Psychische Belastung nach dem Tod eines Kindes

Was die Forschung über Ausmass, Verlauf und Folgen der seelischen Belastung zeigt



Wissenschaftliche Grundlage der SGVE · Nr. 13

Nach dem Tod eines Kindes kann die seelische Belastung der Eltern über lange Zeit sehr hoch bleiben. Dieses Papier zeigt, welche Verläufe die Forschung beschreibt, welche Belastungen besonders häufig sind und was über Unterstützung belegt ist.

Von Betroffenen für Betroffene

SGVE
Schweizerische Gemeinschaft verwaister Eltern

Das Wichtigste in Kürze

> **Schwere Trauer nach dem Tod eines Kindes ist zunächst keine Krankheit. Bei einem Teil der Eltern bleibt die Belastung jedoch so stark, dass fachliche Hilfe wichtig wird.**

Wenn ein Kind stirbt, verlieren Eltern nicht nur ihr Kind, sondern auch eine Zukunft, die sie mit ihm verbunden haben. Die seelische Belastung danach kann viele Bereiche gleichzeitig erfassen. Schlaf, Arbeitsfähigkeit, Beziehungen und körperliches Befinden können beeinträchtigt sein. Trauer, Angst, depressive Beschwerden und posttraumatische Symptome können nebeneinander auftreten.

Diese Reaktionen sind zunächst keine Krankheit. Trauer nach dem Tod eines Kindes darf schwer sein, lange dauern und in Wellen zurückkehren. Die Forschung zeigt jedoch keinen einheitlichen Verlauf. Bei vielen Eltern nimmt die Belastung mit der Zeit ab, oft langsam und mit Rückschlägen. Bei einem kleineren Teil bleibt sie über Jahre hoch und schränkt den Alltag erheblich ein.

Der zeitliche Abstand zum Tod reicht nicht aus, um diese Verläufe zu unterscheiden. Auch Jahre später können Eltern stark belastet sein, während andere früher wieder mehr Stabilität finden. Hohe Werte in einem Fragebogen bedeuten zudem nicht automatisch eine psychische Erkrankung. Gerade im ersten Trauerjahr können Messinstrumente eine schwere, aber erwartbare Trauerreaktion vorschnell als krankhaft einordnen. Entscheidend ist deshalb nicht eine feste Frist, sondern das Gesamtbild der Beschwerden und ihrer Auswirkungen auf das Leben.

Für Eltern nach dem Tod ihres Kindes

Schwere Trauer ist zunächst keine Krankheit. Dass Sie stark belastet sind, lange trauern oder nach einer ruhigeren Zeit wieder einen Einbruch erleben, bedeutet für sich genommen nicht, dass etwas mit Ihrer Trauer nicht stimmt.

Es gibt keinen verlässlichen Zeitplan. Der Abstand zum Tod allein sagt wenig darüber aus, wie es Ihnen gehen müsste. Bei vielen Eltern nimmt die Belastung langsam ab, bei anderen bleibt sie über längere Zeit hoch.

Nehmen Sie anhaltende Beschwerden ernst. Schlafstörungen, starke Erschöpfung und andere gesundheitliche Probleme können Teil dieser Zeit sein und dennoch eine Abklärung verdienen.

Ihr Partner oder Ihre Partnerin kann anders reagieren. Unterschiede darin, wie Trauer gezeigt oder Hilfe gesucht wird, sind häufig. Weniger sichtbare Trauer bedeutet nicht weniger Belastung.

Suchen Sie fachliche Hilfe, wenn die Belastung dauerhaft sehr hoch bleibt. Das gilt besonders, wenn Sie im Alltag kaum noch zurechtkommen oder Gedanken haben, nicht mehr leben zu wollen. Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt kann ein erster Weg sein und Sie bei Bedarf weiterverweisen.

Grosse Register- und Kohortenstudien zeigen, dass die Belastung über das seelische Erleben hinausreicht. Verwaiste Eltern werden häufiger wegen psychischer Erkrankungen behandelt

und weisen in bestimmten Zeitfenstern auch erhöhte körperliche Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiken auf. Besonders ausgeprägt sind einzelne Risiken in der ersten Zeit nach dem Tod. Solche Zahlen beschreiben Gruppen und sagen nicht voraus, was einer einzelnen Mutter oder einem einzelnen Vater geschehen wird. Die körperlichen Folgen werden im Themenpapier «Körperliche Gesundheit» (Nr. 15) vertieft.

Mütter und Väter unterscheiden sich im Durchschnitt darin, wie Belastung erfasst und sichtbar wird. Mütter berichten in vielen Studien höhere Symptomwerte. Väter suchen seltener Hilfe und zeigen ihre Belastung häufiger weniger offen. Daraus lässt sich weder ableiten, dass Mütter grundsätzlich stärker trauern, noch dass Väter weniger betroffen sind. Die individuellen Verläufe überschneiden sich stark.

Auch die Umstände rund um den Verlust spielen eine Rolle. Ein unerwarteter oder gewaltsamer Tod, frühere psychische Belastungen und zusätzliche Probleme nach dem Todesfall gehen in verschiedenen Studien mit höheren Belastungswerten einher. Umgekehrt ist mehr wahrgenommene soziale Unterstützung mit geringerer Belastung verbunden, während Stigmatisierung und Ausgrenzung mit schwereren Beschwerden einhergehen. Keiner dieser Befunde erlaubt jedoch eine verlässliche Vorhersage für eine einzelne Familie.

Über wirksame Unterstützung weiss die Forschung deutlich weniger als über die Belastung selbst. Kontrollierte Studien mit verwaisten Eltern sind selten. Für einzelne, klar umrissene Probleme gibt es positive Befunde, etwa für eine internetgestützte Behandlung von Schlafstörungen. Für umfassende Trauerangebote lässt sich dagegen nicht zeigen, dass ein bestimmtes Programm allen Eltern verlässlich hilft. Zugleich berichtet ein erheblicher Teil der Eltern mit Unterstützungswunsch, keine passende Hilfe gefunden zu haben.

Für die Praxis gehören deshalb zwei Aussagen zusammen. Schwere Trauer muss nicht vorschnell pathologisiert werden. Eine anhaltend sehr hohe Belastung sollte aber auch nicht allein mit dem Hinweis erklärt werden, Trauer brauche eben Zeit. Wenn Schlaf, Arbeit oder Beziehungen über längere Zeit stark beeinträchtigt bleiben oder Gedanken auftreten, nicht mehr leben zu wollen, ist fachliche Unterstützung angezeigt. Die Hausärztin oder der Hausarzt kann eine erste Anlaufstelle sein und bei Bedarf an eine psychiatrische oder psychologische Fachperson weiterverweisen.

Was die Forschung zeigt

Dieser Teil fasst den Stand der ausgewerteten Forschung zusammen. Er richtet sich an Betroffene und an Fachpersonen, die genauer verstehen möchten, worauf die Aussagen dieses Papiers beruhen. Die wörtlichen englischen Zitate stammen aus den Originalarbeiten.

Der Forschungsstand auf einen Blick

Fragestellung

Wie schwer belastet der Tod eines Kindes die Eltern seelisch, welchen Verlauf nimmt diese Belastung, welche gesundheitlichen Folgen sind belegt, und was ist über wirksame Unterstützung bekannt?

Evidenzbasis

Grosse Register- und Kohortenstudien, vor allem aus Dänemark, Schweden und Finnland, beziffern psychiatrische Diagnosen, Medikamente und Sterblichkeit. Zahlreiche Erhebungen, Längsschnitt- und qualitative Studien beschreiben Erleben und Verlauf. Kontrollierte Interventionsstudien mit verwaisten Eltern sind selten.

Zentrale Erkenntnisse

Bei einem erheblichen Teil der Eltern erreicht die Belastung klinisch bedeutsame Werte, und Trauer, Depression, Angst und posttraumatische Belastung treten häufig gemeinsam auf. Verlaufsstudien unterscheiden eine grosse Gruppe, die sich langsam erholt, und eine kleinere, die über Jahre schwer belastet bleibt. Register zeigen zusätzlich eine erhöhte Sterblichkeit und ein erhöhtes Herzrisiko, am stärksten in der ersten Zeit nach dem Tod. Für gezielte Angebote an verwaiste Eltern fehlt belastbare Wirksamkeitsevidenz.

Bedeutung für die Praxis

Gebraucht wird eine Begleitung, welche die Belastung zuerst als normale Reaktion einordnet, die schwer belastete Minderheit erkennt und über Jahre erreichbar bleibt.

Wie schwer die Belastung wiegt

Die seelische Belastung nach dem Tod eines Kindes lässt sich sowohl anhand von Behandlungsdaten als auch mit Fragebogenerhebungen beziffern. Beide Zugänge ergeben ein ähnliches Bild. Eine dänische prospektive Kohortenstudie fand bei Eltern nach dem Tod eines Kindes ein deutlich erhöhtes Risiko einer Spitalbehandlung wegen einer psychiatrischen Erkrankung. Bei Müttern war es um 78 Prozent, bei Vätern um 38 Prozent erhöht, *Bereaved mothers had a higher relative risk of being hospitalized for any psychiatric disorder than bereaved fathers (relative risks, 1.78 [95 percent confidence interval, 1.60 to 1.98] and 1.38 [95 percent confidence interval, 1.17 to 1.63], respectively; P value for interaction, 0.01)* (Li 2005). Bei den Müttern war das Risiko im ersten Jahr am höchsten, blieb aber auch fünf Jahre und länger nach dem Tod erhöht (Li 2005).

Begriffserklärung

Anhaltende Trauerstörung. So bezeichnet die Fachliteratur eine Trauer, die über längere Zeit unvermindert schwer bleibt und die Lebensführung erheblich beeinträchtigt. Sie ist nicht einfach eine besonders tiefe Trauer, sondern ein eigenes Beschwerdebild mit anhaltender Sehnsucht nach dem verstorbenen Menschen, starker seelischer Not und dem Gefühl, das eigene Leben nicht weiterführen zu können. Sie wird in der Regel erst ab zwölf Monaten nach dem Tod festgestellt, und sie ist behandelbar.

Komorbidität. Gemeint ist das gleichzeitige Auftreten mehrerer Beschwerdebilder bei derselben Person. Nach dem Tod eines Kindes können sich schwere Trauer, Depression, Angst und posttraumatische Belastung überlagern. Mehrere Erhebungen zeigen solche Mehrfachbelastungen bei einem Teil der Eltern. Für die Begleitung ist das bedeutsam, weil sich ihre Belastung dann nicht auf eine einzelne Diagnose oder Beschwerde reduzieren lässt.

Die erhöhte Belastung zeigt sich auch bei der medikamentösen Behandlung. Eine finnische Registerstudie mit 902 verwaisten Eltern fand ein Jahr nach dem Tod des Kindes eine zwei- bis dreifach erhöhte Einnahme von Antidepressiva und Beruhigungsmitteln, *Between 20-25% of bereaved mothers and 10-15% of bereaved fathers used antidepressants or anxiolytics one year after bereavement while the corresponding number in non-bereaved was 5-10%* (Rostila 2018). Die Einnahme stieg zudem bereits mehrere Jahre vor dem krankheitsbedingten Tod des Kindes an (Rostila 2018). Bei einer lebenslimitierenden Erkrankung kann erhöhte psychische Belastung demnach bereits vor dem Tod deutlich werden.

Fragebogenerhebungen ergeben Belastungswerte in einer ähnlichen Grössenordnung. In einer schwedischen Untersuchung an 37 verwaisten Eltern und 132 Eltern, deren Kind die Krebserkrankung überlebt hatte, berichteten 30 Prozent der verwaisten Eltern Angstsymptome und 35 Prozent depressive Symptome, in der Vergleichsgruppe waren es 20 und 14 Prozent (Wikman 2018). Kennzeichnend ist, dass die Beschwerden selten einzeln auftreten. Angst, Depression und posttraumatische Belastung hingen eng zusammen. Mehrere Beschwerden gleichzeitig berichteten 14 bis 24 Prozent der verwaisten Eltern, verglichen mit 7 bis 11 Prozent der Eltern von Überlebenden (Wikman 2018). Zugleich entwickeln sich die einzelnen Beschwerden unterschiedlich. In einer dänischen Erhebung nahm die Angst drei bis fünf Jahre nach dem Tod deutlich ab, die Depression dagegen blieb auf demselben Niveau wie während der Erkrankung des Kindes, als 35 Prozent der Mütter und 39 Prozent der Väter mittelschwere bis schwere depressive Symptome angegeben hatten (Lykke 2019).

Wie viele Eltern eine anhaltende Trauerstörung entwickeln, lässt sich auf Grundlage der vorliegenden Forschung nicht verlässlich bestimmen. Eine französische Erhebung an trauernden Nahestehenden von im Spital verstorbenen Menschen nennt unter Verweis auf die Literatur eine Spanne von 2,4 bis 24,6 Prozent, *Its prevalence varies in studies from 2.4% to 24.6%* (Jarry 2024). Sie betrifft Trauernde allgemein und nicht verwaiste Eltern. Für verwaiste Eltern werden höhere, ebenfalls stark streuende Werte berichtet. Eine Metaanalyse zu chinesischen Eltern, die ihr einziges Kind verloren haben, ergab eine gepoolte Häufigkeit von 20,9 Prozent für die Störung selbst und von 75,0 Prozent für einzelne ihrer Symptome (Yuan 2022). Eine über Selbsthilfeorganisationen gewonnene Erhebung an Müttern nach dem plötzlichen Säuglingstod kam auf 50 Prozent, *The prevalence of PGD was 50.0% in either sample (mean months from loss: 20.5 vs 24.9)* (Goldstein 2018). Solche Spitzenwerte stammen aus selektierten Stichproben und lassen sich nicht auf die Gesamtheit verwaister Eltern übertragen. Der Abstand zwischen 20,9 und 75,0 Prozent in derselben Metaanalyse zeigt zudem, wie stark die Zahlen davon abhängen, ob eine Diagnose oder einzelne Beschwerden gezählt werden.

Zur Belastung gehören auch Gedanken, über die Eltern selten sprechen. Eine Untersuchung verglich Eltern mit komplizierter Trauer mit anderen Trauernden mit komplizierter Trauer und fand bei den Eltern mehr Selbstvorwürfe und mehr Suizidgedanken, besonders bei Eltern jüngerer verstorbener Kinder, *Parents who had lost younger children were more likely to have had a wish to be dead since the loss than parents who had lost older children (p=0.041)* (Zetumer 2015). Die Autorenschaft folgert daraus, dass bei dieser Gruppe regelmässig nach Suizidgedanken gefragt werden sollte. Solche Gedanken sind nach dem Tod eines Kindes verbreitet und nicht dasselbe wie die Absicht, sich das Leben zu nehmen. Sie sind aber ein Anlass, das Gespräch zu suchen, statt sie für sich zu behalten.

Der Verlauf ist bei den Eltern nicht derselbe

So schwer die Belastung sein kann, ihr Verlauf ist nicht bei allen Eltern gleich. Studien, die Betroffene über Jahre begleiten und nachträglich anhand ähnlicher Muster gruppieren, zeigen unterscheidbare Verlaufsbahnen. Eine norwegische Untersuchung mit 129 Eltern und Geschwistern nach dem Terroranschlag auf Utøya identifizierte drei Bahnen. 23 Prozent zeigten eine mittlere und abnehmende Belastung, 64 Prozent eine hohe, aber langsam abnehmende Belastung und 13 Prozent eine dauerhaft schwere Belastung (Kristensen 2020). Mit der Zugehörigkeit zu den beiden stärker belasteten Bahnen waren vor allem das weibliche Geschlecht, frühere depressive Beschwerden sowie aufdrängende Erinnerungen und Vermeidung verbunden (Kristensen 2020). Eine südkoreanische Untersuchung mit 272 Eltern, deren Kinder beim Untergang der Fähre Sewol gestorben waren, ordnete die Betroffenen zu einem einzelnen Zeitpunkt anhand ihrer Beschwerdemuster ebenfalls drei Gruppen zu. Diese umfassten 30,4, 49,6 und 20,0 Prozent. Da nur ein Messzeitpunkt vorlag, beschreibt die Aufteilung Muster und keinen Verlauf (Lee 2026).

Diese Verteilung widerspricht zwei verbreiteten Annahmen. Der Tod eines Kindes führt weder zwangsläufig zu einer dauerhaften Erkrankung, noch wird die Belastung bei allen Eltern mit der Zeit von selbst geringer. Eine schwedische Erhebung an 449 Eltern vier bis neun Jahre nach dem Krebstod ihres Kindes hält fest, dass der Trauerprozess zwar schmerzhaft ist und erhebliche Umstellungen verlangt, die meisten Menschen ihn aber in gewöhnlicher Weise durchlaufen und mit der Zeit einen Umgang mit dem Verlust finden, *Even though the grieving process is painful and requires substantial readjustments, most individuals experience a normal course of grieving and are able to come to terms with their loss with time* (Lannen 2008). Eltern derselben Erhebung, die dort der Gruppe mit «unresolved grief» zugeordnet wurden, berichteten dagegen mehr seelische und körperliche Beschwerden, nahmen das Gesundheitswesen häufiger in Anspruch und fehlten öfter bei der Arbeit. Bei den Vätern dieser Gruppe war das Risiko für Schlafstörungen fast siebenfach erhöht, *Fathers with unresolved grief also displayed a significantly higher risk of sleep difficulties (RR, 6.7; 95% CI, 2.5 to 17.8)* (Lannen 2008).

Die seit dem Tod verstrichene Zeit ist dabei für sich allein ein ungeeigneter Massstab. Eine Schweizer Erhebung an 101 Eltern nach dem Krebstod ihres Kindes prüfte den Zusammenhang zwischen dem Abstand zum Todesfall und der aktuellen Belastung und fand keinen, *Our findings suggest that time-after-death alone does not predict parental psychological distress* (Raguindin 2025b). Zwei Längsschnittstudien mit chinesischen Eltern ergänzen diesen Befund, ohne einen allgemeinen Zeitverlauf zu belegen. In der einen blieb der Verlust über die gesamte Beobachtungszeit mit der seelischen Gesundheit der Eltern verbunden (Fan 2025). In der zweiten Stichprobe zeigte sich über die untersuchte Zeit kein Rückgang des berichteten Verlustschmerzes, *the pain of losing a child does not alleviate over time* (Chen 2024). Diese Befunde lassen sich wegen der besonderen Populationen nicht als allgemeine Regel für alle verwaisten Eltern lesen.

Widerstandskraft und schwere Belastung können gleichzeitig bestehen. Eine Erhebung an 125 Eltern in den ersten zwei Jahren nach dem Krebstod ihres Kindes fand hohe Widerstandskraft und hohe psychosoziale Belastung nebeneinander, *Although bereaved parents exhibit resilience and positive coping, they also show high levels of psychosocial distress in the first 2 years after their child's death* (Snaman 2023a). In einer Schweizer Erhebung an 103 verwaisten Eltern hing höhere Widerstandskraft mit geringerer Belastung und einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer anhaltenden Trauerstörung zusammen, und die verwaisten Eltern erreichten höhere Werte als Eltern, deren Kind die Krebserkrankung überlebt hatte (Raguindin 2025a). Da es sich um eine Querschnittserhebung handelt, lässt sich der Befund nicht kausal deuten. Er warnt jedoch davor, verwaiste Eltern pauschal als seelisch geschwächt zu beschreiben.

Auch innerhalb eines Paares verlaufen die Belastungen nicht unabhängig voneinander. In einer Längsschnittstudie mit 229 Paaren hing die Trauer der einen Person über die Zeit mit der Trauer der anderen zusammen. Mütter gaben durchgehend höhere Werte an, während die durchschnittliche Belastung über den gesamten Zeitraum hoch blieb. Ein erwarteter Tod ging mit geringerer Belastung nach sechs Monaten einher, danach nahm sie jedoch langsamer ab als nach einem unerwarteten Tod (Buyukcan-Tetik 2022).

Die Fachliteratur verbindet dieses Bild mit einer methodischen Warnung. Die gebräuchlichen Messinstrumente sind für das erste Trauerjahr unzureichend geeignet und können eine gewöhnliche Trauerreaktion fälschlich als krankhaft ausweisen, *Currently used frameworks and instruments used to understand and assess outcomes in parents early in the grief experience are inadequate and may serve to pathologize the normal grief response* (Snaman 2020). Klinische Übersichtsarbeiten ziehen die Grenze deshalb bewusst spät, in der Regel erst ab zwölf Monaten nach dem Tod, und definieren sie über die anhaltende, quälende Sehnsucht nach der verstorbenen Person sowie über fortdauernde Symptome akuter Trauer. Für die Begleitung folgt daraus, dass von Eltern nicht erwartet werden darf, den Tod ihres Kindes zu überwinden, und dass sie nicht zum Weitermachen gedrängt werden dürfen (Wiener 2025).

Körperliche Folgen der Belastung

Die belastbarsten Befunde stammen aus grossen Bevölkerungsregistern und nicht aus der Psychologie. Diese Studien erfassen die verwaisten Eltern eines Landes und vergleichen sie über Jahrzehnte mit Eltern ohne Verlust. Ihre Ergebnisse zeigen bei verwaisten Eltern erhöhte Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiken.

Am längsten ist die erhöhte Sterblichkeit der Mütter dokumentiert. Eine dänische Kohorte verglich 21'062 Eltern, die ein Kind unter 18 Jahren verloren hatten, mit 293'745 Eltern ohne Verlust und fand bei den Müttern eine um 43 Prozent erhöhte Gesamtsterblichkeit, *We observed an increased overall mortality rate in mothers whose child had died (hazards ratio 1.43, 95% CI 1.24-1.64; p<0.0001)* (Li 2003a). Die stärkste Erhöhung betraf die Sterblichkeit aus unnatürlichen Ursachen in den ersten drei Jahren nach dem Tod (Li 2003a). Eine schwedische Kohorte fand bei Müttern nach dem Tod eines Kindes im Alter von zehn bis siebzehn Jahren eine um 31 Prozent erhöhte Sterblichkeit, ebenfalls besonders nach unnatürlichen Todesursachen wie Unfällen und Suiziden, *An increased mortality risk (RR 1.31, 95% CI 1.02 to 1.68) in mothers following the death of a minor child (10-17 years) was found and especially following unnatural deaths (primarily accidents and suicides)* (Rostila 2012). Bei den Vätern war der Effekt schwächer und zeigte sich erst nach mehr als acht Jahren (Rostila 2012).

Entsprechende Befunde liegen auch ausserhalb Skandinaviens vor. Eine israelische Geburtskohorte fand kurz nach dem Verlust eine deutliche Erhöhung der Sterblichkeit aus Kreislaufursachen. Die Autorenschaft deutet diesen Befund als Hinweis darauf, dass stressbezogene Mechanismen beteiligt sein könnten, *The considerable increased parental mortality during a short period after child loss*

support the involvement of pathways related to psychological stress (Schorr 2016). Neun Jahre nach dem Tod war das erhöhte Risiko weitgehend verschwunden (Schorr 2016). Eine taiwanische Kohorte fand die Erhöhung bei den Müttern ebenfalls, verstärkt bei unerwarteten Todesursachen (Chen 2023). Eine US-amerikanische Längsschnittstudie mit 69'224 Müttern bezifferte die Erhöhung mit dem Faktor 2,3. Sie war in den ersten zwei Jahren am stärksten und bestand unabhängig von Bildung, Zivilstand, Familiengrösse und Todesursache des Kindes (Espinosa 2013). Eine schwedische Nachbeobachtung von 48'666 verwaisten Eltern fand zudem eine erhöhte Sterblichkeit der Mütter rund um den Todestag des Kindes, nicht aber rund um seinen Geburtstag (Rostila 2015).

Besonders genau untersucht ist das Herz-Kreislauf-System. Eine dänisch-schwedische Kohorte mit über 6,7 Millionen Eltern fand nach dem Tod eines Kindes ein anhaltend erhöhtes Risiko für Herzerkrankungen, das unmittelbar danach einen ausgeprägten Gipfel erreichte. Das Herzinfarktrisiko war in der ersten Woche nach dem Tod fast vierfach erhöht, *The AMI risk was highest in the first week after the loss [IRR (95% CI): 3.67 (2.08 to 6.46), P < 0.001]* (Wei 2021), und über den gesamten Beobachtungszeitraum blieb es um 20 bis 40 Prozent erhöht (Wei 2021). Eine zweite Kohorte derselben Datenbasis fand bei verwaisten Eltern ein um 35 Prozent erhöhtes Risiko für Herzinsuffizienz, *Bereaved parents had a 35% higher risk of HF than the non-bereaved (IRR 1.35, 95% CI 1.29-1.41; p < 0.001)* (Wei 2022a). Beide Arbeiten sprechen dagegen, dass gemeinsame familiäre Krankheitsanlagen den Zusammenhang allein erklären. Das erhöhte Risiko bestand auch nach dem Tod des Kindes durch eine unnatürliche Ursache. Damit wird eine erbliche Herz-Kreislauf-Belastung als alleinige Erklärung weniger plausibel, *The finding that not only cardiovascular and other natural deaths, but also unnatural deaths were associated with HF suggests that stress-related mechanisms may contribute to the development of HF* (Wei 2022a). Bei Menschen, die bereits an Herzinsuffizienz erkrankt sind, erhöht der Tod eines Kindes die Sterblichkeit zusätzlich, am stärksten in der ersten Woche danach (Chen 2022).

Daneben diskutiert die Literatur einen langsameren Erklärungsweg über verändertes Verhalten. Eine US-amerikanische Längsschnittstudie ordnet den Zusammenhang zwischen dem Tod eines Kindes und der erhöhten Elternsterblichkeit als mögliches Zusammenspiel biologischer, seelischer, sozialer und verhaltensbezogener Faktoren ein und zeigt Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen (Donnelly 2020). Dieselbe dänische Kohorte fand bei den Müttern sieben bis achtzehn Jahre nach dem Tod ein um 65 Prozent erhöhtes Risiko für rauchbezogene Krebserkrankungen. Für hormon-, alkohol- oder immunbezogene Krebserkrankungen zeigte sich dagegen keine Erhöhung. Dieses Muster ist mit einer möglichen verhaltensbezogenen Vermittlung vereinbar, weist sie aber nicht nach (Li 2002a). Auch Schlafstörungen sind in diesem Zusammenhang relevant. Eine schwedische Interventionsstudie führt als Ausgangslage an, dass vier bis neun Jahre nach dem Krebstod eines Kindes fast drei Viertel der Eltern Schlafstörungen berichten, *a majority (73.5%) of parents who had lost a child to cancer had sleep difficulties 4-9 years later* (Sveen 2021).

Diese Befunde sollen keine Angst vor der eigenen Gesundheit auslösen, führen aber zu einer praktischen Folgerung. Die erste Zeit nach dem Tod eines Kindes ist auch körperlich eine Phase erhöhter Verletzlichkeit, in der Grundversorgung, bestehende Erkrankungen und Schlaf nicht aus dem Blick geraten sollten. Vertieft werden diese somatischen Folgen im Themenpapier «Körperliche Gesundheit» (Nr. 15).

Was mit dem Verlauf zusammenhängt

Einige Risikofaktoren lassen sich benennen, eine verlässliche Vorhersage für einzelne Eltern ist jedoch nicht möglich. In einer Untersuchung mit trauernden Erwachsenen über verschiedene Verlustarten hinweg erwies sich die Angst im Moment des Verlusts und unmittelbar danach als stärkster statistischer Prädiktor, *Peri-loss fear was the strongest predictor of PGD and PTSD*

symptom severity and probable diagnostic status (Redican 2025). Menschen nach dem Tod eines Kindes gehörten in dieser Untersuchung zu den Gruppen mit den intensivsten Gefühlen in diesem Zeitraum. Weil die Stichprobe nicht auf verwaiste Eltern beschränkt ist, gilt dieser Befund für sie als übertragenes Modell. Dieselbe Arbeit enthält einen wichtigen Gegenbefund. Sobald diese verlustnahen Gefühle berücksichtigt sind, sagt die Art der Beziehung zur verstorbenen Person die spätere Belastung nicht mehr eigenständig voraus, *After accounting for peri-loss emotions, relationship to the deceased was not associated with probable PGD or PTSD* (Redican 2025).

Neben den Umständen des Todes sind die Belastungen bedeutsam, die danach hinzukommen. Eine maschinell gestützte Analyse an 428 Trauernden prüfte eine grosse Zahl möglicher Einflussgrössen gleichzeitig. Am stärksten mit der Schwere von Trauer, Depression, posttraumatischer Belastung und Funktionseinschränkungen verbunden waren anhaltendes Sorgen und die Zahl der zusätzlichen Belastungen, die aus dem Todesfall folgten, *Results indicated worry and the number of secondary stressors experienced were among the factors most strongly associated with severity of grief, depression, posttraumatic stress and problems functioning* (Uchimura 2025). Die Stichprobe umfasst neben dem Tod eines Kindes auch den Tod eines Elternteils oder einer Partnerin, der Befund ist für verwaiste Eltern damit ein übertragenes Modell. Der Befund spricht dafür, solche zusätzlichen Belastungen bei der Einschätzung mitzudenken. Weil die Stichprobe verschiedene Verlustarten umfasst, lässt sich ihr Gewicht für verwaiste Eltern jedoch nicht eigenständig beziffern.

Schuldgefühle standen in einer Pfadanalyse weniger unmittelbar mit anhaltender Trauer in Verbindung, als zunächst anzunehmen wäre. Bei 186 Eltern, deren Kind mindestens ein Jahr zuvor an Krebs gestorben war, zeigte sich kein direkter statistischer Zusammenhang zwischen Schuld und anhaltender Trauerstörung. Das Modell ergab einen indirekten Zusammenhang über die allgemeine psychische Belastung, *guilt does not have a direct and significant effect on prolonged grief disorder, but it has an indirect effect through the mediation of psychological distress ($\beta = 0.709$, $p < 0.001$)* (Serjouie 2025). Ein solches Mediationsmodell beschreibt statistische Beziehungen und weist keinen kausalen Mechanismus nach.

Für die Praxis ist bedeutsam, dass einzelne Risiken unterschiedlich mit Trauer und Depression zusammenhängen. Eine Längsschnittstudie an 219 Paaren verwaister Eltern trennte Trauer und Depression und fand, dass beide von Verschiedenem abhängen. Die Schwere der Trauer wurde durch Umstände vorhergesagt, die beide Elternteile teilten, darunter das Alter des Kindes, die Todesursache, die Unerwartetheit und die Zahl der verbleibenden Kinder. Depression hing dagegen mit individuellen Faktoren zusammen, darunter das Geschlecht, die Religionszugehörigkeit und die Inanspruchnahme fachlicher Hilfe (Wijngaards-de Meij 2005). Der Verlust allein reicht damit als Kriterium nicht aus, um zu bestimmen, wer eine Behandlung braucht, *the identification of risk according to 'loss of a child' per se may not be a sufficient indicator of the need for professional help* (Wijngaards-de Meij 2005).

Die Belastung verläuft bei Müttern und Vätern unterschiedlich, ohne dass daraus folgt, eine Seite trauere stärker. Eine Längsschnittstudie an 130 Müttern und 52 Vätern fand, dass die Trauer der Mütter zwischen dem dritten und dem dreizehnten Monat abnahm, jene der Väter bereits zwischen dem dritten und dem sechsten, *Grief decreased from 3 to 13 months for mothers and from 3 to 6 months for fathers* (Youngblut 2017). Über längere Zeiträume zeigte sich jedoch ein anderes Muster. Ein systematischer Review zu trauernden Vätern fand, dass intensive Trauerreaktionen und posttraumatische Folgen bei Müttern über die Zeit abnahmen, bei Vätern dagegen anhielten (McNeil 2021). Als Grund für die geringere Sichtbarkeit nennt derselbe Review, dass viele Väter den Verlust mit Zurückhaltung, Rückzug und viel Arbeit bewältigen (McNeil 2021). Auch die mit geringerer Belastung verbundenen Faktoren unterschieden sich. Eine

schwedische Erhebung an 133 Müttern und 92 Vätern fand bei Müttern den stärksten Zusammenhang mit der Möglichkeit, innerhalb der Familie über Gefühle zu sprechen, bei Vätern mit der Möglichkeit, sich auf die eigene Weise verabschiedet zu haben (Pohlkamp 2020).

Für die Praxis ist die Reaktion des Umfelds besonders relevant. In der südkoreanischen Erhebung an 272 verwaisten Eltern war eine als höher erlebte soziale Unterstützung mit einer deutlich geringeren Wahrscheinlichkeit verbunden, zur mittel oder schwer belasteten Gruppe zu gehören (Lee 2026). Umgekehrt ist Ausgrenzung mit messbaren Belastungen verbunden. Eine Erhebung an 462 Eltern nach dem Suizid ihres Kindes fand, dass erlebte Stigmatisierung mit stärkeren Trauerbeschwerden, mit Depression und mit Suizidgedanken einherging, und dass sich Eltern nach einem Suizid darin kaum von Eltern nach anderen plötzlichen und gewaltsamen Todesfällen unterschieden, *stigmatization continued to be associated with grief difficulties, depression, and suicidal thinking* (Feigelman 2009). Wie stark sich diese Erfahrung nach innen richten kann, zeigt eine Erhebung an Müttern nach einer Totgeburt. 54 Prozent von ihnen erlebten Stigmatisierung, und bei 80 Prozent dieser Gruppe richtete sie sich als Selbstvorwurf und Scham gegen sie selbst (Pollock 2021).

Was hilft, und was die Wirkungsforschung bisher zeigt

Über die Belastung ist deutlich mehr bekannt als über ihre Behandlung. Bereits der Zugang zu Unterstützung ist begrenzt. Eine Erhebung mit 120 Eltern sechs Monate bis sechs Jahre nach dem Krebstod ihres Kindes zeigte, dass 40 Prozent der Eltern mit Unterstützungswunsch keine Hilfe erhielten. Bei 36 Prozent der Therapieabbrüche lautete die Begründung, die Behandlung habe nicht geholfen. Als häufigste Hürden nannten 64 Prozent, dass es zu schmerzhaft sei, über den Verlust zu sprechen, und 60 Prozent, dass passende Hilfe zu schwer zu finden sei (Lichtenthal 2015c). Eine randomisierte Studie zu einem digitalen Angebot für Eltern nach perinatalem Tod benennt dieselben Hürden und ergänzt die Scheu, wegen befürchteter Stigmatisierung Hilfe zu suchen, sowie lange Wartezeiten (Loughnan 2025).

Ein Cochrane-Review prüfte, wie belastbar Angebote zur Unterstützung von Müttern, Vätern und Familien nach einem perinatalen Tod belegt sind. Die Daten aus randomisierten Studien reichen weder für den Nachweis eines Nutzens noch für den Nachweis eines fehlenden Nutzens aus, *There is currently insufficient information available from randomised trials to indicate whether there is or is not a benefit from interventions which aim to provide psychological support or counselling for mothers, fathers or families after perinatal death* (Flenady 2008). Seither hat sich das Bild nur wenig verändert. Die randomisierte Studie zum digitalen Trauerprogramm fand einen kurzfristigen Effekt auf die psychische Belastung, der nach drei Monaten nicht mehr nachweisbar war, *the effect on psychological distress was not sustained at 3-month follow-up* (Loughnan 2025).

Positive Ergebnisse der Wirkungsforschung betreffen meist ein umschriebenes Problem und nicht die Trauer als Ganzes. Eine randomisierte Studie mit Eltern nach dem Krebstod ihres Kindes untersuchte eine internetgestützte kognitive Verhaltenstherapie gegen Schlaflosigkeit. Sie fand kurz- und längerfristig eine Verringerung der Schlafstörungen und der allgemeinen Belastung, *iCBT-i was feasible and was related to reduced insomnia and psychological distress in bereaved parents, both short- and long-term* (Sveen 2021). Der Ansatzpunkt ist gut gewählt, weil Schlafstörungen eng mit anhaltender Trauer und Depression zusammenhängen (Sveen 2021). Eine Metaanalyse zu internetgestützten Trauerangeboten für trauernde Erwachsene fand positive Effekte auf Angst, Depression, Trauer und posttraumatische Belastung unmittelbar nach der Massnahme (Yao 2025). Sie betrifft Trauernde allgemein und nicht eigens verwaiste Eltern, ist für diese also ein übertragenes Modell. Für trauernde Kinder und Jugendliche liegt mit einer randomisierten klinischen Studie an 134 Kindern und Jugendlichen mit anhaltender

Trauerstörung ein direkter Wirksamkeitsnachweis vor. Eine trauerfokussierte kognitive Verhaltenstherapie zeigte überlegene Langzeiteffekte gegenüber unterstützender Beratung (Boelen 2021). Dieser Beleg ist für die überlebenden Geschwister einschlägiger als für die Eltern selbst.

Eine Warnung betrifft die medikamentöse Behandlung in der ersten Zeit. Eine Erhebung an 235 verwaisten Eltern fand, dass Beruhigungsmittel und andere Psychopharmaka häufig sehr rasch nach dem Tod verschrieben werden, bei 32 Prozent innerhalb von 48 Stunden und bei 75 Prozent innerhalb eines Monats (Lacasse 2014). Für Benzodiazepine liegt kein Nutzennachweis vor. Die Autorenschaft verweist auf eine kleine kontrollierte Studie, die weder eine Wirkung auf die Schwere der Trauer noch auf den Schlaf fand und in der die behandelte Gruppe sogar mehr Schlafprobleme berichtete (Lacasse 2014). Dieser Befund spricht nicht gegen jede medikamentöse Behandlung, wohl aber gegen einen reflexhaften Einsatz anstelle psychosozialer Begleitung.

Ein Teil der Versorgungserfahrungen, die mit der späteren Belastung zusammenhängen, liegt bereits vor dem Tod und betrifft die Kommunikation. Ungenaues Wissen über die Prognose des Kindes und als unzureichend erlebte soziale Unterstützung gingen mit einer schlechteren psychischen Gesundheit der Eltern einher (Ngang 2025a). Auch nach perinatalem und neonatalem Verlust wurde die Qualität der Kommunikation mit der späteren Trauerreaktion in Verbindung gebracht, und fehlende Empathie zählte zu den belastendsten berichteten Erfahrungen (Shelkowitz 2015).

Eine verbreitete Zurückhaltung in solchen Gesprächen fand dagegen keine empirische Stütze. Eine britische Mixed-Methods-Studie an 21 verwaisten Familien und 27 Fachpersonen fand, dass Kinderärztinnen und Kinderärzte offene Gespräche über Risikofaktoren des Todes teilweise bewusst vermieden, aus Sorge, dadurch Selbstvorwürfe auszulösen. Die Studie fand keinen Beleg für diese Befürchtung. Die Eltern wünschten im Gegenteil ausdrücklich genaue Informationen über den Tod ihres Kindes, *We found no evidence that sharing this information is a direct cause of parental self-blame* (Garstang 2016).

Auch auf der Ebene der Versorgungsstruktur leiten Autorinnen und Autoren aus den beobachteten Risiken Empfehlungen ab. Eine taiwanische Kohortenstudie an Eltern, die ein Kind im Alter zwischen einem und zwölf Jahren verloren hatten, empfiehlt eine familienbezogene Versorgung, welche körperliche und seelische Gesundheit verbindet und Beratung über längere Zeit zugänglich hält (Chen 2021). Diese Empfehlung folgt aus den beobachteten Risiken; sie ist kein Wirksamkeitsnachweis für ein bestimmtes Versorgungsmodell.

Was sich aus der Forschung ableiten lässt

Dieser Abschnitt bündelt die Schlussfolgerungen, die sich aus dem dargestellten Forschungsstand ableiten lassen.

Aus der vorliegenden Forschung lassen sich vier übergreifende Schlussfolgerungen ableiten.

Erstens ist das hohe Ausmass der Belastung nach dem Tod eines Kindes belegt. Im weiteren Verlauf zeigen sich unterschiedliche Muster. Bei einer grossen Gruppe nimmt die Belastung allmählich ab, während eine kleinere Gruppe über Jahre schwer belastet bleibt. Der dokumentierte Langzeitverlauf spricht deshalb dagegen, Unterstützung nur an eine kurze Frist nach dem Tod zu binden. Ob länger verfügbare Angebote den Verlauf verbessern, ist damit allerdings nicht nachgewiesen.

Zweitens besteht eine reale, aber unscharfe Grenze zwischen normaler Trauer und einer behandlungsbedürftigen Störung. Auch die Forschung zieht diese Grenze mit Vorsicht. Gebräuchliche Messinstrumente können im ersten Trauerjahr eine schwere normale Reaktion nur unzureichend von einer späteren Störung trennen, und der Verlust eines Kindes ist als Kriterium zu grob, um zu bestimmen, wer Behandlung braucht. Für die Praxis folgt daraus

eine doppelte Anforderung. Die Belastung ist zunächst als normale Reaktion einzuordnen. Zugleich ist aufmerksam zu verfolgen, ob sie sich verfestigt.

Drittens beschränkt sich die Belastung nicht auf das seelische Erleben. Die Registerbefunde zu Sterblichkeit und Herzerkrankungen sind konsistent, stammen aus mehreren Ländern und beruhen auf ganzen Bevölkerungen. Der Gipfel unmittelbar nach dem Tod macht die ersten Wochen und Monate zu einer Phase, in der auch die körperliche Grundversorgung Aufmerksamkeit verdient. Als mögliche Erklärungswege werden akute Stressreaktionen und längerfristige Veränderungen des Gesundheitsverhaltens diskutiert. Ob Interventionen an diesen Punkten die Folgen des Kindsverlusts tatsächlich verringern, ist mit der vorliegenden Evidenz nicht belegt.

Viertens steht den zahlreichen Befunden zur Belastung nur wenig Wissen über wirksame Unterstützung für die Eltern selbst gegenüber. Wo Wirkung nachgewiesen ist, betrifft sie ein umschriebenes Problem wie den gestörten Schlaf und nicht die Trauer als Ganzes. Solange diese Evidenz fehlt, dürfen Angebote nicht als erwiesen wirksam bezeichnet werden. Aus dem Versorgungsbedarf lässt sich dennoch ableiten, Zugänge verlässlich zu organisieren und bei hoher oder anhaltender Belastung eine fachliche Abklärung zu ermöglichen.

Limitationen

Die erste Einschränkung betrifft die Zusammensetzung der Evidenz. Das Thema ist das mit Abstand umfangreichste der ausgewerteten Literaturbasis. Der grösste Teil der Arbeiten ist jedoch qualitativ und beschreibt das Erleben. Die Kernaussagen dieses Papiers stützen sich auf eine kleinere quantitative Evidenzbasis, die zudem ungleich verteilt ist. Register- und Kohortenstudien sind bei den Gesundheitsfolgen zahlreich, bei Verlauf und Risikofaktoren deutlich seltener und bei der Wirksamkeit sehr selten. Von den rund 6000 ausgewerteten Einzelaussagen stammen nur etwa 120 aus randomisierten oder kontrollierten Studien.

Zweitens bündelt das zugrunde liegende Themenlabel die seelischen Folgen über sehr unterschiedliche Verlustkonstellationen und Betroffenengruppen hinweg. Dazu gehören Eltern, Geschwister, Nahestehende und Fachpersonen. Dieses Papier richtet sich an Eltern. Die Auswahl der zitierten Arbeiten folgt dieser Eingrenzung. Wo eine Arbeit eine andere oder eine gemischte Verlustkonstellation untersucht, ist sie im Text als übertragenes Modell gekennzeichnet. Das betrifft die Untersuchungen zu den verlustnahen Gefühlen (Redican 2025) und zu den sekundären Stressoren (Uchimura 2025), die Erhebung zur Häufigkeit anhaltender Trauer (Jarry 2024) sowie einen Teil der Interventionsevidenz (Yao 2025). Bei Redican 2025 trägt ein solches Modell ausnahmsweise eine Kernaussage des Kapitels zu den Risikofaktoren, weil im Bestand keine gleichwertige Arbeit allein an verwaisten Eltern vorliegt.

Drittens beruhen mehrere der höchsten Prävalenzzahlen auf selektierten Stichproben. Werte von 50 Prozent und mehr stammen aus Erhebungen unter Mitgliedern von Selbsthilfeorganisationen oder aus Gruppen nach besonders traumatischen Todesfällen und beschreiben nicht die Gesamtheit verwaister Eltern. Andere Erhebungen können die Belastung dagegen unterschätzen. Eine dänische Registerauswertung zur Teilnahme an Trauerforschung fand, dass gerade Eltern mit einer psychischen Erkrankung und alleinlebende Eltern von Beginn weg deutlich untervertreten sind, ebenso die Partnerinnen und Partner (Mørk 2026). Eine ältere australische Untersuchung, die dieselbe Frage anhand ihrer eigenen Ausfälle prüfte, kam allerdings zum Schluss, dass sich die geschätzten Angst- und Depressionsraten dadurch nur mässig verschieben, *attrition-related bias may have had only a modest effect on anxiety and depression rate estimates* (Boyle 1996b).

Viertens ist ein erheblicher Teil der methodisch stärksten Arbeiten älter als zehn Jahre. Dies

betrifft insbesondere die dänischen und schwedischen Kohorten zur Sterblichkeit. Registerepidemiologische Befunde dieser Grössenordnung veralten langsam. Ihre Richtung wird zudem durch aktuellere Kohorten aus Israel, Taiwan und Skandinavien bestätigt. Aussagen zur Versorgungspraxis und zur Diagnostik veralten dagegen schnell. Die anhaltende Trauerstörung ist erst seit kurzem als eigene Diagnose im DSM-5-TR geführt (Koukopoulos 2024), und ältere Arbeiten verwenden Begriffe und Schwellenwerte, die mit heutigen nicht deckungsgleich sind.

Fünftens ist die Übertragbarkeit auf die Schweiz nur teilweise geklärt. Ein Teil der Prävalenzforschung stammt aus China und betrifft Eltern, die ihr einziges Kind verloren haben, was eine besondere gesellschaftliche Lage einschliesst. Die grossen Register aus Dänemark, Schweden und Finnland stammen aus für die Schweiz vergleichbareren westeuropäischen Kontexten. Ihre direkte Übertragbarkeit auf die Schweiz ist dennoch nicht geprüft. Für die Schweiz selbst liegen mit zwei Erhebungen an Eltern nach dem Krebstod ihres Kindes erste eigene Daten vor (Raguindin 2025a, Raguindin 2025b), dazu eine kleine qualitative Studie zu Grosseltern (Flury 2021). Damit lässt sich nicht belastbar schätzen, wie viele Eltern in der Schweiz eine behandlungsbedürftige Belastung entwickeln und wie viele von ihnen Hilfe erhalten.

Handlungsfelder für die Schweiz und die SGVE

Dieser Teil geht über die reine Darstellung der Forschung hinaus. Er beschreibt den daraus abgeleiteten Handlungsbedarf und die mögliche Rolle der SGVE.

Wo Lücken bestehen

Für die Schweiz ist zunächst die Datengrundlage begrenzt. Zwei Erhebungen untersuchten Eltern nach dem Krebstod ihres Kindes. Bevölkerungsbezogene Daten dazu, wie häufig schwere psychische Belastungen nach dem Tod eines Kindes auftreten, wie sie sich über die Zeit entwickeln und wie viele Betroffene fachliche Unterstützung erhalten, fehlen. Aussagen über den Umfang einer Versorgungslücke in der Schweiz sind deshalb derzeit nicht möglich.

Die internationale Forschung zeigt zugleich, dass hohe Belastung über Jahre bestehen kann und dass der zeitliche Abstand zum Tod allein wenig darüber aussagt, wer weiterhin stark betroffen ist. Daraus ergibt sich die Frage, wie Unterstützung auch später noch erreichbar bleiben kann. Ob und wie dies in der Schweiz bereits gewährleistet ist, wird in diesem Papier nicht untersucht. Ebenso fehlen Daten dazu, wer eine längerfristige Beobachtung oder wiederholte Einschätzung übernehmen könnte.

Ein zusätzlicher Bedarf betrifft Väter und Partner. Internationale Studien zeigen im Durchschnitt eine geringere Inanspruchnahme von Hilfe und teilweise weniger sichtbare Belastungsreaktionen. Für die Schweiz liegen dazu keine eigenen Daten vor. Auch lässt sich aus der vorhandenen Forschung nicht ableiten, welche Form von Angebot Väter besonders gut erreicht.

Die Wirksamkeit konkreter Unterstützungsangebote für verwaiste Eltern ist insgesamt nur schwach belegt. Die Versorgung muss deshalb zwei Unsicherheiten gleichzeitig berücksichtigen. Der Bedarf kann erheblich sein, während für viele angebotene Massnahmen keine belastbare Aussage zur Wirkung möglich ist.

Was in der Schweiz geprüft und entwickelt werden sollte

Aus Sicht der SGVE braucht es zunächst verständliche Informationen, die schwere Trauer nicht vorschnell als Krankheit einordnen und gleichzeitig deutlich machen, wann eine fachliche Abklärung sinnvoll ist. Solche Informationen sollten nicht an eine kurze Frist nach dem Tod gebunden sein. Diese Empfehlung folgt aus den dokumentierten Langzeitverläufen; ein bestimmtes Nachsorgemodell ist damit nicht als wirksam belegt.

Die Grundversorgung ist dabei eine mögliche Schnittstelle. Wie bereits in Teil 1 beschrieben, kann die Hausarztpraxis eine erste Anlaufstelle sein und bei Bedarf weiterverweisen. Dieses Papier enthält jedoch keine Schweizer Daten dazu, wie Hausärztinnen und Hausärzte auf den Kindsverlust vorbereitet sind, welche Aufgaben sie bereits übernehmen oder wie solche Leistungen vergütet werden. Aussagen über bestehende Defizite wären deshalb derzeit nicht belegt.

Väter und Partner sollten in Informationen und Angeboten ausdrücklich mitgemeint und eigenständig angesprochen werden. Die Forschung begründet diese Empfehlung durch Unterschiede in Sichtbarkeit und Hilfesuche. Sie belegt nicht, dass ein bestimmtes männerspezifisches Format bessere Ergebnisse erzielt.

Für eine verlässlichere Planung braucht es schliesslich Schweizer Daten zu Verlauf, Inanspruchnahme und ungedecktem Unterstützungsbedarf. Dabei sollte die bisher schmale Datengrundlage über Eltern nach dem Krebstod eines Kindes hinaus erweitert werden. Auch die Frage, wie viele Betroffene bestehende Angebote tatsächlich nutzen, ist bisher offen.

Positionierung der SGVE

Die SGVE versteht schwere seelische Belastung nach dem Tod eines Kindes zunächst als normale Reaktion auf einen aussergewöhnlichen Verlust und nicht automatisch als psychische Erkrankung. Gleichzeitig soll eine anhaltend hohe oder den Alltag stark einschränkende Belastung nicht mit dem Hinweis relativiert werden, Trauer brauche einfach Zeit.

Die SGVE will wissenschaftlich abgestützte Informationen mehrsprachig zugänglich machen, Erfahrungswissen Betroffener einbeziehen und Akteure miteinander vernetzen. Sie unterstützt die Entwicklung von Angeboten, die auch über die erste Zeit nach dem Tod hinaus erreichbar bleiben, ohne deren Wirksamkeit vorwegzunehmen. Wo eigene oder partnerschaftlich entwickelte Angebote entstehen, soll klar ausgewiesen werden, was auf Forschung, was auf Erfahrungswissen und was auf einer Position der SGVE beruht.

Die SGVE ersetzt keine medizinische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung. Sie stellt kein eigenes Unterstützungsangebot als erwiesen wirksam dar, solange dafür keine entsprechende Evidenz vorliegt.

Dokumentation

Grundlage und Vorgehen

Evidenzprofil

Die kritisch analysierte Literatur zeigt, dass nicht jeder Aspekt dieses Themas gleich gut abgesichert ist. Das folgende Profil zeigt, wo die Evidenz stark genug trägt und wo sie dünn bleibt. Es ergänzt die inhaltlichen Befunde aus Teil 2 um eine Einschätzung ihrer Belastbarkeit.

Erhöhte psychiatrische Erkrankungs- und Behandlungsrate	●●●●	gut belegt durch mehrere nationale Register- und Kohortenstudien
Erhöhte Sterblichkeit und erhöhtes Herzrisiko der Eltern	●●●●	gut belegt durch grosse Kohorten aus fünf Ländern, konsistenter Gipfel in der ersten Zeit
Unterschiedliche Verlaufsmuster und langsame Erholung der Mehrheit	●●●○	mittelstark belegt, mehrere Längsschnitte, Stichproben klein und teils aus Sonderlagen
Häufigkeit der anhaltenden Trauerstörung bei Eltern	●●○○	begrenzt belegt, Werte streuen von rund 20 bis 50 Prozent je nach Stichprobe und Messung
Unterschiede zwischen Müttern und Vätern	●●●○	mittelstark belegt, Richtung konsistent, Väterstichproben ausserhalb der Register klein
Risikofaktoren und Vorhersage im Einzelfall	●●○○	begrenzt belegt, einzelne Prädiktoren repliziert, Vorhersagekraft im Einzelfall gering
Wirksamkeit gezielter Angebote für verwaiste Eltern	●○○○	unzureichend belegt, wenige kontrollierte Studien; positive Effekte sind meist auf einzelne Probleme begrenzt oder nicht dauerhaft nachweisbar
Übertragbarkeit auf die Schweiz	●●○○	eingeschränkt übertragbar, Registerkern nordeuropäisch und nah, Prävalenzforschung teils sehr fern
Schweizer Datengrundlage	●●○○	begrenzte Datenlage, zwei Erhebungen an krebsverwaisten Eltern, keine bevölkerungsbezogenen Daten

Dieses Papier beruht nicht auf einer einzelnen Studie, sondern auf einer geordneten Auswertung gesammelter Fachliteratur. Grundlage ist eine von der SGVE aufgebaute Literaturbasis mit über 5000 wissenschaftlichen Publikationen, die gezielt zum Verlust eines Kindes zusammengetragen wurden. Für das Thema psychische Belastung wurden daraus 1'544 einschlägige Publikationen ausgewählt. Im vorliegenden Text werden 54 Publikationen direkt zitiert.

Das Papier stützt sich vor allem auf grosse Register- und Kohortenstudien aus Dänemark, Schweden und Finnland. Ergänzt werden sie durch Längsschnittstudien und bevölkerungsbasierte Erhebungen an verwaisten Eltern sowie durch einzelne randomisierte Interventionsstudien.

Die Kennzahlen zeigen den Umfang und die Nachvollziehbarkeit der Auswertung, nicht die Stärke der Evidenz. Die Belastbarkeit der einzelnen Aussagen wird deshalb im Evidenzprofil gesondert ausgewiesen. Das vollständige Verfahren von der Literatursuche bis zur Auswertung ist im Methodenpapier der SGVE dokumentiert. Dieses ist auf der Plattform separat veröffentlicht und unter «URL-Methodenpapier» direkt abrufbar.

Verwendete Literatur

5000+
Publikationen in der Literaturbasis

1544
einschlägige Publikationen, 1122 mit höchster Relevanz

5943
einzelne Aussagen herausgezogen

54
Publikationen direkt zitiert

Die folgende Liste umfasst eine kuratierte Auswahl der wichtigsten Publikationen, basierend auf ihrer inhaltlichen Bedeutung, ihrem Relevanz-Score und ihrer direkten Zitierung im Text. Direkt zitierte Arbeiten sind mit einem Stern gekennzeichnet. Die vollständige Literaturliste ist auf Anfrage erhältlich.

★ Lee, J.-S., Lee, Y.-R., Hyun, J., Sohn, S., Kang, K., & Huh, H. J. (2026). Traumatic Loss After the Sewol Ferry Disaster: Latent Profiles of Grief and Posttraumatic Stress Disorder and Their Links to Social Stress, Growth, and Quality of Life. *Psychiatry Investigation*, *23*(3), 374–383. https://doi.org/10.30773/pi.2025.0126

★ Mørk, S., Möller, S., O'Connor, M., Henriksen, T. B., & Hvidtjørn, D. (2026). Factors associated with nonparticipation and loss to follow-up in bereavement research using data from a cohort of parents with a loss in pregnancy or the neonatal period. *Death Studies*, *50*(7), 1079–1089. https://doi.org/10.1080/07481187.2025.2469138

★ Raguindin, P. F., De Clercq, E., Vokinger, A. K., Pedraza, E. C., Bolliger, C., Scheinemann, K., Tinner, E. M., Bergstraesser, E., von Bueren, A. O., & Michel, G. (2025a). Resilience among parents whose child died of cancer – investigating its role on psychological distress and prolonged grief disorder: results from a cross-sectional survey in Switzerland. *BMC Palliative Care*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12904-025-01854-8

★ Raguindin, P. F., Deda, J., Vokinger, A. K., De Clercq, E., Scheinemann, K., von Bueren, A. O., Tinner, E. M., Bergstraesser, E., Pedraza, E. C., & Michel, G. (2025b). Exploring the Association of Time-After-Death on Psychological Distress in Parents Who Lost a Child to Cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, *72*(12). https://doi.org/10.1002/pbc.32060

★ Redican, E., Shevlin, M., Karatzias, T., & Hyland, P. (2025). Assessing peri-loss emotions and their associations with ICD-11 prolonged grief disorder and posttraumatic stress disorder in a community sample of bereaved adults. *Death Studies*. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/07481187.2025.2559723

★ Uchimura, K. K., & Papa, A. (2025). Examining worry and secondary stressors on grief severity using machine learning. *Anxiety, Stress, & Coping*, *38*(2), 206–218. https://doi.org/10.1080/10615806.2024.2391841

★ Serjouie, F., Lajevardi, S. A., Sajadi shahri, S. H., Safaei Far, E., Kianimoghadam, A. S., Kargar Haji Abadi, M., & Ashrafi, M. (2025). A Path Analysis of the Impact of Guilt on Prolonged Grief Symptoms: The Mediating Role of Psychological Distress and Perceived Social Support in Bereaved Parents After Child Loss to Cancer. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/00302228251393895

★ Fan, P., Xu, H., Li, H., & Rong, C. (2025). Progress of Depressive Symptoms in Middle-Aged and Elderly Parents After Losing Their Child: A Longitudinal Study Based on China Health and Retirement Longitudinal Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/00302228251333842

★ Loughnan, S. A., Lancaster, A., Crocker, S., Astell, C., Griffin, A., Wojcieszek, A. M., Boyle, F. M., Ellwood, D., Dean, J., Horey, D., Callander, E., Jackson, C., Seeho, S., Shand, A., & Flenady, V. (2025). Living with Loss: Evaluating an Internet-Based Program for Parents Following Perinatal Death. *Journal of Loss and Trauma*, *30*(5), 708–732. https://doi.org/10.1080/15325024.2024.2415708

★ Wiener, L., & Weaver, M. S. (2025). Grief and Bereavement in Pediatric Palliative Care #502. *Journal of Palliative Medicine*, *28*(6), 847–848. https://doi.org/10.1089/jpm.2025.0079

★ Yao, D., Qian, F., Tung, T.-H., Shi, H., & Bi, D. (2025). The effectiveness of web-based grief intervention for adults who lost a loved one: A systematic review and meta-analysis. *BMC Palliative Care*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12904-025-01679-5

★ Ngang, I. C., Kouya, F., Tetteh, E., Atuiri, C., Joel, K., Kouya, B., Ngalle, N. V., Mamillapalle, V., Chamberlain, R. M., & Soliman, A. S. (2025a). Depression and Complicated Grief among Parents of Pediatric Cancer Patients in Cameroon: Implications for Cancer Education in Low-income Countries. *Journal of Cancer Education*. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s13187-025-02786-w

★ Chen, L., Tan, C., & Chu, L. (2024). Coping With Child Loss: Its Impact on the Mental Health of Chinese Parents. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/00302228241282232

★ Jarry, A., Lepeintre, A., Constant-David, D., Paul, C., Chauvin, C., Nizard, J., & Evin, A. (2024). Support programme for bereaved relatives: a retrospective observational study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *15*(3), 332–334. https://doi.org/10.1136/spcare-2024-005234

★ Koukopoulos, A., & Neimeyer, R. A. (2024). Prolonged grief disorder: A bibliometric analysis. *Death Studies*, *48*(2), 150–163. https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2196734

★ Snaman, J. M., Mazzola, E., Helton, G., Feifer, D., Morris, S. E., Clark, L., Baker, J. N., & Wolfe, J. (2023a). Early Bereavement Psychosocial Outcomes in Parents of Children Who Died of Cancer With a Focus on Social Functioning. *JCO Oncology Practice*, *19*(4), e527–e541. https://doi.org/10.1200/OP.22.00538

★ Chen, Y.-Y., Gunnell, D., Wu, C.-K., Hu, Y.-H., & Lee, P.-C. (2023). All-Cause and Cause-Specific Mortality in Parents After the Death of a Child in Taiwan: A Population-Based Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*, *85*(3), 221–230. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001182

★ Yuan, M.-D., Wang, Z.-Q., Fei, L., & Zhong, B.-L. (2022). Prevalence of prolonged grief disorder and its symptoms in Chinese parents who lost their only child: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, *10*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1016160

★ Buyukcan-Tetik, A., Albuquerque, S., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., & Eisma, M. C. (2022). Grieving Together: Dyadic Trajectories and Reciprocal Relations in Parental Grief After Child Loss. *Facing Death: Familial Responses to Illness and Death*. Advance online publication. https://doi.org/10.1108/S1530-353520220000019005

★ Wei, D., Li, J., Janszky, I., Chen, H., Fang, F., Ljung, R., & László, K. D. (2022a). Death of a child and the risk of heart failure: a population-based cohort study from Denmark and Sweden. *European Journal of Heart Failure*, *24*(1), 181–189. https://doi.org/10.1002/ejhf.2372

★ Chen, H., Wei, D., Janszky, I., Dahlström, U., Rostila, M., & László, K. D. (2022). Bereavement and Prognosis in Heart Failure. *JACC: Heart Failure*, *10*(10), 753–764. https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.05.005

★ Wei, D., Janszky, I., Fang, F., Chen, H., Ljung, R., Sun, J., Li, J., & László, K. D. (2021). Death of an offspring and parental risk of ischemic heart diseases: A population-based cohort study. *PLOS Medicine*, *18*(9), e1003790. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003790

★ Sveen, J., Jernelöv, S., Pohlkamp, L., Kreicbergs, U., & Kaldo, V. (2021). Feasibility and preliminary efficacy of guided internet-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia after the loss of a child to cancer: Randomized controlled trial. *Internet Interventions*, *25*, 100409. https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100409

★ McNeil, M. J., Baker, J. N., Snyder, I., Rosenberg, A. R., & Kaye, E. C. (2021). Grief and Bereavement in Fathers After the Death of a Child: A Systematic Review. *Pediatrics*, *147*(4). https://doi.org/10.1542/peds.2020-040386

★ Chen, H.-H., Wang, I.-A., Fang, S.-Y., Chou, Y.-J., & Chen, C.-Y. (2021). Gender differences in the risk of depressive disorders following the loss of a young child: a nationwide population-based longitudinal study. *BMC Psychiatry*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-021-03421-w

★ Boelen, P. A., Lenferink, L. I., & Spuij, M. (2021). CBT for Prolonged Grief in Children and Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Psychiatry*, *178*(4), 294–304. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050548

★ Pollock, D. D., Pearson, D. E., Cooper, D. M., Ziaian, A. P. T., Foord, C., & Warland, A. P. J. (2021). Breaking the silence: Determining Prevalence and Understanding Stillbirth Stigma. *Midwifery*, *93*, 102884. https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102884

★ Flury, M., Orellana-Rios, C. L., Bergsträsser, E., & Becker, G. (2021). "This is the worst that has happened to me in 86 years": A qualitative study of the experiences of grandparents losing a grandchild due to a neurological or oncological disease. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, *26*(1). https://doi.org/10.1111/jspn.12311

★ Kristensen, P., Dyregrov, K., & Gjestad, R. (2020). Different Trajectories of Prolonged Grief in Bereaved Family Members After Terror. *Frontiers in Psychiatry*, *11*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.545368

★ Snaman, J., Morris, S. E., Rosenberg, A. R., Holder, R., Baker, J., & Wolfe, J. (2020). Reconsidering early parental grief following the death of a child from cancer: a new framework for future research and bereavement support. *Supportive Care in Cancer*, *28*(9), 4131–4139. https://doi.org/10.1007/s00520-019-05249-3

★ Donnelly, R., Umberson, D., Hummer, R. A., & Garcia, M. A. (2020). Race, death of a child, and mortality risk among aging parents in the United States. *Social Science & Medicine*, *249*, 112853. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112853

★ Pohlkamp, L., Kreicbergs, U., & Sveen, J. (2020). Factors During a Child's Illness Are Associated With Levels of Prolonged Grief Symptoms in Bereaved Mothers and Fathers. *Journal of Clinical Oncology*, *38*(2), 137–144. https://doi.org/10.1200/JCO.19.01493

★ Lykke, C., Ekholm, O., Schmiegelow, K., Olsen, M., & Sjøgren, P. (2019). Anxiety and Depression in Bereaved Parents After Losing a Child due to Life-Limiting Diagnoses: A Danish Nationwide Questionnaire Survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, *58*(4), 596–604. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.06.025

★ Rostila, M., Mäki, N., & Martikainen, P. (2018). Does the death of a child influence parental use of psychotropic medication? A follow-up register study from Finland. *PLOS ONE*, *13*(5), e0195500. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195500

★ Wikman, A., Mattsson, E., von Essen, L., & Hovén, E. (2018). Prevalence and predictors of symptoms of anxiety and depression, and comorbid symptoms of distress in parents of childhood cancer survivors and bereaved parents five years after end of treatment or a child's death. *Acta Oncologica*, *57*(7), 950–957. https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1445286

★ Goldstein, R. D., Lederman, R. I., Lichtenthal, W. G., Morris, S. E., Human, M., Elliott, A. J., Tobacco, D., Angal, J., Odendaal, H., Kinney, H. C., & Prigerson, H. G. (2018). The Grief of Mothers After the Sudden Unexpected Death of Their Infants. *Pediatrics*, *141*(5). https://doi.org/10.1542/peds.2017-3651

★ Youngblut, J. M., Brooten, D., Glaze, J., Promise, T., & Yoo, C. (2017). Parent Grief 1–13 Months After Death in Neonatal and Pediatric Intensive Care Units. *Journal of Loss and Trauma*, *22*(1), 77–96. https://doi.org/10.1080/15325024.2016.1187049

★ Schorr, L., Burger, A., Hochner, H., Calderon, R., Manor, O., Friedlander, Y., Lawrence, G. M., & Paltiel, O. (2016). Mortality, cancer incidence, and survival in parents after bereavement. *Annals of Epidemiology*, *26*(2), 115–121. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.12.008

★ Garstang, J., Griffiths, F., & Sidebotham, P. (2016). Parental understanding and self-blame following sudden infant death: a mixed-methods study of bereaved parents' and professionals' experiences. *BMJ Open*, *6*(5), e011323. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011323

★ Zetumer, S., Young, I., Shear, M. K., Skritskaya, N., Lebowitz, B., Simon, N., Reynolds, C., Mauro, C., & Zisook, S. (2015). The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, *170*, 15–21. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.021

★ Rostila, M., Saarela, J., Kawachi, I., & Hjern, A. (2015). Testing the anniversary reaction: causal effects of bereavement in a nationwide follow-up study from Sweden. *European Journal of Epidemiology*, *30*(3), 239–247. https://doi.org/10.1007/s10654-015-9989-5

★ Lichtenthal, W. G., Corner, G. W., Sweeney, C. R., Wiener, L., Roberts, K. E., Baser, R. E., Li, Y., Breitbart, W., Kissane, D. W., & Prigerson, H. G. (2015c). Mental Health Services for Parents Who Lost a Child to Cancer: If We Build Them, Will They Come? *Journal of Clinical Oncology*, *33*(20), 2246–2253. https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.0406

★ Shelkowitz, E., Vessella, S. L., O'Reilly, P., Tucker, R., & Lechner, B. E. (2015). Counseling for personal care options at neonatal end of life: a quantitative and qualitative parent survey. *BMC Palliative Care*, *14*(1). https://doi.org/10.1186/s12904-015-0063-6

★ Lacasse, J. R., & Cacciatore, J. (2014). Prescribing of Psychiatric Medication to Bereaved Parents Following Perinatal/Neonatal Death: An Observational Study. *Death Studies*, *38*(9), 589–596. https://doi.org/10.1080/07481187.2013.820229

★ Espinosa, J., & Evans, W. N. (2013). Maternal bereavement: The heightened mortality of mothers after the death of a child. *Economics & Human Biology*, *11*(3), 371–381. https://doi.org/10.1016/j.ehb.2012.06.002

★ Rostila, M., Saarela, J., & Kawachi, I. (2012). Mortality in parents following the death of a child: a nationwide follow-up study from Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *66*(10), 927–933. https://doi.org/10.1136/jech-2011-200339

★ Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and Suicide Bereavement. *Death Studies*, *33*(7), 591–608. https://doi.org/10.1080/07481180902979973

★ Lannen, P. K., Wolfe, J., Prigerson, H. G., Onelov, E., & Kreicbergs, U. C. (2008). Unresolved Grief in a National Sample of Bereaved Parents: Impaired Mental and Physical Health 4 to 9 Years Later. *Journal of Clinical Oncology*, *26*(36), 5870–5876. https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.6738

★ Flenady, V., & Wilson, T. (2008). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Advance online publication. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub2

★ Li, J., Laursen, T. M., Precht, D. H., Olsen, J., & Mortensen, P. B. (2005). Hospitalization for Mental Illness among Parents after the Death of a Child. *New England Journal of Medicine*, *352*(12), 1190–1196. https://doi.org/10.1056/NEJMoa033160

★ Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., & Dijkstra, I. (2005). Couples at Risk Following the Death of Their Child: Predictors of Grief Versus Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*(4), 617–623. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.617

★ Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P. B., & Olsen, J. (2003a). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *The Lancet*, *361*(9355), 363–367. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12387-2

★ Li, J., Johansen, C., Hansen, D., & Olsen, J. (2002a). Cancer incidence in parents who lost a child. *Cancer*, *95*(10), 2237–2242. https://doi.org/10.1002/cncr.10943

★ Boyle, F. M., Najman, J. M., Vance, J. C., & Thearle, M. J. (1996b). Estimating nonparticipation bias in a longitudinal study of bereavement. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *20*(5), 483–487. https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.1996.tb01626.x

Zhao, S., Ren, L., Wang, Q., Long, M., Wu, H., & Wang, Y. (2022). Predictors of prolonged grief disorder in Chinese elderly shidu parents: The role of perceived stigma and perceived stress. *Asia-Pacific Psychiatry*, *14*(2). https://doi.org/10.1111/appy.12489

Wen, F.-H., Prigerson, H. G., Chuang, L.-P., Hu, T.-H., Huang, C.-C., Chou, W.-C., & Tang, S. T. (2024). Factors of prolonged-grief-disorder symptom trajectories for ICU bereaved family surrogates. *Critical Care*, *28*(1). https://doi.org/10.1186/s13054-024-05160-2

Verwandte und weiterführende Themen

1. Elterliche Trauer

Das vorliegende Papier behandelt die seelische Folgedimension. Verlauf, Bedeutung und Bewältigung der Elterntrauer als Ganzes werden im Themenpapier zur elterlichen Trauer behandelt, einschliesslich der Weitergabe von Verlustfolgen über Generationen.

Zum Themenpapier →

15. Körperliche Gesundheit

Die hier nur angeschnittenen Registerbefunde zu Sterblichkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaf werden im Themenpapier zur körperlichen Gesundheit vertieft, samt den Befunden, bei denen sich kein erhöhtes Risiko zeigte.

Zum Themenpapier →

14. Anhaltende Trauer und Traumafolgen

Wo die Belastung die Schwelle zur behandlungsbedürftigen Störung überschreitet, behandelt das Themenpapier zu Trauma und komplizierter Trauer die klinischen Bilder, ihre Abgrenzung und die Behandlungsansätze vertieft.

Zum Themenpapier →

2. Geschwistertrauer

Die überlebenden Geschwister sind eigenständig betroffen, und für trauernde Kinder und Jugendliche liegt anders als für die Eltern ein direkter Wirksamkeitsnachweis vor. Das Themenpapier behandelt ihre Situation.

Zum Themenpapier →

18. Das nahe Umfeld

Grosseltern, weitere Angehörige und Freunde tragen die Familie mit und sind selbst belastet. Das Themenpapier behandelt ihre Rolle und greift die Trauer der Grosseltern als eigenen Bereich auf.

Zum Themenpapier →

3. Wie Mütter und Väter trauern

Die Unterschiede zwischen Müttern und Vätern in Sichtbarkeit, Verlauf und Hilfesuche werden dort vertieft behandelt.

Zum Themenpapier →

21. Peer-Support

Der Austausch mit anderen betroffenen Eltern ist eine der am häufigsten genannten hilfreichen Formen der Unterstützung. Dieses Thema vertieft Wirkung und Grenzen peer-geleiteter Angebote.

Zum Themenpapier →

11. Suizid eines Kindes

Nach dem Suizid eines Kindes kommen Stigmatisierung und besondere Belastungen hinzu. Das Themenpapier behandelt diese Verlustsituation gesondert.

Zum Themenpapier →

SGVE
Schweizerische
Gemeinschaft
verwaister Eltern

Lizenz und Zitation

Dieses Papier ist unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung 4.0 International (CC BY 4.0) veröffentlicht. Es darf frei genutzt, geteilt, übersetzt und bearbeitet werden, auch für kommerzielle Zwecke, sofern die SGVE als Quelle genannt wird.

Zitiervorschlag. Schweizerische Gemeinschaft verwaister Eltern (SGVE) (2026). Psychische Belastung nach dem Tod eines Kindes. Reihe Wissenschaftliche Grundlage der SGVE. «URL», abgerufen am «TT.MM.JJJJ».

CC BY 4.0 · Namensnennung 4.0 International