct Postloaa Syndroms: a Confirmatory Factor Analysis Study. *The American Journal of Psychiatrie*, 162(11), 2175-2177. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2175>
- Böhmer, M. M., Buchholz, U., Corman, V. M., Hoch, M., Katz, K., Marosevic, D. V., Böhm, S., Woudenberg, T., Ackermann, N., Konrad, R., Eberle, U., Treis, B., Dangel, A., Bengs, K., Fingerle, V., Berger, A., Hörmansdorfer, S., Ippisch, S., Wicklein, B., Grahl, M. D., et al. (2020). Investigation of a COVID-19 outbreak in Germany resulting from a single travel-associated primary case: a case series. *The Lancet Infectious diseases*, 20(8), 920-928. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30314-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30314-5)
- Borasio, G. D. (2013): *Über das Sterben: Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen* (Aufl.4). dtv Verlagsgesellschaft.
- Boss, P. (2008). *Verlust, Trauma und Resilienz: Die therapeutische Arbeit mit dem „uneindeutigen Verlust“*. Klett-Cotta.
- Bortz, J., Lienert, G. A., Barskova, T., Leitner, K., & Oesterreich, R. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-540-75738-2_2
- Bowlby, J. (1983). *Verlust. Trauer und Depression*. reinhardt.
- Bowlby, J. (2019). *Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen* (Aufl. 6). Klett-Cotta.
- Bundestag (2021). *Bevölkerungsschutzgesetz. Bundesweite Notbremse beschlossen*. Bundestag. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw16-de-infektionsschutzgesetz-834802> (Abruf am 20.11.2022)
- Bundesregierung (2020a). *Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 22.03.2020*. Bundesregierung. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/besprechung-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-vom-22-03-2020-1733248> (Abruf am 20.11.2022)
- Bundesregierung (2020b). *Pressekonferenz von Bundeskanzlerin Merkel, Ministerpräsident Söder und dem Ersten Bürgermeister Tschentscher im Anschluss an das Gespräch mit den Regierungschefinnen und Regierungschef der Länder in Berlin*. Mitschrift Pressekonferenz vom 06. Mai 2020. Bundesregierung. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/pressekonferenzen/pressekonferenz-von-bundeskanzlerin-merkel-ministerpraesident-soeder-und-dem-ersten-buergermeister-tschentscher-im-anschluss-an-das-gespraech-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-1751050> (Abruf am 20.11.2022)

- Bundesregierung (2020c). *Videokonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 28. Oktober 2020*. Pressemitteilung Nr. 381. Bundesregierung. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/videokonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-28-oktober-2020-1805248> (Abruf am 20.11.2022)
- Bundesregierung (2022). *Corona-Schutz am Arbeitsplatz: Das sind die aktuellen Regeln*. Bundesregierung. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/infektionsschutz-arbeitsplatz-1983894#:~:text=Arbeitgeber%20m%C3%BCssen%20bei%20B%C3%BCroarbeiten%20oder,soweit%20ihrerseits%20keine%20Gr%C3%BCnde%20entgegenstehen> (Abruf am 06.12.2022)
- Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: a review of the empirical literature. In M. Stroebe, H. Schut, & J. Bout (Hrsg.), *Complicated Grief. Scientific foundations for health care professionals*. Routledge.
- Castle, J., & Phillips, W. (2003). Grief rituals: aspects that facilitate adjustment to bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 8, 41–71. <https://doi.org/10.1080/15325020305876>
- Chen, S., & Bonanno, G. A. (2020). Psychological adjustment during the global outbreak of COVID-19: A resilience perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 51. <https://doi.org/10.1037/tra0000685>
- Cheng, Y., Ma, N., Witt, C., Rapp, S., Wild, P. S., Andreae, M. O., Pöschl, U., & Su, H. (2021). Face masks effectively limit the probability of SARS-CoV-2 transmission. *Science*, 372(6549), 1439–1443. <https://doi.org/10.1126/science.abg6296>
- Dasch, B., & Zahn, P. (2021). Place of Death Trends and Utilization of Outpatient Palliative Care at the End of Life: Analysis of Death Certificates (2001, 2011, 2017) and Pseudonymized Data From Selected Palliative Medicine Consultation Services (2017) in Westphalia, Germany. *Deutsches Ärzteblatt international*, 118. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0124>
- Djelantik, M., Smid, G. E., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2018). Early indicators of problematic grief trajectories following bereavement. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(6). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1423825>
- Doka, K. (2008). Disenfranchised grief in historical and cultural perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hanson, H. Schut, & W. Stroebe (Hrsg.), *Handbook of Bereavement Research and Practice* (S. 223 – 240). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14498-011>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. M. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>
- Engelke, E. (2012). *Gegen die Einsamkeit Sterbenskranker: Wie Kommunikation gelingen kann*. Lambertus.
- Falkai, P., & Wittchen, H.-U. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (Aufl. 2). Hogrefe.
- Feichtner, A. (2018). *Palliativpflege* (Aufl. 5). Facultas.

- Field, N. P. & Filanosky, C. (2009). Continuing Bonds, Risk Factors for Complicated Grief, and Adjustment to Bereavement. *Death Studies*, 34(1), 1-29. <http://doi.org/10.1080/07481180903372269>
- Filipp, S. H. (2007). Kritische Lebensereignisse. In J. Brandtstädter, & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne* (S. 337-366). Kohlhammer.
- Freud, S. (1916). *Trauer und Melancholie* (Aufl. 1). Volk und Welt.
- Frick, E. (2020). Abwehr- und Bewältigungsstrategien gegenüber Sterben und Tod. In Wittwer, H., Schäfer, D., Frewer, A. (eds) *Handbuch Sterben und Tod*. J.B. Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-476-05762-4_32
- Glick, I. O., Parkes, C. M., & Weiss R. S. (1974). *The first year of bereavement*. John Wiley & Sons Inc.
- Goerke, K. (2020). *Intrauteriner Fruchttod (IUFT)*. Psychrembel. <https://www.psychrembel.de/intrauteriner%20fruchttod/K088C/doc/> (Abruf am 20.11.2022)
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3) 205-228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Hain, R., & Esch, T. (2010). Gesundheit, Lebensqualität und Gesundheitsförderung bei Angehörigen von Palliativpatienten und Hospizgästen: eine qualitative Studie. *PALLIATIVE-CH*, 2, 40-46.
- Hämel, K., Horn, A., Rolf, A., Graffmann-Weschke, K., Petereit-Haack, G., Ziech, P., Hartleb, B., Hasseler, M., Koppelin, F., & Seidler, A. (2020). *Ermöglichung sozialer Kontakte von Bewohner*innen in Alten- und Pflegeheimen während der COVID-19- Pandemie*. Hintergrundpapier. Kompetenznetz Public Health COVID-19. https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Hintergrundpapier_Heime_SozialeKontakte_201215_final.pdf (Abruf am 20.11.2022)
- Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., & Knaevelsrund, C. (2019). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524>
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A. & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797-816. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>
- Hernández-Fernández, C., & Meneses-Falcón (2021). I can't believe they are dead: Death and mourning in the absence of goodbyes during the COVID-19 pandemic. *Health and Social Care in the community*, 30(4), 1220-1232. <https://doi.org/10.1111/hsc.13530>
- Hodgkinson, P. E., Joseph, S., Yule, W., & Williams, R., (1993). Viewing Human Remains following Disaster: Helpful or Harmful? *Medicine, Science and the Law*, 33(3), 197-202. <https://doi.org/10.1177/002580249303300303>
- Hogan, N. S. (1986). An investigation of adolescent sibling bereavement process and adaption. Doctoral dissertation. *Dissertations*, 3126.
- Hogan, N. S., Daryl, B., Greenfield, L. A., & Schmidt, N. (2001). Development and validation of the Hogan grief reaction checklist. *Death studies*, 25(1), 1-32.

- Hogan, N. S., & Schmidt, L. A. (2002). Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death Studies*, 26(8), 615-634. <https://doi.org/10.1080/07481180290088338>
- Kast, V. (1982). *Trauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses* (Aufl. 4, 2015). Kreuz Verlag.
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Lüdorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, P., Arolt, V., & Suslow, T. (2007). Complicated grief after traumatic loss: a 14-month follow up study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(8), 437-443. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0743-1>
- Kersting, A., Braehler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affect Disorder*, 131(1-3), 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
- Kiepke-Ziemes, S., Nau, H., Janisch, M., Goiny, F., Stolte, A., & Reindl, B. (2021). Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung in Zeiten der Pandemie. Eine Zwischenbilanz der Sektion Soziale Arbeit. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 22(02), 68-71. <https://doi.org/10.1055/a-1320-7991>
- Koppe, U., Wilking, H., Harder, T., Haas, W., Rexroth, U., & Hamouda, O. (2021). COVID-19-Patientinnen und -Patienten in Deutschland: Expositionsrisiken und assoziierte Faktoren für Hospitalisierungen und schwere Krankheitsverläufe. *Bundesgesundheitsblatt*, 64, 1107-1115. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03391-0>
- Kränzle, S., Schmid, U., & Seeger, C. (2011). *Palliative Care: Handbuch für Pflege und Begleitung* (Aufl. 4). Springer-Verlag.
- Kübler-Ross, E. (1972). *Interviews mit Sterbenden* (Aufl. 10, 1977). Kreuz Verlag.
- Lammer, K. (2014). *Trauer verstehen: Formen, Erklärungen, Hilfen* (Aufl. 4). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41667-5>
- Liu, L., Li, Y., Nielsen, P. V., Wie, J., & Jensen, R. L. (2017). Short-range airborne transmission of expiratory droplets between two people. *Indoor air*, 27(2), 452-62. <https://doi.org/10.1111/ina.12314>
- 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. *Death Studies*, 34(8), 673-698. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>
- Madea, B., Jachau, K., Reibe, S., Schmidt, P., Kernbach-Wighton, G., Peschel, O., Henn, V., Meissner, C., Oehmichen, M., Thali, M., Lessig, R., Pollak, S., & Zollinger, U. (2014). *Rechtsmedizin: Thanatologie* (Aufl. 3). Springer.
- McEwen, B. S. (2002). The neurobiology and neuroendocrinology of stress: Implications for post-traumatic stress disorder from a basic science perspective. *Psychiatric Clinics*, 25(2), 469-494.
- Moore, S. F., & Meyerhoff, B. G. (1977). *Secular Ritual: A Working Definition of Ritual*. Van Gorcum.
- Münch, U., Müller, H., Deffner, T., Schmude, A., Kern, M., Kiepke-Ziemes, S., & Radbruch, L. (2020). Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus

- palliativmedizinischer Perspektive. *Der Schmerz*, 34, 303-313.
<https://doi.org/10.1007/s00482-020-00483-9>
- Müller, H. & Willmann, H. (2020). *Trauerforschung: Basis für praktisches Handeln*. Vandenhoeck & Ruprecht Verlage.
- Müller, H., & Willmann, H. (2020a). *Kein Recht auf Trauer: wenn Verluste sozial nicht anerkannt werden*. Aeternitas e.V.
- Nassehi, A., & Weber, G. (1989). Die Genese moderner Todesverdrängung. In A. Nassehi, & G. Weber (Hrsg.), *Tod, Modernität und Gesellschaft* (S. 277-325). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nauck, F. (2001). Symptomkontrolle in der Finalphase. *Der Schmerz*, 15, 362-36.
<https://doi.org/10.1007/s004820170011>
- Ochsmann, R. & Weiser, P. (2002). *Trauerfragebogen*. Leibniz Psychology.
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.6589>
- O'Connor, M. (2013). Physiological mechanisms and the neurobiology of complicated grief. In M. Stroebe, H. Schut, & J. v. d. Bout (Hrsg.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (S. 204-218).
- Oxford Languages (2022). *Wort*. Oxford University Press. Suche des Begriffs: gegenwärtig. <https://languages.oup.com/> (Abruf am 26.7.2022)
- Paananen, J., Rannikko, J., Harju, M., & Pirhonen, J. (2021). The impact of Covid-19-related distancing on the well-being of nursing home residents and their family members: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100031. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100031>
- Parkes, C. M. (1964). Effects of Bereavement on Physical and Mental Health: a Study of the Medical Records of Widows. *British Medical Journal*, 2(5404), 274-279.
<https://doi.org/10.1136/bmj.2.5404.274>
- Parkes, C. M. (1970). The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to the death of their husbands. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 33(4), 444-467.
- Parkes, C. M. (1973). The patient's right to know the truth. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 66(6), 537-538.
<https://doi.org/10.1177/003591577306600620>
- Parkes, C. M., & Weiss, R.S. (1983). *Recovery from bereavement*. Basic Books.
- Parsons, T. (1956). Family Structure and the Socialization of the Child. In T. Parsons, & R. Bales (Hrsg.), *Family, Socialization and Interaction Process* (S. 35-132). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315824307>
- Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, C., Elsner, F., & Radbruch, L. (2008). A matter of definition-key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliati Med*, 22(3), 222-32.
<https://doi.org/10.1177/0269216308089803>
- Pfab, A. (2022). *Die Bedeutung von Übergangsritualen in reflexiver Beratung*. Springer.
- Prütz, F., & Saß, A.-C. (2017). Daten zur Palliativversorgung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 60, 26-36. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2483-8>

- Robert Koch Institut (2021). *Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen*. RKI. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Verstorbene.html (Aufruf am 22.08.22)
- Robert Koch Institut (2022). *Fachliche Empfehlungen zu erweiterten Infektionsschutzmaßnahmen für die Sterbebegleitung in Einrichtungen der Pflege und der Gesundheitsversorgung und Ausnahmen von der Absonderungspflicht*. RKI. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Infektionsschutz_Sterbebegleitung.html (Abruf am 09.09.2022)
- Robinson, G. E. (2011). Dilemmas related to pregnancy loss. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(8), 571-574. <https://doi.org/10.1097/NmD.0b013e318225f31e>
- Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim.
- Rosner, R., & Wagner, B. (2013). Komplizierte Trauer. In A. Maercker (Hrsg.), *Post-traumatische Belastungsstörungen* (S. 469-486). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-35068-9_25
- Rusch, S. (2019). *Stressreaktion*. Springer.
- Scheithauer, H., & Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 3-14.
- Schoulte, J., Sussman, Z., Tallman, B., Deb, M., Cornick, C., & Altmaier, E. (2012). Is There Growth in Grief: Measuring Posttraumatic Growth in the Grief Response. *Open Journal of Medical Psychology*, 1(3), 38-43. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2012.13007>
- Schneidman, E. S. (1972). Foreword. In A. C. Cain (Hrsg.), *Survivors of suicide* (pp. ix-xi). Thomas.
- Sedlmeier, P., & Renkewitz, F. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. Pearson.
- Selman, L., & Burrell, A. (2020). *The effect of funeral practices on bereaved friends and relatives' mental health and bereavement: implications for COVID-19*. National Institute of Health Research. <https://arc-w.nihr.ac.uk/research-and-implementation/covid-19-response/reports/the-effect-of-funeral-practices-on-bereaved-friends-and-relatives-mental-health-and-bereavement-implications-for-covid-19/> (Aufruf am 29.11.22)
- Selman L. E., Sowden, R. & Borgstrom, E. (2021). 'Saying goodbye' during the COVID-19 pandemic: A document analysis of online newspapers with implications for end of life care. *Palliative Medicine*. 35(7),1277-1287. <https://doi.org/10.1177/02692163211017023>
- Selye, H. (1976). The stress concept. *Canadian Medical Association Journal*, 115(8), 718.
- Simmich, T., Reimer, C., Alberti, L., Bronisch, T., Erbe, C., Milch, W., & Plaß, A. (1999). Empfehlungen zur Behandlungspraxis bei psychotherapeutischen Kriseninterventionen. *Psychotherapeut*, 44, 394-398. <https://doi.org/10.1007/s002780050201>

- Singh, B., & Raphael, B. (1981). Postdisaster morbidity of the bereaved: A possible role for preventive psychiatry? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169(4), 203-212.
- Skoda, E.-M., Spura, A., De Bock, F., Schweda, A., Dörrie, N., Fink, M., Musche, V., Weismüller, B., Benecke, A., Kohler, H., Junne, F., Graf, J., Bäuerle, A., & Teufel, M. (2021). Veränderung der psychischen Belastung in der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Ängste, individuelles Verhalten und die Relevanz von Information sowie Vertrauen in Behörden. *Bundesgesundheitsblatt*, 64, 322-333. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03278-0>
- Smeding, R. (2005). Die Begleitung von Januszeit und Labyrinthzeit: Eine Einführung. In R. Smeding, & M. Heitkönig-Wilp (Hrsg.), *Trauer erschließen: Eine Tafel der Gezeiten* (S. 205-243). Der hospiz verlag.
- Smeding, R. (2022). Was verstehen Sie unter dem Begriff der "Vorausgehenden Trauer"? Trauer erschließen. <https://www.trauer-erschliessen.de/fragen-an-die-bildungswerkstatt/> (Abruf am 06.07.2022)
- Statistisches Bundesamt (2022). *Anzahl der Sterbefälle in Deutschland von 1991 bis 2021*. Statista. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/156902/umfrage/sterbefaelle-in-deutschland/#:~:text=Im%20Jahr%202021%20gab%20es,beurkundete%20Kriegssterbef%C3%A4lle%20und%20gerichtliche%20Todeserkl%C3%A4rungen> (Abruf am 19.06.2022)
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., & Stroebe, W. (2008). *Handbook of bereavement research and practice: Advances in Theory and Practice*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14498-000>
- Stroebe, M. S., & Schut, H. A. W. (1999). The social context of grief and grieving. *Gedrag & Gezondheid*, 27(1/2), 56-60.
- Stroebe, M., & Stroebe, W. (1991). Does "grief work" work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 479-482. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.3.479>
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and Health: The Psychological and Physical Consequences of Partner Loss*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511720376>
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Gender Differences in Adjustment to Bereavement: An Empirical and Theoretical Review. *Review of General Psychology*, 5(1), 62-83. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.1.62>
- Sveen, C. A., & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and life-threatening behavior*, 38(1), 13-29. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.13>
- Taylor, S., Paluszek, M. M., Rachor, G. S., McKay, D., & Asmundson, G. J. (2021). Substance use and abuse, COVID-19-related distress, and disregard for social distancing: A network analysis. *Addictive Behaviors*, 114, 106754. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106754>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. C. (2004). A Clinical Approach to Posttraumatic Growth. *Positive Psychology in Practice*, 25, 405-419. <https://doi.org/10.1002/9780470939338.ch25>

- Thomas, C. (1994). *Berührungssängste: Vom Umgang mit der Leiche*. vgs.
- Thöns, M., & Sitte, Th. (2013). *Repetitorium Palliativmedizin* (Aufl. 1). Springer.
- Trachsel, M., & Maercker, A. (2016). *Lebensende, Sterben und Tod* (Aufl. 1). Hogrefe.
- Umberson, D., Wortman, C. B., & Kessler, R. C. (1992). Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability. *Journal of health and social behavior*, 33(1), 10-24. <https://doi.org/10.2307/2136854>
- Vaderwerker, L. C., & Prigerson, H.G. (2004). Social support and technological connectedness as protective factors in bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 45-57. <https://doi.org/10.1080/15325020490255304>
- Vance, J. C., Boyle, F. M., Najman, J. M. & Thearle, M. J. (2018). Gender differences in parental psychological distress following perinatal death or sudden infant death syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 167(6), 806-811. <https://doi.org/10.1192/bjp.167.6.806>
- Addinsoft (2014). Vergleich der Varianz von zwei Stichproben. XLSTAT. https://cdn.xlstat.com/uploads/files/manual/xlstat_hilfe.pdf#page=524
- Wagner, B. (2013). *Komplizierte Trauer: Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-37359-6>
- Wagner, B. (2016). Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung? *Psychotherapeutenjournal*, 3, 250-255.
- Wagner, F. (2017). *Unfall*. Gabler Wirtschaftslexikon. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/unfall-52507> (Abruf am 23.09.2022)
- Wammes, J. D., Kolk, D., Van den Besselaar, J. H., MacNeil-Vroomen, J. L., Buurman-van Es, B. M., & Van Rijn, M. (2020). Evaluating perspectives of relatives of nursing home residents on the nursing home visiting restrictions during the COVID-19 crisis: a Dutch cross-sectional survey study. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 21(12), 1746-1750. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.031>
- Wang, C. C., Prather, K. A., Sznitman, J., Jimenez, J. L., Lakdawala, S. S., Tufekci, Z., & Marr, L. C. (2021). Airborne transmission of respiratory viruses. *Science*, 373(6558). <https://doi.org/10.1126/science.abd9149>
- Waugh, A., Kiemle, G. & Slade, P. (2018). What aspects of post-traumatic growth are experienced by bereaved parents? A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1506230>
- Wensky, G. (2022). Trügerische Erinnerung. In G. Wenski (Hrsg.), *Das kleine Handbuch kognitiver Irrtümer: Denkfehler vermeiden – mit Psychologie & Verhaltensökonomik* (S. 47-64). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64776-9_3
- Wiesemann, C. (2005). *Enzyklopädie Medizingeschichte*. De Gruyter.
- Wittkowski, J. (2013). *Würzburger Trauerinventar: Multidimensionale Erfassung des Verlust erlebens* (Aufl. 1). Hogrefe Verlag.
- Wittkowski, J., & Scheuchenpflug, R. (2015). Zum Verlauf des „normalen“ Trauerns: Verlust erleben in Abhängigkeit von seiner Dauer. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(4), 169-176. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000145>

Worden, W. J. (2011). *Beratung und Therapie in Trauerfälle: Ein Handbuch* (Aufl. 4).
Hans Huber.

Anhang

Fragebogen

20.11.22, 18:24

Korrekturfahne base (test313134) 20.11.2022, 18:24



test313134 → base

20.11.2022, 18:24

Seite 01

Liebe*r Studienteilnehmer*in,

A302

für meine Bachelorarbeit im Fach Psychologie befrage ich mich mit den Unterschieden im Trauererleben und Abschiednehmen vor und während der Corona-Pandemie.

Mit der Beantwortung des Fragebogens liefern Sie einen wichtigen Beitrag zur Forschung des Themas "Trauer und Abschiednehmen". Ich würde mich freuen, wenn Sie sich die Zeit nehmen, diesen Fragebogen im Rahmen meiner Bachelorarbeit auszufüllen.

Der Zeitemfang zur Beantwortung des gesamten Fragebogens beträgt **etwa 20 Minuten**. Der Fragebogen ist dabei in drei Themenbereiche unterteilt.

Voraussetzung zur Teilnahme am Fragebogen ist es, eine*n Angehörige*n bzw. Zugehörige*n, aufgrund eines Todesfalls, verloren haben. Hierbei ist es völlig unabhängig, wann Ihre **nahestehende Person verstorben** ist.

Sollten sich aus der Studie noch Fragen oder Anmerkungen ergeben, können Sie gerne unter Iris-Josefa.Zinkand@stud.uni-bamberg.de, Kontakt mit mir aufnehmen.

Am Ende der Befragung können Sie hinterlegen, ob Sie über die Ergebnisse der Studie informiert werden möchten und/oder Studierende*r an der Otto-Friedrich-Universität im Fachbereich Psychologie sind.

Mit freundlichen Grüßen,

Iris Zinkand

Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Lehrstuhl für Gesundheitspsychologie

Betreuender: Prof. Dr. Wolstein

Einverständniserklärung

A303

Die Richtlinien der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und guter ethischer Forschung sehen vor, dass sich die Teilnehmer*innen an empirischen Studien explizit und nachvollziehbar mit der Teilnahme einverstanden erklären.

Freiwilligkeit: Ihre Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Es steht Ihnen zu jedem Zeitpunkt an dieser Studie frei, Ihre Teilnahme abubrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

Anonymität: Ihre Daten sind selbstverständlich vertraulich, werden nur in anonymisierter Form ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben. Demographische Angaben, wie Alter oder Geschlecht, lassen keinen eindeutigen Schluss auf Ihre Person zu. Die erhobenen Daten werden nach Abschluss des Forschungsprojektes gelöscht.

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens 18 Jahre alt bin, sowie die Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe.

- Nein (nicht an der Studie teilnehmen)
- Ja

1 aktive(r) Filter**Filter A303/F1**

Wenn eine der folgenden Antwortoption(en) ausgewählt wurde: 1
Dann nach dem Klick auf "Weiter" den Text A304 anzeigen und das Interview beenden

Erster Teil: Grundlegende Fragen

A107

Liebe*r Studienteilnehmer*in,

beziehen Sie sich bitte bei der Beantwortung des gesamten Fragebogens auf den Todesfall einer einzelnen nahestehenden Person, auch falls Sie mehrere Angehörige/Zugehörige verloren haben sollten.

Dieser Teil umfasst sieben Fragen.

20.11.22, 18:24

Korrekturfahrne base (test313134) 20.11.2022, 18:24

Seite 04

1. Wie alt sind Sie aktuell?

A101

2. Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?

A102

- weiblich
 männlich
 divers

3. Welches ist Ihr höchster erworbener Bildungsabschluss?

A103

- kein erworbener Abschluss
 Hauptschule/Volksschule/Mittelschule/Mittelschulabschluss
 Realschule/Mittlere Reife
 Gymnasium/Abitur

4. Auf welche verstorbene Person beziehen sich Ihre Angaben in diesem Fragebogen?

A104

Bitte beziehen Sie sich im Fragebogen auf EINEN verstorben Angehörigen/Zugehörten, auch falls Sie zwei oder mehrere nahestehende Menschen verloren haben.

- Ehepartner
 Lebensgefährte
 Vater
 Mutter
 Kind
 Schwester*Bruder
 Großmutter*Großvater
 Freund*in
 Sonstiger

5. Wann ist Ihr*e Angehörige*r/Zugehörige*r verstorben? Bitte nennen Sie Monat und Jahr.

A105

6. Ist Ihr*e Angehörig*r bzw. Zugehörige*r vor den ersten Kontaktbeschränkungen, ab dem 22. März 2020, verstorben?

A108

- Ja
 Nein

A106

20.11.22, 18:24

Korrekturfahne base (test313134) 20.11.2022, 18:24

7. Auf welche Weise ist Ihr*e Angehörige*r/Zugehörige*r ums Leben gekommen?

- „natürlich“ aufgrund von Altersschwäche
- durch Krankheit
- durch einen Unfall
- durch Selbsttötung/Suizid
- durch Gewalt bzw. ein Verbrechen
- es war eine Fehlgeburt/Totgeburt
- die Todesursache ist ungeklärt
- die Person ist vermisst bzw. verschollen

Seite 05

063

Der folgende Fragebogen besteht aus einer Aufzählung von Gedanken und Gefühlen, die Sie möglicherweise A063 haben könnten, nachdem eine Ihnen nahe stehende Person verstorben ist.

Bitte erinnern Sie sich jetzt an den für Sie persönlich bedeutsamsten Verlust und versetzen Sie sich gedanklich in diese Zeit zurück.

Lesen Sie nun jede Aussage sorgfältig durch. Wählen Sie dann aus den fünf vorgegebenen Antworten diejenige aus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den ersten Monaten nach dem Tod gefühlt haben.

Kreuzen Sie die dazugehörige Kategorie "stimmt nicht", "stimmt eher nicht", "stimmt etwas", "stimmt größtenteils" oder "stimmt" an.

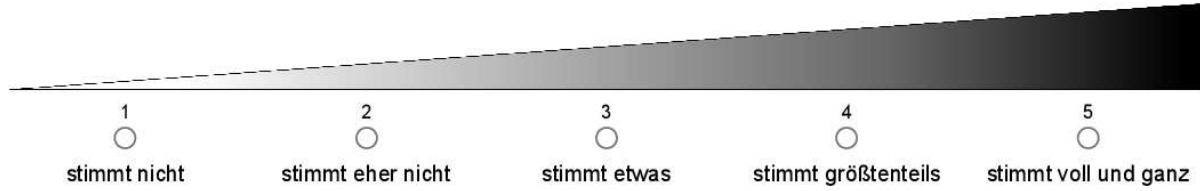
Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte lassen Sie keine Aussage aus.

Dieser Teil umfasst 61 Fragen.

Beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen bitte auf einen einzelnen Todesfall, auch wenn Sie mehrere nahestehende Menschen verloren haben.

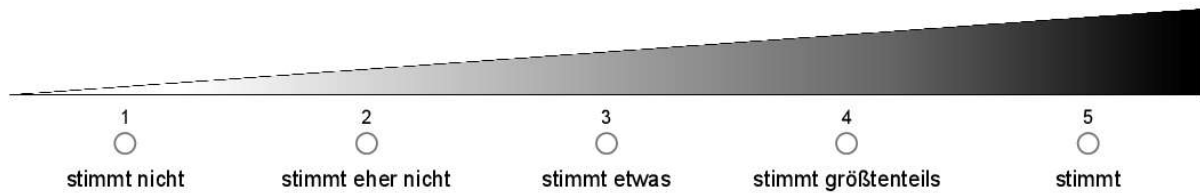
8. All meine Hoffnungen sind zerschlagen

A001



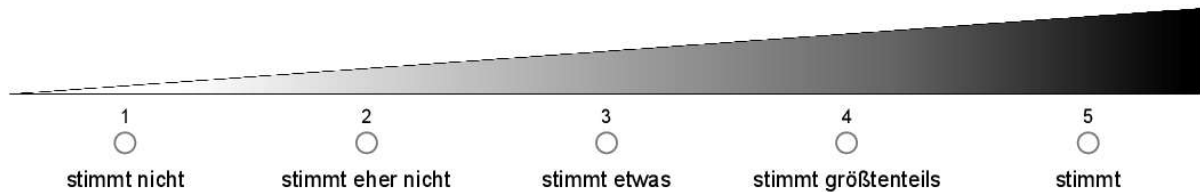
9. Ich habe gelernt, mit dem Leben besser zurechtzukommen

A002



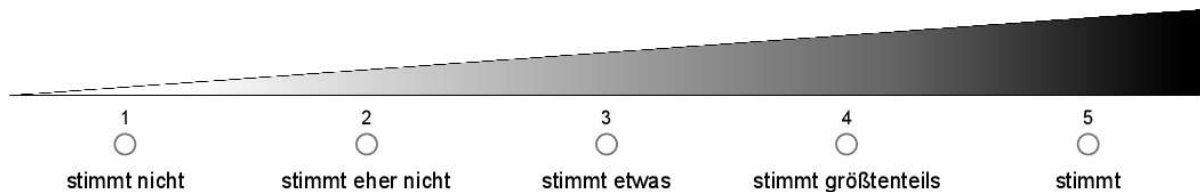
10. Über das Kommen und Gehen meiner Traurigkeit habe ich kaum Kontrolle

A003



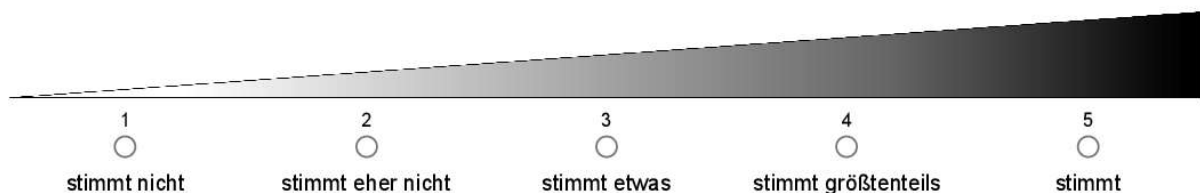
11. Ich mache mir ständig Sorgen

A004



12. Ich bin oft verbittert

A005

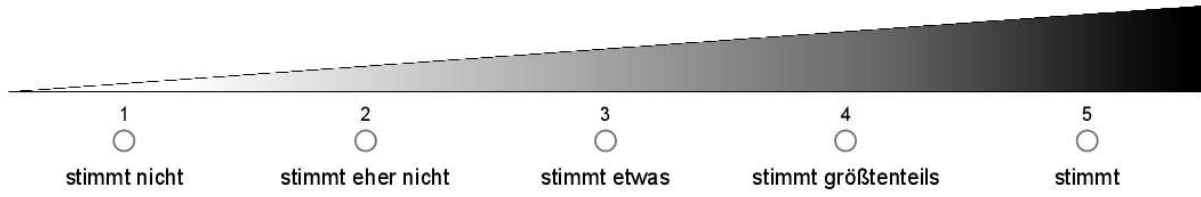


A006

20.11.22, 18:24

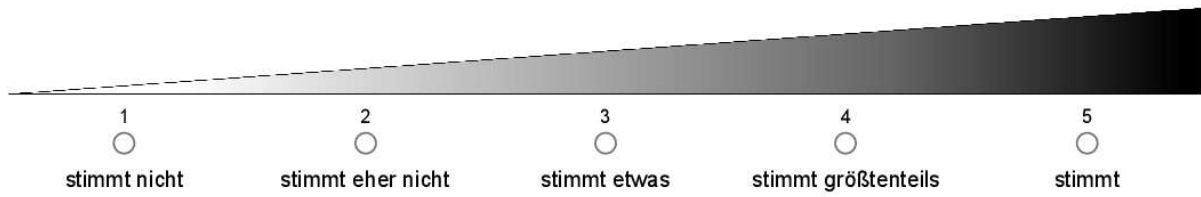
Korrekturfahne base (test313134) 20.11.2022, 18:24

13. Ich fühle mich, als stände ich unter Schock



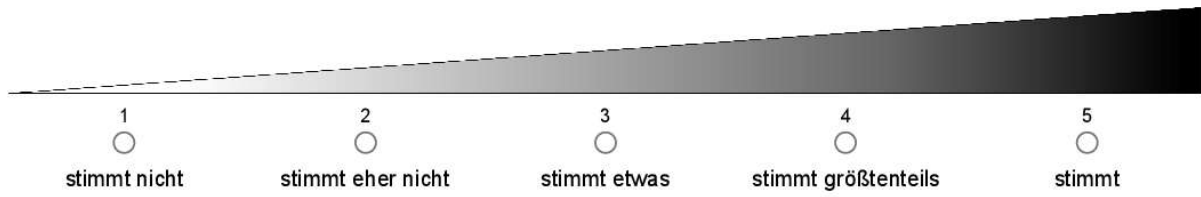
14. Manchmal fängt mein Herz grundlos an zu rasen

A007



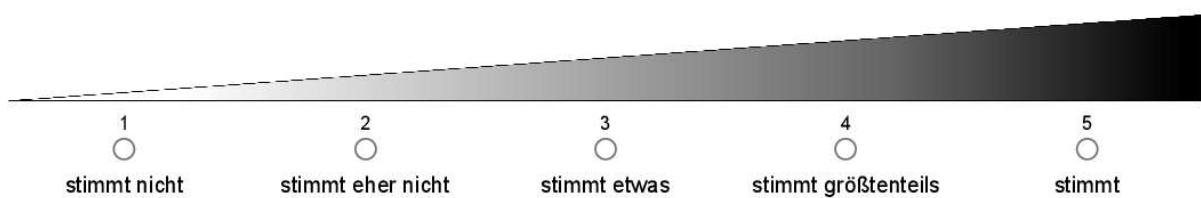
15. Ich bin gereizt

A008



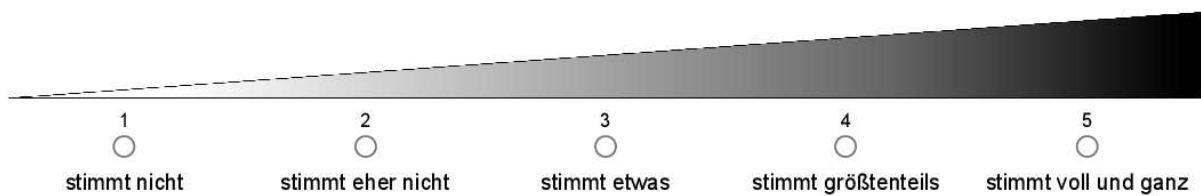
16. Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein

A009



17. Ich fühle mich so, als wäre ich jetzt ein besserer Mensch

A010



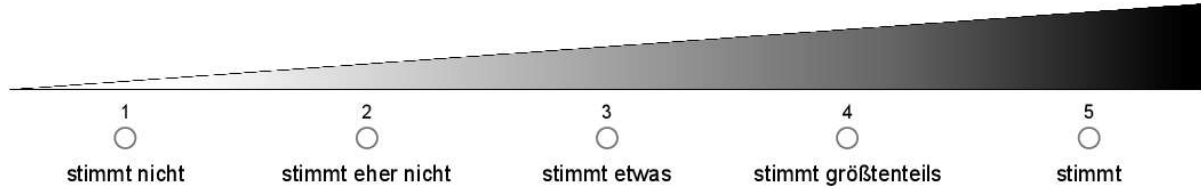
20.11.22, 18:24

Korrekturfahrne base (test313134) 20.11.2022, 18:24

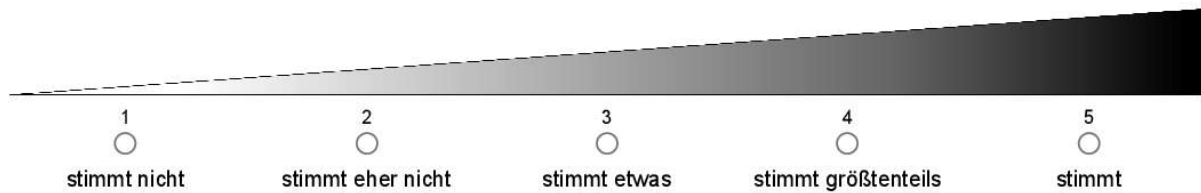
Seite 07

18. Ich denke, es wäre besser gewesen, wenn ich gestorben wäre und sie*er noch leben würde

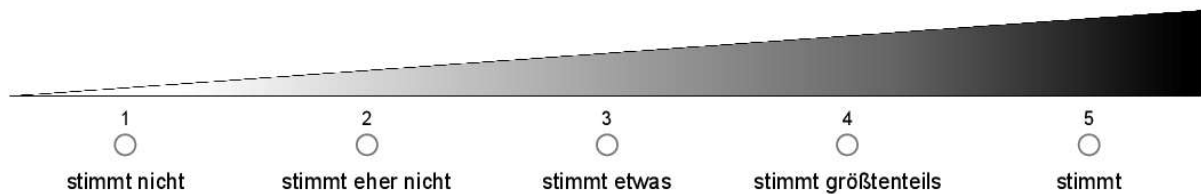
A011

**19. Ich sehe jetzt wieder hoffnungsvoller in die Zukunft**

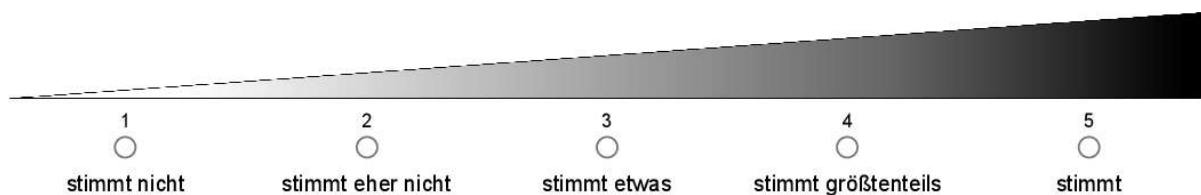
A012

**20. Ich habe häufig Kopfschmerzen**

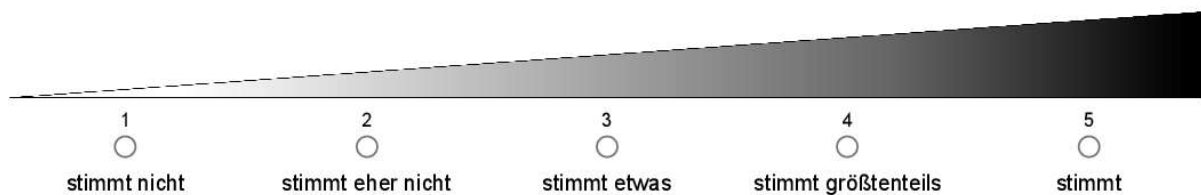
A013

**21. Ich fühle eine Schwere in meinem Herzen**

A014

**22. Ich spüre Rachegefühle in mir**

A015

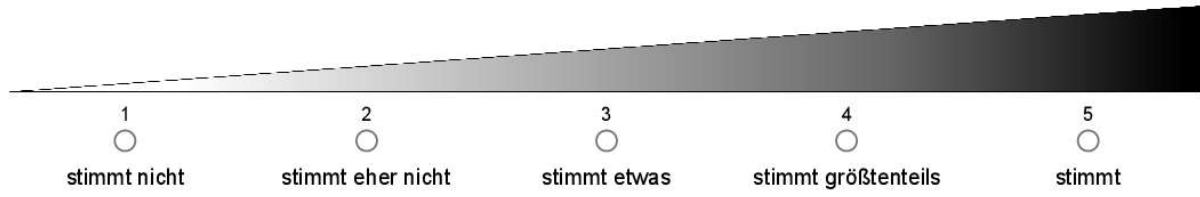


A016

20.11.22, 18:24

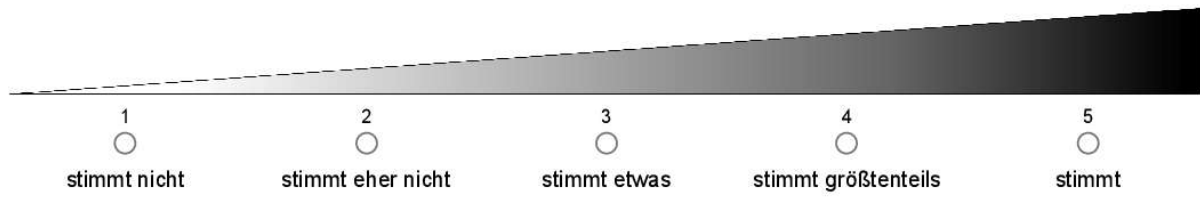
Korrekturfahne base (test313134) 20.11.2022, 18:24

23. Ich fühle ein Brennen in meinem Magen



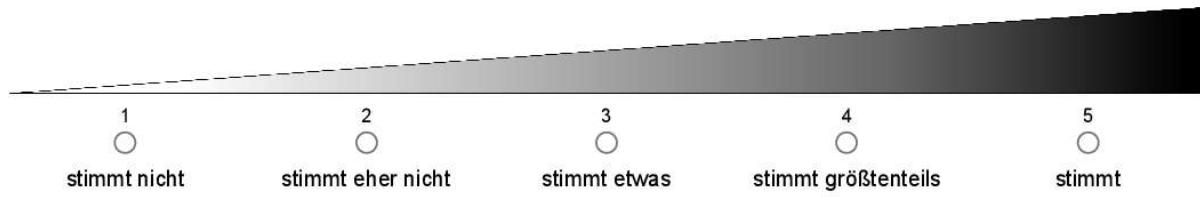
24. Ich möchte sterben, um bei ihr*ihm zu sein

A017



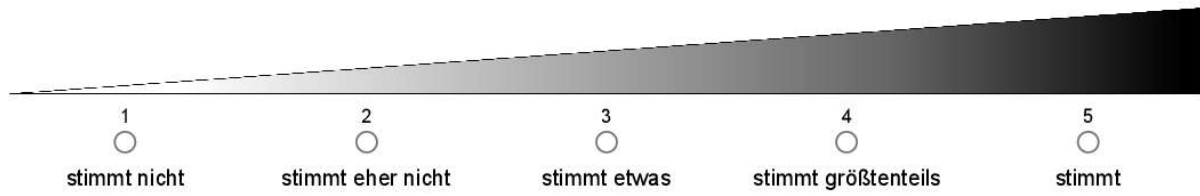
25. Ich habe häufig Muskelverspannungen

A018



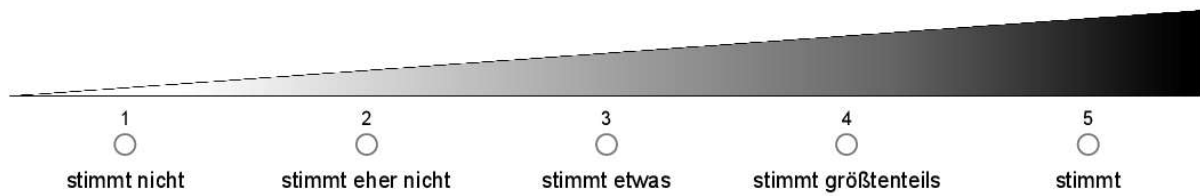
26. Ich habe jetzt mehr Mitgefühl für andere

A019



27. Ich vergesse jetzt häufiger Dinge, wie z.B. Namen oder Telefonnummern


A020



20.11.22, 18:24


Korrekturfahne base (test313134) 20.11.2022, 18:24

Seite 08

28. Ich fühle mich wankend und unsicherA021 


1 2 3 4 5

stimmt nicht stimmt eher nicht stimmt etwas stimmt größtenteils stimmt

29. Ich weiß nicht mehr, wer ich wirklich binA022 


1 2 3 4 5

stimmt nicht stimmt eher nicht stimmt etwas stimmt größtenteils stimmt

30. Ich habe mein Selbstvertrauen verlorenA023 


1 2 3 4 5

stimmt nicht stimmt eher nicht stimmt etwas stimmt größtenteils stimmt

31. Durch die Trauer, die ich erlebt habe, bin ich innerlich stärker gewordenA024 


1 2 3 4 5

stimmt nicht stimmt eher nicht stimmt etwas stimmt größtenteils stimmt

32. Ich glaube nicht, dass ich jemals wieder glücklich sein werdeA025 

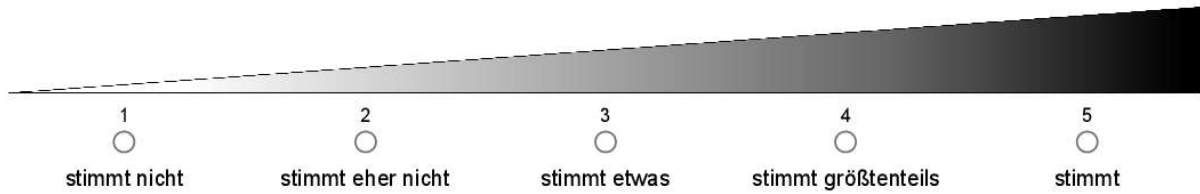
1 2 3 4 5

stimmt nicht stimmt eher nicht stimmt etwas stimmt größtenteils stimmt

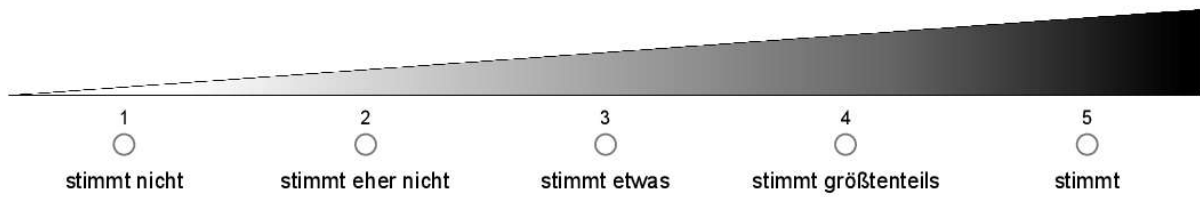
A026 

20.11.22, 18:24

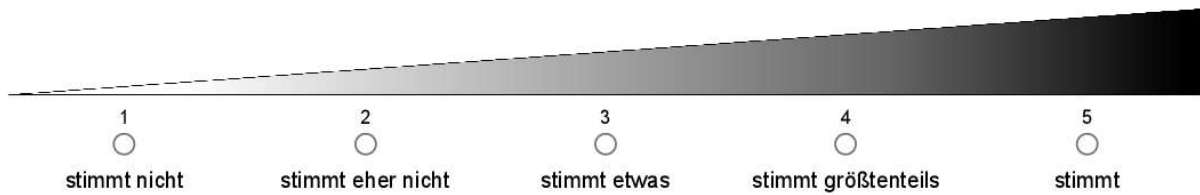
Korrekturfahrne base (test313134) 20.11.2022, 18:24

33. Es fällt mir schwer, mich an Dinge aus der Vergangenheit zu erinnern**34. Ich bin oft voller Angst**

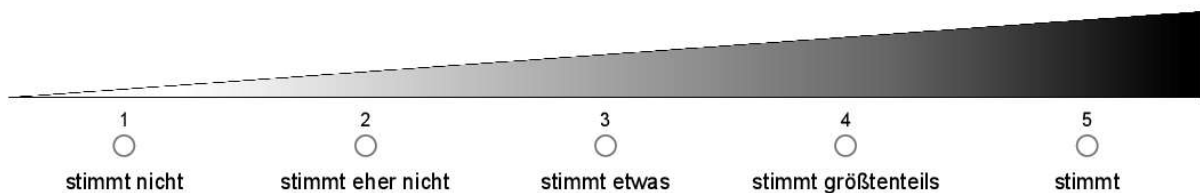
A027

**35. Ich fühle mich unfähig, mit der derzeitigen Situation fertig zu werden**

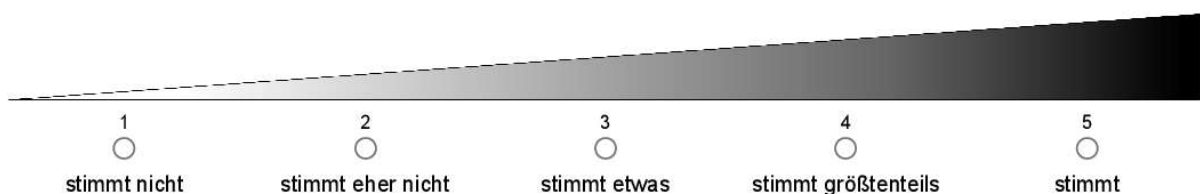
A028

**36. Ich quäle mich oft mit Gedanken über ihren*seinen Tod**

A029

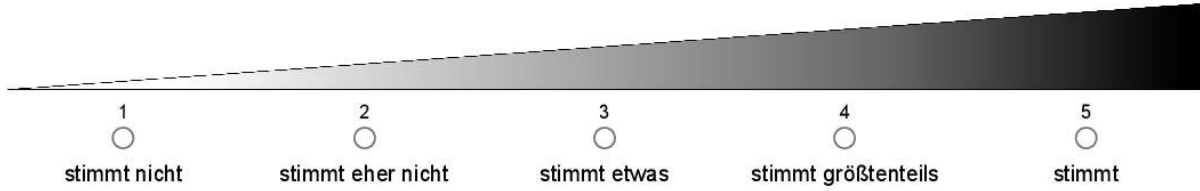
**37. Ich bin jetzt eine nachsichtigere Person**

A030



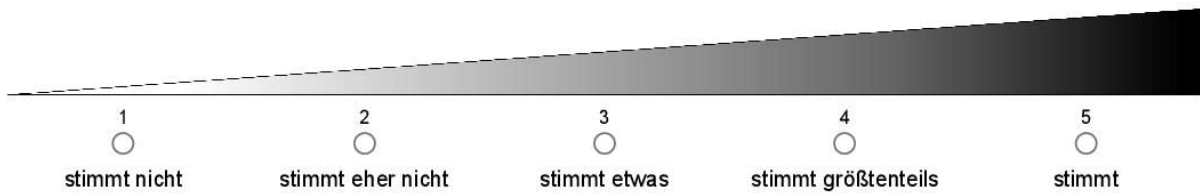
38. Schon Kleinigkeiten lösen bei mir Panikattacken aus

A031



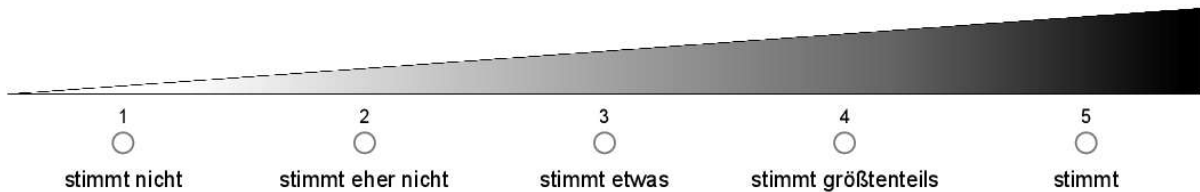
39. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren

A032



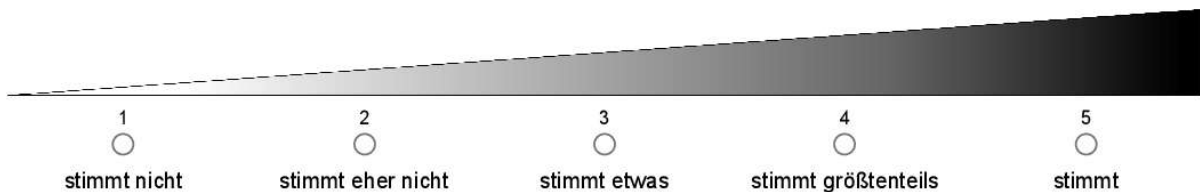
40. Ich fühle mich so, als wäre ich in Trance

A033



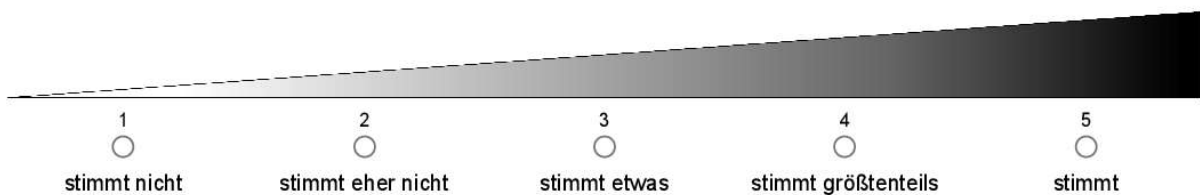
41. Ich leide unter Kurzatmigkeit

A034



42. Ich vermeide Zärtlichkeiten

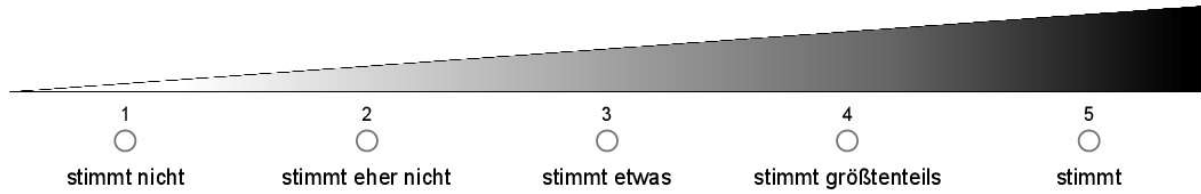
A035



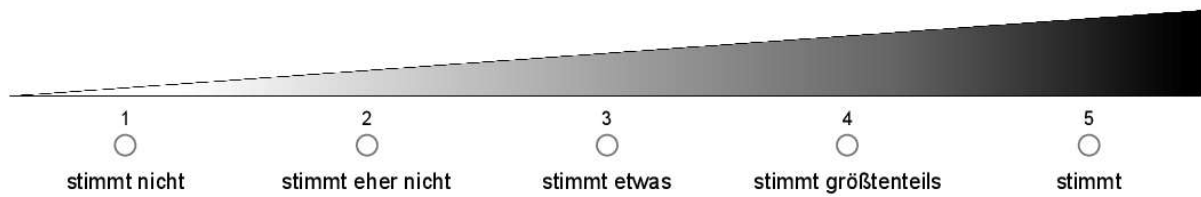
A036

20.11.22, 18:24

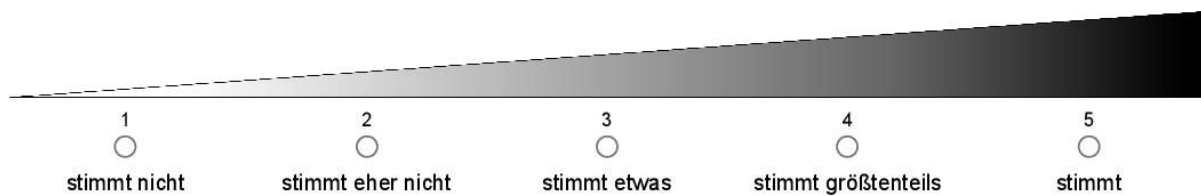
Korrekturfahne base (test313134) 20.11.2022, 18:24

43. Ich bin mir gegenüber toleranter geworden**44. Ich habe feindselige Gefühle**

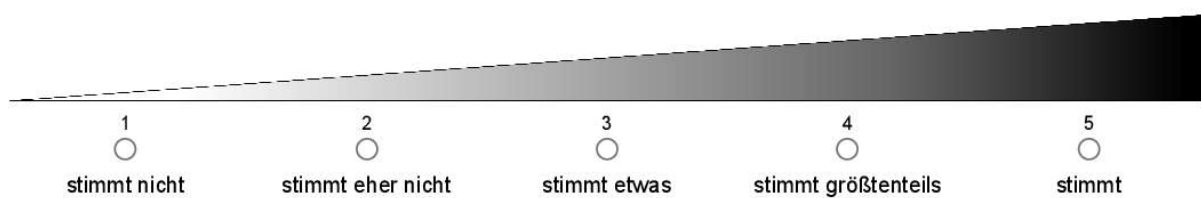
A037

**45. Manchmal ist mir schwindelig**

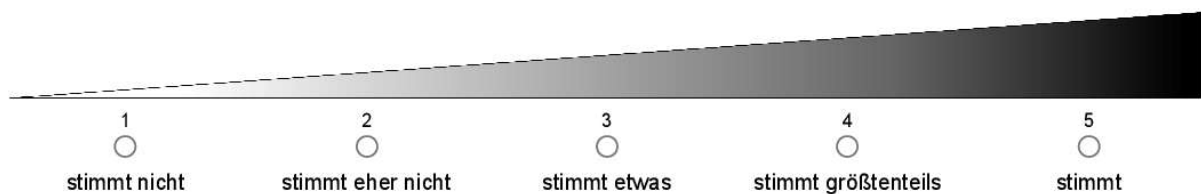
A038

**46. Ich habe Schwierigkeiten, neue Dinge zu lernen**

A039

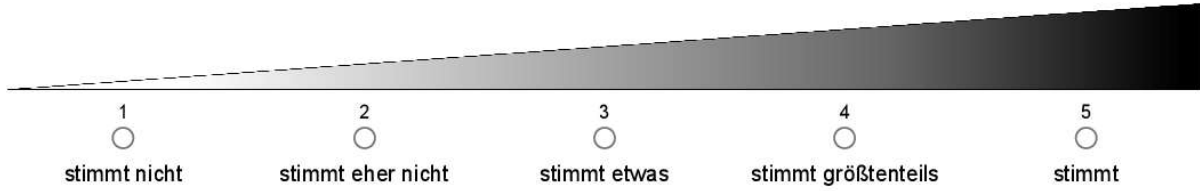
**47. Es fällt mir schwer zu akzeptieren, dass der Tod endgültig ist**

A040



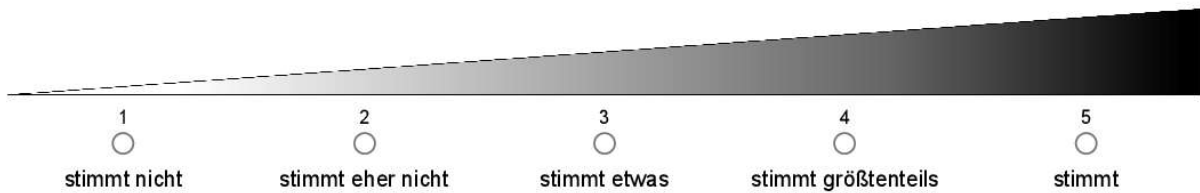
48. Ich bin anderen gegenüber toleranter

A041



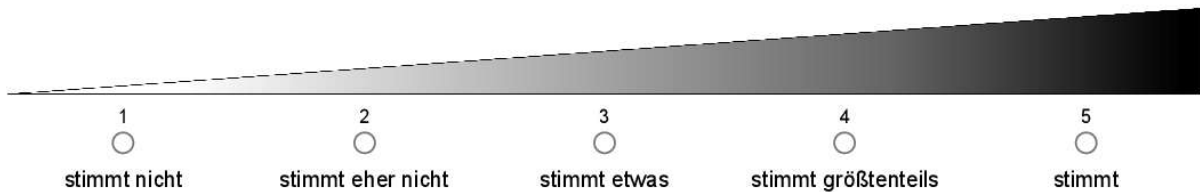
49. Ich schiebe anderen die Schuld zu

A042



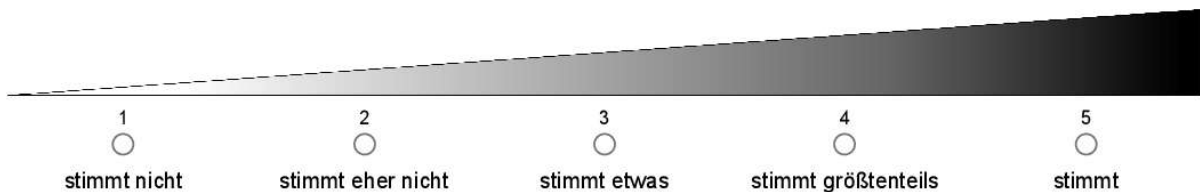
50. Ich habe das Gefühl, als würde ich mich selber nicht kennen

A043



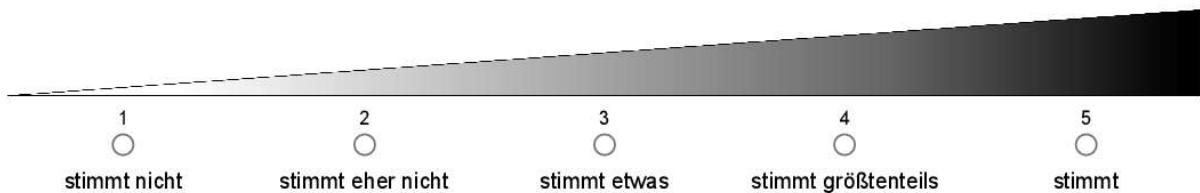
51. Ich bin oft müde

A044



52. Ich sehe voller Hoffnung in die Zukunft

A045

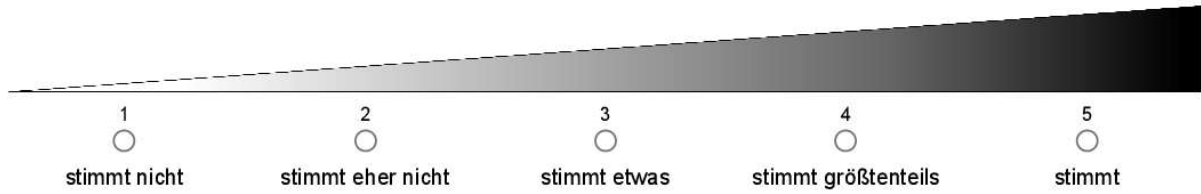


A046

20.11.22, 18:24

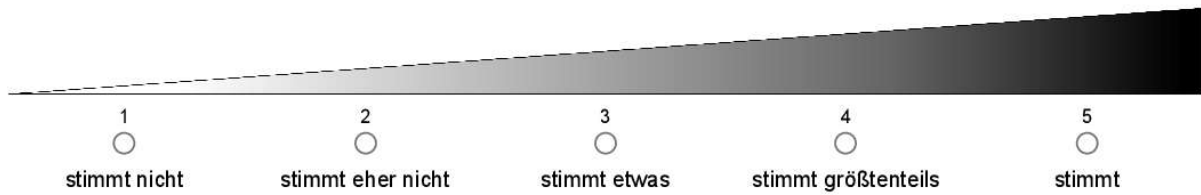
Korrekturfahrne base (test313134) 20.11.2022, 18:24

53. Abstraktes Denken fällt mir seit ihrem*seinem Tod schwer



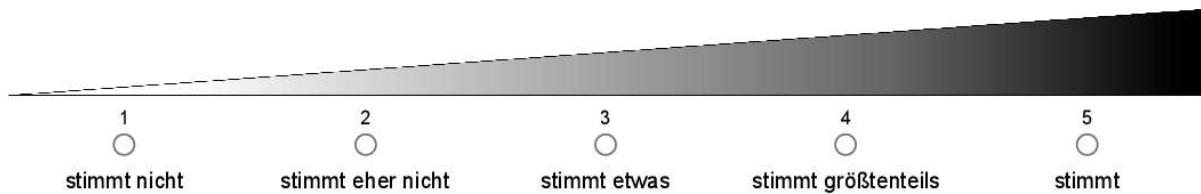
54. Ich habe keine Hoffnung mehr

A047



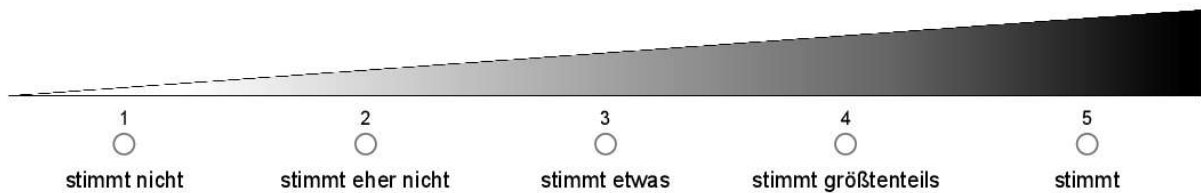
55. Ich möchte anderen Schaden zufügen

A048



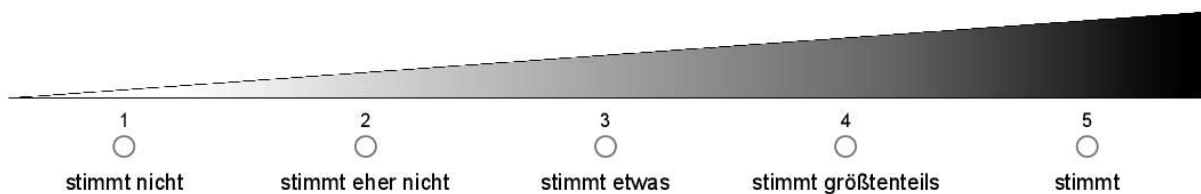
56. Ich habe Schwierigkeiten, neue Informationen zu behalten

A049



57. Ich fühle mich häufiger krank

A050



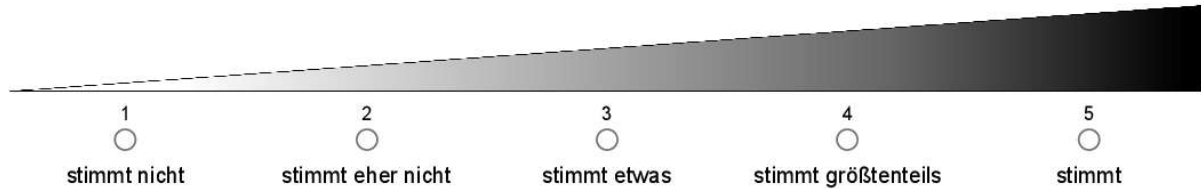
20.11.22, 18:24

Korrekturfahne base (test313134) 20.11.2022, 18:24

Seite 11

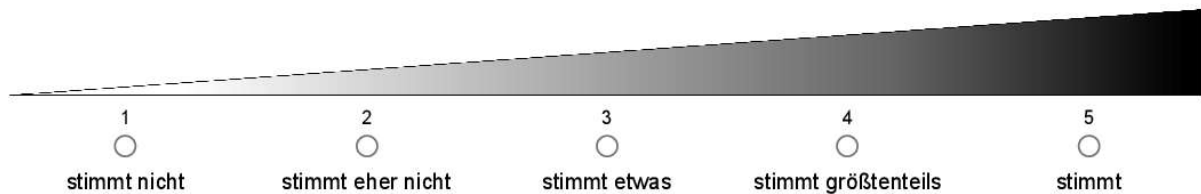
58. Ich habe einen Wendepunkt erreicht, an dem ich begonnen habe, einen Teil meiner Trauer loszulassen

A051



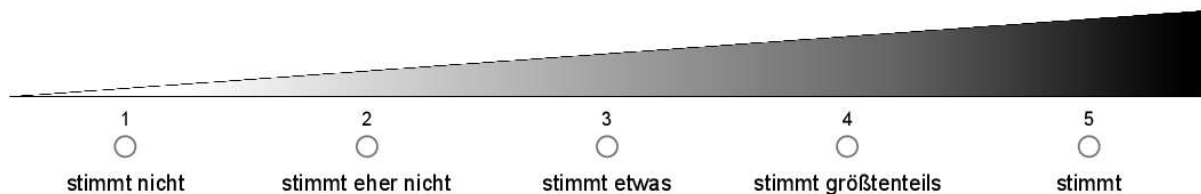
59. Ich habe oft Rückenschmerzen

A052



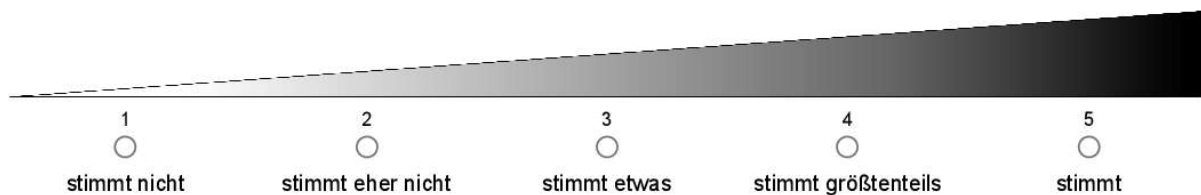
60. Ich habe Angst davor, dass ich die Kontrolle über mich verliere

A053



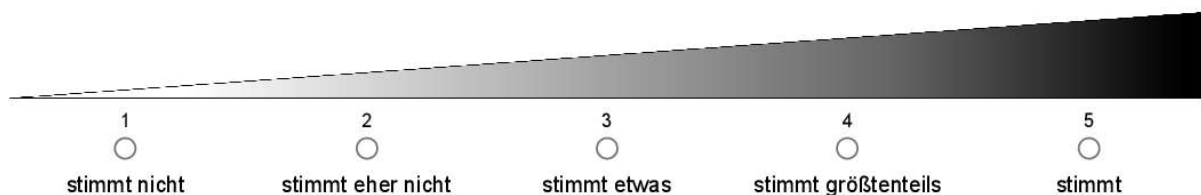
61. Ich spüre eine Distanz zwischen mir und anderen

A054



62. Ich weine häufig

A055

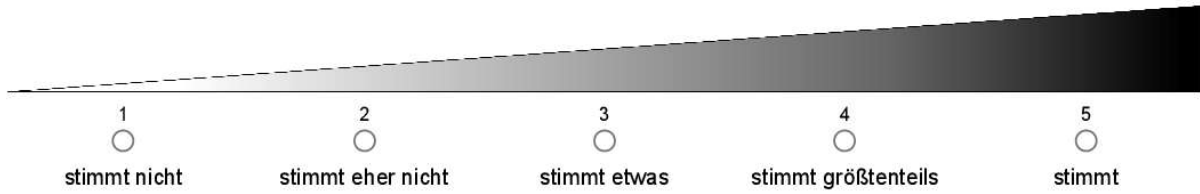


A056

20.11.22, 18:24

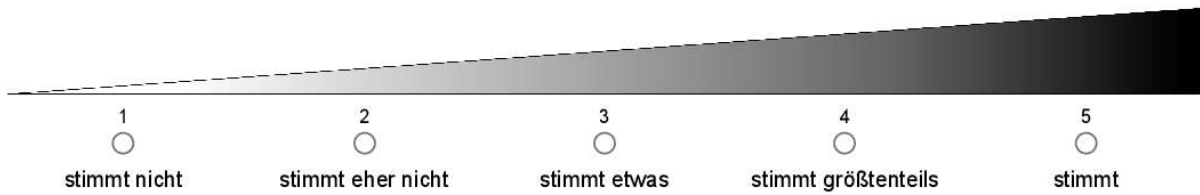
Korrekturfahrne base (test313134) 20.11.2022, 18:24

63. Ich erschrecke leicht



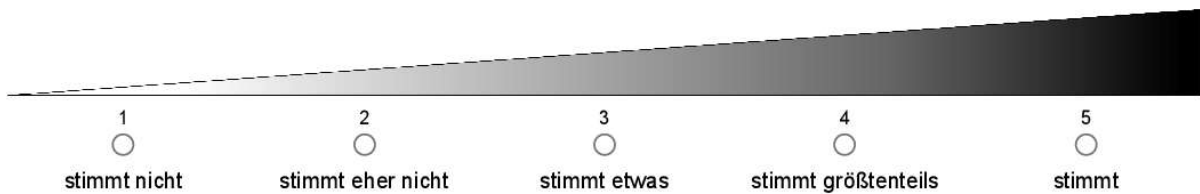
64. Alle Aufgaben erscheinen mir unüberwindlich

A057



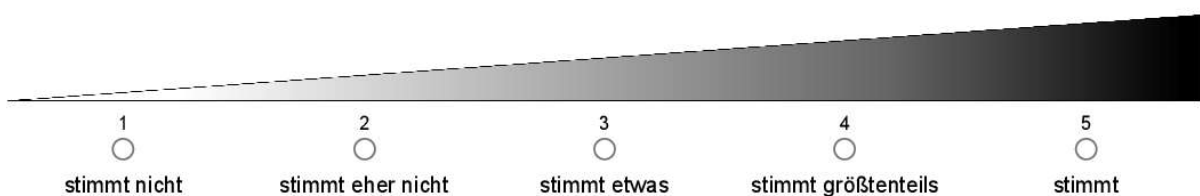
65. Ich werde oft ärgerlich

A058



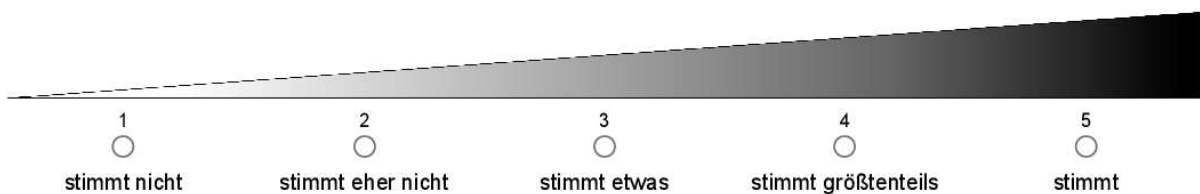
66. Mich schmerzt oft die Einsamkeit

A059



67. Ich habe mehr gute als schlechte Tage

A060



A061

20.11.22, 18:24

Korrekturfahne base (test313134) 20.11.2022, 18:24

68. Ich zeige anderen gegenüber jetzt mehr Anteilnahme

1

2

3

4

5

stimmt nicht stimmt eher nicht stimmt etwas stimmt größtenteils stimmt

Seite 12

A206

Folgende Fragen beziehen sich auf die Möglichkeit des Abschiednehmens von Ihrer nahestehenden, verstorbenen Person. A206

Dieser Teil umfasst fünf Fragen. Nach der Beantwortung dieser fünf Fragen ist der Fragebogen abgeschlossen.

20.11.22, 18:24

Korrekturfahne base (test313134) 20.11.2022, 18:24

Seite 13

69. War Ihr*e Angehörige*r/Zugehörige*r zum Zeitpunkt des Versterbens mit Covid-19 infiziert?

A201

- ja
- nein
- unbekannt

70. Konnten Sie sich vor dem Versterben von Ihrer*Ihrem Angehörigen bzw. Zugehörigen verabschieden?

A202

- ja
- nein
- aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich
- möglich, aber nicht in Anspruch genommen

71. Konnten Sie sich nach dem Versterben von Ihrer*Ihrem Angehörigen bzw. Zugehörigen verabschieden?

A203

- ja
- nein
- aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich
- möglich, aber nicht in Anspruch genommen

72. Konnten Sie an der Beisetzung oder Trauerfeier teilnehmen?

A204

- ja
- nein
- aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht möglich
- möglich, aber nicht in Anspruch genommen

73. Hatten Sie während der Tage, um das Versterben Ihrer nahestehenden Person herum, Menschen, die Ihnen beiseite standen?

A205

- ja
- nein
- teilweise

Seite 14

Möglichkeit der separaten Speicherung von Kontaktdaten

A501

- Ich bin Student*in der Otto-Friedrich-Universität in Bamberg (Psychologie)
- Ich interessiere mich für die **Ergebnisse dieser Studie** und hätte gerne eine Zusammenfassung per E-Mail.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Kontakt für weitere Fragen bzw. Anmerkungen: Iris-Josefa.Zinkand@stud.uni-bamberg.de

Möchten Sie in Zukunft an interessanten und spannenden Online-Befragungen teilnehmen?

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie Ihre E-Mail-Adresse für das SoSci Panel anmelden und damit wissenschaftliche Forschungsprojekte unterstützen.

E-Mail:

Die Teilnahme am SoSci Panel ist freiwillig, unverbindlich und kann jederzeit widerrufen werden. Das SoSci Panel speichert Ihre E-Mail-Adresse nicht ohne Ihr Einverständnis, sendet Ihnen keine Werbung und gibt Ihre E-Mail-Adresse nicht an Dritte weiter.

Sie können das Browserfenster selbstverständlich auch schließen, ohne am SoSci Panel teilzunehmen.

Iris Zinkand, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Lehrstuhl für
Gesundheitspsychologie – 2022