

# Positionspapier zur familienorientierten Rehabilitation von verwaisten Familien

## Zielsetzung des Positionspapiers

Um sicherzustellen, dass im Rahmen der Leistungsgesetze der Renten- und Krankenversicherung schwerst chronisch kranke Kinder und ihre Familien eine Rehabilitationsleistung mit familienorientierter Zielsetzung erhalten können, haben die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und der GKV-Spitzenverband im Oktober 2009 eine **Verfahrensabsprache zu Anträgen auf Familienorientierte Rehabilitation** getroffen. Die am 1. Oktober 2009 in Kraft getretene Verfahrensabsprache regelt das Verfahren zur Durchführung einer "Familienorientierten Rehabilitation" (FOR) für Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen leiden, insbesondere an Krebserkrankungen, Mukoviszidose, Zustand nach Operationen am Herzen oder Organtransplantationen. Unter "FOR" ist dabei eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu verstehen, bei der das schwerst chronisch kranke Kind von seinen Eltern und/oder Geschwistern begleitet wird, weil die Erkrankung des Kindes auch gesundheitliche Auswirkungen auf die übrigen Familienangehörigen hat, so dass deren Einbeziehung in den Rehabilitationsprozess erforderlich ist.

In der Praxis hat sich nun gezeigt, dass sich in den betroffenen Familien nach dem Tod eines schwerst chronisch kranken Kindes ein Rehabilitationsbedarf ergeben kann. Ein Kind nach einer chronischen Erkrankung zu verlieren bedeutet zumeist, eine lange und belastende Zeit der Begleitung des Kindes während dessen Erkrankung miterlebt zu haben. Vor diesem Hintergrund entwickeln sich überdurchschnittlich häufig psychosomatische Symptome, psychische Belastungen bei den einzelnen Familienmitgliedern, die erhebliche Auswirkungen auf den Berufs- und Lebensalltag der verwaisten Familie haben. Aus der Gesamtheit aller psychischen, familiären, sozialen und körperlichen Folgen des Todesfalles bei den Hinterbliebenen kann sich ein Bedarf für eine stationäre medizinische Rehabilitation der verwaisten Familie ergeben. Im Gegensatz zu einem ambulanten Therapiesetting ist eine intensive ganzheitliche medizinische Behandlung und psychotherapeutische Begleitung der gesamten verwaisten Familien im Rahmen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme möglich. Ziel einer FOR für verwaiste Familien ist es, die Handlungsfähigkeit der Gesamtfamilie und damit aller Familienmitglieder im Berufs- und Lebensalltag wiederherzustellen.

Anliegen dieses Positionspapiers ist es, Rehabilitationsleistungen für verwaiste Familien als Sonderform der familienorientierten Rehabilitation zu definieren. Darüber hinaus wird die Ergänzung der **Verfahrensabsprache zu Anträgen auf Familienorientierte Rehabilitation** um diese neue Form der Familienorientierten Rehabilitation angestrebt.

Dieses Positionspapier zur familienorientierten Rehabilitation von verwaisten Familien wurde von der AOK Baden-Württemberg in Kooperation mit der DRV Baden-Württemberg verfasst.

## **Abgrenzung der Trauerbegriffe und Unterstützungsmöglichkeiten**

Rehabilitationsleistungen für verwaiste Familien i. S. dieses Positionspapiers werden für Familien erbracht, die ein Kind primär aufgrund einer der drei Hauptindikationen für eine familienorientierte Rehabilitation (Krebserkrankungen, Mukoviszidose, Zustand nach Operationen am Herzen oder Organtransplantationen) verloren haben. Zielgruppe sind die Eltern (oder die nächsten Bezugspersonen) und Geschwisterkinder des verstorbenen Kindes.

Medizinische Indikationen bei Eltern und Geschwisterkinder bestehen bei psychischen, somatischen und psychosomatischen Belastungssymptomen im Zusammenhang mit dem Tod des chronisch kranken Kindes, dann, wenn sie in der Kombination mit psychosozialen Risikofaktoren auftreten. In der Bewertung, ob eine familienorientierte Rehabilitation als zielführende Maßnahme in Betracht kommt, muss berücksichtigt werden, in welcher Verarbeitungsphase sich die Familienmitglieder befinden.<sup>1</sup>

- Körperliche, emotionale und soziale Symptome treten in der Regel in jedem Trauerprozess auf. "*Nicht-erschwerte Trauer*" besagt, dass der Trauerprozess nicht durch äußere Umstände behindert wird und seinen natürlichen Gang nehmen kann. Risikofaktoren und Ressourcen (siehe Tabelle im Anhang) halten sich die Waage.
- Der Begriff "*erschwerte Trauer*" umschreibt ein ungünstiges Verhältnis in der Balance zwischen Risikofaktoren und Ressourcen sowie das Vorhandensein bestimmter Symptome in einem Trauerprozess. Der Begriff kann im Sinne einer Prognose bereits vor bzw. kurz nach Eintritt des Todesfalles zur Einschätzung eines vermuteten späteren Trauerprozesses benutzt werden. Hier scheint eine familienorientierte Rehabilitation in der Regel sinnvoll.
- Eine "*Komplizierte Trauer*" liegt vor, wenn die emotionalen Reaktionen, die in der Regel in der ersten Zeit nach dem Versterben des Angehörigen auftreten, auch ca. 13 Monate nach dem Ereignis noch anhalten (auch "verlängerte Trauerstörung" genannt). Für die Einschätzung eines Trauerprozesses als "komplizierte Trauer" spielen Ressourcen und Risikofaktoren keine Rolle mehr. Betrachtet werden die auftretenden Symptome (siehe Übersicht). In der Regel sollte eine Psychotherapie und/oder Indikationsspezifische Reha als Einzelmaßnahme für die hauptbetroffene Person geprüft werden, da die Ursachen für eine "komplizierte Trauer" in der Regel in der Vorgeschichte der betroffenen Menschen liegen. Eine FOR kann in Erwägung gezogen werden, um die Gesamtsituation in der Familie zu stabilisieren.
- Als "*traumatische Trauer*" ist in der Literatur ein Trauerprozess bezeichnet, der durch traumatische Bilder und Erlebnisse überlagert oder geprägt wird. Die Symptome sind identisch mit denen der posttraumatischen Belastungsstörung (siehe S. 3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, vgl. Tabelle)  
Traumatische Trauer kann laut Literatur ab einem Zeitpunkt von sechs Monaten diagnostiziert werden. Bis dahin besteht die Möglichkeit, dass Menschen die bezeichneten Symptome von allei-

---

<sup>1</sup> vgl. Paul, Chris (Hg) (2011): Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung. Hintergründe und Erfahrungsberichte für die Praxis. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 71.

ne verlieren (Paul (2011), 81). Die Diagnose ist vom Arzt/Facharzt zu stellen. Bei Formen der Traumatischen Trauer scheint eine indikationsspezifische Maßnahme sinnvoll. Eine FOR kann im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes in Betracht kommen (in Ausnahmefälle und in Absprache mit dem behandelnden Psychiater oder Psychotherapeuten!) z.B. mit dem Ziel, die Beziehungen innerhalb der Familie zu stabilisieren.

Angelehnt an das familienorientierte Konzept erhalten verwaiste Familien während der Rehabilitationsmaßnahme eine individuelle psychosoziale, psychotherapeutische und medizinische Behandlung, die alle Familienmitglieder mit einschließt. Im Mittelpunkt der Behandlung steht die Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation nach dem Tod eines chronisch kranken Kindes, wobei insbesondere die Trauerreaktionen und die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Belastungen der einzelnen Familienmitglieder berücksichtigt werden.

### **Therapieziele**

Allgemeine Therapieziele einer familienorientierten Rehabilitation für verwaiste Familien sind:

- **Abklärung psychosomatischer Symptome infolge Trauer mit entsprechender medizinisch-psychotherapeutischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung**
- **Medizinische Abklärung des allgemeinen körperlichen Zustandes**
- **Vermeidung einer somatischen und psychischen Chronifizierung von Symptomen**
- **Entwicklungsverzögerungen und sekundäre Verhaltensauffälligkeiten der Geschwisterkinder erkennen und behandeln**
- **Individuelle Schwierigkeiten im Trauerprozess rechtzeitig erkennen und entgegenwirken, sowohl bei den Eltern als auch bei den Geschwisterkindern**
- **Unterstützung der Trauerbewältigung, Neubewertung der familiären Situation und sozialer Neuorientierung**
- **Erlernen des Umgangs mit dem Trauerprozess und Symptomen im Alltag**
- **Hilfen für einen adäquaten Umgang mit den mit dem Tod des Kindes/Geschwisters verbundenen Gefühlen,**
- **Stabilisierung des Familiensystems, Stärkung der elterlichen Kompetenz, ihre Kinder im Trauerprozess zu unterstützen.**
- **Einleiten von weiterführenden therapeutischen Behandlungen am Wohnort**

### **Weitere Ein-/Ausschlusskriterien**

- **Alle Beteiligten sind motiviert, an der Rehabilitationsmaßnahme mitzuarbeiten.**
- **Die Familienorientierte Rehabilitation für verwaiste Familien hat den Charakter einer einmaligen Maßnahme.**
- **Die Aufnahme sollte in der Regel innerhalb eines Zeitraums zwischen 6-18 Monate nach dem Tod des Kindes liegen.**

## **Rechtsgrundlagen und Zugangswege zur familienorientierten Rehabilitation von verwaisten Familien**

Die Verfahrensabsprache zu Anträgen auf "Familienorientierte Rehabilitation" vom 1. Oktober 2009 definiert Leistungen der familienorientierten Rehabilitation als eine Form der Kinderrehabilitation, so dass eine gleichrangige Zuständigkeit der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung besteht. Für die Familienorientierte Rehabilitation von verwaisten Familien besteht demnach ebenfalls grundsätzlich eine gleichrangige Zuständigkeit der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung.

Die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) erbringt medizinische Rehabilitationsleistungen als Leistung zur Teilhabe für erwerbstätige Eltern(teile) nach § 26 SGB IX i. V. m. § 15 SGB VI. Leistungen zur Kinderrehabilitation werden von den Trägern der Rentenversicherung als Sonstige Leistung zur Teilhabe nach § 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI und nach den "Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB VI für Kinderheilbehandlungen (KiHB-Richtlinien) durchgeführt. Die Kosten für die Mitaufnahme von nicht rehabilitationsbedürftigen Familienmitgliedern der verwaisten Familie werden im Einzelfall als Begleitperson übernommen.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erbringt medizinische Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche nach § 40 SGB V. Für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gelten grundsätzlich die Kriterien der Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des MDS von Oktober 2005 mit Aktualisierungen Februar 2012.

Die Leistungspflicht und die Kostenträgerschaft für eine familienorientierte Rehabilitation von verwaisten Familien sind an das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen geknüpft. Das Antragsverfahren richtet sich nach den jeweils geltenden Regelungen der GRV bzw. der GKV. Entsprechend der Verfahrensabsprache zu Anträgen auf "Familienorientierte Rehabilitation" vom 1. Oktober 2009 erfolgt eine federführende Koordination auch für Anträge auf familienorientierte Rehabilitation von verwaisten Familien durch einen Träger.

### **Antragsverfahren über die GRV/GKV:**

Der Hausarzt oder der Kinderarzt stellt einen Rehabilitationsbedarf für eine familienorientierte Rehabilitation für die verwaiste Familie fest. Für alle rehabilitationsbedürftigen Familienmitglieder sind jeweils Anträge und Befundberichte auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. auf Kinderrehabilitation bei dem zuständigen Träger der Rentenversicherung oder der Krankenversicherung einzureichen.

In Baden-Württemberg erfolgt die Bearbeitung von FOR-Fällen für verwaiste Familien zentral in Villingen-Schwenningen in den Dienststellen der AOK Baden-Württemberg und der DRV Baden-Württemberg. Durch die Zentralisierung der Fallbearbeitung stellen beide Rehabilitationsträger eine schnelle trägerübergreifende Zuständigkeitsklärung und eine fachlich kompetente Bearbeitung dieser Sonderfälle sicher.

### **Verweildauer**

Eine Familienorientierte Rehabilitation für verwaiste Familien wird analog der Regelung in der Kinderheilbehandlungsrichtlinien der Träger der Rentenversicherung und nach § 40 SGB V für die Dauer von vier Wochen erbracht. Eine längere Dauer ist möglich, wenn dies zur Erreichung der Rehabilitationsziele erforderlich ist. Eine familienorientierte Rehabilitation für verwaiste Familien hat in der Regel den Charakter einer einmaligen Maßnahme. Sollten dennoch im Ausnahmefall erneute medizinische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich werden, sind die Regelungen des § 12 Abs. 2 Satz 1 SGB VI bzw. § 40 Abs.3 Satz 4 SGB V zu berücksichtigen.

### **Übergang in ambulante Betreuung und Eigenaktivität**

Ziel der Leistung ist, neben der Behandlung der rehabilitationsspezifischen Symptomatiken, die Stabilisierung des Familienverbundes in der neuen Lebenssituation nach dem Tod eines chronisch kranken Kindes. Um die Bewältigung der neuen Lebenssituation im Alltag sicherzustellen, bedarf es ggf. der ambulanten Fortführung von stationär begonnen Therapien am Wohnort. Die Einbindung der familienorientierten Rehabilitation für verwaiste Familien in bestehende Versorgungsstrukturen am Wohnort wird angestrebt. Neben der Teilnahme an Nachsorgeangeboten der Kostenträger (GRV und GKV) kann auch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe weiterer Bestandteil der Nachsorge nach einer familienorientierten Rehabilitation für verwaiste Familien sein. Die FOR-Einrichtungen beziehen die individuelle Planung der Nachsorge für die verwaiste Familie in ihr Therapiekonzept ein und arbeiten mit geeigneten Selbsthilfegruppen, deren Organisationen und Kontaktstellen zusammen. Die weitergehende Behandlung am Wohnort wird individuell empfohlen und stationär initiiert.

	Nicht-erschwerte Trauer	Erschwerte Trauer
<b>Begriffsbeschreibung</b>	Der Trauerprozess ist nicht durch äußere Umstände behindert und kann seinen natürlichen Gang nehmen. Risikofaktoren und Ressourcen halten sich die Waage. Körperliche, emotionale und soziale Symptome treten in der Regel in jedem Trauerprozess in der Akutphase auf.	Der Begriff " <i>erschwerte Trauer</i> " umschreibt ein ungünstiges Verhältnis in der Balance zwischen Risikofaktoren und Ressourcen sowie das Vorhandensein bestimmter Symptome in einem Trauerprozess. Der Begriff kann im Sinne einer Prognose bereits vor bzw. kurz nach Eintritt des Todesfalles zur Einschätzung eines vermuteten späteren Trauerprozesses benutzt werden.
<b>Risikofaktoren</b>	<p><b>Die Beziehung zwischen dem Trauernden und dem Verstorbenen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hochgradig ambivalente Beziehungen</li> <li>- narzisstische Beziehungen, in welchen der Verstorbene eine Erweiterung des Selbst repräsentierte</li> <li>- Beziehungen mit hoher Abhängigkeit</li> </ul> <p><b>Begleitumstände des Todes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wenn der Verlust nicht gesichert ist und der Trauernde nicht sicher sein kann, ob die Person lebt oder tot ist Katastrophen, in welchen mehrere Tote zu betrauern sind</li> <li>- Todesfälle, in welchen der Körper des Verstorbenen nicht auffindbar ist</li> <li>- unerwartete Todesfälle</li> <li>- Todesfälle durch Suizid, Mord oder Selbstvernachlässigung</li> </ul> <p><b>Die Lebensgeschichte des Trauernden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personen, die in der Vergangenheit bereits komplizierte Trauerreaktionen zeigten</li> <li>- Personen, die mehrere Todesfälle in einer kurzen Zeitspanne erleben mussten</li> </ul> <p><b>Die Persönlichkeit des Trauernden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personen, die auftretende Gefühle der Hilflosigkeit vermeiden</li> <li>- Personen, die sich selbst für "stark" halten und sich nicht gehen lassen</li> </ul> <p><b>Soziale Faktoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Verlust kann in der Familie nicht besprochen werden</li> <li>- der Verlust kann im sozialen Umfeld nicht thematisiert werden</li> <li>- der Verlust wird sozial negiert – der Trauernde verhält sich so, als wenn der Verlust nicht stattgefunden hätte</li> <li>- das Fehlen unterstützender Netzwerke das Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes, das Trauer beeinträchtigt</li> </ul> <p><b>Umgang mit Geschwisterkindern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angst der Eltern im Umgang mit ihren Kindern, im Zusammenhang mit dem Verlust eines Geschwisters das Falsche zu sagen oder zu tun (Sie möchten ihre Kinder vor schmerzhaften Erfahrungen bewahren und lassen in diesem Bemühen ihre Kinder mit ihren Ängsten und Fantasien alleine).</li> <li>- Annahme der Eltern, die Geschwisterkinder kämen mit dem Verlust gut zu Recht (Kinder versuchen häufig, ihre Eltern vor allzu schmerzhaften Gefühlen zu "schützen" und lassen daher ihren eigenen Gefühlen keinen freien Lauf und versuchen verzweifelt, die Eltern aufzumuntern oder ihnen das verlorene Kind "zu ersetzen").</li> </ul>	

<b>Ressourcen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tragendes soziales Netzwerk</li> <li>- Partnerschaft, Familie, Freunde, etc.</li> <li>- Finanzielle Sicherheit</li> <li>- Spiritualität</li> <li>- Ausüben sinnvoll empfundener Tätigkeiten (Beruf oder anderes)</li> <li>- Positiv besetzte Körperlichkeit</li> <li>- Vorhandene Werte, Überzeugungen</li> <li>- Subjektives Erleben von Selbstwirksamkeit</li> <li>- Fähigkeit zur Selbstberuhigung</li> <li>- Fähigkeit zur situationsangemessenen Nutzung vorhandener Ressourcen</li> </ul>												
<b>Symptome</b>	<p>Mit dem Begriff "Symptome" sind die sicht- und spürbaren Reaktionen auf einen Verlust gemeint. Sie werden in den ersten 13 Monaten in der Zusammenschau mit Risikofaktoren und Ressourcen betrachtet, um eine erschwerte Trauer einzuschätzen. Das betrachten der Symptome allein lässt noch keine Rückschlüsse auf das Vorliegen einer "erschweren" oder "nicht-erschweren" Trauer zu.</p> <table border="1" data-bbox="344 635 2024 1230"> <thead> <tr> <th data-bbox="344 635 920 667"><b>Körper</b></th> <th data-bbox="920 635 1473 667"><b>Spiritualität</b></th> <th data-bbox="1473 635 2024 667"><b>Psychisch/emotional</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="344 667 920 1043"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schlafstörungen</li> <li>- Essstörungen</li> <li>- Muskelschwäche</li> <li>- Kopfschmerzen</li> <li>- Verspannungen</li> <li>- Körperliche Schmerzen</li> <li>- Empfindungslosigkeit</li> <li>- Zittern</li> <li>- Frieren</li> <li>- Allg. Erschöpfung</li> <li>- Reduzierter Immunstatus</li> <li>- Atembeklemmung</li> <li>- Herzbeschwerden</li> <li>- Sucht</li> </ul> </td> <td data-bbox="920 667 1473 1043"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinn-Verlust</li> <li>- Werte-Verlust</li> <li>- Glaubens-Verlust</li> <li>- Bedeutungs-Verlust von bewährten spirituellen Ausdrucksformen</li> </ul> </td> <td data-bbox="1473 667 2024 1043"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unruhe</li> <li>- Nachstrebenswunsch</li> <li>- Traurigkeit</li> <li>- Schuldzuweisung</li> <li>- Überforderung</li> <li>- Fassungslosigkeit</li> <li>- Erleichterung</li> <li>- Wut, Aggression</li> <li>- Einsamkeit</li> <li>- Erschöpfung</li> <li>- Ängste</li> </ul> </td> </tr> <tr> <th data-bbox="344 1043 920 1075"><b>Seelischer Schmerz</b></th> <th data-bbox="920 1043 1473 1075"><b>Soziales Verhalten</b></th> <th data-bbox="1473 1043 2024 1075"><b>Kognition</b></th> </tr> <tr> <td data-bbox="344 1075 920 1230"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wund-Sein</li> <li>- Verlassen-Sein</li> <li>- Sehnsucht</li> </ul> </td> <td data-bbox="920 1075 1473 1230"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückzug</li> <li>- Hyperaktivität</li> <li>- Apathie</li> <li>- Nicht-Allein-Sein-Können</li> </ul> </td> <td data-bbox="1473 1075 2024 1230"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akzeptanz-Probleme</li> <li>- Identitätsverlust</li> <li>- Konzentrationseinbußen und -mangel</li> <li>- Schuldzuweisungen (sich selbst und anderen)</li> <li>- Verbitterung</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	<b>Körper</b>	<b>Spiritualität</b>	<b>Psychisch/emotional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schlafstörungen</li> <li>- Essstörungen</li> <li>- Muskelschwäche</li> <li>- Kopfschmerzen</li> <li>- Verspannungen</li> <li>- Körperliche Schmerzen</li> <li>- Empfindungslosigkeit</li> <li>- Zittern</li> <li>- Frieren</li> <li>- Allg. Erschöpfung</li> <li>- Reduzierter Immunstatus</li> <li>- Atembeklemmung</li> <li>- Herzbeschwerden</li> <li>- Sucht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinn-Verlust</li> <li>- Werte-Verlust</li> <li>- Glaubens-Verlust</li> <li>- Bedeutungs-Verlust von bewährten spirituellen Ausdrucksformen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unruhe</li> <li>- Nachstrebenswunsch</li> <li>- Traurigkeit</li> <li>- Schuldzuweisung</li> <li>- Überforderung</li> <li>- Fassungslosigkeit</li> <li>- Erleichterung</li> <li>- Wut, Aggression</li> <li>- Einsamkeit</li> <li>- Erschöpfung</li> <li>- Ängste</li> </ul>	<b>Seelischer Schmerz</b>	<b>Soziales Verhalten</b>	<b>Kognition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wund-Sein</li> <li>- Verlassen-Sein</li> <li>- Sehnsucht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückzug</li> <li>- Hyperaktivität</li> <li>- Apathie</li> <li>- Nicht-Allein-Sein-Können</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akzeptanz-Probleme</li> <li>- Identitätsverlust</li> <li>- Konzentrationseinbußen und -mangel</li> <li>- Schuldzuweisungen (sich selbst und anderen)</li> <li>- Verbitterung</li> </ul>
<b>Körper</b>	<b>Spiritualität</b>	<b>Psychisch/emotional</b>											
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schlafstörungen</li> <li>- Essstörungen</li> <li>- Muskelschwäche</li> <li>- Kopfschmerzen</li> <li>- Verspannungen</li> <li>- Körperliche Schmerzen</li> <li>- Empfindungslosigkeit</li> <li>- Zittern</li> <li>- Frieren</li> <li>- Allg. Erschöpfung</li> <li>- Reduzierter Immunstatus</li> <li>- Atembeklemmung</li> <li>- Herzbeschwerden</li> <li>- Sucht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinn-Verlust</li> <li>- Werte-Verlust</li> <li>- Glaubens-Verlust</li> <li>- Bedeutungs-Verlust von bewährten spirituellen Ausdrucksformen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unruhe</li> <li>- Nachstrebenswunsch</li> <li>- Traurigkeit</li> <li>- Schuldzuweisung</li> <li>- Überforderung</li> <li>- Fassungslosigkeit</li> <li>- Erleichterung</li> <li>- Wut, Aggression</li> <li>- Einsamkeit</li> <li>- Erschöpfung</li> <li>- Ängste</li> </ul>											
<b>Seelischer Schmerz</b>	<b>Soziales Verhalten</b>	<b>Kognition</b>											
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wund-Sein</li> <li>- Verlassen-Sein</li> <li>- Sehnsucht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückzug</li> <li>- Hyperaktivität</li> <li>- Apathie</li> <li>- Nicht-Allein-Sein-Können</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akzeptanz-Probleme</li> <li>- Identitätsverlust</li> <li>- Konzentrationseinbußen und -mangel</li> <li>- Schuldzuweisungen (sich selbst und anderen)</li> <li>- Verbitterung</li> </ul>											
<b>Fazit und Maßnahmen</b>	<p>Eine unterstützende Maßnahme in Form einer stationären Familienorientierten Rehabilitation erscheint sinnvoll, wenn die Form einer "erschweren Trauer" vorliegt. Generell sind die Erwartungen an die Maßnahme mit den Möglichkeiten einer Maßnahme gegenüberzustellen und abzugleichen. Die Familienmitglieder sollen die Möglichkeit haben, einerseits die individuell adäquate Form der Trauer zu finden und andererseits Verständnis und Unterstützungsmöglichkeiten für die Trauer der übrigen Familienmitglieder entwickeln. Dies gilt vor allem für Familien, in denen Geschwisterkinder vorhanden sind.</p>												

	Komplizierte Trauer	Traumatische Trauer
<b>Begriffsbeschreibung</b>	Bei dem Begriff „ <b>komplizierte Trauer</b> (verlängerte Trauerstörung)“ werden in erster Linie die emotionalen Reaktionen der Trauernden im Verlauf der Zeit berücksichtigt. Für die Einschätzung eines Trauerprozesses als „komplizierte Trauer“ spielen Ressourcen und Risikofaktoren keine Rolle mehr. Kompliziert Trauer wird festgestellt, wenn dieser Zustand, der teilweise für die ersten Wochen nach einem Verlust regelhaft ist, auch 13 Monate nach dem Tod weiter anhält. (Erst einige Wochen nach dem ersten Jahrestag kann eine realistische Einschätzung geschehen, ob die Gefühle sich langfristig beruhigen, oder ob die Verzweiflung sich noch vertieft.	Als „ <b>traumatische Trauer</b> “ ist in der Literatur ein Trauerprozess bezeichnet, der durch traumatische Bilder und Erlebnisse überlagert oder geprägt wird. Traumatische Ereignisse definieren sich <i>subjektiv</i> , also durch das individuelle Erleben. Traumatisierend wirken Erlebnisse dann, wenn sie in der Wahrnehmung des Einzelnen lebensbedrohlich sind und gleichzeitig den Eindruck vermitteln, dass die betreffende Person sich nicht gegen diese Lebensbedrohung wehren kann. Solche subjektiven Erlebnisse von Wehrlosigkeit gegenüber übermächtigen Bedrohungen machen Menschen auch in Krankheits- und Sterbeprozessen nahestehender Personen.
<b>Symptome</b>	<p>Entscheidend sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anhaltender starker Seelenschmerz,</li> <li>- begleitet von nicht nachlassender Verzweiflung über den Verlust,</li> <li>- unstillbare Sehnsucht nach dem Verstorbenen,</li> <li>- bei gleichzeitiger Unfähigkeit, an aktuellen Erlebnissen Freude zu empfinden (in einem das Leben beeinträchtigenden Ausmaß, anhaltend auch 13 Monate nach dem Verstreben des Angehörigen).</li> </ul> <p>Weitere Symptome können sein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verlustängste,</li> <li>- Gefühle von Leere,</li> <li>- Hoffnungslosigkeit,</li> <li>- tiefer Seelenschmerz,</li> </ul> <p>sowie im Bereich des Sozialen Verhaltens</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Übernahme von Symptomen und Verhaltensweisen des Verstorbenen.</li> </ul> <p>Für die Einschätzung eines Trauerprozesses als "komplizierte Trauer" spielen Ressourcen und Risikofaktoren keine Rolle mehr. Vielmehr liegen die <i>Ursachen</i> in der Vorgeschichte der betroffenen Menschen. Häufig finden sich in der Biographie von Menschen, die unter komplizierter Trauer leiden, Ereignisse wie frühere Verluste in Kindheit oder Jugend, unsichere Bindungen in der Kindheit, ausschließliche und häufig als positiv erlebte Bindungen zum/zur Verstorbenen.</p>	<p>Die Symptome sind identisch mit denen der posttraumatischen Belastungsstörung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flashbacks/Nachhallerinnerungen oder Träume an belastende Szenen vor allem des Krankheits- und Sterbeprozesses.</li> <li>- Auffälliger Umgang mit Situationen und/oder Orten, die an die Erkrankung oder das Sterben des nahestehenden Menschen erinnern. Entweder totale Vermeidung (Vermeidungsverhalten) oder Drang zum Wiederaufsuchen (Wiederholungsverhalten).</li> <li>- Ungewöhnlicher Umgang mit Gefühlen. Sowohl ein andauerndes Gefühl von Betäubt sein und emotionaler Stumpfheit ist möglich, als auch ein Überschwemmt werden von Gefühlen bis zum Zusammenbruch.</li> <li>- Es kommt häufig zu einem Zustand vegetativer Übererregtheit mit erhöhter Wachheit, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlafstörung. Misstrauen, verstärkte Aggression, Angst und Depression bis hin zu Selbstmordgedanken.</li> </ul> <p>Kann ca. nach 6 Monaten anhaltender Symptome diagnostiziert werden.</p> <p>Begleitumstände: Potentiell traumatische Situationen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- plötzliche Todesursachen</li> <li>- mit Gewalt verbundene Todesursachen</li> <li>- erlebte Unfähigkeit, den erkrankten/sterbenden Angehörigen unterstützen zu können,</li> <li>- das subjektive Erlebnis, selbst ausgeliefert zu sein und keine ausreichende Unterstützung zu erfahren.</li> </ul> <p>Traumatische Trauer kann jedoch auch vorliegen, wenn ein Mensch in seiner Vorgeschichte bereits traumatische Erfahrungen gemacht hat. Die nun erlebte Trauer wird mit der existenziellen Bedrohung des traumatischen Erlebnisses in Verbindung gebracht.</p>

<p><b>Fazit und Maßnahmen</b></p>	<p>Eine FOR sollte möglichst stattfinden, bevor sich eine komplizierte Trauer entwickelt.  Eine FOR kann in Erwägung gezogen werden, um die Gesamtsituation in der Familie zu stabilisieren. Generell sind die Erwartungen an die Maßnahme mit den Möglichkeiten einer Maßnahme gegenüberzustellen und abzugleichen.  Ggf. ergänzende Psychotherapie und/oder Indikationsspezifische Reha als Einzelmaßnahme für die hauptbetroffene Person.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostik und Einleiten entsprechender Therapien durch Facharzt.</li> </ul> <p>Traumabearbeitung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nur durch entsprechend qualifizierten Psychotherapeutinnen (ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen, approbierte Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen)</li> <li>- dosierte Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis mit dem Ziel der Durcharbeitung und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen. Voraussetzung: Ausreichende Stabilität, kein Traumatisierungsrisiko.</li> <li>- Traumaadaptierte Methoden im Rahmen eines <i>Gesamtbehandlungsplanes</i></li> <li>- Im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes, kann es ggf. sinnvoll sein, eine FOR in Anspruch zu nehmen. Einschätzung des Leistungsträgers möglichst in Rücksprache mit Facharzt, Therapeut, Betroffenen und Familie.</li> </ul>
-----------------------------------	--	---