

Webbasierte präventive Gruppenintervention für Hinterbliebene nach Suizid Abschlussbericht (Projektzeitraum: 01.11.2017-11.02.2021)

1 Titel und Verantwortliche

Titel des Projektes	Webbasierte präventive Gruppenintervention für Hinterbliebene nach Suizid: Eine randomisierte Kontrollgruppenstudie
Akronym	GROUP-CARE
Förderkennzeichen	ZMVI1-517FSB126
Leitung	<ul style="list-style-type: none"> • Prof. Dr. phil. Birgit Wagner; Medical School Berlin Professur für Klinische Psychologie • Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister e.V. • AGUS Angehörige um Suizid e.V.
Mitarbeiterinnen	Laura Hofmann, Raphaela Grafiadeli
Kontaktdaten	Prof. Dr. Birgit Wagner; Medical School Berlin, Rüdeshheimer Straße 50, 14197 Berlin; +49 30-7668375375; birgit.wagner@medicalschoo-berlin.de
Laufzeit	01.11.2017 – 11.02.2021
Fördersumme	325.033,00 €
Datum Erstellung des Zwischenberichtes	26.08.2021

2 Inhaltsverzeichnis

1	Titel und Verantwortliche.....	1
2	Inhaltsverzeichnis	2
3	Zusammenfassung.....	3
4	Einleitung.....	4
4.1	Ausgangslage des Projekts	4
4.2	Ziele des Projekts.....	6
4.3	Projektstruktur	6
4.3.1	Fokusgruppen.....	6
4.3.2	Testimonial-Videos.....	7
4.3.3	Entwicklung des Online-Portals.....	7
4.3.4	Einrichtung und Erprobung des Programms „Adobe Connect“:	8
4.3.5	Programmstruktur.....	8
5	Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	9
5.1	Operationalisierung der Ziele.....	9
5.2	Datenerhebung.....	10
5.3	Datenauswertung.....	12
6	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....	12
6.1	Darstellung des Zeitplans und der erreichten Ziele	12
6.2	Abweichungen vom Zeitplan.....	13
6.3	Darstellung positiver und negativer Erfahrungen.....	13
7	Ergebnisse.....	14
7.1	Beschreibung der Stichprobe	14
7.2	Ergebnisse der Intervention	17
7.2.1	Depressivität.....	17
7.2.2	Suizidalität	18
7.2.3	Anhaltende Trauerstörung.....	19
7.2.4	Posttraumatische Symptome	20
7.2.5	Effektivität des Programms über die Zeit.....	22
8	Gender Mainstreaming Aspekte.....	22
9	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	22
10	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	25
11	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)	26
12	Publikationsverzeichnis	27
12.1	Papers.....	27
12.2	Vorträge.....	28
12.3	Qualifikationsarbeiten (Master-/Bachelorarbeiten)	29
13	Literaturverzeichnis	30

3 Zusammenfassung

Jährlich sterben weltweit 800.000 Menschen durch einen Suizid, in Deutschland beläuft sich die Anzahl der Suizide auf ca. 10.000 Personen. Auf jeden vollendeten Suizid kommen in etwa 10 Suizidversuche. Studien gingen bisher davon aus, dass durch jeden Suizid ca. 6-10 nahestehende Personen direkt betroffen sind. Der Suizid einer nahestehenden Person kann für die Hinterbliebenen weitreichende psychische, somatische und psychosoziale Konsequenzen haben. Zahlreiche Studien zeigten, dass Suizidhinterbliebene eine höhere Mortalität insbesondere durch Suizid aufweisen. Zudem haben Suizidhinterbliebene ein deutlich erhöhtes Risiko für affektive Störungen, PTBS sowie Angst- und Suchterkrankungen. Nicht selten leiden die Betroffenen unter weitreichenden psychosozialen Belastungen wie beispielsweise Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung und soziale Isolation. Aus diesem Grund bezeichnete die WHO 1989 Suizidhinterbliebene als Hochrisikogruppe für Suizide und beschreibt die Nachsorge dieser Betroffenenengruppe als wesentlichen Bestandteil der nationalen und internationalen Suizidprävention. Die Trauerverarbeitung nach einem Suizid ähnelt in vielen Aspekten der Trauer nach anderen Todesumständen. Jedoch gibt es zusätzlich Trauerreaktionen, welche spezifisch nach dem Verlust durch einen Suizid auftreten. Zu diesen zählen unter anderem Stigmatisierungserleben, Gefühle von Schuld, Scham und Verantwortung an dem Suizid, Wut sowie die Suche nach dem Sinn und den Gründen für den Suizid. Das webbasierte Präventionsprojekt GROUP-CARE ist ein niedrigschwelliges kognitiv-verhaltenstherapeutisches Präventionsprogramm, welches die spezifische Situation von Hinterbliebenen nach einem Suizid berücksichtigt und geografisch unabhängig von Betroffenen genutzt werden kann. Inhalt der internetbasierten psychologischen Intervention sind: (1) Psychoedukation zum Thema Suizid, (2) Suizid als traumatisierendes Erlebnis, (3) Sinn- und Warum-Frage und Beziehung zur verstorbenen Person, (4) Schuldgefühle, (5) eigene Suizidalität, (6) Scham und Stigma, (7) Kommunikationsverhalten, (8) Trauerrituale und (9) eigene neue Rolle und Zukunft. Übergeordnet hat das Projekt das Ziel der Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Hinterbliebenen nach Suizid in Deutschland mit einem Schwerpunkt der Prävention von Depression.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die posttraumatische Vermeidungssymptomatik sowie die posttraumatische intrusive Symptomatik in der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Wartegruppe signifikant verbessert. In der Behandlungsgruppe reduzierten sich zudem die psychopathologischen Symptome wie Depressivität, Trauer, posttraumatische Symptome, Hoffnungslosigkeit und Suizidalität nach der Teilnahme über einen Zeitraum von sechs Monaten. Darüber hinaus konnten Faktoren wie eine erhöhte Depressivität, ein höheres Ausmaß an Trauer, posttraumatischen Symptomen und Suizidalität zu Beginn der Intervention identifiziert werden, welche einen Einfluss auf die Wirksamkeit der Intervention hatten.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Teilnahme an dem Programm „Hilfe nach Suizid“ psychopathologische Symptome reduzieren kann. Bisher hat es im deutschsprachigen Raum noch kein psychologisches

standardisiertes Programm, welches sich ausschließlich auf Hinterbliebene nach Suizid fokussiert. Mit dem Programm „Hilfe nach Suizid“ wurde ein niedrigschwelliges, internetbasiertes, psychologisches Angebot entwickelt, welches in die bestehende Beratungsstruktur eingebettet ist.

4 Einleitung

4.1 Ausgangslage des Projekts

Jeder Suizid hinterlässt Menschen, die durch den Suizid direkt oder indirekt betroffen sind. Shneidman (1969) war einer der ersten Wissenschaftler im Bereich der Suizidforschung, der den Begriff der *Postvention* in Zusammenhang mit Hinterbliebenen nach einem Suizid prägte. In seiner frühen Definition hatte die *Postvention* die Aufgabe, psychologische Folgen nach einem Suizid zu lindern. Dies schloss ursprünglich sowohl Menschen nach einem Suizidversuch ein als auch die Hinterbliebenen nach einem erfolgten Suizid. Später wurde der Begriff der *Postvention* noch einmal in seiner Definition enger gefasst. Andriessen (2009) beschreibt als *Postvention* alle Maßnahmen, die für Hinterbliebene nach einem Suizid entwickelt wurden, um negative Folgen durch den Suizid zu verhindern und Linderung der dadurch entstandenen Belastungen zu fördern. Andriessen und Kollegen (2017) gingen in ihrer Metaanalyse der Frage nach, wie häufig die Wahrscheinlichkeit vorliegt eine nahestehende Person durch einen Suizid zu verlieren. Die Studie zeigte, dass die Lebenszeitprävalenz, ein nahes Familienmitglied durch einen Suizid zu verlieren, bei 3,9 % liegt, während das Erleben eines Suizides innerhalb des Freundes- und Bekanntenkreises eine Prävalenz von 14,5 % aufweist. Die Lebenszeitprävalenz in Bezug auf alle Beziehungen lag bei 29,4 %. Das bedeutet, dass ein Suizid einer nahestehenden Person ein relativ häufig auftretendes Lebensereignis ist, sich allerdings die Prävalenz in Abhängigkeit von der familiären Nähe unterscheidet.

Hinterbliebene nach einem Suizid weisen häufig selbst ein erhöhtes Suizidrisiko auf, und Studien zeigen, dass bei 9-49% der Suizidangehörigen eine erhöhte Suizidalität in Bezug auf Suizidgedanken und Suizidhandlungen vorliegt (Molina et al., 2019). Aus diesem Grund bezeichnet die WHO Suizidhinterbliebene als Hochrisikogruppe für Suizide und beschreibt die Nachsorge dieser Betroffenenengruppe im Rahmen einer *Postvention* als wesentlichen Bestandteil der nationalen und internationalen Suizidprävention (Diekstra, 1989).

Psychische und soziale Folgen nach einem Suizid

Der Suizid eines Menschen hat häufig langfristige psychosoziale und somatische Folgen für die Hinterbliebenen zur Folge, insbesondere wenn diese nahe Familienmitglieder der verstorbenen Person gewesen sind (Wagner & Hofmann, 2020). In einer dänischen bevölkerungsbasierten Studie mit 6,7 Millionen Personendaten, wurden Lebenspartner/-innen nach einem Suizid in Hinblick auf deren psychischen Gesundheit untersucht (Erlangsen et al., 2017). Die Ergebnisse zeigten deutlich, dass hinterbliebene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner ein signifikant höheres Risiko hatten eine affektive Störung, Angststörung, suizidales Verhalten, posttraumatische Belastungsstörung und Alkohol- und Substanzmissbrauch

zu entwickeln als die Allgemeinbevölkerung. Darüber hinaus zeigten die hinterbliebenen Lebenspartnerinnen und Lebenspartner eine erhöhte Prävalenz an Krankschreibungstagen, Arbeitsunfähigkeit oder Frühberentung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Brent und Kollegen (2009) untersuchten Kinder und junge Erwachsene im Alter von 7-25 Jahren, deren Elternteil durch einen Suizid gestorben waren. Die Ergebnisse zeigten, dass die Studienteilnehmenden im Zeitraum bis 21 Monate nach dem Verlust eine erhöhte Depressionsrate aufwiesen und häufiger von Alkohol- und Substanzmissbrauch berichteten. Guldin und Kollegen (2015) analysierten die Folgen des Suizides eines Elternteils in den ersten 18 Lebensjahren in Bezug auf die Suizidalität der erwachsenen Kinder ($N = 7.302.033$). Die erwachsenen Kinder hatten ein 82% höheres Risiko durch einen Suizid zu sterben, wenn ein Elternteil sich ebenfalls durch Suizid das Leben nahm. In einer dänischen bevölkerungsbasierten Studie ($N = 6.700.000$) mit hinterbliebenen Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern nach einem Suizid wurde eine ebenso erhöhte Mortalitätsrate für alle Todesursachen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gefunden. Eine britische Studie fand bei jungen Hinterbliebenen nach einem Suizid ($N = 3.432$) ein erhöhtes Risiko selbst einen Suizidversuch zu unternehmen im Vergleich zu dem Verlust durch natürliche Todesumständen (Pitman et al., 2016).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Tod durch Suizid langfristige Folgen bis hin zur erhöhten Mortalitätsrate für die Hinterbliebenen haben kann und ein erhöhtes Risiko für Suizidalität mit sich bringt. Darüber hinaus leiden sie häufig unter psychosozialen und funktionalen Beeinträchtigungen (z.B. Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung, Klinikaufenthalte) (Wilcox et al., 2015).

Interventionen für hinterbliebene Angehörige

Interventionen, welche spezifisch für Hinterbliebene nach einem Suizid ausgerichtet sind, stellen eine wichtige Prävention für psychiatrische Erkrankungen und suizidale Handlungen dar. Trotzdem ist es gerade diese Gruppe der Trauernden, welche nur selten professionelle Hilfe in Anspruch nimmt. Eine Studie aus Großbritannien zeigte, dass insbesondere Suizidangehörige seltener formelle (z.B. Psychotherapeuten, Ärzte) oder informelle Unterstützung (z.B. Freunde, religiöse Beratung) erhielten und nur jede vierte befragte Person überhaupt irgendeine Form der Unterstützung in Anspruch nahm. Gründe für die geringe Inanspruchnahme sind beispielsweise das mangelnde Versorgungsangebot oder Angst vor Stigmatisierung (Pitman et al., 2017). Gleichzeitig gibt es bisher nur wenige Interventionen, welche sich spezifisch an die Gruppe der Suizidangehörigen richteten und auch empirisch validiert wurden.

In einem aktuellen systematischen Review (Wagner et al., 2021) konnten insgesamt nur sechs randomisierte Kontrollgruppenstudien ($N = 473$) eingeschlossen werden, welche den CONSORT-Kriterien für systematische Reviews entsprachen. Die Ergebnisse zeigten, dass für die Interventionsgruppen kleine bis mittlere Effektstärken gefunden werden konnten, allerdings keine Gruppenunterschiede festgestellt werden konnten. Insgesamt gibt es bisher nur wenige qualitativ hochwertige Studien und dieser Umstand weist auf einen hohen Forschungsbedarf hin. In Deutschland werden Suizidhinterbliebene in der Regel durch Beratungsangebote (z.B. Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister

e.V. (VEID), Angehörige um Suizid e.V. (AGUS) und deren Selbsthilfegruppen betreut. Bei VEID e.V. und AGUS e.V. werden zusammen ca. 35.000 Suizidhinterbliebene unterstützt. Obwohl die Vernetzung von ehrenamtlichen Selbsthilfegruppen von Suizidhinterbliebenen stetig anwächst, gibt es nur sehr wenige spezifische gruppentherapeutische Angebote für Suizidhinterbliebene, welche empirisch validiert sind und psychotherapeutisch begleitet werden.

Parallel mit der zunehmenden Verbreitung von internetbasierten psychotherapeutischen Anwendungen, wurden in den vergangenen Jahren auch internetbasierte Interventionen für die komplizierte Trauer von den Antragsstellern entwickelt und evaluiert (Wagner et al., 2006; Wagner & Maercker, 2007; Wagner & Maercker, 2008). Die Ergebnisse einer Metaanalyse zeigten, dass internetbasierte Interventionen für Trauernde vergleichbare Ergebnisse erzielten wie face-to-face Interventionen (Wagner et al., 2020). Die Therapieeffekte lagen im mittleren bis großen Bereich für die anhaltende Trauerstörung, posttraumatische Belastungsstörung und Depression. Internetbasierte Interventionen können als neue Ergänzungsmöglichkeiten für spezifische Trauergruppen gesehen werden, welche sonst keine Hilfe erhalten würden. Dies betrifft insbesondere Menschen, die aufgrund der geografischen Unterversorgung keine Therapie erhalten oder spezifische Therapieangebote benötigen oder aus Schamgefühlen keine Hilfe aufsuchen.

4.2 Ziele des Projekts

Aufgrund der bisher fehlenden Verfügbarkeit onlinebasierter Angebote für Hinterbliebene nach einem Suizid sollte im Rahmen des Projektes „Hilfe nach Suizid“ (Arbeitstitel: GROUP-CARE) ein wissenschaftlich theoriegeleitetes Manual durch eine partizipative Beteiligung von Betroffenen entwickelt werden. In einem zweiten Schritt sollte ein umfassendes Unterstützungsangebot (Informations-Webseite, Video-Testimonials, Online-Gruppenintervention als Webinar) für Hinterbliebene nach einem Suizid geschaffen werden. Die begleitende Studie dient der Evaluation der Wirksamkeit des Projekts.

4.3 Projektstruktur

Im Folgenden werden die wesentlichen Projektinhalte des Programms „Hilfe nach Suizid“ und die Projektstruktur dargestellt.

4.3.1 Fokusgruppen

Im Rahmen der Projektentwicklung fanden in der ersten Projektphase insgesamt 3 Fokusgruppen ($N = 23$) mit Angehörigen nach einem Suizid statt. Die Suizidhinterbliebenen berichteten von ihren Erfahrungen mit dem Verlust und dem Umgang mit der Trauer nach dem Suizid einer nahestehenden Person. In den Gruppen wurden gemeinsam spezifische Themen bei Hinterbliebenen, hilfreiche Strategien in der Trauer und Schwierigkeiten des Trauerprozesses erarbeitet, um daraus die Therapiemodule zu entwickeln. Die Gespräche der Fokusgruppen wurden im Audioformat aufgenommen. Die Aufnahmen wurden anschließend transkribiert und qualitativ im Hinblick auf Bedürfnisse von Hinterbliebenen nach einem Suizid ausgewertet (z.B. Umgang mit Schuldgefühlen, Stigmatisierungserleben.)

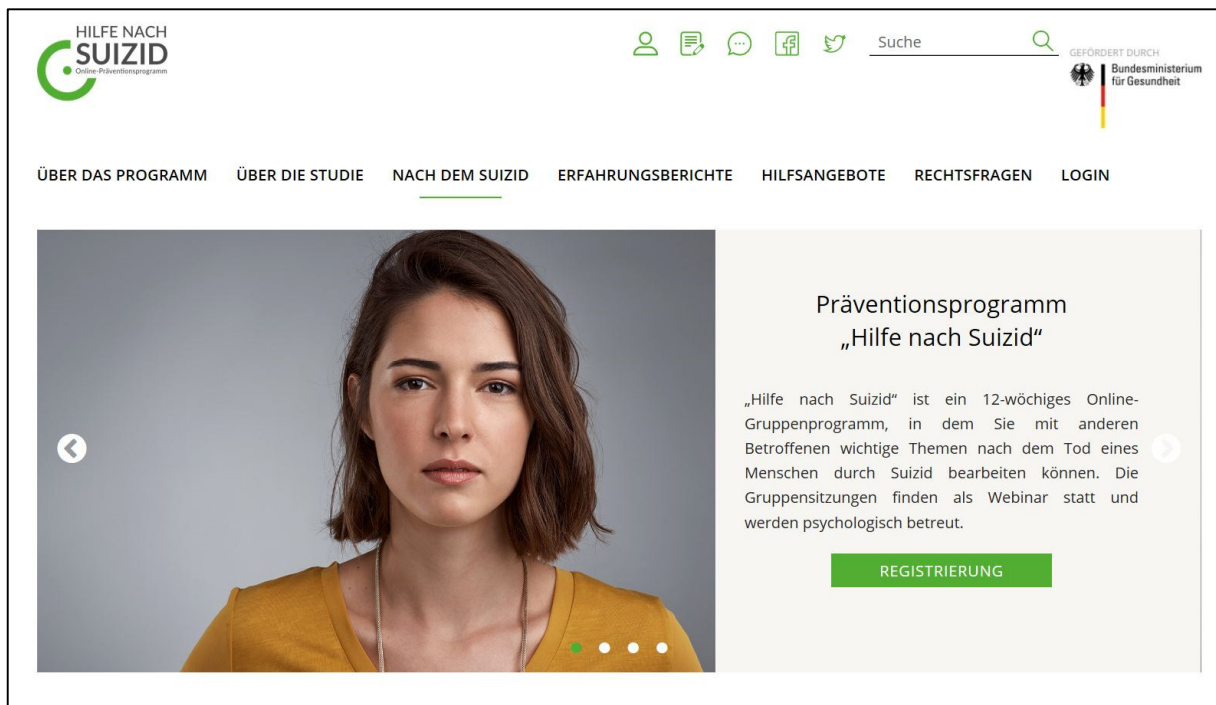
4.3.2 Testimonial-Videos

Auf Basis der Transkriptionen aus den Fokusgruppen wurden Drehbücher erstellt, welche als Basis für die Testimonial-Videos dienten. Die Testimonial-Videos stellten einen wichtigen Bestandteil der Intervention dar. In den Videos berichteten Betroffene von ihren Erfahrungen mit einem spezifischen Thema. Die Betroffenen wurden hierbei von Schauspielern verkörpert. Die Testimonial-Videos dienten als didaktisches Material in den Gruppensitzungen. Darüber hinaus wurde didaktisches Material für die Therapiemodule entwickelt. Jede der 12 Sitzungen des Präventionsprogramms fand zu einem spezifischen Thema statt (z.B. Schuld, eigene Suizidalität). Als Grundlage dienten neben den Testimonial-Videos auch PowerPoint-Präsentationen mit psychoedukativen Inhalten. Zudem erhalten die Teilnehmenden nach jeder Sitzung Arbeitsblätter, welche sie bis zur nächsten Sitzung ausfüllen konnten.

4.3.3 Entwicklung des Online-Portals

Bei der Erstellung der Webseite (www.hilfe-nach-suizid.de) wurde vor allem Wert auf eine ansprechende Umsetzung für das Thema Suizid gelegt (siehe Abbildung 1). Die Webseite beinhaltet umfassende Informationen zu dem Thema Suizid und Trauer sowie eine ausführliche Erläuterung des Online-Präventionsprogramms und dessen Ablauf (siehe Abbildung 2).

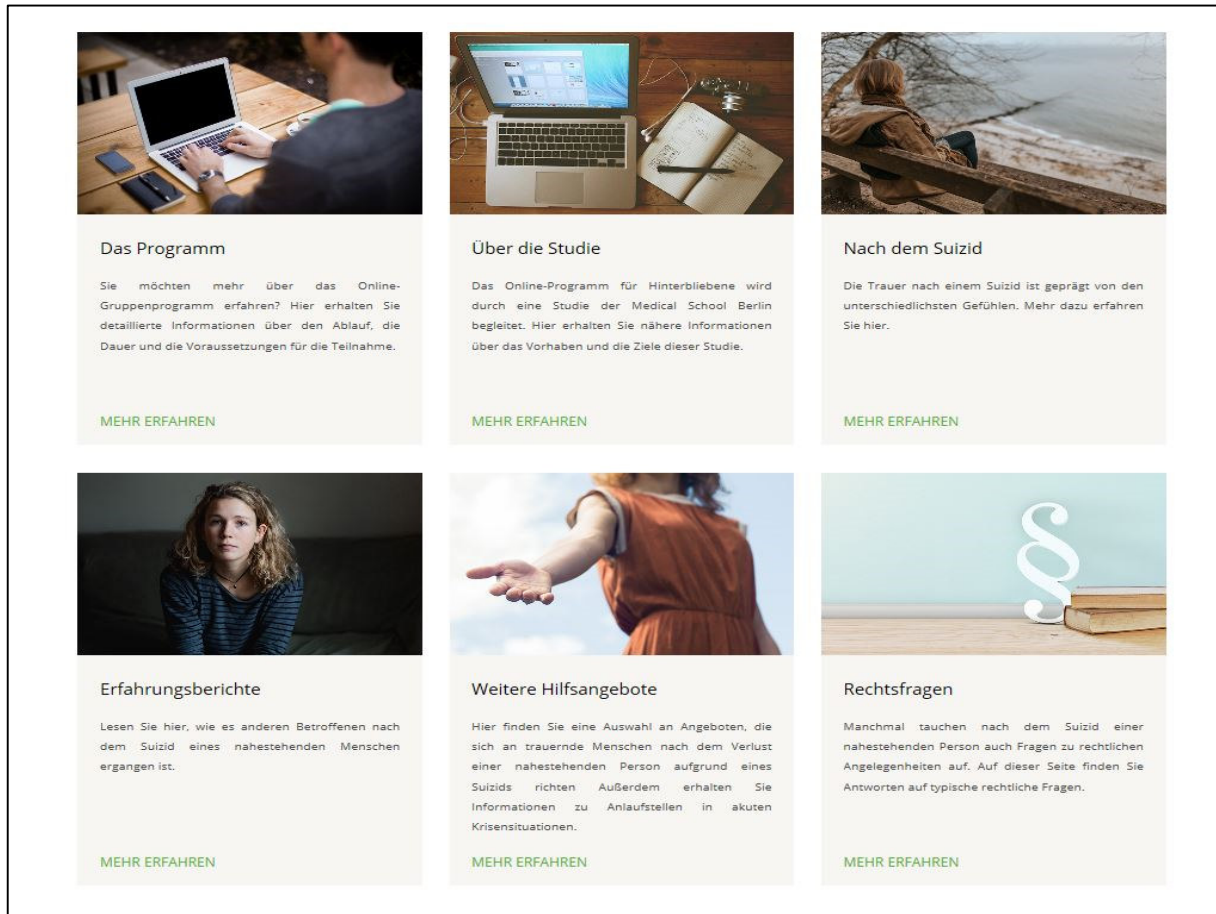
Abbildung 1. (www.hilfe-nach-suizid.de)



Weiterhin erhalten die Besucher der Webseite eine Liste mit weiteren Hilfsangeboten und außerdem Antworten auf häufig gestellte Rechtsfragen nach einem Suizid. Darüber hinaus stand einmal pro Woche eine Chatfunktion zur Verfügung, im Rahmen dessen interessierte Personen Fragen zu dem

Ablauf des Programms stellen konnten. Weiterhin wurde ein Mitgliederbereich erstellt, über welchen die Kommunikation zwischen Teilnehmenden und Gruppenleiterinnen und Gruppenleitern stattfindet. Weiterhin finden die Teilnehmenden dort den jeweils aktuellen Link zu der nächsten Gruppensitzung. Nach jeder Sitzung wurde den Teilnehmenden im Mitgliederbereich außerdem die Arbeitsblätter zugesendet.

Abbildung 2. Themenbereich der Webseite



4.3.4 Einrichtung und Erprobung des Programms „Adobe Connect“:

Das Online-Präventionsprogramm fand über die Webinarfunktion von „Adobe Connect“ statt. Bei diesem Programm bestand die Möglichkeit, mit mehreren Teilnehmenden eine Gruppensitzung durchzuführen und dabei eine PowerPoint-Präsentation und/oder ein Video zu präsentieren. Die Teilnehmenden und Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter können sich untereinander hören und miteinander sprechen, es fand jedoch keine Webcam-Übertragung statt.

4.3.5 Programmstruktur

Bei dem Programm „Hilfe nach Suizid“ handelte es sich um ein 12-wöchiges Online-Programm für Hinterbliebene nach Suizid. Teilnehmende nahmen einmal pro Woche an einem 90-minütigen Webinar teil, welches von zwei Gruppenleiterinnen oder Gruppenleitern (Psychotherapeutin/Psychotherapeut & Selbsthilfgruppenleiterin/Selbsthilfgruppenleiter) geleitet wurde. Die Gruppensitzungen fanden

ausschließlich online über das Programm AdobeConnect[®] statt. Jedes Webinar folgte einem bestimmten Thema, welches sich als relevant für Hinterbliebene nach Suizid erwiesen hat. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die einzelnen Sitzungen und ihre Themenschwerpunkte. Jede Sitzung basierte auf einer festgelegten Struktur: (1) Mitteilungszeit, (2) Einführung in die Thematik, (3) Testimonial-Video, (4) Erfahrungsaustausch und Diskussion, (5) Besprechen neuer vertiefender Aufgaben, (6) Zusammenfassung und Abschluss. Zwischen den Sitzungen hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, sich mit Hilfe vertiefender Aufgaben mit dem Suizid und der Trauer auseinanderzusetzen. Die Gruppenleiterinnen oder Gruppenleiter sendeten hierfür nach jeder Sitzung Arbeitsblätter an die Teilnehmenden, welche sich mit verschiedenen Aspekten des Verlusts auseinandersetzten (z.B. einen Brief an die verstorbene Person schreiben). Die Gruppengröße variierte zwischen 10 und 12 Teilnehmenden. Das Studiendesign und die Modulinhalte wurden ausführlich in einem veröffentlichten *Study Protocol* beschrieben (Wagner et al., 2020).

Tabelle 1. Themen der einzelnen Sitzungen

Nr.	Thema	Nr.	Thema
1	Kennenlernen	7	Eigene Suizidalität
2	Der suizidale Modus	8	Stigmatisierung und Geheimhaltung
3	Meine Trauer	9	Kommunikationsverhalten
4	Suizid als traumatisierendes Ereignis	10	Trauerrituale und Gedenken
5	Sinn- und Warum-Frage	11	Eigene neue Rolle und Zukunft
6	Erlebte Schuldgefühle	12	Abschied

5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

5.1 Operationalisierung der Ziele

Die nachfolgende Tabelle zeigt die vollständige Übersicht der zu erreichenden Teilziele und deren Indikation zur Erreichung.

Tabelle 2. Teilziele und Indikatoren des Projekts

	Teilziele	Indikator
1	Inhaltliche Ausarbeitung des webbasierten Therapiemanuals	Durchführung der Fokusgruppen und Fertigstellung des Therapiemanuals
2	Inhaltliche Ausarbeitung der Online-Module und Erstellung der Arbeitsmaterialien	Fertigstellung des Inhalts der Online-Module und der Arbeitsmaterialien

3	Inhaltliche Ausarbeitung der Webseite	Inhaltliche Fertigstellung der Webseite
4	Technische Umsetzung & Programmierung der inhaltlichen Konzeption	Technische Fertigstellung der Webseite (Webseite kann genutzt werden)
5	Erstellung der Video-Testimonials (Text und Film)	Fertige Videos
6	Beginn der Therapeutenschulung in der Anwendung der Intervention	Gruppeninterventionen konnten beginnen
7	Pilotphase: Online-Webinar	Pilotphase und Fehlerbehebung abgeschlossen
8	Beginn des RCTs	Gruppeninterventionen wurden durchgeführt
9	Letzter Patient beendet Intervention	Es wurden 6 Interventionsgruppen und 5 Kontrollgruppen durchgeführt
10	Abschließende statistisch Auswertung	Evaluation der Intervention
11	Öffentlichkeitsarbeit mit Berichten wissenschaftlicher Ergebnisse	Zeitungsberichte, erste Publikationen sind erschienen
12	Organisation einer ganztägigen Fachtagung zum Thema Hinterbliebene nach Suizid und zur Präsentation des Projekts	Tagung konnte aufgrund der Pandemie nicht stattfinden. Stattdessen wurde am Weltsuizidpräventionstag am 10.9.2020 ein Online-Symposium durchgeführt
13	Wissenschaftliche Evaluation	Abschlussbericht und Publikationen

5.2 Datenerhebung

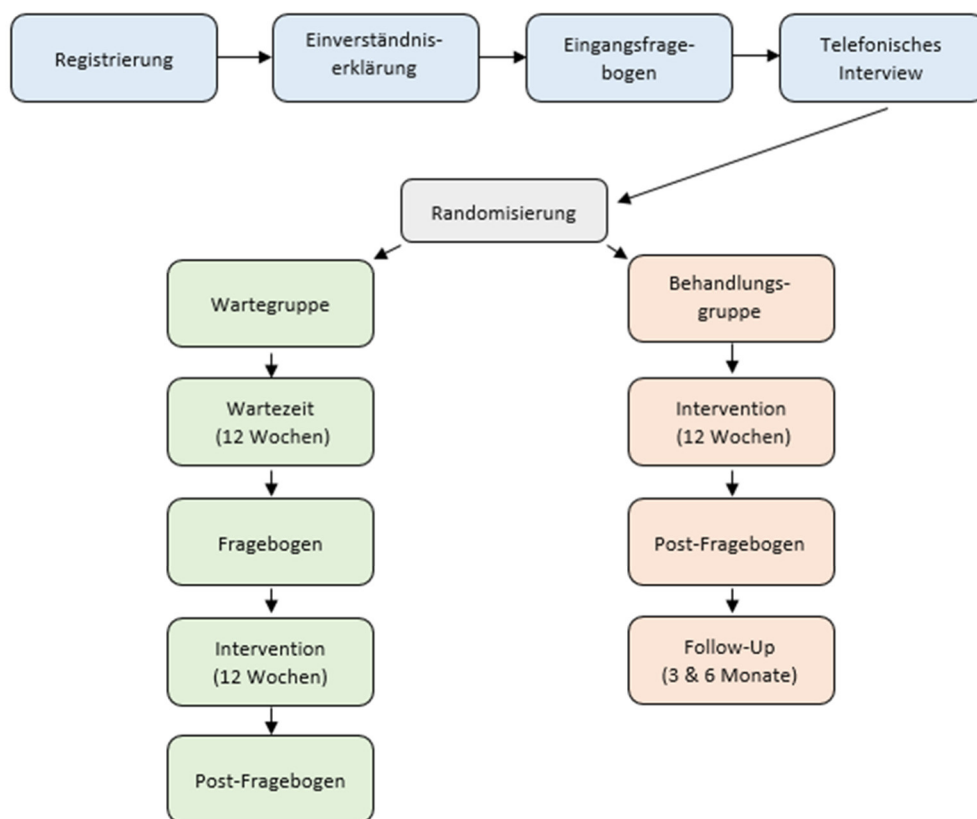
Um die Wirksamkeit des Programms zu evaluieren, wurde dieses von einer randomisiert-kontrollierten Studie begleitet. Das Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit des Online-Programms zu überprüfen. Des Weiteren sollte untersucht werden, inwiefern verlustbezogene Variablen (z.B. Beziehung zur verstorbenen Person, Alter bei Verlust) einen Einfluss auf die Wirksamkeit und den Nutzen des Programms haben.

Aufgrund des innovativen Ansatzes einer internetbasierten Gruppentherapie für Hinterbliebene nach einem Suizid, für welchen bis zum Projektbeginn noch keine empirischen Studien vorlagen, wurde eine Wartelistengruppe als Kontrollgruppe gewählt. Die Teilnehmenden wurden entsprechend hierfür einer von zwei Gruppen randomisiert zugeteilt: 1) die Sofortbehandlungsgruppe, welche sofort nach der Randomisierung mit der Intervention beginnen konnte, und die Wartegruppe, welche aus ethischen Gründen 12 Wochen nach der Randomisierung mit der Intervention beginnen konnte. Im Rahmen der Datenauswertung wurden die Daten der Sofortbehandlungsgruppe nach der Intervention mit den Daten der Wartegruppe nach der Wartezeit sowohl mit einer *Completer-* als auch mit einer *Intention-to-Treat*-Analyse verglichen. Folgende Therapie-Outcomes wurden erhoben: Depressivität, Suizidalität,

Hoffnungslosigkeit, Posttraumatische Belastungsstörung, anhaltende Trauer, posttraumatische Kognitionen, verlustbezogene Aspekte wie Stigmatisierung, Schuld und Verantwortlichkeit.

Nach der Anmeldung und nach dem Unterschreiben einer Einverständniserklärung erhielten die interessierten Teilnehmenden einen Link zu dem Eingangsfragebogen. Nach dem Ausfüllen wurden die Teilnehmenden zu einem telefonischen Erstgespräch eingeladen. Hier wurden noch einmal diagnostisch die Ein- und Ausschlusskriterien überprüft, Fragen zu dem Verlust gestellt sowie Fragen seitens der Teilnehmenden beantwortet. Das telefonische Interview nahm ca. 60-90 Minuten in Anspruch. Konnte eine Person in das Programm aufgenommen werden, wurde sie anschließend der nächsten Gruppe zugeteilt. Sobald eine Gruppe die Teilnehmerzahl von 12 Personen erreichte, wurde diese Gruppe randomisiert. Die Sofortbehandlungsgruppe startete somit unmittelbar mit der Intervention, und erhielt nach Beendigung der Intervention einen Link zu dem Post-Fragebogen, sowie noch einmal zwei Follow-up-Fragebögen nach drei und sechs Monaten. Diese dienten der Analyse der Langzeiteffekte der Intervention. Diejenigen, die der Wartegruppe zugeordnet wurden, mussten hingegen 12 Wochen warten und erhielten nach der Wartezeit einen Fragebogen, welcher Veränderungen und Symptome während der Wartezeit erfasste. Nach dem Ausfüllen, konnte dann auch die Wartegruppe mit der Intervention starten. Der genaue Ablauf der Studie ist in Abbildung 3 dargestellt.

Abbildung 3. Ablauf der begleitenden Studie



5.3 Datenauswertung

Die Daten wurden mit dem Programm SPSS Version 25 (Statistical Packages for the Social Sciences, IBM) ausgewertet. Zunächst wurden die demographischen Daten der Teilnehmenden, sowie die verlustbezogenen Variablen analysiert und die restlichen Daten für die weiteren Berechnungen vorbereitet. Um die Wirksamkeit des Programms zu überprüfen, wurden T-Tests, Varianzanalysen sowie hierarchische Regressionen durchgeführt. Diese Analysen erlaubten es, den Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der erhobenen Variablen zu analysieren und darzustellen. Die konfirmatorische Analyse wurde basierend auf Intention-to-Treat- Daten durchgeführt.

6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

6.1 Darstellung des Zeitplans und der erreichten Ziele

In der folgenden Tabelle wird das Erreichen der Projektziele näher erläutert.

Tabelle 3. Erreichte Ziele im Projekt

	Teilziele	Ziel erreicht?
1	Inhaltliche Ausarbeitung des webbasierten Therapiemanuals	Das Ziel wurde in der vorhergesehenen Zeit erreicht. Es existiert ein ausführliches Manual, welches auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden besteht und als Grundlage für die Durchführung der Online-Intervention besteht.
2	Inhaltliche Ausarbeitung der Online-Module und Erstellung der Arbeitsmaterialien	Das Ziel wurde in der vorhergesehenen Zeit erreicht. Es wurden für jede Sitzung entsprechende Foliensätze erstellt. Außerdem wurden Arbeitsblätter erstellt, welche die Teilnehmenden zwischen den Sitzungen bearbeiten konnten.
3	Inhaltliche Ausarbeitung der Webseite	Auch bei diesem Ziel gab es keine Verzögerung in der Erreichung. Die Texte für die Website wurden angefertigt sowie die Auswahl passender Bilder vorgenommen.
4	Technische Umsetzung & Programmierung der inhaltlichen Konzeption	Die Webseite wurde in der vorhergesehenen Zeit fertig gestellt. Die Website enthält sowohl Informationen zu dem Projekt als auch zu der begleitenden Studie. Weiterhin finden Betroffene auf der Website Erfahrungsberichte, Antworten auf die häufigsten Fragen und es stand ein Chat zur Verfügung, welcher zu bestimmten Zeiten erreichbar war. Auf der Website war auch die Registrierung für das Projekt möglich. Die Website ist zu finden unter www.hilfe-nach-suizid.de
5	Erstellung der Video-Testimonials (Text und Film)	Die Videos wurden mit Hilfe eines Kamerateams und Schauspielern in der vorhergesehenen Zeit realisiert. Die Skripte basierten auf Fokusgruppen, welche in Berlin und Leipzig abgehalten wurden. Die Texte wurden so abgeändert, dass kein Rückschluss auf Personen möglich war.
6	Beginn der Therapeutenschulung in der Anwendung der Intervention	Die Therapeutinnen/Therapeuten und Selbsthilfegruppenleiterinnen/Selbsthilfegruppenleiter

		wurden im Rahmen einer ganztägigen Schulung geschult.
7	Pilotphase: Online-Webinar	Die erste teilnehmende Person wurde am 31.08.2018 eingeschlossen. Die erste Gruppe startete am 23.09.2018. Während der Durchführung wurden auftretende technische Probleme gelöst sowie der Ablauf angepasst. Für die nachfolgenden Gruppen wurde auf Basis der Erfahrungen eine ausführlichere technische Anleitung erstellt, außerdem wurden technische Sitzungen eine Woche vor Gruppenbeginn angeboten.
8	Beginn des RCTs	28.09.2018
9	Letzter Patient beendet Intervention	Die letzte Gruppe endete am 07.01.2021.
10	Abschließende statistisch Auswertung	Die Daten wurden von Februar bis April aufbereitet und ausgewertet. Eine Veröffentlichung des Outcome-Papers ist eingereicht, sowie zwei weitere Publikationen zu den Themen Schuld (bereits publiziert) und Suizidalität.
11	Öffentlichkeitsarbeit mit Berichten wissenschaftlicher Ergebnisse	Bereits im Verlauf wurden Publikationen angefertigt (s. Punkt 12). Im Mai 2021 wurde das zentrale Outcome-Paper fertiggestellt, welches sich gerade im Einreichungsprozess befindet. Aufgrund der Pandemie und dem Lockdown konnten die wissenschaftlichen Ergebnisse bisher nicht wie geplant auf Kongressen, Veranstaltungen etc. veröffentlicht werden.
12	Organisation einer ganztägigen Fachtagung zum Thema Hinterbliebene nach Suizid und zur Präsentation des Projekts	Die Tagung konnte aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht stattfinden. Stattdessen wurde ein Online-Symposium anlässlich des Welttags zur Suizidprävention 2020 organisiert, in dessen Rahmen erste Ergebnisse des Projekts vorgestellt wurden.
13	Wissenschaftliche Evaluation	s. Punkt 12

6.2 Abweichungen vom Zeitplan

Es gab im Projektzeitraum keine Verzögerungen im Zeit- und Arbeitsplan. Zu Beginn der Projektphase kam es zu einer 2-monatigen Verzögerung, diese konnte aufgrund der großen Nachfrage bei Studienteilnehmenden insbesondere während der Restriktionen durch die COVID-19 Pandemie jedoch wieder aufgeholt werden. Das Projekt sollte ursprünglich am 31.10.2020 enden. Aufgrund der zahlreichen Anmeldungen und aufgrund des Interesses seitens der Hinterbliebenen wurde ein Verlängerungsantrag gestellt, welcher bis zum 11.02.2021 bewilligt wurde, somit konnten weitere Gruppen eingeschlossen werden.

6.3 Darstellung positiver und negativer Erfahrungen

Positiv im Verlauf des Projekts fiel auf, dass die Nachfrage und Akzeptanz des Online-Programms sehr hoch und gegeben war. Die zahlreichen Anmeldungen zeigten, dass der Bedarf an niedrigschwelligen

Hilfsangeboten groß ist. Auch die positiven Rückmeldungen seitens der Teilnehmenden bestätigten den Nutzen der Intervention. Aus den individuellen Feedbacks lässt sich schließen, dass gerade das anonyme geschützte Setting zuhause für viele Teilnehmenden, ein sehr hilfreiches niedrigschwelliges Angebot war. Eine Gruppenkohäsion mit Vertrauen innerhalb der Gruppe konnte auch in dem online-basierten Setting von den Teilnehmenden erfahren werden. Insbesondere während des Lockdowns durch die COVID-19 Pandemie stieg der Versorgungsbedarf deutlich an. Nach wie vor erhalten wir wöchentlich regelmäßig Anmeldungsanfragen, die wir leider aufgrund der Beendigung der Projektlaufzeit absagen müssen.

Als Herausforderung erwies sich das Ausfüllen der Fragebögen zum Abschluss der Intervention. 37 % der Teilnehmenden füllten den Fragebogen nach der Intervention nicht aus, obwohl sie an der Intervention erfolgreich bis zum Abschluss teilnahmen. Als Gründe wurden genannt, dass es zu viele Fragen gewesen seien und die Teilnehmenden den Sinn von Fragebogen nicht nachvollziehen konnten. Das Ausfüllen des Fragebogens stellt in klinischen Studien immer wieder eine Herausforderung dar. Ein weiterer Punkt betraf die technische Handhabung der Gruppenintervention. Viele der Teilnehmenden waren zu Beginn der Studie (vor der Pandemie in 2018) nicht vertraut mit Programmen wie beispielsweise AdobeConnect. Eine technische Einführungsstunde vor dem Programmbeginn konnte die technischen Schwierigkeiten einzelner Teilnehmenden deutlich verbessern.

7 Ergebnisse

7.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Projektzeitraum registrierten sich insgesamt 313 Personen. Davon füllten 159 Personen den Eingangsfragebogen aus, 10 Personen meldeten sich anschließend nicht mehr zurück oder entschieden sich gegen eine Teilnahme. Gründe hierfür waren kein Interesse mehr, keine zeitlichen Kapazitäten für eine Teilnahme oder die Inanspruchnahme anderer Unterstützungsangebote. 9 Personen mussten nach dem telefonischen Erstgespräch aufgrund der Ausschlusskriterien ausgeschlossen werden. Abbildung 4 zeigt die Übersicht über Registrierungen und Dropouts.

Abbildung 4. Flowchart

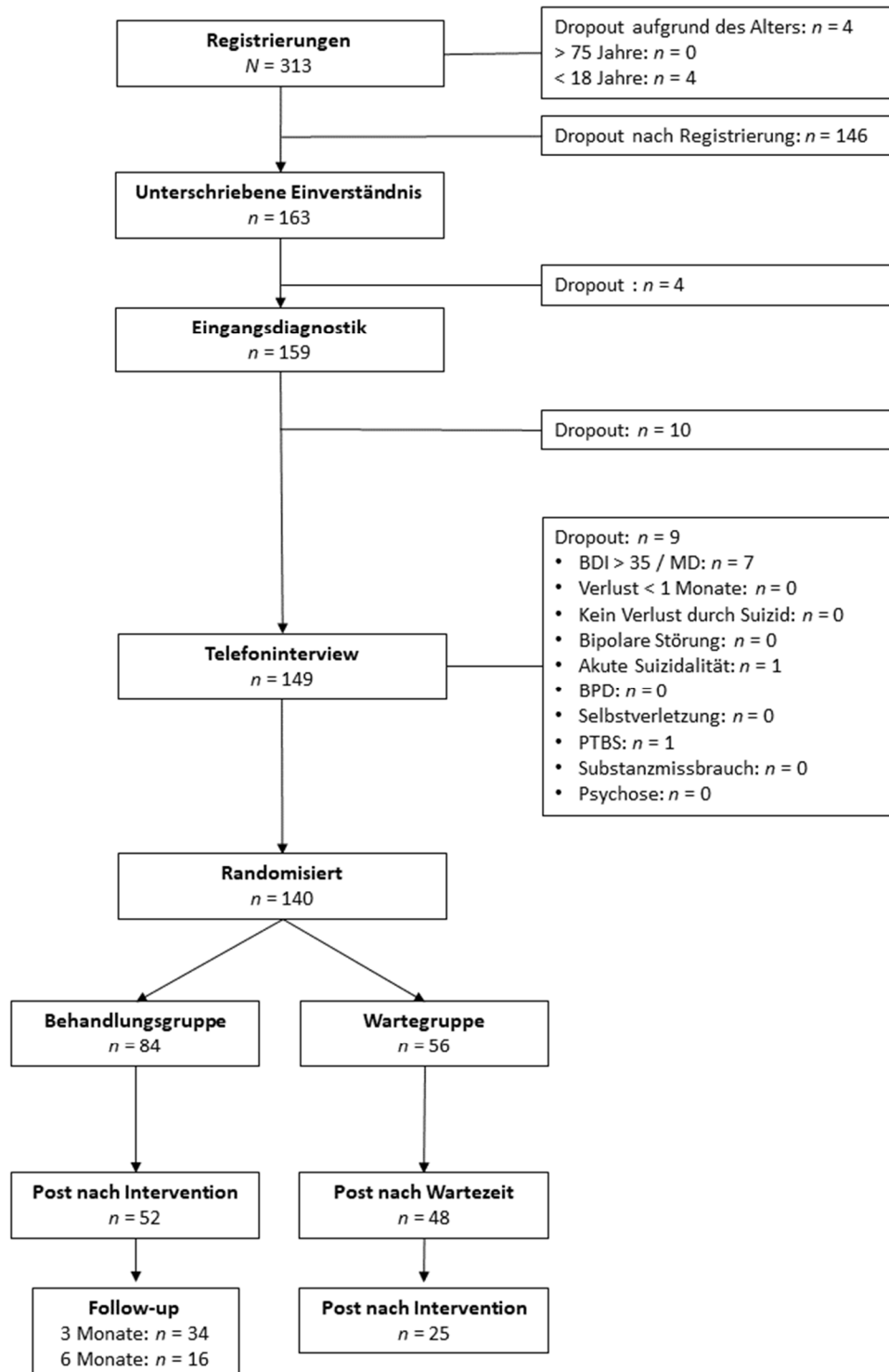


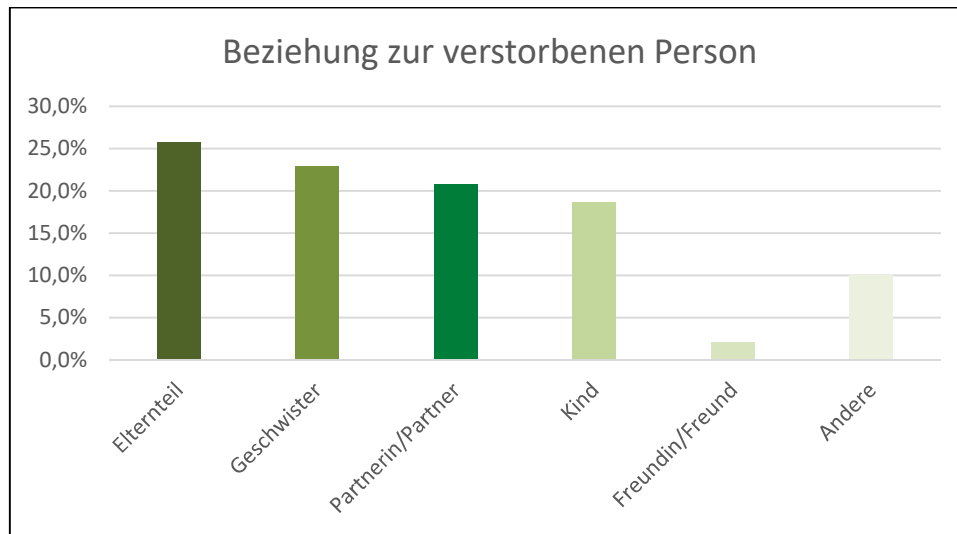
Tabelle 4 enthält die demographischen Daten aller Teilnehmenden ($N = 140$), die sich bis zum 12.09.2020 registriert haben und in die Intervention mit aufgenommen wurden. Von den interessierten Teilnehmenden waren 125 Personen (89,3 %) weiblich, das durchschnittliche Alter lag bei 41,20

($SD = 12,74$) Jahren. Etwa ein Drittel der Teilnehmenden (31,4 %) sind ledig, 29,3 % sind verheiratet, 20,0 % in einer festen Partnerschaft, 12,9 % sind verwitwet und 6,4 % geschieden.

Tabelle 4. Demographische Daten der Stichprobe ($n = 140$)

	<i>M (SD), Range/ n (%)</i>
Alter in Jahren	41,20 (12,67), 21 – 69
Geschlecht (weiblich)	125 (89,3 %)
Familienstand	
Ledig	44 (31,4 %)
In fester Partnerschaft	28 (20,0 %)
Verheiratet	41 (29,3 %)
Geschieden	9 (6,4 %)
Verwitwet	18 (12,9 %)
Höchster Bildungsabschluss	
Hauptschule	8 (5,7 %)
Realschule	13 (9,3 %)
Gymnasium	16 (11,4 %)
Fachabitur	8 (5,7 %)
Universität	76 (54,3 %)
Promotion	10 (7,1 %)
Andere	3 (2,1 %)

Wie in Abbildung 5 dargestellt, verloren 25,7 % der Teilnehmenden ein Elternteil, 18,6 % ein Kind, 22,9 % verloren Bruder oder Schwester, 20,7 % Partner oder Partnerin, jeweils 2,1 % eine Freundin oder einen Freund und 10 % verloren eine andere Person (z.B. Großeltern, Tante/Onkel, Kollegin/Kollege) durch Suizid.

Abbildung 5. Verstorbene Angehörige ($n = 140$)

Der Verlust der nahestehenden Person lag zwischen 1 Monat und 26 Jahren zurück mit einer durchschnittlichen Zeit von 2,42 ($SD = 4,55$) Jahren. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden beim Verlust betrug 38,75 ($SD = 13,27$) Jahre, das durchschnittliche Alter der verstorbenen Person lag bei 41,42 ($SD = 17,22$) Jahren. Alle Angaben zu dem Verlust sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5. Informationen über den Verlust ($n = 140$)

	M (SD), Range / n (%)
Verlust ... Jahre zurück M(SD), Range	2,42 (4,55), 0 – 26
Alter bei Verlust M (SD), Range	38,75 (13,27), 10 – 68
Alter verstorbene Person M (SD), Range	41,42 (17,22), 15 – 81

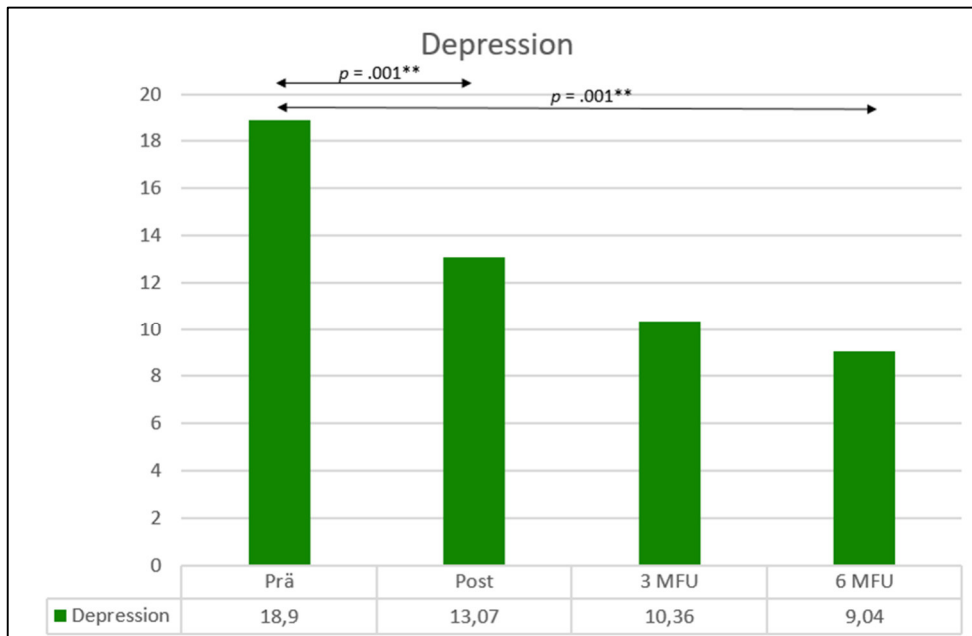
7.2 Ergebnisse der Intervention

Vollständige Prä-Post-Daten liegen von $n = 52$ Teilnehmenden aus der Sofortbehandlungsgruppe und von $n = 48$ Teilnehmenden aus der Wartegruppe vor. Im Folgenden werden die Ergebnisse für die erhobenen Outcomes vorgestellt.

7.2.1 Depressivität

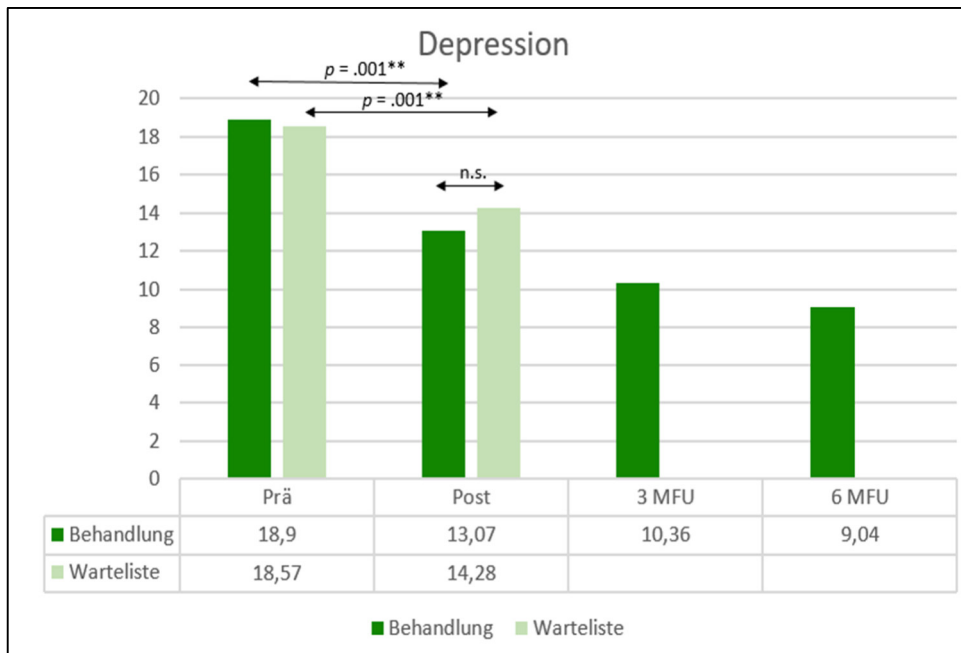
Symptome einer Depression wurden mit dem Beck-Depressionsinventar (BDI-II) (Hautzinger et al., 2006) erhoben. Eine erhöhte Depressivität ist gekennzeichnet durch anhaltende Traurigkeit, Pessimismus, Versagensgefühle sowie Verlust von Freude oder Interesse, bis hin zu Suizidgedanken. Die Schwere der Depressivität reduziert sich in der Behandlungsgruppe signifikant von der Prä-zur Postmessung 95% CI [3.93; 7.74], $t(83) = 6.09$, $p < .001$, $d_{\text{within}} = .76$ und die Symptomreduzierung konnte auch im 6-Monats-Follow-up mit großen Therapieeffekten $d_{\text{within}} = 1.51$ aufrechterhalten werden ($F(2.25, 184.63) = 64.80$, $p < .001$) (siehe Abb. 6)

Abbildung 6. Behandlungsgruppe: Depression über den Zeitverlauf (BDI-II)



Allerdings verbesserten sich sowohl die Behandlungsgruppe als auch die Wartelistengruppe signifikant (siehe Abb. 7) und es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der Sofortbehandlungsgruppe und der Wartegruppe für die Depression gefunden werden ($F(1,138) = .96, p = .330, d_{\text{between}} = 1.9$).

Abbildung 7. Gruppenvergleich für Depression (BDI-II)

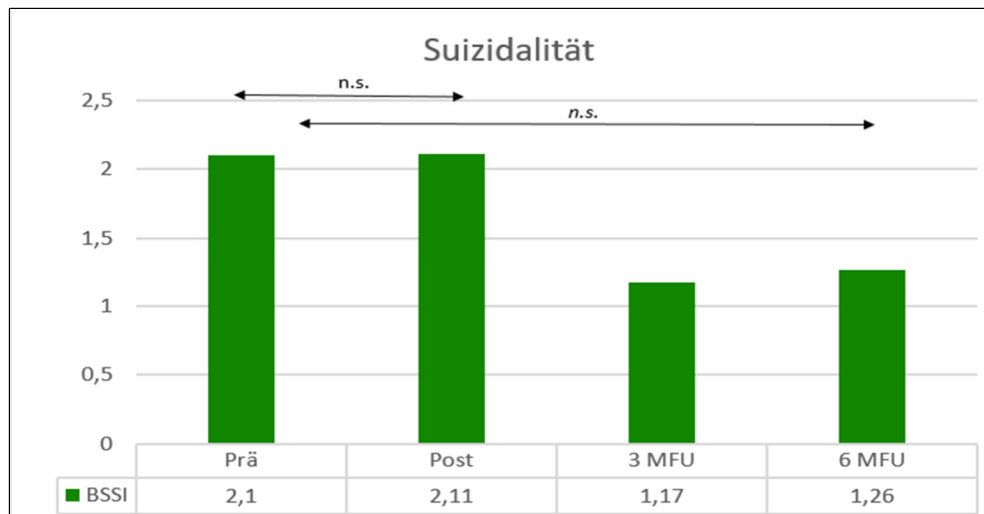


7.2.2 Suizidalität

Suizidalität liegt vor, wenn eine Person Gedanken, Absichten oder Handlungen zur Beendigung des eigenen Lebens entwickelt. Dabei scheint der Suizid die einzige Lösung für ein persönliches Problem und die Denkweisen zur Entwicklung anderer Lösungsmöglichkeiten sind eingeschränkt. Das Ausmaß

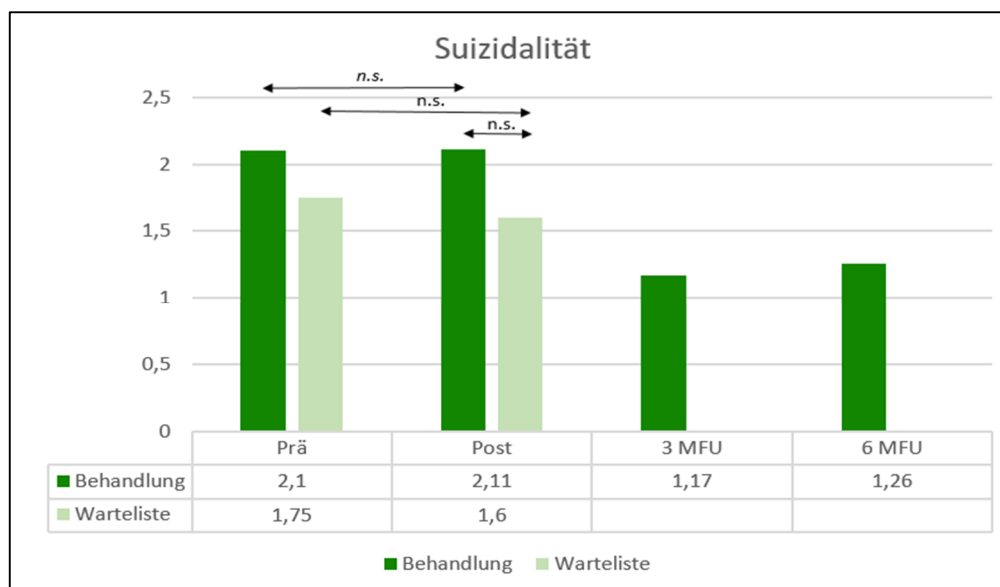
an Suizidalität wurde mit der *Beck Scale for Suicidal Ideation* (BSSI) (Beck et al., 1988) erfasst. Die Suizidalität reduzierte sich nicht signifikant in der Behandlungsgruppe nach der Intervention (95% CI [-1.07; 1.03], $t(83) = -.03, p = .975$) (s. Abb. 8). Es zeigte sich zudem keine signifikante Reduzierung über 6 Monate ($F(2.12, 176.00) = 2.92, p = .053, d_{\text{within}} = .27$). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Teilnehmenden zu Beginn bereits keine hohe Suizidalität aufwiesen und hohe Suizidalität als Ausschlusskriterium galt.

Abbildung 8. Behandlungsgruppe: Suizidalität über den Zeitverlauf (BSSI)



Es gab zudem keinen signifikanten Unterschied zwischen der Behandlungs- und der Wartelisten- gruppe (siehe Abb. 9 , $F(1,138) = .05, p = .824, d_{\text{between}} = .05$).

Abbildung 9. Gruppenvergleich für Suizidalität von Prä- zur Postmessung

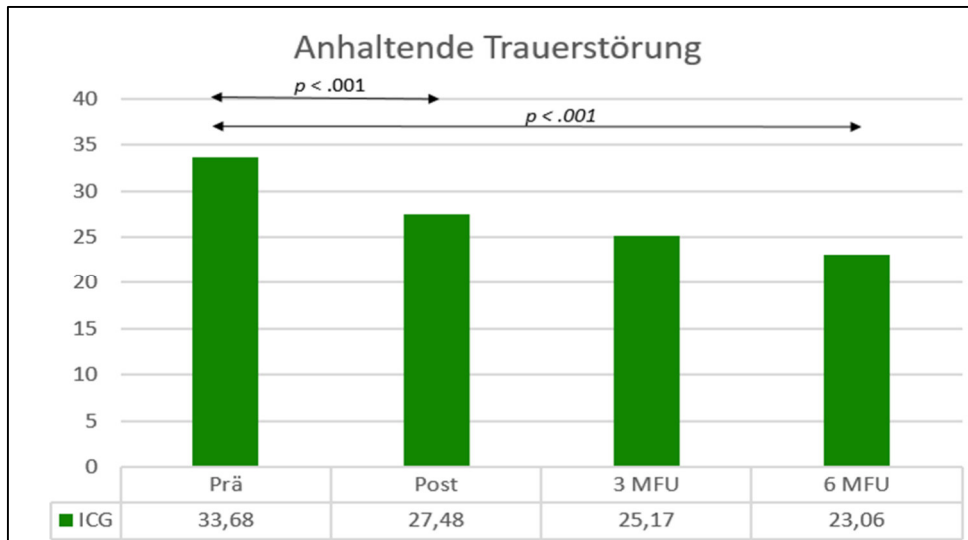


7.2.3 Anhaltende Trauerstörung

Bei manchen Trauernden kann sich nach einem Verlust eine anhaltende Trauerstörung entwickeln. Diese zeichnet sich bspw. aus durch eine intensive Sehnsucht nach der verstorbenen Person, Schwierigkeiten den Tod zu akzeptieren, oft begleitet durch Wut oder auch starke Schuldgefühle. Das Ausmaß

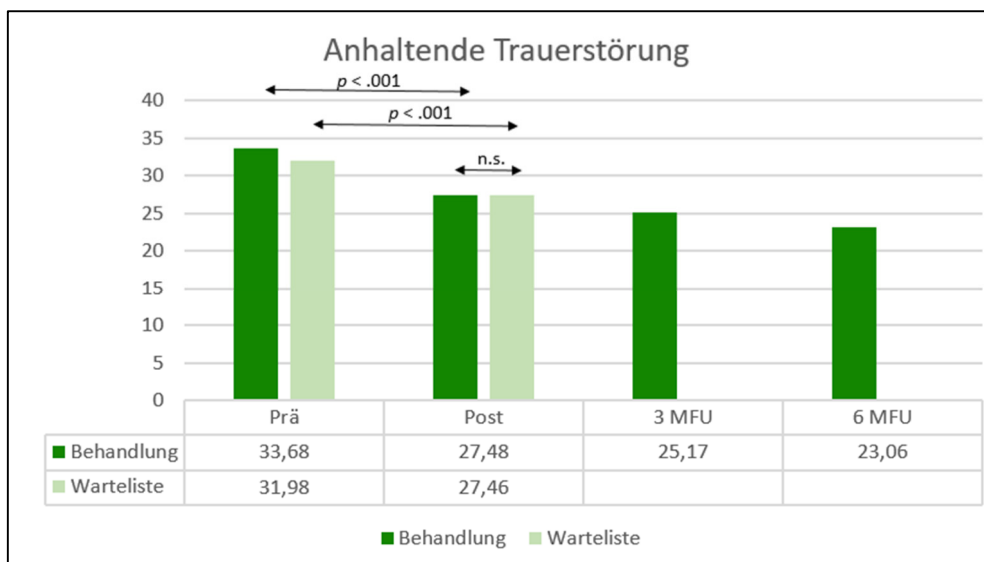
der Trauersymptomatik wurde mit dem Inventory of Complicated Grief (ICG-D) (Lumbeck et al., 2012) erfasst. Die Symptomatik der Trauer reduziert sich in der Behandlungsgruppe signifikant von der Prä- zur Postmessung (95% CI [3.93; 8.46], $t(83) = 5.44$, $p < .001$, $d_{\text{within}} = .57$) und die Symptomreduzierung konnte auch im 6-Monats-Follow-up mit großen Therapieeffekten aufrechterhalten werden ($F(2.33, 193.28) = 33.82$, $p < .001$, $d_{\text{within}} = 1.13$) (siehe Abb. 10).

Abbildung 10. Behandlungsgruppe: anhaltende Trauerstörung über den Zeitverlauf (ICG)



Es zeigte sich jedoch kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($F(1, 138) = .97$, $p = .326$, $d_{\text{between}} = .15$), da sich auch in der Wartegruppe die Symptome der anhaltenden Trauerstörung signifikant reduzierten (Abb. 11).

Abbildung 11. Gruppenvergleich für Trauer von Prä- zur Postmessung

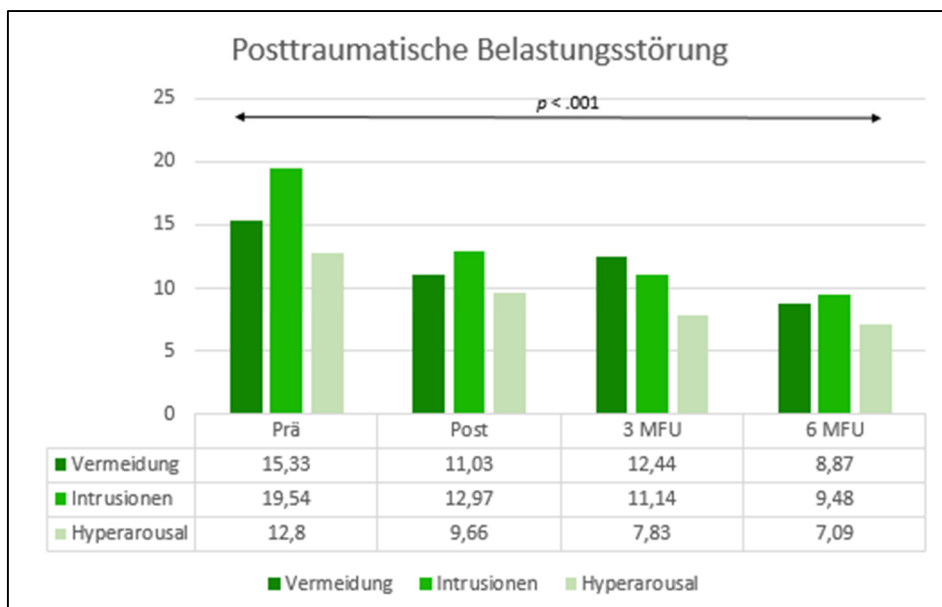


7.2.4 Posttraumatische Symptome

Der Tod einer nahestehenden Person kann unter Umständen ein traumatisierendes Ereignis darstellen, das mit einer Veränderung der Gedanken und Sichtweise der Trauernden einhergeht, sowie auch

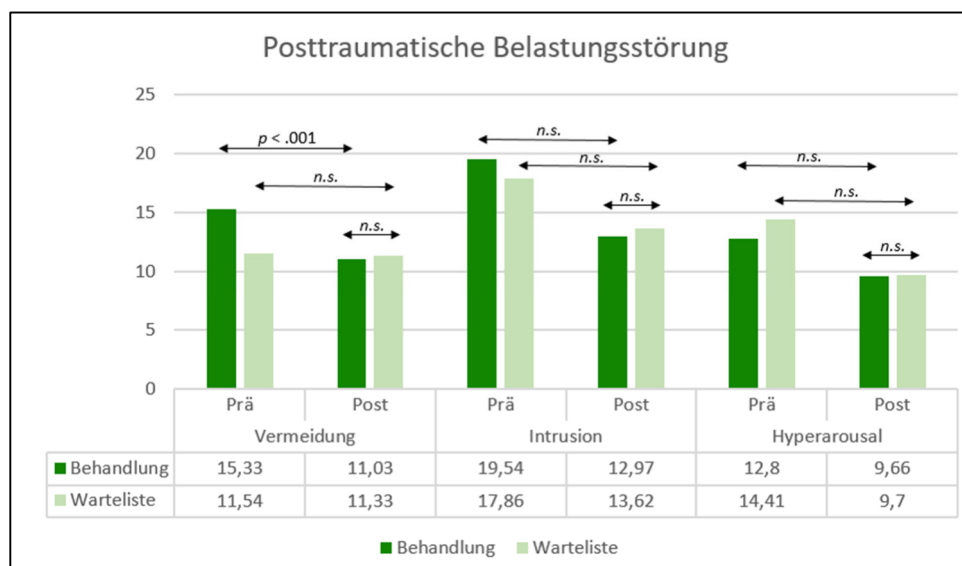
Veränderungen des Verhaltens und Erlebens zur Folge haben kann. Posttraumatische Symptome wurden mit der *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) (Maercker & Schützwohl, 1998) erfasst, welche aus drei Subskalen besteht: Vermeidungsverhalten, Übererregung und Intrusion. Intrusion beschreibt das Wiedererleben oder das Wiedererinnern von traumatischen Ereignissen in Form von Alpträumen, aufkommenden Bildern oder Flashbacks. Die drei Symptomcluster (Vermeidung, Übererregung, Intrusionen) der posttraumatischen Belastungsstörung reduzierten sich in der Behandlungsgruppe signifikant von der Prä- zur Postmessung und die Symptomreduzierung konnte auch im 6-Monats-Follow-up aufrechterhalten werden mit großen Therapieeffekten: Vermeidungsverhalten: $d_{\text{within}} = .81$; Intrusionen: $d_{\text{within}} = 1.75$; Hyperarousal: $d_{\text{within}} = 1.04$ (siehe Abb. 12).

Abbildung 12. Behandlungsgruppe posttraumatische Belastungsstörung über den Zeitverlauf (IES-R)



Die Analyse zeigte auch einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen für das Symptomcluster des Vermeidungsverhaltens ($F(1,138) = 8.22$, $p = .005$, $d_{\text{within}} = .43$). Teilnehmende in der Sofortbehandlungsgruppe wiesen nach der Intervention signifikant niedrigere Werte als Teilnehmende nach der Wartezeit auf (Abb. 13). Für das Traumasymptomcluster Intrusion konnte ein fast signifikanter Effekt gefunden werden mit $F(1,138) = 3.46$, $p = .065$, $d_{\text{within}} = .31$.

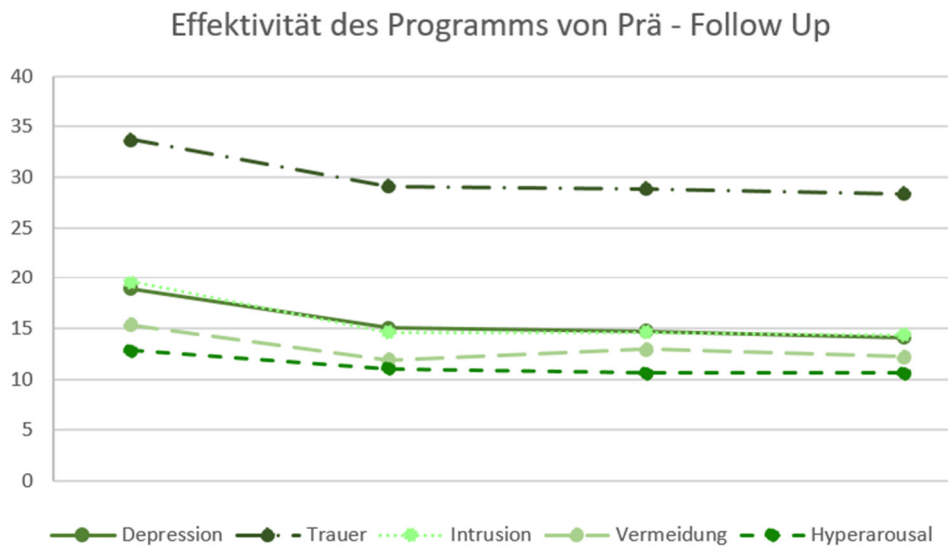
Abbildung 13. Gruppenvergleich für Posttraumatische Belastungsstörung von Prä- zur Postmessung



7.2.5 Effektivität des Programms über die Zeit

Um zu überprüfen ob die Effekte des Programms über einen längeren Zeitraum anhalten, wurden die Follow-up-Daten (nach 3 und 6 Monaten) der Sofortbehandlungsgruppe analysiert. Die Analysen zeigen, dass die Symptomreduktion stabil aufrechterhalten werden konnte und sich nach Beendigung des Programms weiterhin signifikant reduzierten (Abb. 14).

Abbildung 14: Effektivität des Programms in der Sofortbehandlungsgruppe



8 Gender Mainstreaming Aspekte

In Bezug auf die Auswahl der Teilnehmenden der Fokusgruppen wurde auf eine Berücksichtigung von genderspezifischen Aspekten geachtet. Aufgrund der Tatsache, dass Männer eine höhere Suizidalität als Frauen aufweisen, wurde ein spezifischer Fokus auf die Berücksichtigung von Männern in diesem Projekt gelegt. Auf der Website und den Flyern wurden Bilder von sowohl männlichen als auch weiblichen Personen verschiedener Altersklassen ausgewählt. Ebenso wurden die Testimonial-Videos (Protagonisten und Inhalte) geschlechtsspezifisch gleich berücksichtigt. Es wurden ebenfalls „Männerkampagnen“ auf Instagram und Facebook geschaltet.

Betrachtet man die gesamte Stichprobe der Teilnehmenden, die das Programm beendet und den Abschlussfragebogen ausgefüllt haben ($n = 100$), besteht diese zu 10% aus Männern. In fast allen klinischen Interventionsstudien ist der Anteil weiblicher Teilnehmenden deutlich höher als der Anteil der männlichen Teilnehmenden. Dies zeigt jedoch auch deutlich, dass Männer seltener Hilfsangebote in Anspruch nehmen oder nach diesen suchen und auch schwieriger erreichbar sind als Frauen.

9 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Das Projekt „Hilfe nach Suizid“ (Arbeitstitel GROUP-CARE) ist die erste internetbasierte Gruppenintervention für Angehörige nach einem Suizid, welche in einem randomisierten kontrollierten Studiende-

sign untersucht wurde. Dies ist insoweit von hoher Relevanz in der Versorgung, da die meisten Interventionen, welche für die hinterbliebenen Angehörigen angeboten werden, Gruppenangebote sind, welche in Form von Selbsthilfegruppen, konfessionellen Trauergruppen, Trauercafés üblicherweise durchgeführt werden. Die meisten der angebotenen Gruppen basieren allerdings nicht auf wissenschaftlich-basierten Therapiemanualen und finden häufig im Selbsthilfebereich statt.

Das Gruppenformat als Interventionsmethode hat eine Reihe von Vorteilen gegenüber einer individuellen Trauerberatung, bzw. Psychotherapie. Sie bieten betroffenen Hinterbliebenen die Möglichkeit ihre Erfahrung und ihren Umgang mit dem Suizid zu teilen und soziale Unterstützung zu erhalten. Das soziale Miteinander und Austauschen in der Gruppe kann den Weg aus Isolation und Einsamkeit unterstützen und Hoffnung vermitteln (Wagner, 2019). Bisher gibt es nur wenige wissenschaftliche Studien, welche die Wirksamkeit von psychologischen Trauergruppen untersucht haben (Wagner et al., 2021). Das Forschungsprojekt hat aus diesem Grund sowohl wissenschaftliche Erkenntnisse für die Wirksamkeit von Trauergruppen hervorgebracht als auch ein innovatives Vorgehen untersucht, indem die Trauergruppen im internetbasierten Setting angeboten wurden.

Die Analyse der Teilnehmenden zeigte, dass das Programm alle Betroffenenengruppen (Verlust eines Kindes, Partnerin/Partner, Geschwister, Elternteil) in gleichen Maßen zur Teilnahme ansprach. Der Altersdurchschnitt lag bei 41 Jahren mit einer Altersspanne von 21-69 Jahren. Das weist daraufhin, dass ein internetbasiertes psychotherapeutisches Programm für fast alle Altersgruppen als Versorgungsangebot in Frage kam. Die Zeit seit dem Verlust lag im Durchschnitt bei 2,4 Jahren mit einer Zeitspanne von 0-26 Jahren). Das heißt, dass die meisten der Teilnehmenden nicht unmittelbar nach dem Verlust ein solches Angebot in Anspruch nehmen, sondern zum Teil erst nach mehreren Jahren.

Die Ergebnisse zeigten, dass das Programm für Hinterbliebene nach Suizid hilfreich und wirksam ist und Symptome der Depressivität, Trauer sowie PTBS signifikant reduziert werden konnten. Darüber hinaus konnten die Symptomverbesserungen auch nach der 6-Monatserhebung aufrechterhalten werden, was auf eine Stabilisierung der Symptomreduzierung hindeutet. Wir konnten einen signifikanten Gruppen x Zeit-Effekt für das Traumasymptomcluster des Vermeidungsverhaltens finden und ein fast signifikanter Effekt für die traumabezogenen Intrusionen. Für die anderen Störungsbilder (Depression, anhaltende Trauerstörung, eigene Suizidalität) konnte kein Gruppen x Zeit-Effekt nach Beendigung der Intervention gefunden werden. Interessanterweise verbesserten sich die Studienteilnehmenden, welche der Wartelistenkontrollgruppe zugewiesen wurden, ebenso signifikant in den drei Monaten, in welchen sie auf den Programmbeginn gewartet hatten. Dies kann eine Vielzahl von Gründen haben. Zum einen konnten wir nicht feststellen, ob Teilnehmende während der Wartezeit weitere Hilfsangebote (z.B. Psychotherapie, Beratung) in Anspruch genommen haben und sich somit auf andere Art und Weise mit dem Verlust und der Trauer auseinandergesetzt haben. Dies könnte zu einer Reduzierung der Symptome beitragen. Zudem kann sich die Symptomatik allein durch den Faktor Zeit verbessern.

Hier ist jedoch zu beachten, dass Studien zwar zeigten, dass sich bestimmte Symptome (wie z.B. Trauersymptome, Depression) ohne Intervention reduzieren können, ohne eine Intervention jedoch keine vollständige Remission erreicht wird. Ein nicht zu vernachlässigender und mit Sicherheit wichtiger Faktor ist der Einfluss der Perspektive auf Unterstützung und die Beschäftigung mit dem Verlust durch Fragebögen und das Telefoninterview, welches zwischen 60-90 Minuten dauerte. Durch den Online-Fragebogen beschäftigen sich Hinterbliebene bereits intensiv mit dem Verlust, das Gespräch mit den Projektkoordinatorinnen konnte durchaus entlastend für die Hinterbliebenen gewesen sein. Hinterbliebene machen häufig die Erfahrung mit wenigen Leuten über den Verlust reden zu können, somit könnte das Telefoninterview eine positive Erfahrung für sie gewesen sein. Diese positive Therapieerwartung könnte gepaart mit der Hoffnung auf einen Therapiebeginn zu einer signifikanten Symptomreduzierung geführt haben. Die Wahl der Kontrollgruppe in psychotherapeutischen Interventionsstudien wird wissenschaftlich immer wieder diskutiert. Das Wartelistenkontrollgruppendesign wird insbesondere für neue und auch experimentellen Interventionen empfohlen, für welche bisher keine Studiendaten vorliegen (Mohr et al., 2009). Es ist zu vermuten, dass eine andere (aktive) Kontrollgruppe oder eine TAU-Kontrollgruppe, welche keine Möglichkeit auf die Teilnahme an diesem Programm gehabt hätte, eine geringere Symptomreduktion zeigen würde. Deswegen wäre es empfehlenswert das vorliegende Programm in zukünftigen Phase 2 oder 3 Studien mit anderen Kontrollgruppendesigns zu überprüfen.

Weitere Befunde unserer Analysen zeigten, dass Teilnehmenden mit einer höheren Depressions-, PTBS- und Trauersymptomatik zu Therapiebeginn eine größere Verbesserung der Symptomatik zu Therapieende aufwiesen. Hingegen spielten Faktoren, wie beispielsweise die Beziehung zur verstorbenen Person, Zeit seit dem Verlust oder Anzahl der teilgenommenen Sitzungen keinen Einfluss auf den Therapieverlauf.

Eine Besonderheit des Programmes war, dass das Programm sowohl von einer psychologischen Psychotherapeutin oder einem psychologischen Psychotherapeuten als auch von einer Selbsthilfegruppenleiterin oder einem Selbsthilfegruppenleiter als selbstbetroffene Person geleitet wurde. Diese Kombination aus Gruppenleiterinnen/ Gruppenleitern wurde von den Teilnehmenden als sehr positiv erlebt und auch zurückgemeldet. Ein offenes Antwortfeld in der Postmessung spiegelte auch die allgemeine Zufriedenheit mit dem Programm wider. Hier einige Beispiele der positiven Rückmeldungen: „Wichtig war für mich die Gruppendynamik und den Zusammenhalt. Das Gefühl verstanden zu werden“; „Besonders gut fand ich den ersten Teil, in dem der Arzt Konrad Michel interviewt wurde. Das hat mir von allen Teilen am meisten weitergeholfen.“; „Ich fand es sehr gut, dass ich an den Sitzungen von überall teilnehmen konnte, ich musste anderen oder fremden Menschen nicht körperlich begegnen, das hätte mich wohl überfordert.“; „Für mich war es das Wichtigste, wirklich psychologische Hintergrundinformationen zu bekommen. Wissen macht weniger hilflos.“ Negative Rückmeldungen gab es vorwiegend zu den Fragebögen, welche die Teilnehmenden zu den verschiedenen Messzeitpunkten

ausfüllen mussten. Diese wurden als zu lange und zu aufwendig erlebt. Dies erklärt auch, dass die Postmessungen von einem Teil der Teilnehmenden nicht ausgefüllt wurden, obwohl sie vollständig an dem Programm aktiv bis zum Schluss teilnahmen. Zukünftige Studien sollten das Thema „Wie funktioniert Forschung?“, und weshalb ein regelmäßiges Assessment wichtig ist, besser von Anfang an in den Studienablauf integrieren, um Dropouts zu verhindern.

Im letzten Jahr der Projektlaufzeit waren die Folgen der COVID-19-Pandemie und den daraus folgenden Lockdowns und Beschränkungen auch in unserem Projekt deutlich spürbar. Viele der psychosozialen Angebote für Angehörige nach einem Suizid fanden plötzlich nicht mehr statt, und die Betroffenen waren zusätzlich mit der Verarbeitung ihres Verlustes allein zuhause isoliert. Diese Isolation war insbesondere für Trauernde und Angehörige nach einem Suizid eine große Belastung. Der an sich oft schon vorhandene soziale Rückzug wurde in dieser Zeit noch weiter verstärkt. Als Folge davon konnten wir eine große Nachfrage für die Teilnahme am Programm verzeichnen. Gleichzeitig ist unklar, inwieweit die Situation der Pandemie einen negativen Einfluss auf die psychologischen Befunde der Ergebnisse der Studie hatte.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass im Rahmen des Projektes GROUP-CARE alle Ziele und Teilziele des Projektantrages erfüllt wurden. Es gab im Verlauf des Projektes keine relevanten Veränderungen oder Verzögerungen. Inzwischen liegt ein evaluiertes und manualbasiertes Online-Programm für Angehörige nach einem Suizid vor, welches sowohl in die Versorgung integriert werden kann als auch in weiteren Phase 2 oder 3 Studien evaluiert werden sollte, um weitere wissenschaftliche Fragestellungen zu beantworten.

10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die wissenschaftlichen Ergebnisse des Projektes wurden bisher in einer Reihe von Publikationen veröffentlicht, bzw. befinden sich noch im Review Prozess. Das zentrale Outcome-Paper zu dieser Studie ist eingereicht und befindet sich aktuell im Begutachtungsverfahren. Sobald die Ergebnisse der randomisierten Kontrollgruppenstudie tatsächlich veröffentlicht sind, werden diese an die Öffentlichkeit weitergegeben. Hierzu ist eine Pressemitteilung geplant und die Verbreitung über die sozialen Medien. Eine Journalistin der Frankfurter Allgemeinen Zeitung begleitet das Projekt von Anfang an (siehe Artikel in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung, 02.12.2018), und plant eine weitere Veröffentlichung zum Projekt, sobald die Studienergebnisse in einem Journal mit Peer-Review veröffentlicht sind. Darüber hinaus wird derzeit ein Abschlussbericht mit den relevanten Ergebnissen der Studie erstellt und wird an die Teilnehmenden des Projektes zum Abschluss versendet. Dieser Abschlussbericht wird zudem über die sozialen Medien veröffentlicht (z.B. Twitter) und wird auf der Website des Projekts (www.hilfe-nach-suizid.de) lesbar sein. Im Rahmen des vom BMG-geförderten Online-Portals, auf welchem alle Projekte der Förderlinie „Suizidprävention“ vorgestellt werden, wird es ein 20-minütiges Video zum Projekt GROUP-CARE geben, welches für alle Interessierten abrufbar ist. Weiterhin ist geplant

die Ergebnisse im folgenden Jahr auf wissenschaftlichen Kongressen und Patientenkongressen (z.B. AGUS e.V.) vorzustellen. Bisher wurden auf den Kongressen und Symposium nur Pilotdaten, bzw. Teilergebnisse präsentiert. Ein Überblick zu den bisherigen Vorträgen findet sich unter Kapitel 12.2.

11 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Die Durchführung des Projektes hat nicht nur zu einem wertvollen wissenschaftlichen Ergebnis geführt, sondern auch die Schwächen der Versorgung Angehöriger nach einem Suizid in Deutschland deutlich offenbart. Es gibt nicht nur sehr wenig Forschung in Deutschland zu dieser Betroffenenengruppe, sondern auch von staatlicher Seite wenig bis gar keine Unterstützung. Das steht im großen Gegensatz zu dem Ausmaß der psychischen Folgen nach einem Suizid und den Folgen, wie beispielsweise AUF-Tage, Frühberentung und Kosten für die Nutzung des Gesundheitssystems. Noch immer existieren viel zu wenige Hilfsangebote spezifisch für Hinterbliebene nach einem Suizid in Deutschland. Vor allem für Personen aus ländlichen Regionen oder mit eingeschränkter Mobilität ist das Aufsuchen von Hilfe erschwert, bzw. nicht vorhanden vorort. Hinzu kommt, dass bereits existierende Angebote sowie psychotherapeutische Unterstützung mit langen Wartezeiten verbunden sind. Aufgrund der aktuellen COVID-19-Pandemie, welche möglicherweise auch weiterhin Einschränkungen zur Folge haben wird, finden auch diese Angebote häufig nicht statt.

Die wichtigsten NGOs in diesem Bereich sind AGUS e.V. und der Bundesverband für Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister e.V., welche sich durch professionelle Selbsthilfeangebote auszeichnen. Beide Verbände versorgen jährlich mehrere tausend Hinterbliebenen nach einem Suizid, erhalten allerdings keine dauerhafte finanzielle Unterstützung für Personalkosten etc. Diese Situation trägt dazu bei, dass eine Implementierung unseres Programmes „Hilfe nach Suizid“, inkl. Webseiten-Hosting, Gehälter für Gruppenleiter, Schulung finanziell und personell kaum für diese Verbände in deren derzeitiger Situation möglich ist. Anfragen für finanzielle Förderung des Projektes (z.B. Caritas) wurden aufgrund von Sparmaßnahmen bei kirchlichen Trägern abgelehnt. Das heißt eine Fortführung des Projektes in dieser Form ist derzeit aufgrund mangelnder finanzieller Förderung nicht möglich, obwohl eine niedrigschwellige Unterstützung dringend notwendig wäre für die Betroffenen. Online-Angebote könnten diese Versorgungslücke schließen, welche sich auch schon vor der Pandemie offenbarte.

Seit Beendigung des Projekts erreichen uns stetig Anfragen von Hinterbliebenen, die Interesse an einer Teilnahme haben und mitunter aufgrund verschiedener Faktoren keine andere Unterstützung finden. Dadurch dass es keine deutschlandweiten niedrigschwelligen und möglicherweise online-basierten Angebote spezifisch für Suizidhinterbliebene gibt, können diese Personen nur selten vermittelt werden. Ein Blick in andere europäische Länder zeigt, dass dort die Versorgung von Angehörigen nach einem Suizid staatlich landesweit unterstützt wird. Das NHS in Großbritannien fördert seit 2019 landesweit psychosoziale Versorgung für Angehörige nach einem Suizid. Diese Unterstützung schließt Einzelgespräche, Gruppeninterventionen und Vermittlung in Psychotherapie/Psychiatrie ein. Es ist geplant,

dass bis zum Jahr 2023 diese Einrichtungen landesweit implementiert werden sollen. In Dänemark unterstützt das *National Center for Grief* Angehörige nach einem Suizid professionell mit Versorgungsangeboten und Weiterbildung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse der Studie zeigen konnten, dass durch das Programm psychopathologische Symptome wie Depressivität, anhaltende Trauerstörung, Suizidalität sowie posttraumatische Symptome reduziert werden konnten und das Programm somit geeignet ist, Hinterbliebene nach dem Verlust einer nahestehenden Person adäquat zu unterstützen.

Aus dem nun abgeschlossenen Projekt sind entsprechend die folgenden Fragestellungen abzuleiten:

- Wie kann das Präventionsangebot „Hilfe nach Suizid“ erfolgreich in die Versorgung implementiert werden?
- Wie kann eine psychosoziale Unterstützung von Angehörigen nach einem Suizid gesetzlich im Rahmen der Suizidprävention verankert werden?
- Wie effektiv wäre eine Wirksamkeitsstudie des Programmes „Hilfe nach Suizid“ mit einer aktiven Kontrollgruppe?
- Wäre das Programm „Hilfe nach Suizid“ mit den bestehenden Programmelementen (z.B. Übungen, Videos, Hausaufgaben) auch als E-Learningprogramm ohne therapeutische Unterstützung im Einzelsetting wirksam?
- Wäre das Programm „Hilfe nach Suizid“ auch im Rahmen von Selbsthilfegruppen für Suizidhinterbliebene, ohne Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten als Gruppenleitung, effektiv?

12 Publikationsverzeichnis

12.1 Papers

Wagner, B. (2018). Coping with Bereavement Online? An overview of web-based interventions for the bereaved. *Grief Matters: The Australian Journal of Grief and Bereavement*, 21(1), 10.

Wagner, B., Hofmann, L. & Maaß, U. (2020). Online-group intervention after suicide bereavement through the use of webinars: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 21, 45.
<https://doi.org/10.1186/s13063-019-3891-5>

Wagner, B. & Hofmann, L. (2020). Psychische Folgen und psychotherapeutische Unterstützung nach dem Suizid eines Angehörigen. *Psychotherapeutenjournal*(1), 26-33.

Maaß, U., Hofmann, L., Perlinger, J. & Wagner, B. (2020). Effects of bereavement groups—a systematic review and meta-analysis, *Death Studies*, DOI: 10.1080/07481187.2020.1772410

Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L. & Maass, U. (2020). Web-Based Bereavement Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Psychiatry* 11:525. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00525

Wagner, B., Hofmann, L. & Grafiadeli, R. (2021). Wirksamkeit von Interventionen für Hinterbliebene nach Suizid: ein Systematischer Review. *Psychiatrische Praxis*; 48 (01):9-18). DOI: 10.1055/a-1182-2821

12.2 Vorträge

Hofmann, L. & Wagner, B. (2019). Loss through suicide and stigma. ESTSS Conference, 14.-16.06.2019, Rotterdam

Hofmann, L. & Wagner, B. (2019). Stigmatisierung von Suizidhinterbliebenen. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention. 21.3.-23.3.2019, Günzburg

Wagner, B. (2021). Psychosoziale Folgen nach dem Suizid eines Angehörigen. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention-Frühjahrstagung, Online-Tagung. 04.-05.03.2021

Wagner, B. (2020). Psychische Belastungen von Angehörigen nach einem Suizid, Online-Abendsymposium Projekt „Hilfe nach Suizid“, 08.09.2020

Wagner, B. (2020). Psychische Belastungen und Versorgung von trauernden Eltern und Geschwistern nach einem Suizid. Symposium Psychotherapeutenkammer Hessen, 25.04.2020

Wagner, B., Maass, U. & Hofmann, L. (2019). Pilotstudie einer webbasierten Gruppenintervention für Hinterbliebene nach einem Suizid. *Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie*, 14.-16.3.2019.

Wagner, B., Maass, U. & Hofmann, L. (2019). Hilfe nach Suizid - Eine webbasierte Gruppenintervention für Hinterbliebene nach einem Suizid. Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention. 21.3.-23.3.2019, Günzburg

Wagner, B. (2018). Entwicklung und Design einer webbasierten Gruppenintervention für Hinterbliebene nach einem Suizid: Qualitative Auswertung von Fokusgruppen. *Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie*, 26.-28.9.2018, Leipzig

Wagner, B. (2018). How effective are bereavement group interventions? A systematic review. *Australian Grief and Bereavement Conference*, 6.-10.8.2018, Sydney Australia

Wagner, B. (2018). Coping with Bereavement Online? Invited Keynote, Australian Grief and Bereavement Conference, 6.-10.8.2018, Sydney Australia

Wagner, B. (2018). Psychological interventions after suicide bereavement: A systematic review. 17th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, 5.-8.9.2018, Ghent

Wagner, B. (2018). Help seeking behaviour and stigma after suicide bereavement: A qualitative study exploring the needs after suicide loss. 17th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, 5.-8.9.2018, Ghent

Wagner, B. (2018). Entwicklung und Design einer webbasierten Gruppenintervention für Hinterbliebene nach einem Suizid: Qualitative Auswertung von Fokusgruppen. Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie, 26.-28.9.2018, Leipzig

12.3 Qualifikationsarbeiten (Master-/Bachelorarbeiten)

Gerlach, K. (2021). Einfluss der therapeutischen Gruppenbeziehung auf die Wirksamkeit einer webbasierten Gruppenintervention für Suizidhinterbliebene. Masterarbeit, Medical School Berlin

Nicolini, L. (2021). Hilfe nach Suizid – Evaluation der Wirksamkeit einer Online-Gruppenintervention zur Suizidprävention bei Suizidtrauernden. Masterarbeit, Medical School Berlin

Unkenholz, J. (2020). Prädiktoren für den Dropout aus dem Online-Programm Hilfe nach Suizid. Masterarbeit, Medical School Berlin

Schuster, M. (2020). Stigmatisierung von Suizidhinterbliebenen. Masterarbeit, Medical School Berlin

Schneider, L. (2020). Schuldgefühle bei Hinterbliebenen nach einem Suizid. Masterarbeit, Medical School Berlin

Zehntner, N. (2020). Frühe Hilfe für Suizid-Hinterbliebene-hilfreich oder schädlich. Masterarbeit, Medical School Berlin

13 Literaturverzeichnis

- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis, 30*(1), 43-47.
- Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *J Psychiatr Res, 88*, 113-120.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.017>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol, 44*(4), 499-505.
- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *The American journal of psychiatry, 166*(7), 786-794.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08081244>
- Diekstra, R. F. (1989). Suicide and the attempted suicide: An interntional perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 80*(S354), 1-24.
- Erlangsen, A., Runeson, B., Bolton, J. M., Wilcox, H. C., Forman, J. L., Krogh, J., Shear, M. K., Nordentoft, M., & Conwell, Y. (2017). Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: a longitudinal and nationwide register-based study. *JAMA psychiatry (Chicago, Ill.), 74*(5), 456-464.
<http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2609649>
 files/12388/2609649.html
- Guldin, M.-B., Li, J., Pedersen, H. S., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M., Cnattingius, S., Olsen, J., & Vestergaard, M. (2015). Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: a population-based cohort study. *JAMA psychiatry (Chicago, Ill.), 72*(12), 1227-1234. <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2469106>
 files/12422/2469106.html
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). Beck Depressions-Inventar (BDI-II). In
- Lumbeck, G., Brandstätter, M., & Geissner, E. (2012). Erstvalidierung der deutschen Version des „Inventory of Complicated Grief“ (ICG-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 41*(4), 243-248. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000172>
- Maercker, A., & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica, 44*(3), 130-141.
<https://doi.org/10.1037/t55092-000>
- Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., Ockene, J., & Kaplan, R. (2009). The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of psychological interventions. *Psychotherapy and psychosomatics, 78*(5), 275-284.
- Molina, N., Viola, M., Rogers, M., Ouyang, D., Gang, J., Derry, H., & Prigerson, H. G. (2019). Suicidal ideation in bereavement: a systematic review. *Behavioral Sciences, 9*(5), 53.

- Pitman, A. L., Osborn, D. P., Rantell, K., & King, M. B. (2016). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ open*, 6(1), e009948.
- Pitman, A. L., Rantell, K., Moran, P., Sireling, L., Marston, L., King, M., & Osborn, D. (2017). Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. *BMJ open*, 7(5), e014487.
<http://bmjopen.bmj.com/content/7/5/e014487.abstract>
files/12394/e014487.html
- Shneidman, E. (1969). Prologue: Fifty-eight years. *On the nature of suicide*.
- Wagner, B. (2019). *Psychotherapie mit Trauernden*. Beltz.
- Wagner, B., & Hofmann, L. (2020). Psychische Folgen und psychotherapeutische Unterstützung nach dem Suizid eines Angehörigen. *Psychotherapeutenjournal* (19), 1(2020), 26-33.
- Wagner, B., Hofmann, L., & Grafiadeli, R. (2021). Wirksamkeit von Interventionen für Hinterbliebene nach einem Suizid: ein Systematischer Review. *Psychiatrische Praxis*, 48(01), 9-18.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud*, 30(5), 429-453.
<https://doi.org/10.1080/07481180600614385>
- Wagner, B., & Maercker, A. (2007). A 1.5-year follow-up of an Internet-based intervention for complicated grief. *J Trauma Stress*, 20(4), 625-629. <https://doi.org/10.1002/jts.20230>
- Wagner, B., & Maercker, A. (2008). An Internet-based cognitive behavioral intervention for complicated grief: A pilot study. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 30(Suppl B), B47-B53.
- Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., & Maass, U. (2020). Web-based bereavement care: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 11, 525.