



## Finanzierung von Trauerarbeit - Trauer als Diagnose?

Heiner Melching, Berlin  
Dipl. Soz.-Päd. / Trauerbegleiter (ITA)  
Geschäftsführer der DGP [www.palliativmedizin.de](http://www.palliativmedizin.de)  
E-Mail: [heiner.melching@palliativmedizin.de](mailto:heiner.melching@palliativmedizin.de)

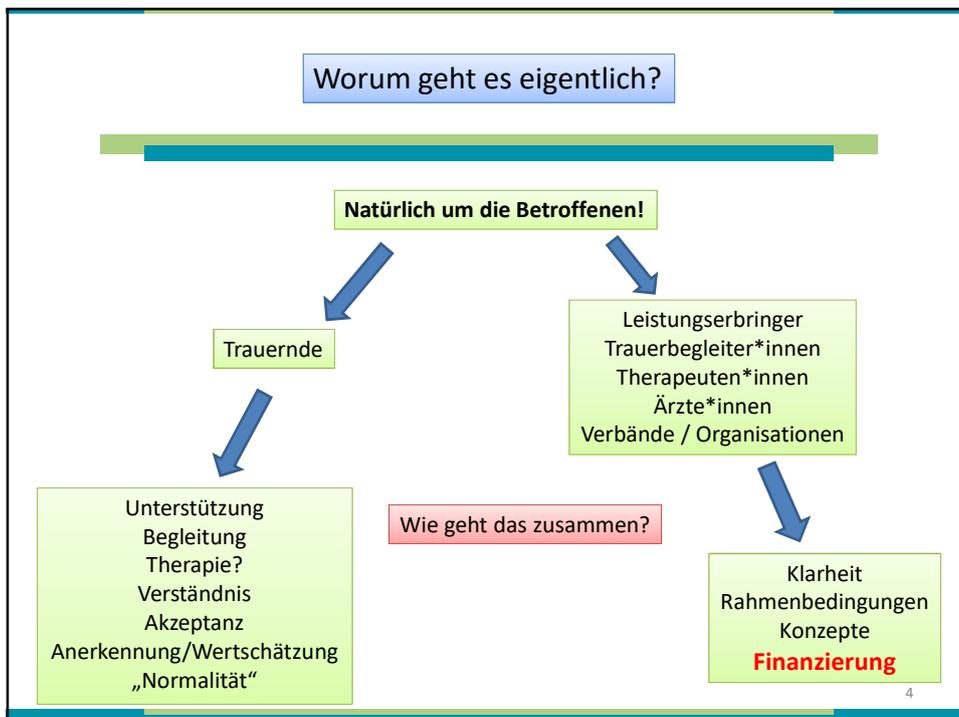
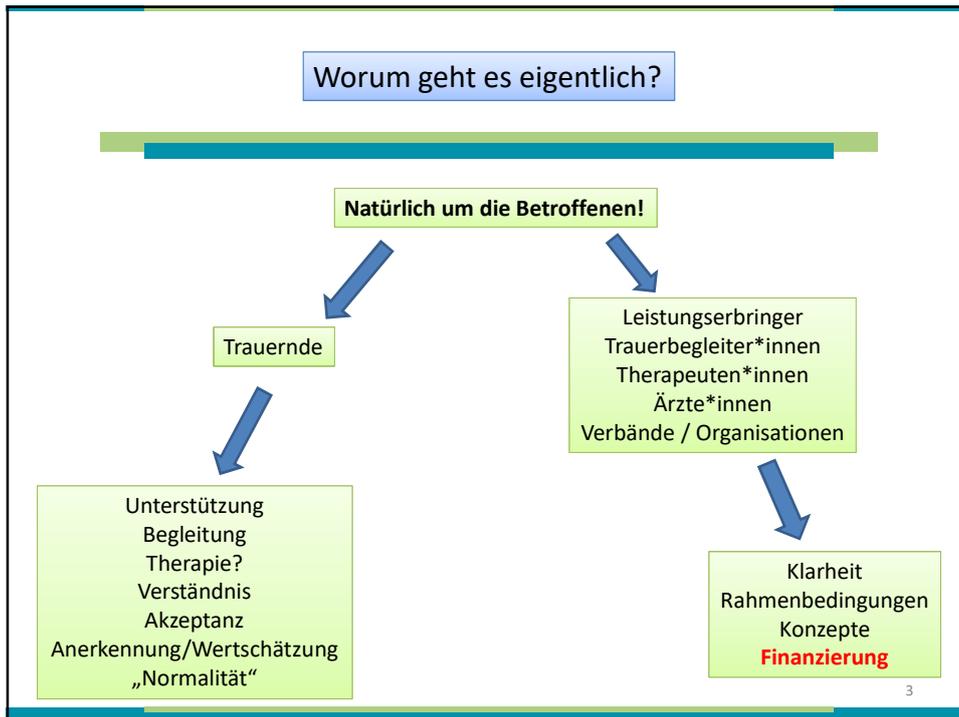
1

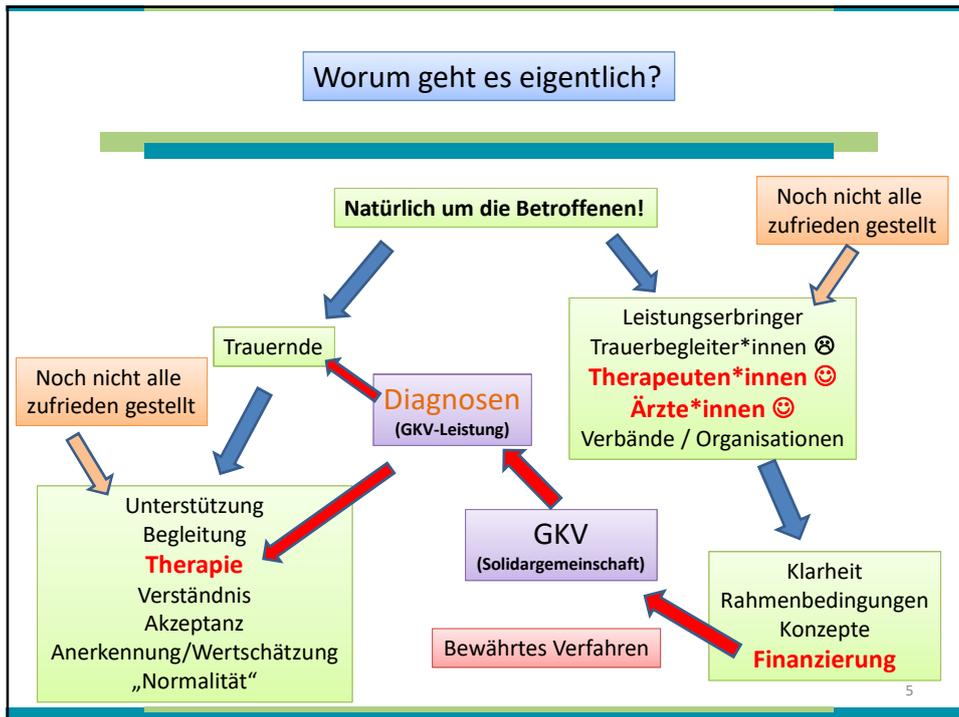


## Finanzierung von **Trauerarbeit** Trauerbegleitung (Therapie?) - Trauer als Diagnose?

Heiner Melching, Berlin  
Dipl. Soz.-Päd. / Trauerbegleiter (ITA)  
Geschäftsführer der DGP [www.palliativmedizin.de](http://www.palliativmedizin.de)  
E-Mail: [heiner.melching@palliativmedizin.de](mailto:heiner.melching@palliativmedizin.de)

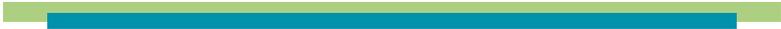
2





Finanzierung von Trauerbegleitung?  
-  
Trauer als Diagnose?

6



**Finanzierung von Trauerbegleitung?**

-

**Trauer als Diagnose?**

**Kann/sollte zunächst getrennt von einander betrachtet werden!**

7



**Die Diskussionen zum ICD 11**

**Trauer als Diagnose?**

8

In einer deutschen Repräsentativbefragung (N = 2.520) lag die bedingte **Wahrscheinlichkeit, eine Diagnose** einer anhaltenden Trauerstörung zu erhalten **bei 6.7%** und die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung betrug 3.7%  
(Kersting, Brähler, Glaesmer & Wagner, 2011).

9

## Die Diskussionen zum ICD 11

**Welche Form der Trauer** als Diagnose?

10

## Die Diskussionen zum ICD 11

Pathologische Trauer?

Erschwerte Trauer?

Verlängerte Trauer?

Traumatische Trauer?

Welche Form der Trauer als Diagnose?

Komplizierte Trauer?

Verzögerte Trauer?

Risikotrauer?

Prolongierte Trauer?

Persistierende komplexe Trauerstörung?

Belastungsstörung nach Verlust?

Anhaltende Trauerstörung?

## Bisher mögliche Diagnosen in der ICD 10?

- F43 – Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen.
- F43.0 – akute Belastungsstörung,
- F43.1 – posttraumatische Belastungsstörung
- F43.2 – Anpassungsstörungen
- F43.8 - Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung
- F32 - Depressive Episode
- F34.1 – Dysthymia aus dem Bereich der affektiven Störungen
  
- Z63.4 - Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen - Vermuteter Tod eines Familienangehörigen (kein Krankheitswert im Sinne einer psychischen Störung)

## International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

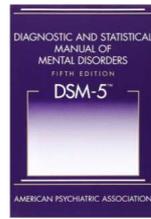
(ICD Version ICD-10 GM;  
Internationale statistische  
Klassifikation der Krankheiten und  
verwandter Gesundheitsprobleme)



Konzipiert als **weltweit verbindliche Nomenklatur aller Erkrankungen** mit  
Einschluss psychischer Störungen.

## Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

(DSM Version DSM5;  
Diagnostisches und  
Statistisches Handbuch  
Psychischer Störungen)



Konzipiert als **klinisches und forschungsrelevantes prozedurales Manual psychischer Störungen.**

13

## DSM V / ICD 11



17. Mai 2013

### **Trauer ist keine psychische Krankheit**

#### **BPTK warnt vor dem Aufweichen diagnostischer Kriterien**

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) warnt davor, die diagnostischen Kriterien für psychische Erkrankungen aufzuweichen. Anlässlich der morgen erscheinenden Neufassung des Diagnostik-Handbuchs für psychische Störungen DSM-V in den USA, kritisiert BPTK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter, dass darin Trauer nach dem Verlust einer nahestehenden Person bereits nach zwei Wochen als Krankheit eingestuft werden kann. „Wer intensiv trauert, erfüllt zwar häufig formal die Kriterien einer Depression, ist aber nicht krank“, stellt der BPTK-Präsident fest. „Die meisten Trauernden verkraften ohne Behandlung den Verlust einer geliebten Person.“ Der Schmerz von Trauernden kann durchaus Monate oder über ein Jahr dauern und sollte nicht als behandlungsbedürftig gelten.“

Die „American Psychiatric Association“ (APA) veröffentlicht am 18. Mai 2013 die fünfte Fassung ihres Handbuchs DSM-V („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V“). Das Handbuch wird auch die Neufassung des Klassifikationssystems ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beeinflussen. Im Kapitel V des ICD-10 sind die psychischen Erkrankungen beschrieben, aufgrund derer ein Mensch in Deutschland von Ärzten und Psychotherapeuten als krank diagnostiziert werden kann. „Für die Entwickler des ICD-11 sind die Kritikpunkte am DSM-V sicherlich wichtige Warnsignale“, sagt BPTK-Präsident Richter.

14

## Die [ICD-11](#) umfasst 55.000 Krankheiten, Symptome und Verletzungsursachen. Sie tritt am 1. Januar 2022 in Kraft

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 04 / 2019)

Search  [Advanced Search] Browse Coding Tool Special Views Info

Foundation Id : <http://id.who.int/icd/entity/991786158>

### Disorders specifically associated with stress

**Parent**

06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders

**Description**

Disorders specifically associated with stress are directly related to exposure to a stressful or traumatic event, or a series of such events or adverse experiences. For each of the disorders in this grouping, an identifiable stressor is a necessary, though not sufficient, causal factor. Although not all individuals exposed to an identified stressor will develop a disorder, the disorders in this grouping would not have occurred without experiencing the stressor. Stressful events for some disorders in this grouping are within the normal range of life experiences (e.g., divorce, socio-economic problems, bereavement). Other disorders require the experience of a stressor of an extremely threatening or horrific nature (i.e., potentially traumatic events). With all disorders in this grouping, it is the nature, pattern, and duration of the symptoms that arise in response to the stressful events—together with associated functional impairment—that distinguishes the disorders.

**Exclusions**

- Burn-out (QD65)
- Acute stress reaction (QE84)

ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics

- ▶ 01 Certain infectious or parasitic diseases
- ▶ 02 Neoplasms
- ▶ 03 Diseases of the blood or blood-forming organs
- ▶ 04 Diseases of the immune system
- ▶ 05 Endocrine, nutritional or metabolic diseases
- ▼ 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders
  - ▶ Neurodevelopmental disorders
  - ▶ Schizophrenia or other primary psychotic disorders
  - ▶ Catatonia
  - ▶ Mood disorders
  - ▶ Anxiety or fear-related disorders
  - ▶ Obsessive-compulsive or related disorders
  - ▼ Disorders specifically associated with stress
    - 6B40 Post traumatic stress disorder
    - 6B41 Complex post traumatic stress disorder
    - 6B42 Prolonged grief disorder
    - 6B43 Adjustment disorder
    - 6B44 Reactive attachment disorder
    - 6B45 Disinhibited social engagement disorder

15

## Anhaltende Trauerstörung im ICD 11

Foundation Id : <http://id.who.int/icd/entity/1183832314>

### 6B42 Prolonged grief disorder

**Parent**

Disorders specifically associated with stress

Show all ancestors 

**Description**

Prolonged grief disorder is a disturbance in which, following the death of a partner, parent, child, or other person close to the bereaved, there is persistent and pervasive grief response characterized by longing for the deceased or persistent preoccupation with the deceased accompanied by intense emotional pain (e.g., sadness, guilt, anger, denial, blame, difficulty accepting the death, feeling one has lost a part of one's self, an inability to experience positive mood, emotional numbness, difficulty in engaging with social or other activities). The grief response has persisted for an atypically long period of time following the loss (more than 6 months at a minimum) and clearly exceeds expected social, cultural or religious norms for the individual's culture and context. Grief reactions that have persisted for longer periods that are within a normative period of grieving given the person's cultural and religious context are viewed as normal bereavement responses and are not assigned a diagnosis. The disturbance causes significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.

16

Die anhaltende Trauerstörung zeichnet sich durch eine **anhaltende und allgegenwärtige Trauerreaktion** nach dem Tod eines Partners, Elternteils, Kindes oder einer anderen nahestehenden Person aus. Die **Störung ist charakterisiert durch Sich-Sehnen bzw. Verlangen nach der verstorbenen Person** oder durch eine **anhaltende Beschäftigung mit der verstorbenen Person** in Begleitung einer **intensiven Trauer**, die gekennzeichnet ist mit emotionalem Schmerz, z.B.:

- Traurigkeit
- Schuldgefühle
- Wut
- Verleugnung
- Vorwürfe
- Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren
- Gefühl, ein Teil von einem selbst wäre gestorben
- Unfähigkeit zu positiver Stimmung
- emotionale Taubheit
- Schwierigkeiten, sich auf soziale oder andere Aktivitäten einzulassen

Die Trauerreaktion dauert für einen untypisch langen Zeitraum nach dem Verlust an (**mindestens 6 Monate**) und **geht deutlich über erwartete soziale, kulturelle oder religiöse Normen der Kultur und des Umfelds der Person hinaus**. Trauerreaktionen, die längere Zeit andauern, aber unter Berücksichtigung des kulturellen und religiösen Kontexts der Person zeitlich innerhalb der Norm liegen, werden als normale Verlustreaktionen betrachtet und nicht mit einer Diagnose versehen. Die Störung verursacht **bedeutsame Beeinträchtigungen** in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

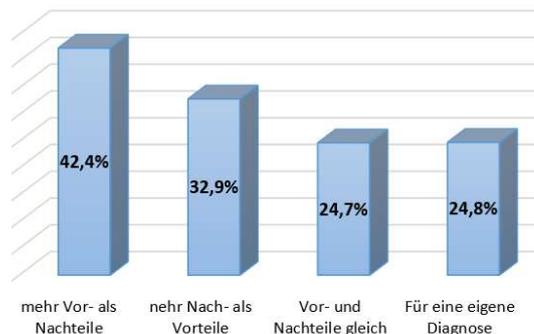
17

### Akzeptanz der anhaltenden Trauerstörung als Diagnose: Was halten Fachkräfte davon, diese neue Störung in die ICD-11 aufzunehmen?

Dietl, Leonie; Wagner, Birgit; Fydrich, Thomas Fydrich (2018): "User acceptability of the diagnosis of prolonged grief disorder: How do professionals think about inclusion in ICD-11?", in: Journal of Affective Disorders, Vol. 229, S. 306 - 313.

**Methoden:** Online-Befragung mit insgesamt 2088 deutschsprachigen Fachkräften aus den Bereichen Psychotherapie, Psychologie, Beratung, Medizin und Palliativversorgung.

**Ergebnisse:** Einschätzung zur neuen ICD 11 Diagnose



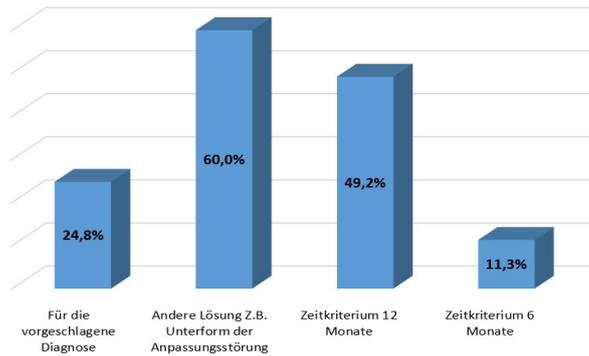
18

## Akzeptanz der anhaltenden Trauerstörung als Diagnose: Was halten Fachkräfte davon, diese neue Störung in die ICD-11 aufzunehmen?

Dietl, Leonie; Wagner, Birgit; Fydrich, Thomas Fydrich (2018): "User acceptability of the diagnosis of prolonged grief disorder: How do professionals think about inclusion in ICD-11?", in: Journal of Affective Disorders, Vol. 229, S. 306 - 313.

**Methoden:** Online-Befragung mit insgesamt 2088 deutschsprachigen Fachkräften aus den Bereichen Psychotherapie, Psychologie, Beratung, Medizin und Palliativversorgung.

**Ergebnisse:** Einschätzung zur neuen ICD 11 Diagnose



19

## Akzeptanz der anhaltenden Trauerstörung als Diagnose: Was halten Fachkräfte davon, diese neue Störung in die ICD-11 aufzunehmen?

Dietl, Leonie; Wagner, Birgit; Fydrich, Thomas Fydrich (2018): "User acceptability of the diagnosis of prolonged grief disorder: How do professionals think about inclusion in ICD-11?", in: Journal of Affective Disorders, Vol. 229, S. 306 - 313.

**Methoden:** Online-Befragung mit insgesamt 2088 deutschsprachigen Fachkräften aus den Bereichen Psychotherapie, Psychologie, Beratung, Medizin und Palliativversorgung.

**Ergebnisse / Bedenken:**

- **Bedenken betrafen vorwiegend die Gefahr einer Pathologisierung normaler Trauer und die Schwierigkeit, bei der Diagnosestellung verschiedene kulturelle Hintergründe nicht angemessen berücksichtigen zu können.**

**Einschränkungen:**

Die Ergebnisse beziehen sich überwiegend auf deutschsprachige Fachkräfte, die im Gesundheitswesen tätig sind.

**Schlussfolgerungen:** Die widerstreitenden Positionen, die in der Fachliteratur zu finden sind, spiegeln sich auch in den Antworten der Teilnehmer wieder.

20

## Stellungnahmen zur neuen Diagnose in der ICD 11



BUNDESVERBAND TRAUERBEGLEITUNG e.V.

Für uns als Verband der meisten Trauerbegleitungsausbilder\*innen in Deutschland und zahlreicher qualifizierter Trauerbegleiter\*innen ist Trauer eine natürliche und gesunde Reaktion auf Verluste vielfältiger Art. [...] Trauer ist ein Prozess, der sich in der Regel nicht kategorisieren lässt und keine Diagnose darstellt. [...]

Wie die internationale Trauerforschung seit Jahrzehnten beschreibt, gehen auch wir davon aus, dass es in etwa 10-20% der Trauerfälle zu einem problematischen Trauerverlauf kommt, der in der Regel professioneller Hilfe bedarf. Dazu haben wir bereits vor einigen Jahren ein differenziertes Klassifizierungssystem entwickelt, das nicht-erschwerte Trauer beschreibt, erschwerte Trauer als Prognose und traumatische und komplizierte bzw. verlängerte Trauer als Diagnosen beinhaltet. [...]

Grundsätzlich sehen wir Vorteile in einer neuen Diagnosemöglichkeit für komplizierte oder anhaltende Trauerprozesse. Die psychologische Behandlung von Menschen in problematischen Trauerverläufen wird dadurch mit den Krankenkassen abrechnungsfähig und muss nicht wie bisher unter anderen Diagnosen wie Depression oder Anpassungsstörung geschehen. Eine vermehrte Forschungstätigkeit und die Entwicklung neuer spezifischer Behandlungsmethoden sind zu erwarten und werden von uns begrüßt. [...]

Kritisch sehen wir den Zeitpunkt einer möglichen Diagnose „Anhaltende Trauerstörung“ ab sechs Monaten nach dem Verlust.[...]. Grundsätzlich jedoch sind wir der Ansicht, dass anhaltende oder komplizierte Trauerprozesse erst deutlich nach dem ersten Jahrestag des Todes zu erkennen sind.

Wir fürchten, dass die Diagnosemöglichkeit nach sechs Monaten zu einer Normierung des Trauerprozesses führen kann und zu einer Erwartung, dass eine Trauer nach sechs Monaten abgeschlossen zu sein hat, wenn sie gesund verläuft. [...] Auch die für die derzeit vorgeschlagene Diagnose „Anhaltende Trauerstörung“ beschriebenen Symptome können grundsätzlich Erlebensweisen eines gesunden Trauerprozesses sein.[...] Wir halten es für notwendig, dass Psychotherapeut\*innen und Berater\*innen durch Fort- und Weiterbildung auf die Begleitung von Menschen mit problematischen Trauerverläufen vorbereitet werden. Auch in der Psychotherapie und Beratung sind die Themen Tod, Sterben und Trauer noch häufig tabuisiert. Eine Integration dieser Themen in die Ausbildungsgänge für Psychotherapeut\*innen ist deshalb wünschenswert

21

## Stellungnahmen zur neuen Diagnose in der ICD 11



Deutscher Hospiz- und  
Palliativverband e.V.

Der DHPV begrüßt es, dass durch Einführung einer neuen Diagnose Menschen nach einem Verlust bei unerträglichem Leid die psychotherapeutische Behandlung erhalten können, die sie in ihrer Not brauchen. [...]

Sehr problematisch findet der DHPV jedoch in der derzeitigen Fassung der ICD-11 die Bezeichnung „Anhaltende Trauerstörung“, die der Idee der Entstehung von regionalen Kulturen der Trauer und damit einem positiv besetzten Trauerverständnis zuwider läuft.[...]

Falle einer Belastungsstörung nach Verlust sollte es deshalb das Angebot der therapeutischen Behandlung in 6B42 geben – unter dem Begriff „Post-loss stress disorder“ (Belastungsstörung nach Verlust).

### Begründung

Dem DHPV liegt daran, dass Trauer nicht pathologisiert wird, sondern weiterhin als heilende Kraft verstanden werden kann, die jeweils ihre Zeit braucht. In der ICD-11 6B42 heißt es ausdrücklich, dass der kulturelle und religiöse Zusammenhang berücksichtigt werden soll.3 Die Situation in Deutschland ist für den DHPV im Blick auf Verlusterfahrungen dadurch gekennzeichnet, dass sich hier in den letzten Jahrzehnten eine besondere Kultur der Trauer entwickelt hat. Sie droht durch den Begriff „Anhaltende Trauerstörung“ erheblich beeinträchtigt zu werden, sollte sich ein solcher Begriff allgemein durchsetzen.

22

## Stellungnahmen zur neuen Diagnose in der ICD 11



### Normalität von Trauer in der Gesellschaft stärken

Unabhängig von der Einführung einer spezifischen Trauer-Diagnose gilt es, in gesellschaftlicher Hinsicht nicht nur Tod und Sterben, sondern auch Trauer zu enttabuisieren. [...] Trauernde sollen wieder einen Platz in dieser Gesellschaft bekommen – ohne Berührungsängste, mit Verständnis, Würdigung und Fürsorglichkeit.

### Der Diskurs über Normalität und Krankheit in Bezug auf Trauer

[...] Es gibt Formen des Trauerns, die sich – ebenso wie anderes Erleben und Verhalten – extrem dysfunktional in Bezug auf die Lebensführung auswirken können. In den Krankheits-Klassifikations-Systemen (DSM und ICD) wird bei solch ausgeprägter Dysfunktionalität von einer „psychischen Störung“ gesprochen und eben **nicht** von „psychischer Krankheit“. Diese Begrifflichkeit bringt zum Ausdruck, dass nicht der betroffene Mensch insgesamt als krank verstanden wird, sondern Ausprägung und Form seines Erlebens und Verhaltens in Bezug auf bestimmte Inhalte mit einer selbstbestimmten und der Gesundheit zuträglichen Lebensführung nicht mehr vereinbar sind, er in seinem Lebensfluss mithin „gestört“ ist. Im Gegensatz zum „psychisch Kranken“ ist der „Mensch mit psychischer Störung“ nicht qualitativ unterschieden vom „gesunden“ Menschen. Eben dieses Verständnis von „psychischer Störung“ ist allerdings in weiten Teilen unserer Gesellschaft wohl weniger etabliert. Immer noch ist die Angst weit verbreitet als „nicht normal“ zu gelten. Die Diagnose einer psychischen Störung und deren Behandlung werden daher oft tabuisiert.

[...] Statt Trauer undifferenziert kategorisch als „gesund“ zu bezeichnen, **gilt es, die oft negativ stigmatisierende Bewertung und Einordnung psychischer Störungen per se zu hinterfragen.**

### „Trauerstörung“ in der Forschung

Das Zeitkriterium von mindestens 6 Monaten bedeutet nicht, dass jede Trauer, die länger als sechs Monate andauert, als pathologisch einzustufen sei. Sondern, dass diejenigen, die nach 1–2 Jahren eine sehr hohe Belastung aufweisen, frühestens sechs Monate nach dem Tod durch Tests zur Risikoeinschätzung zur Entwicklung einer komplizierter Trauer „herausgefiltert“ werden können. In den ersten sechs Monaten nach einem Todesfall kann also anhand der geschilderten Symptome nicht differenziert werden, wer langfristig mit einem hohen Risiko für komplizierte Trauer behaftet ist.

23

## Stellungnahmen zur neuen Diagnose in der ICD 11



### „Trauerstörung“ in der Forschung

Kritisch soll angemerkt werden, dass es weitere Forschung braucht – etwa mit verwaisten Eltern, trauernden Kindern und Trauer, die zurückliegende Traumata wieder reaktiviert –, um das Zeitkriterium in Hinblick auf seine Allgemeingültigkeit zu überprüfen. **Insgesamt muss Trauerforschung in Deutschland intensiver betrieben werden.**

### Die Diagnose in der Praxis

[...] Nur wenn Betroffene das Hilfesystem aufsuchen, kann eine entsprechende Diagnose gestellt werden. Bei Trauernden, die nicht das professionelle Hilfesystem (z.B. ambulante Psychotherapie) aufsuchen, kann diese Diagnose nicht gestellt werden. Sie können also auch nicht 6 Monaten nach Verlust des bedeutsamen Menschen pauschal vom Gesundheitssystem in ihrer Trauer pathologisiert werden.

Im Behandlungssystem selbst wird eine Diagnose „anhaltende Trauerstörung“ dafür sorgen, dass Wissen und Praxis über die psychotherapeutisch wirksame Behandlung dieser Störung systematisch in der Ausbildung von Psychotherapeuten verankert wird. Außerdem werden vermehrt spezifische Therapieformen entwickelt und evaluiert werden.

### Vermeidung von Fehldiagnosen und falschen Behandlungen

Die DGP weist darauf hin, dass Ärzte und Psychotherapeuten in der Verantwortung stehen, sich mit Einführung der Diagnose der anhaltenden Trauerstörung sowohl umfassend über „normale“ Trauer zu informieren als sich auch mit „komplizierter“ Trauer und derer adäquater Behandlung fachlich auseinanderzusetzen, sich zu qualifizieren und entsprechende Angebote bereitzustellen.

### Trauerbegleitung als maßgeblicher Baustein der Prävention

Die DGP unterstreicht die Wichtigkeit und Wirksamkeit von Trauerbegleitung, welche von unterschiedlichen Berufsgruppen sowie von geschulten Ehrenamtlichen geleistet wird. Sie verdient jede hilfreiche Form gesellschaftlicher Unterstützung und Anerkennung. Dieses Angebot muss weiter ausgebaut, bekannter gemacht und mit der Palliativversorgung und ambulant niedergelassenen Ärzten vernetzt werden. Denn Trauerbegleitung in ihrer gesamten Bandbreite hat nachweislich präventiven Charakter.

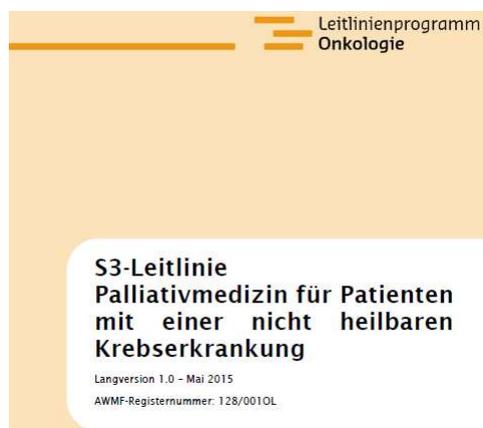
24

## Vermeidung von Fehldiagnosen und falschen Behandlungen

25

## Warum ist das ein Thema für die Palliativmedizin?

[www.palliativmedizin.de](http://www.palliativmedizin.de)



26

Suchen nach:  
trauer in das aktuelle Dokument

Ergebnisse:  
1 Dokument(e) mit 99 Treffer(n)

Neue Suche

Ergebnisse:

- Microsoft Word - Palliativmedizin\_Langfass...
- Verstorbener, **Trauer** .....
- und **Trauerbegleitung** .....
- und **Trauer** auseinanderzusetzen und d
- einer **Trauerreaktion** zuzuordnen ist. H
- normalen **Trauerreaktion** zu untersche
- einer **Trauerreaktion** [330] Depression
- Depression **Trauerreaktion** Gefühl des
- Depression **Trauerreaktion** Beständige
- für **Trauer**, 'Containing' von schmerzlic
- und **Trauerarbeit** · Ansprechen von S
- der **trauernden** Angehörigen einher [55
- anschließende **Trauerarbeit**. Angehörig
- de **Trauer** angesichts des Verlustes und de

Dateipfade ausblenden

[Einfache Suchoptionen verwenden](#)

Leitlinienprogramm  
Onkologie

**S3-Leitlinie  
Palliativmedizin für Patienten  
mit einer nicht heilbaren  
Krebserkrankung**

Langversion 1.0 - Mai 2015  
AWMF-Registernummer: 128/001OL

11.55.	Evidenzbasierte Schlüsselempfehlung
Empfehlungsgrad <b>B</b>	Angehörigen von Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i> sollte </i> auf Wunsch das Angebot einer <b> qualifizierten Trauerbegleitung </b> bzw. -beratung, auch über den Tod des Patienten hinaus, vermittelt werden.
Level of Evidence <b>4</b>	Quellen: -

**Tab. 22: Trauerbegleitung und Trauerkultur in Einrichtungen und Kliniken, die schwerkranke und sterbende Menschen betreuen und versorgen**

Zeitpunkt/Triggerpunkt	Angebot/ Intervention	Adressaten	Durchführende
Trauerkultur zum Umgang mit Verlusten und Trauer von Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter für die gesamte Einrichtung/Klinik			
Diagnose einer nicht heilbaren Krebskrankung des Patienten	Informationen über Angebote der Trauerbegleitung	→ Patienten → Angehörige	Befähigte Teammitglieder in der Patientenversorgung
Anfrage/Bedürfnisse des Patienten oder seiner Angehörigen im Verlauf der Behandlung	Frühzeitige Trauerberatung und -begleitung in Einzelgesprächen oder Gruppen	→ Patienten → Angehörige	Qualifizierte Trauerberater/-begleiter, z. B. aus dem Kreis der Hospizarbeit, der Seelsorge oder Psychoonkologen
→ Nach dem Versterben des Patienten → auf Anfrage der Angehörigen → Besondere Betroffenheit im Team	→ Trauerberatung und -begleitung in Einzelgesprächen oder Gruppen → Identifikation eventuell auftretender Anzeichen komplizierter Trauer	→ Angehörige → Team der Versorger	Qualifizierte Trauerberater/-begleiter, z. B. aus dem Kreis der Hospizarbeit, der Seelsorge oder Psychoonkologen
Bei Verdacht auf oder bereits diagnostizierte komplizierte Trauer	Psychotherapeutische Trauertherapie in Einzelgesprächen oder Gruppensetting	Angehörige mit komplizierten Trauerreaktionen	Qualifizierte Psychotherapeuten, Psychologen, Psychiater

29

Leitlinienprogramm  
Onkologie

**S3-Leitlinie  
Palliativmedizin für Patienten  
mit einer nicht heilbaren  
Krebskrankung**

Langversion 1.0 - Mai 2015  
AWMF-Registernummer: 128/001OL

## 8.2. Differenzialdiagnose Depression

8.1.	Konsensbasierte Schlüsselempfehlung
<b>EK</b>	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebskrankung und mit einer depressiven Symptomatik <i>soll</i> differenzialdiagnostisch überprüft werden, ob diese Symptomatik einer Anpassungsstörung, einer Dysthymie, einer depressiven Episode, einer organisch depressiven Störung oder einer <b>Trauerreaktion</b> zuzuordnen ist.

30



Darüber hinaus kann es bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung schwierig sein, eine Depression von einer **normalen Trauerreaktion** zu unterscheiden. Tabelle 14 gibt Hinweise auf die unterschiedlichen Merkmale. Patienten, die traurig oder beunruhigt sind, jedoch die Kriterien einer Depression nicht erfüllen, können ebenfalls von Unterstützung, Informationsgabe, Überweisung zum Palliativmediziner oder psychologischen Interventionen profitieren.

**Tabelle 14: Merkmale einer Depression versus einer Trauerreaktion [330]**

Depression	Trauerreaktion
Gefühl des Ausgestoßen seins oder Alleinseins	Gefühl mit Anderen in Verbindung zu stehen
Gefühl der Unveränderlichkeit	Gefühl, es geht wieder vorbei
Beständiges Gedankenkreisen, Hoffnungslosigkeit	Kann Erinnerungen genießen
Starke Selbst-Abwertung	Erhalt des Selbstwertgefühls
Konstant	Wellenförmig
Keine Hoffnung, kein Interesse an der Zukunft	Schaut vorwärts
Nur wenig Freude an Aktivitäten	Bewahrt das Vermögen, sich zu freuen
Suizidalität	Lebenswunsch

31



Darüber hinaus kann es bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung schwierig sein, eine Depression von einer **normalen Trauerreaktion** zu unterscheiden. Tabelle 14 gibt Hinweise auf die unterschiedlichen Merkmale. Patienten, die traurig oder beunruhigt sind, jedoch die Kriterien einer Depression nicht erfüllen, können ebenfalls von Unterstützung, Informationsgabe, Überweisung zum Palliativmediziner oder psychologischen Interventionen profitieren.

**Tabelle 14: Merkmale einer Depression versus einer Trauerreaktion [330]**

Depression	Trauerreaktion
Gefühl des Ausgestoßen seins oder Alleinseins	Gefühl mit Anderen in Verbindung zu stehen
Gefühl der Unveränderlichkeit	Gefühl, es geht wieder vorbei
Beständiges Gedankenkreisen, Hoffnungslosigkeit	Kann Erinnerungen genießen
Starke Selbst-Abwertung	Erhalt des Selbstwertgefühls
Konstant	Wellenförmig
Keine Hoffnung, kein Interesse an der Zukunft	Schaut vorwärts
Nur wenig Freude an Aktivitäten	Bewahrt das Vermögen, sich zu freuen
Suizidalität	Lebenswunsch

32

## Zusammenfassung der Argumente

Pro Diagnose ATS	Contra Diagnose ATS
Reduzierung von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen	Zunehmender (gesellschaftlicher) Druck auf Trauernde (auch durch Orientierung an gesellschaftlichen Normen und Erwartungen) - Zunehmender Interventionsdruck
Kostenübernahme für trauerspezifische Therapieformen	Unpassende Zeit und Symptomkriterien (Abgrenzungsprobleme)
Anreiz zu speziellen Aus- Fort- und Weiterbildungen für Psychotherapeuten*innen und Ärzten*innen	Keine Berücksichtigung von Art und Umständen des Verlustes (Beziehung, Todesursache, Rahmenbedingungen, usw.) Tendenz zur Vereinheitlichung höchst individueller Trauerprozesse
Anreiz zu weiterer Trauerforschung	Fehlende Therapiekonzepte (z.B. für Eltern, Geschwister, Kinder, Jugendliche, Ältere, usw.)
Anspruch für Trauernde auf Therapie/Behandlung (und AU Bescheinigung- allerdings erst nach 6 Monaten!!) nach Diagnosestellung	Zu wenig valide Forschungsergebnisse (wenig bis keine Berücksichtigung der Wünsche und Bedarfe von Trauernden)
	Delegation gesellschaftlicher Verantwortung an „Profis“ - Wozu eine Diagnose? Wer hat sie bisher vermisst?
	„Konkurrenz“ zu anderen Angeboten der Trauerbegleitung (Diagnoseunabhängig) ??

33

## Finanzierung von Trauerbegleitung

-  
ohne Diagnose?

34

**Der DHPV schlägt die Aufnahme eines neuen Absatzes in den § 39a SGB V vor, der die Begleitung Trauernder regelt:**

3) Die Krankenkasse hat die unter Abs. 1 und 2 genannten ambulanten Hospizdienste und stationären Hospize zu fördern, die für Versicherte nach dem Tod eines nahestehenden Menschen qualifizierte ehrenamtliche Trauerbegleitung erbringen.

Voraussetzung der Förderung ist, dass der ambulante Hospizdienst bzw. das stationäre Hospiz unter der fachlichen Verantwortung einer Sozialpädagogin, eines Sozialpädagogen oder einer anderen fachlich qualifizierten Person mit mehrjähriger Berufserfahrung im Feld der sozialen Arbeit oder im Gesundheitswesen steht und über eine entsprechende Weiterbildung im Bereich Trauerbegleitung verfügt und Leitungserfahrung nachweisen kann.

Die Einrichtung bzw. der Dienst erbringt Beratung zum Thema Trauer und Verlust durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Trauerbegleitung (einzeln/ Gruppen) zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten und Sachkosten.

Der Zuschuss zu den Personalkosten

## Fragen zur GKV Finanzierung von Trauerbegleitung (ohne Diagnose)

- Was ist Trauerbegleitung? (für wen? ab wann? Wie lange? Welches Setting?)
- Wirkung von Trauerbegleitung? (Wirkbereiche / Wirkfaktoren)
- Wer darf GKV-finanzierte Trauerbegleitung erbringen? (Qualifikation)
- Hat eine zunehmende „Professionalisierung“ von Trauerbegleitung den Rückgang gesellschaftlicher und nachbarschaftlicher Verantwortung zur Folge?
- Ist es ein Widerspruch, zu postulieren, dass Trauer eine ganz normale und gesunde Reaktion auf einen Verlust darstellt – und dann die Begleitung von Krankenkassen finanziert werden soll?

Aus der DGP Stellungnahme:

*„Trauerbegleitung in ihrer gesamten Bandbreite hat nachweislich präventiven Charakter.“*

37

Trauerbegleitung als Prävention !

Geht das nur mit einer GKV-Finanzierung?

GKV-Finanzierung  
VS.  
Individueller und gesellschaftlicher Selbstverantwortung?

Und: Welche Formen der Prävention sollen von den Krankenkassen (Solidargemeinschaft) finanziert werden?

38

## Welche Formen der Prävention sollen von den Krankenkassen (Solidargemeinschaft) finanziert werden?

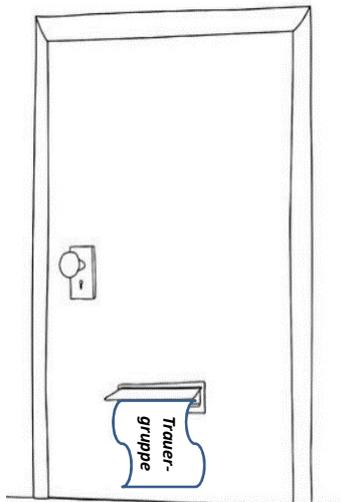


39

## Trauerkultur – wohin entwickelt sie sich?

Spezialisierte  
Trauerbegleitung

← **STB**



Allgemeine  
Trauerbegleitung

**ATB** →

40



DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

*Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit*

Heiner Melching, Berlin

Geschäftsführer der DGP [www.palliativmedizin.de](http://www.palliativmedizin.de)  
E-Mail: [heiner.melching@palliativmedizin.de](mailto:heiner.melching@palliativmedizin.de)

41

Auf Wiedersehen  
In Wiesbaden...

SAVE THE DATE  
[www.dgp2020.de](http://www.dgp2020.de)

9. - 12. SEPT  
2020  
WIESBADEN

**13. DGP KONGRESS**  
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

KONTROVERSEN AM LEBENSENDE

DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

[www.dgp2020.de](http://www.dgp2020.de)