

Abschlussbericht zur bundesweiten Datenauswertung TelefonSeelsorge 2013/2014

im Auftrag der

Evangelischen und Katholischen Konferenzen
für TelefonSeelsorge und Offene Tür

Autoren:

Prof. Dr. Martin Klein

Dr. Rolf Strietholt

Prof. Dr. Eva Christina Stuckstätte

Münster, im Juni 2015

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	3
Einleitung	4
Einführende Gedanken zum Begriff der „Sorge“	6
Teil I - Ziel, Design und Stichprobe der Evaluation	9
1. Auftrag und Ziel der Evaluation	9
2. Forschungsdesign	10
3. Profil der TS-Anrufer/innen	11
3.1 Kontaktart	11
3.2 Anrufverhalten	12
3.3 Persönliche Merkmale der Anrufer/innen	14
3.3.1 Geschlecht	15
3.3.2 Namensnennung	16
3.3.3 Altersstruktur	16
3.3.4 Berufliche Situation	17
3.3.5 Lebensform	18
3.4 Themen der Anrufe.....	21
Teil II - Ergebnisse der thematischen Analysen	24
4. Psychische Erkrankung und Suizidalität	24
4.1 Merkmale der diagnostiziert psychisch erkrankten Anrufer/innen.....	24
4.1.1 Themen der Anrufe psychisch erkrankter Menschen	26
4.1.2 Lebensformen und psychische Erkrankung	27
4.1.3 Lebensalter und psychische Erkrankung.....	28
4.1.4 Geschlecht und psychische Erkrankung	30
4.1.5 Berufliche Situation und psychische Erkrankung	31
4.1.6 Anrufverhalten und psychische Erkrankung	33
4.2 Merkmale der Anrufer/innen in Bezug auf Suizidalität	33
4.2.1 Themen der Anrufe und Suizidalität	35

4.2.2	Alter und Suizidalität.....	36
4.2.3	Lebensform und Suizidalität	39
4.2.4	Geschlecht und Suizidgedanken/Suizidabsichten	40
4.3	Zusammenfassende Empfehlungen für die Arbeit der TS	40
5.	Familie.....	44
5.1	Merkmale der anrufenden Familienmitglieder	45
5.2	Familienform und Gesprächsthemen.....	45
5.3	Familienform und Arbeitssituation, Arbeitslosigkeit und Arbeitssuche.....	49
5.4	Familie, Geschlecht und seelisches Befinden	50
5.5	Familie und Betreuung / Pflege	51
5.6	Familie und Finanzen	52
5.7	Familie und Schule / Ausbildung	54
5.8	Familie und Erziehung.....	55
5.9	Familie und Trennung.....	56
5.10	Familie und Gewalt.....	58
5.11	Zusammenfassende Empfehlungen für die Arbeit der TS.....	58
6.	Schulden und Armut	61
6.1	Merkmale der Anrufer/innen in Bezug auf Schulden und Armut.....	62
6.2	Gesprächsinhalte der Anrufer/innen zum Thema Schulden und Armut.....	65
6.3	Schulden, Armut und Gesundheit.....	66
6.4	Zusammenfassende Empfehlungen für die Arbeit der TS	68
7.	Alter	70
7.1	Merkmale der älteren Anrufer/innen	71
7.2	Themen der älteren Anrufer/innen.....	74
7.3	Familiale Lebensformen im Alter	78
7.4	Berufliche Situation im Alter	81
7.5	Materielle Situation im Alter.....	82
7.6	Zusammenfassende Empfehlungen für die Arbeit der TS	83
	Teil III - Diskussion der Ergebnisse und Ausblick.....	85
	Literatur und sonstige Quellen.....	92

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Oberthema	Einzelindikatoren
kusb_1	Körperliches Befinden	➤ Körperliches Befinden (Beschwerden, Erkrankungen, Behinderungen)
kusb_2	Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress, Selbstverletzendes Verhalten, Selbstbild	➤ Niedergeschlagenheit ➤ Ängste ➤ Stress, Ärger, Aggression ➤ Selbstverletzendes Verhalten ➤ Selbstbild
kusb_3	Verwirrtheitszustände	➤ Verwirrtheitszustände
kusb_4	Sucht	➤ Sucht
kusb_5	Positives Befinden (Freude, Dankbarkeit Liebe, Glück, ...)	➤ Positives Befinden (Freude, Dankbarkeit, Liebe, Glück, ...)
kusb_6	Suizidalität Anrufender oder andere	➤ Suizidalität/Suizid der/des Anrufenden ➤ Suizidalität/Suizid eines anderen
kusb_7	Sexualität	➤ Sexualität
sone_1	Einsamkeit/Isolation	➤ Einsamkeit/Isolation
sone_2	Partnerschaft, Elternschaft, Schwangerschaft, Betreuung	➤ Partnersuche/Partnerwahl ➤ Leben in Partnerschaft ➤ Elternschaft/Erziehung ➤ Familiäre Beziehungen ➤ Betreuung und Pflege ➤ Schwangerschaft/Kinderwunsch
sone_3	Trennung, Sterben, Tod	➤ Trennung ➤ Sterben und Tod
sone_4	Alltagsbeziehungen (Nachbarn, Freunde, usw.)	➤ Alltagsbeziehungen (Nachbarn, Freunde, usw.)
sone_5	Migration/Integration	➤ Migration/Integration
sone_6	Körperliche, seelische und sexuelle Gewalt	➤ Körperliche und/oder seelische Gewalt ➤ Sexuelle Gewalt
taet	Tätigkeit	➤ Schule und Ausbildung ➤ Arbeitslosigkeit/Arbeitssuche ➤ Alltagsgestaltung ➤ Arbeitssituation
fima	Finanzielle und materielle Sicherheit	➤ Armut/Schulden ➤ Wohnung/Wohnumfeld ➤ Finanzfragen
sinn	Sinn, Werte	➤ Sinn, Glaube, Werte ➤ Kirchen und Glaubensgemeinschaften ➤ Gesellschaft und Kultur
ruec	Rückmeldung Telefonseelsorge	➤ Dank/Lob ➤ Beschwerde ➤ Vereinbarung über Gesprächskontakte ➤ Sonstige Rückmeldung

Hinweis: kusb=körperliches und seelisches Befinden; sone=soziales Netz; sinn=Sinn, Werte; fima= finanzielle und materielle Sicherheit; taet=Tätigkeit; ruec=Rückmeldung zur Telefonseelsorge.

Einleitung

Die Evangelische und die Katholische Konferenz für TelefonSeelsorge und Offene Tür beauftragte Anfang des Jahres 2013 Prof. Dr. Martin Klein, Dr. Rolf Strietholt und Prof. Dr. Eva Christina Stuckstätte die bundesweit erfassten Daten zur Arbeit der Telefonseelsorge für einen Jahreszyklus auszuwerten. Anlass dieser Selbstvergewisserung war die Einführung einer bundesweiten Online-Statistik der TS (Bussi), die von allen Stellen der TelefonSeelsorge verbindlich zu erheben ist. Die Arbeit der TS soll bundesweit einheitliche Daten erfassen und eine korrelierende Auswertung ermöglichen (vgl. TelefonSeelsorge 2013, 3).

Die TelefonSeelsorge-Stellen sind an 365 Tagen rund um die Uhr erreichbar. Das Angebot ist offen für alle Menschen, die Rat brauchen, unabhängig von Alter, Konfession, gesellschaftlichem Status usw. Das Konzept der TS ist nach eigener Beschreibung geprägt durch Niedrigschwelligkeit, Ehrenamtlichkeit und institutionelle Verlässlichkeit (vgl. Weber 2006, 25 ff.).

Im Erfassungszeitraum dieser Evaluation arbeiteten 78 der 108 Telefonseelsorgestellen deutschlandweit mit dem von Prof. Dr. Jürgen Vollmer entwickelten EDV-System **TelefonSeelsorge-Bundes-Statistik** (kurz: TS-Bussi). Der inhaltliche Aufbau des EDV-Systems wurde durch eine interne Telefonseelsorge-Arbeitsgemeinschaft entwickelt. TS-Bussi erlaubt es seit dem Jahr 2013 erstmalig über die bislang standardmäßig vorgenommenen Jahresanalysen hinaus differenzierte Analysen zu Zielgruppen und Anruferanliegen der Telefonseelsorge (im Weiteren kurz TS) vorzunehmen, ohne hierbei datenschutzrechtliche Aspekte zu vernachlässigen.

Insgesamt wurden in der vorliegenden Evaluation gut 1,3 Mio. in TS-Bussi dokumentierte Anrufe für den Zeitraum Juli 2013 bis Juni 2014 berücksichtigt. In diesem Zeitfenster erreichten 1.886.876 Anrufe die TS-Dienststellen (vgl. TelefonSeelsorge 2015, S. 1). Die Möglichkeit einer umfassenden Analyse dieser differenziert erfassten Fälle ist aktuell nahezu beispiellos für telefonische Beratungsdienste in der Bundesrepublik Deutschland. Die Ergebnisse der Evaluation liefern einerseits einen differenzierten Einblick in die Arbeit der TS andererseits spiegeln sie vielerlei Sorgen und Nöte jüngerer wie älterer Menschen wider.

Die vorliegende Auswertung wurde zu vier Themenschwerpunkten vorgenommen, die im Kontext soziologischer, sozialpolitischer und gesamtgesellschaftlicher Diskurse aktuell von besonderer Bedeutung sind:

- Psychische Erkrankung und Suizidalität
- Familie
- Schulden und Armut sowie
- Alter

Entsprechend gliedert sich der vorliegende Bericht. Teil I wird zunächst auf das Ziel und das Forschungsdesign der Evaluation eingehen. Zudem erfolgt hier eine ausführliche Beschreibung der Stichprobe und somit der Anrufenden der TS. Teil II widmet sich den thematischen Analysen, die sich aus den Anruferdaten herausfiltern lassen. Teil III schließt den Bericht mit einem Fazit sowie mit Empfehlungen für die Weiterarbeit der TS ab.

An dieser Stelle ist Dr. Bernd Blömeke sowie Rita Hülskemper für die unkomplizierte und erkenntnisreiche Zusammenarbeit seitens der TS zu danken. Ebenso danken wir den Studierenden Laura Baur, Jan Philip Dames und Lisa Nitschke für die gelungenen Vorarbeiten zu dieser Evaluation teilweise im Rahmen ihrer Abschlussarbeiten.

Einführende Gedanken zum Begriff der „Sorge“

Weber (2006) unterteilt das Wort „TelefonSeelsorge“ mit seinen 16 Buchstaben in die beiden Teile „Telefon“ und „Seelsorge“ und betont, dass die Seelsorge groß geschrieben wird. „Denn dass Menschen sich umfassend ernst und angenommen fühlen können, ist essentielles Anliegen der TelefonSeelsorge“ (vgl. ebd., 9). Zur Seelsorge gibt es daher auch einige Hinweise und Erläuterungen (vgl. ebd., 139 ff.). Jedoch steckt im Wort „Seelsorge“ auch das Wort „Sorge“. Dieses wird häufig im Beratungsgespräch verwendet, aber nicht näher definiert. „Sorgen kann man teilen“, so lautet der aktuelle Leitsatz der deutschen TelefonSeelsorge (vgl. TelefonSeelsorge 2015, 2 und 15). Zu Beginn dieser Evaluation sei daher ein etymologischer Exkurs zu dem Wort „Sorge“ gestattet.

Das Wort „Sorge“ hat zwei Grundbedeutungen, zwischen denen es durchaus Übergänge geben kann: zum einen „sorgen für“ etwas oder jemanden im Sinn der Fürsorge, zum anderen „sich sorgen um“ im Sinne des ängstlichen Besorgtseins. In anderen europäischen Sprachen gibt es dafür jeweils verschiedene Wörter: Für die Pflege und Sorge für etwas oder jemanden stehen im Lateinischen „cura“, im Englischen „care“ bzw. im Französischen „souci“; für die „Bekümmernis“ stehen Wörter wie „solicitude“ (lat.), „solicitude oder worry“ (engl.), bzw. „sollicitude“ (frz.) (vgl. Ritter 2007, Bd. 9, 1086 ff.).

Neben diesen beiden Grundbedeutungen gibt es zudem zwei historische Entwicklungslinien, die den Begriff der Sorge prägen. Diese Entwicklungslinien finden sich in der christlichen Theologie einerseits und in der Mythologie mit der Fabel einer personifizierten Frau Sorge andererseits.

In der christlichen Theologie ist das Thema Sorge unter anderem in der Bergpredigt Jesu (vgl. Matth. 6, 25–34; vgl. Lk. 12, 22–31) zu finden. Hier wird gemahnt, sich nicht ängstlich um den morgigen Tag zu sorgen. Nach biblischem Zeugnis wird der Mensch zu sich befreit, indem er Gott die Sorge überantwortet. Der Rat, alle Sorgen auf Gott zu werfen, wird zu einem wesentlichen Bestandteil christlicher Anthropologie. „Darum sorgt nicht für morgen, denn der morgige Tag wird für das Seine sorgen. Es ist genug, dass jeder Tag seine eigene Plage hat“ (vgl. Matth. 6, 34).

Kierkegaard bezieht die Sorge auf die zeitliche Struktur: „Alle irdische und weltliche Sorge geht im Grunde auf den morgenden Tag“ (Kierkegaard 1959, 57). Diese Sorge

sei „Selbstplagerei“ (vgl. ebd., 74). Während der gläubige Christ ein „Gegenwärtiger“ sei, sei der Heide der „Selbstplager“, der weder im Heute noch im Morgen wirklich lebe und so sein Selbst verliere.

Die personifizierte „Frau Sorge“ findet sich als Thema der Mythologie in der Literatur. Angefangen mit Herders Gestaltung der alten Cura-Fabel des Hyginus in das Gedicht „Das Kind der Sorge“ (Herder 1878, 18 ff.), über die Sterbeszene von Johann Wolfgang von Goethe „Faust II“, wo drei der „vier grauen Weiber“ Mangel, Not und Schuld nicht zu Heinrich Faust kommen können. „Die Sorge aber, schleicht durch das Schlüsselloch“ (Goethe 1959, 343 ff.) und lässt ihn schließlich erblinden.

Sorge: „Wen ich einmal besitze,
Dem ist alle Welt nichts nütze,
Ewiges Düstre steigt herunter,
Sonne geht nicht auf noch unter,
Bei vollkommenen äußern Sinnen
Wohnen Finsternisse drinnen,
Und er weiß von allen Schätzen
Sich nicht in Besitz zu setzen.
Glück und Unglück wird zur Grille,
Er verhungert in der Fülle,
Sei es Wonne, sei es Plage,
Schiebt er's zu dem andern Tage,
Ist der Zukunft nur gewärtig.
Und so wird er niemals fertig.
(ebd. 343)

Von Hermann Sudermanns Roman „Frau Sorge“ (1997) bis hin zu Hans Blumenbergs „Die Sorge geht über den Fluß“ (1987, 197–200) wird Frau Sorge beschrieben. Die diesen Werken zugrunde liegende Fabel des Hyginus mit der personifizierten Sorge ist insbesondere durch die Beschreibung Martin Heideggers¹ in „Sein und Zeit“ (1979) wieder bekannt gemacht worden.

¹ Martin Heidegger (1889-1976) erwarb sich internationalen Ruf mit dem Erscheinen von „Sein und Zeit“ im Jahre 1927. Seine Schriften beeinflussten so unterschiedliche Denker wie Herbert Marcuse, Jean-Paul Sartre, Jaques Derrida, Paul Tillich und viele andere. Heideggers Laufbahn als Professor der Philosophie an der Universität Freiburg bleibt aber immer auch durch sein Verhältnis zum Nationalsozialismus geprägt (vgl. aktuelle Diskussionen um die Veröffentlichung der „Schwarzen Hefte“ 1942-1948).

Die „Sorge“ geht über einen Fluss und sieht tonhaltiges Erdreich, nimmt ein Stück und formt es. Während sie nachdenkt, was sie gerade gebildet hat, kommt Jupiter hinzu. Die „Sorge“ bittet ihn, dem geformten Stück Ton Geist einzuhauchen, was Jupiter auch macht. Als nun die „Sorge“ dem belebten Gebilde ihren Namen geben will, erhebt Jupiter Einspruch und verlangt, dass sein Name gegeben wird. Während sie streiten, kommt Tellus (die Erde) und verlangt ebenfalls, dass das Gebilde, das aus ihr genommen wurde, nach ihr benannt wird. Sie können sich nicht einigen und nehmen Saturn zum Richter, der folgendes entscheidet: „Du, Jupiter, sollst, weil Du den Geist gegeben hast, beim Tode den Geist zurückerhalten; du, Tellus, weil du den Leib gegeben hast, sollst den Leib wieder empfangen; die Sorge jedoch, weil sie zuerst auf dies Gebilde kam, soll es besitzen, solange es lebt. Da nun aber der Streit über den Namen geht, soll es „homo“ heißen, weil es aus „humus“ gemacht worden ist“ (vgl. Blumenberg, 197 f.).

Martin Heidegger lässt dem Begriff der Sorge in der Analyse des Daseins in „Sein und Zeit“, als „Existenzial“ eine systematische und für die Fundamentalontologie methodisch zentrale Stellung zukommen (1979, 122). Ein Existenzial ist für Heidegger ein Phänomen, das mit der Existenz des Menschen einhergeht, was also zu ihm gehört. Sorge versteht Heidegger als „Sich-selbst-vorweg-sein“. Dies findet sich auch im italienischen Verbum für „sich sorgen“ „preoccupare“. Die Sorge besetzt bzw. okkupiert im Jetzt und Heute die Zukunft auf Kosten der Gegenwart. Die Zeitlichkeit des Seins erweist sich für Heidegger als Sinn der eigentlichen Sorge.

Somit bleibt abschließend zu fragen, welche Sorgen seitens der TS gemeint sind, die zu teilen sind? Sind es ausschließlich die Sorgen der Anrufer/innen? Die Sorgen um die gesellschaftlichen Entwicklungen und Lebensumstände, in und mit denen die Anrufer/innen leben bzw. leben müssen? Sind es Sorgen um die Anrufer/innen und ihre An- und Zugehörigen? Sind es Sorgen um oder für die Gesellschaft? Oder auch Sorgen um die Ehrenamtlichen und die Hauptamtlichen in der Telefonseelsorge? Sorgen der Telefonseelsorge selbst? Sorgen im Sinne der Fürsorge? Wenn ja, wofür? Sorgen im Sinne der ängstlichen Besorgnis? Welche Metaphern der Sorge helfen? Sind es christliche Sorgewege? Sind es personifizierte Metaphern? Diese Fragen könnten und sollten im Anschluss an diese Evaluation diskutiert werden, um den Leitsatz „Sorgen kann man teilen“ anhand der täglichen praktischen Tätigkeit der Telefonseelsorge zu konkretisieren und um eine gemeinsame Sprache sprechen zu können.

Teil I - Ziel, Design und Stichprobe der Evaluation

Im Folgenden werden der Auftrag und das Ziel der Evaluation näher erläutert. Zudem erfolgt eine differenzierte Beschreibung der Stichprobe, die zugleich eine ausführliche Beschreibung der Anrufer/innen der TS darstellt.

1. Auftrag und Ziel der Evaluation

Auftrag dieser Evaluation ist es, über eine differenzierte Analyse der in TS-Bussi erfassten Anruferdaten ein umfassendes Bild der TS-Arbeit zu entwerfen. Dieses soll als Grundlage einer Überprüfung und Selbstvergewisserung der Ziele und Anliegen der TS Deutschland dienen. Damit stellt sich die TS selbstkritisch der Frage ihrer Relevanz und des seelsorgerischen Auftrags in einer individualisierten und pluralisierenden Gesellschaft im 21. Jahrhundert. **Zentral für die Evaluation ist die Fragestellung, wer mit welchen Anliegen die Dienstleistung der TS in Anspruch nimmt.**

Die Beantwortung dieser Frage zieht Konsequenzen in unterschiedliche Richtungen nach sich und wirft Fragen auf wie z.B.:

- Worin liegt der seelsorgerische Auftrag der TS im aktuellen gesellschaftlichen Kontext?
- Kann die TS der Breite der thematischen Anliegen ihrer Anrufer/innen gerecht werden?
- Ist das ehrenamtliche und hauptamtliche Personal der TS passgenau für Beratungsthemen und -anliegen heutiger junger wie älterer Generationen ausgebildet?
- Werden über die Öffentlichkeitsarbeit der TS die anvisierten Zielgruppen angesprochen und erreicht?

Fragen wie diese gilt es im Nachgang der Evaluation zu diskutieren. Die Erkenntnisse der vorliegenden Evaluation sollen in diesen Diskurs einfließen.

Erkenntnisleitend bei der Auswertung waren vier inhaltliche Themenschwerpunkte, die in Anlehnung an die erfassten Gesprächsthemen über TS-Bussi gebildet wurden: psychische Erkrankung und Suizidalität, Familie, Armut und Schulden sowie Alter. Diese vier Kategorien gaben Anlass zu differenzierten Zielgruppenanalysen sowie zu Analysen der Themen der Beratungs- bzw. seelsorgerischen Gespräche.

Fragen zum passgenauen Zugang zu den Zielgruppen der TS konnten im Rahmen dieser Evaluation nicht beantwortet werden, da ausschließlich Beratungsanliegen berücksichtigt wurden, die telefonisch an die TS herangetragen wurden. Ebenso waren regionalspezifische Auswertungen aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben nicht möglich.

2. Forschungsdesign

Die Evaluation bediente sich bereits vorliegender, von 78 TS-Dienststellen über TS-Bussi erfasster Daten und war somit sekundäranalytisch und rein quantitativ ausgerichtet. Um mit aussagekräftigen Daten arbeiten zu können wurden nicht alle Fälle eines laufenden Jahres berücksichtigt. Als Auswahlkriterium diente der Indikator „als Beratungsgespräch / Seelsorgegespräch klassifiziert“. Anrufe, die nicht dem Anliegen der TS entsprachen wurden ebenso nicht berücksichtigt wie Anrufe der Kategorie „Aufleger/verwählt“ und „Schweiganruf“. Insgesamt wurden folglich 60% der 1.351.811 Anrufe analysiert, die im Zeitraum vom 1.7.2013 bis 30.6.2014 in TS-Bussi erfasst wurden. Das macht eine Stichprobengröße von 803.689 Anrufen.

Die Datensätze wurden am 31. Juli 2014 vom Server des Auftraggebers geladen und in das Statistikprogramm SPSS exportiert. Hier wurden die Daten aufbereitet, einheitlich codiert und auf Plausibilität überprüft. Eine gesonderte mathematische Prüfung auf Plausibilität der „Schätzdaten“, z.B. zu den Erfassungsbereichen „Alter“ und „berufliche Situation“, erfolgte aufgrund begrenzter Ressourcen nicht. Die statistische Auswertung umfasste uni-, bi- und multivariate Analysen.

Zur Interpretation der Daten:

Alle vorliegenden Daten basieren auf subjektiven Einschätzungen der TS-Mitarbeiter/innen, die die TS-Bussi Datenmatrix im Idealfall nach jedem eingehenden Telefonat ausfüllt. Dies bedeutet, dass die Daten größtenteils keine Beschreibungen objektivierbarer Fakten sind, sondern vielmehr Ergebnis subjektiver Einschätzungen (soziale Konstruktionen). Sie sind durch individuelle Wahrnehmungen und Deutungen der TS-Mitarbeiter/innen „gefärbt“, die zu spezifischen Kategorisierungen der Anrufe geführt haben. Demzufolge sind die Ergebnisse mit einer gewissen Vorsicht und immer durch die Brille des hier nicht kontrollierbaren Faktors der Subjektivität zu interpretieren.

Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die folgenden Analysen nur Sachverhalte wiedergeben, die sich aus den tatsächlich erfassten Daten ermitteln lassen. Wurden z.B. aus Zeitgründen Anrufe nicht umfassend in das EDV-System eingepflegt, können sich Abweichungen zwischen dem tatsächlichen und erfassten Gesprächsverlauf ergeben haben.

Weiterhin können sich Verzerrungen in den Ergebnissen durch den großen Anteil an Wiederholungsanrufer/inne/n ergeben (vgl. Kapitel 3.2). Gerade im Kontext von Analysen mit einer reduzierten Stichprobe, z.B. zum Thema Suizidalität, können Wiederholungsanrufer/innen deutlichen Einfluss auf die Ergebnisse nehmen.

Die Analysen weisen zudem sehr häufig signifikante statistische Zusammenhänge auf. Aufgrund der Stichprobengröße ist dies allerdings nicht verwunderlich. Entsprechende Ergebnisse sollten demzufolge nicht überinterpretiert werden.

3. Profil der TS-Anrufer/innen

Im Weiteren folgt eine Beschreibung zentraler Merkmale der TS Anrufer/innen, ihres Anrufverhaltens sowie der Themen der Anrufe.

3.1 Kontaktart

In der vorliegenden Datenauswertung wurden zunächst gut 1,3 Mio. Telefonanrufe berücksichtigt. Wie bereits weiter oben beschrieben, wurde die Stichprobe über den Filter „Seelsorge-/Beratungsgespräch“ auf aussagekräftige Fälle um gut 40% reduziert. Nachfolgende Tabelle zeigt, wie sich alle 1,3 Mio. Anrufe entsprechend der Kontaktart kategorisieren lassen:

Tabelle 3.1: Art des Kontaktes

	Häufigkeit	Prozent
Seelsorge-/Beratungsgespräch	803.689	59,5%
nicht Auftrag der TS	176.207	13,0%
Aufleger/verwählt	338.538	25,0%
Schweigeanruf	33.377	2,5%
<i>Total</i>	<i>1.351.811</i>	<i>100,0%</i>

Über die Anliegen der Anrufer/innen hinter den gut 40% Kontaktaufnahmen jenseits eines Seelsorge- und Beratungsgesprächs lassen sich nur Vermutungen anstellen. Vermutlich dürften Scherzanrufe oder sogenannte „Sexanrufe“ einen Teil dieser Kontaktaufnahmen ausmachen.

Die Mitarbeiter/innen der TS und somit die gesprächsannehmenden Personen waren zu 23% Männer und zu 77% Frauen. Seelsorgerische Betreuung bei der TS ist somit nach wie vor eine deutlich weiblich geprägte Aufgabe.

3.2 Anrufverhalten

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Summe der Anrufe über das Jahr verteilt.

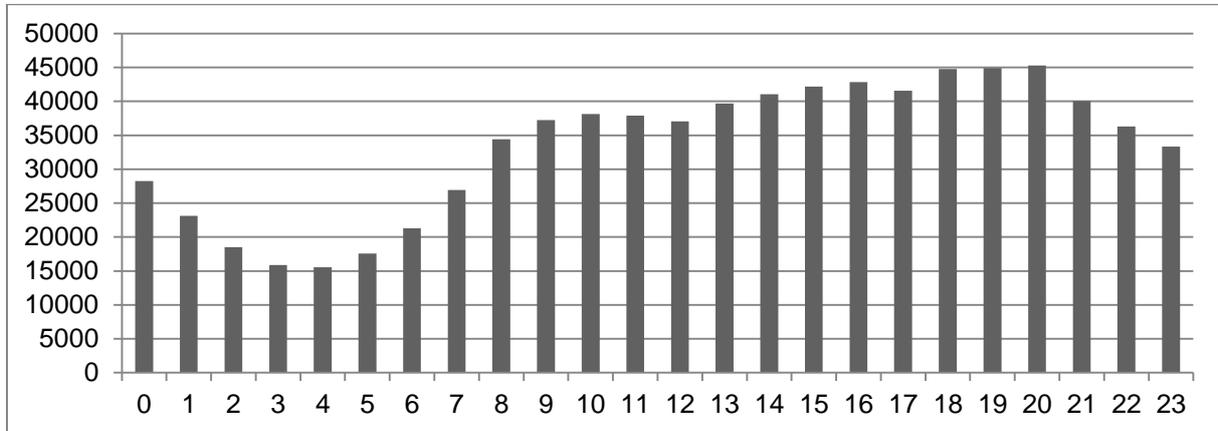
Tabelle 3.2a: Anzahl der Fälle pro Monat und Jahr

Jahr	Monat	Häufigkeit	Prozent
2013	Jul	60.239	7,5%
	Aug	61.130	7,6%
	Sep	59.514	7,4%
	Okt	68.098	8,5%
	Nov	71.013	8,8%
	Dez	76.270	9,5%
2014	Jan	74.591	9,3%
	Feb	64.176	8,0%
	Mär	70.584	8,8%
	Apr	65.827	8,2%
	Mai	67.113	8,4%
	Jun	65.134	8,1%
Insgesamt		803.689	100,0%

Erwartungsgemäß stellen die Monate November und Dezember die höchst frequentiertesten Monate dar (lebensweltliche Konjunktoren wie vermehrte Anrufe an Weihnachten und Silvester).

Die nachfolgende Abbildung zeigt, zu welcher Tageszeit das größte Anrufaufkommen festzustellen ist.

Abbildung 3.2: Uhrzeit Anrufbeginn



Das Anrufaufkommen ist von 08:00 Uhr morgens bis 22:00 Uhr nachts auf einem relativ hohen Niveau. Die meisten Anrufer/innen melden sich am späten Nachmittag und in den Abendstunden. Hier fallen vermutlich die Anrufe erwerbstätiger Personen deutlich mit ins Gewicht.

Die Dauer zwischen Annahme und Beendigung eines Gesprächs zeigt eine hohe Variation. 2% der Anrufe dauern weniger als eine Minute, 19% weniger als fünf Minuten, 33% weniger als 10 Minuten, 56% weniger als 20 Minuten, 73% weniger als 30 Minuten, 84% weniger als 40 Minuten und 91% weniger als 50 Minuten (Prozentwerte jeweils kumuliert). Die Hälfte der Anrufe dauert weniger als 17 Minuten.

Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht das Verhältnis von Erst- und Wiederholungsanrufen.

Tabelle 3.2b: Erstanruf oder wiederholter Anruf

	Häufigkeit	Prozent
Erstanruf	124.316	23,6%
Wiederholt	401.432	76,4%
nicht einzuordnen	277.941	–
<i>Total</i>	803.689	100,0%

Die Tabelle zeigt einen sehr hohen Anteil von Wiederholungsanrufen. Dieser Anteil dürfte noch höher liegen, wenn die Anrufe mit zugeordnet würden, die Wiederholungsanrufe aus anderen Regionen sind, von dem Personal der aktuell erreichten TS-Dienststelle als diese jedoch nicht erkannt und entsprechend kategorisiert werden. Schließlich werden Anrufe nicht nur bei der jeweils regionalen TS-Stelle angenommen, sondern bei Überlastungen regional und überregional weitergeschaltet. Bei Anrufen aus dem Mobilfunknetz gilt grundsätzlich eine regionenunabhängige Weiterleitung. Die Daten dieser Tabelle gaben im Auswertungsprozess Anlass, genauer zu prüfen, wie hoch die Quote der Wiederholungsanrufer/innen ist. Hierzu wurden exemplarisch Anrufer/innendaten aus dem Monat Juni 2014 ausgewertet (Quelle: anonymisierter Datensatz der ACD Statistik der Telekom).² In diesem Monat gab es 680.001 Anrufversuche. Hinter dieser Summe von Anrufversuchen standen 38.265 Anschlüsse. Mit 23.255 dieser Anschlüsse kam mehr als ein Gespräch, mit 14.144 Anschlüssen kam exakt ein Gespräch und mit 866 Anschlüssen kam kein Gespräch zustande. Schaut man sich die Verteilung der Summen der durchschnittlichen Anrufe pro Anschluss nach den 108 TS-Dienststellen an, so ist festzustellen, dass pro Anschluss knapp 17,77 Anrufversuche in diesem Monat pro TS-Dienststelle festzustellen waren (vgl. TS 2014, Anrufanalyse für Juni 2014 anonymisiert). Gleichzeitig wird eine breite Streuung erkennbar.

Diese Daten führen zu zwei wichtigen Schlussfolgerungen: Zum einen besteht das Klientel der TS zu einem großen Teil aus „Stammkunden“. Zum anderen gelingt es einer großen Zahl von Ratsuchenden nur aufgrund mehrmaliger Versuche zur TS-Beratung durchzukommen oder ihre Anrufversuche bleiben erfolglos.

3.3 Persönliche Merkmale der Anrufer/innen

In den nachfolgenden Abschnitten werden die persönlichen Merkmale der Anrufer/innen wie zum Beispiel Geschlecht, Namensnennung oder aber die Lebensform beschrieben.

² In TS-Bussi wurden im Juni 2014 107.618 Gespräche jeglicher Kontaktart erfasst. Die Telekom konnte im gleichen Zeitraum 152.962 Gespräche registrieren. Dies bedeutet, dass 45.344 Anrufe von den TS Mitarbeiter/innen nicht bzw. nicht über TS-Bussi erfasst wurden.

3.3.1 Geschlecht

Im Beobachtungszeitraum waren 34,1% der Anrufe auf männliche und 65,9% auf weibliche Anrufer/innen zurückzuführen (berücksichtigt wurden die Fälle, zu denen eindeutig Angaben zum Geschlecht gemacht werden konnten).

Hier ist allerdings anzumerken, dass diese Zahlen nicht identisch mit dem Geschlechterverhältnis sein müssen, das versucht hat, eine TS-Dienststelle zu erreichen. Aufgrund der technischen Voraussetzungen der Anrufverteilung über die Telekom ist es möglich, dass insbesondere Mobiltelefon nutzende Ratsuchende schlechtere Chancen hatten, eine/n Berater/in der TS zu erreichen. Bislang ist es bei der TS bundesweit nicht einheitlich geregelt, ob und in welchem Verhältnis Handyanrufe zu Festnetzanrufen Priorität in der Weiterleitung haben. Seitens der TS wird in diesem Zusammenhang die Hypothese aufgestellt, dass in den Gesprächen der TS erfahrungsgemäß Männer häufiger ein Mobiltelefon nutzen als Frauen und somit in ihrem Zugang zu einem Beratungsgespräch benachteiligt sein könnten. Für die jüngeren Generationen kann dieser mögliche Nachteil mittlerweile jedoch ausgeschlossen werden. So zeigen Jugendstudien wie z.B. die JIM-Studie, dass Mädchen wie Jungen inzwischen gleich häufig ein Handy besitzen (vgl. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2013, 51).

Hinsichtlich der Gesprächsthemen zeigt sich, dass die Männer am häufigsten ihr seelisches Befinden (34,7%)³ angesprochen haben, gefolgt von familiären und partnerschaftlichen Themen⁴ (25,1%). An dritter Stelle wurde das körperliche Befinden (16,4%) sowie das Thema Einsamkeit und Isolation (16%) zum Gegenstand der Gespräche gemacht. Etwas häufiger als die Frauen thematisieren die Männer in der Summe ihrer Anrufe Suchtproblematiken (4,5% zu 3,1%) und deutlich häufiger das Thema Sexualität (12,7% zu 2,2%).

Die Frauen besprachen in der Summe ihrer Anrufe ebenfalls am häufigsten ihr seelisches Befinden und mit 43,7% deutlich häufiger als die Männer. An zweiter Stelle folgte auch hier das Thema Familie und Partnerschaft (32,5%), an dritter Stelle das körperliche Befinden (19,7%).

³ Hier wurde eine Themen zusammenfassende Variable gebildet mit dem Namen kusb_2. Diese Variable umfasst die Themen Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress/Ärger/Aggression, selbstverletzendes Verhalten und Selbstbild.

⁴ Hier wurde eine Themen zusammenfassende Variable gebildet mit dem Namen sone_2. Diese Variable umfasst die Themen Partnersuche/Partnerwahl, Leben in Partnerschaft, Schwangerschaft und Kinderwunsch, Elternschaft/Erziehung, familiäre Beziehungen sowie Betreuung und Pflege (vgl. hierzu auch Erläuterungen in Kapitel 3.4).

Die beiden erstgenannten Themen machten bei den Männern somit rund 50% der Gesprächsthemen aus, bei den Frauen rund 75% (Mehrfachnennungen möglich).

3.3.2 Namensnennung

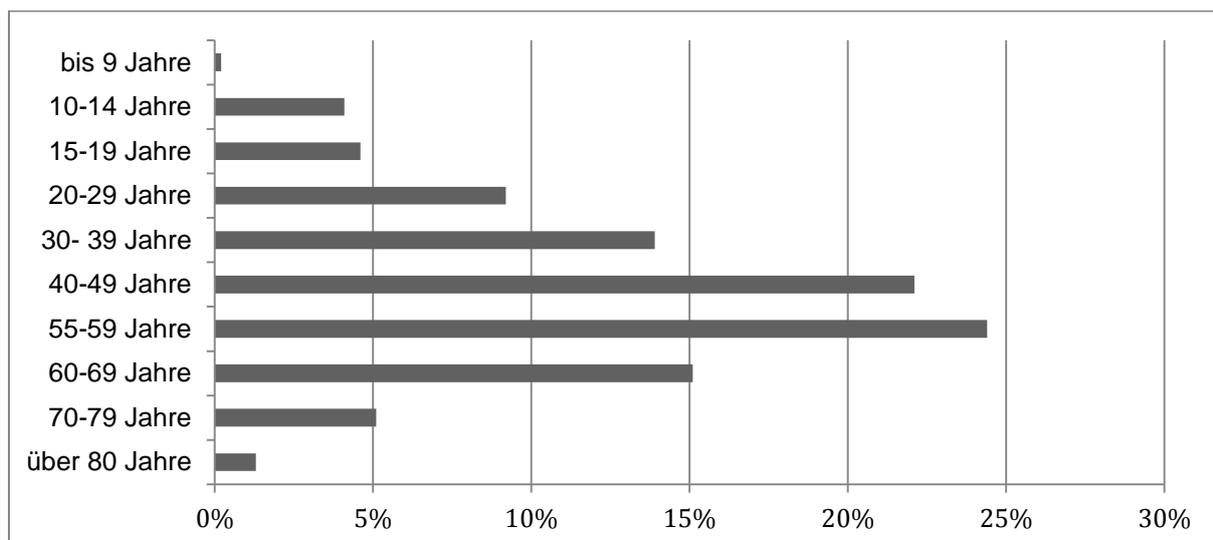
Nur in einem geringen Teil der Anrufe (12,1%) benannte der/die Anrufer/innen seinen/ihren Namen am Telefon. Dies zeugt von der großen Bedeutung anonymisierter Beratung, der sich die Telefonseelsorge seit je her besonders verpflichtet fühlt.

3.3.3 Altersstruktur

Die große Bedeutung anonymer Beratung wird auch daran ersichtlich, dass den Mitarbeiter/inne/n der TS vielfach nicht bekannt ist bzw. sie nicht einschätzen können, wie alt der/die Anrufer/in ist. Gut 95.000 Anrufe der Gesamtstichprobe (n=803.689) waren im Beobachtungszeitraum nicht einzuordnen. Die einzuordnenden Anrufe wurden zu 54,2% geschätzt, in 45,8% der Fälle war das Alter bekannt. Dieses Ergebnis zeigt, dass alle weiteren Analysen der vorliegenden Evaluation, die sich auf das Thema Lebensalter der Anrufer/innen beziehen und die Schätzwerte einschließen, mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die Altersstruktur der Anrufer/innen, deren Alter bei der Datenerfassung bekannt war oder das geschätzt wurde:

Abbildung 3.3.3: Altersangabe



Die Darstellung zeigt, dass die TS-Beratung über alle Generationen hinweg stark frequentiert wird, wenn auch der Altersschwerpunkt zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr liegt.

Die Zahl von 128.051 Anrufen der Altersgruppe 29 Jahre und jünger zeigt, dass die TS neben weiteren etablierten Telefonberatungshotlines wie z.B. dem Kinder- und Jugendtelefon des Vereins „Nummer gegen Kummer“ als bekannte Beratungsinstanz angenommen wird. Über das Kinder- und Jugendtelefon fanden z.B. im Jahr 2013 145.599 Beratungsgespräche mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen statt, die in der Regel acht bis 25 Jahre alt waren (vgl. Nummer gegen Kummer e.V. 2013, 6 und 10). Die Summe der Kontaktaufnahmen jüngerer Ratsuchender ist bei der TS noch zu ergänzen um Mail- und Chatanfragen. Über diese beiden Zugänge sind es im Vergleich aller Alterskohorten die unter 29-jährigen, die bei der TS diesen Zugang am häufigsten wählen. Die unter 9 bis 29-jährigen machten im Jahr 2014 56,2% der Chatanfragen und 56,7% aller Mailanfragen aus (vgl. TelefonSeelsorge 2015, 3). Der hohe Zuspruch der TS bei den jüngeren Anrufer/inne/n dürfte u.a. auf die 24-Stunden-Erreichbarkeit zurückzuführen sein, die andere Telefonberatungsdienste nicht vorhalten (können).

3.3.4 Berufliche Situation

Die berufliche Situation ist deutlich häufiger bekannt als das Alter der Anrufer/innen. Dies hat vermutlich damit zu tun, dass die berufliche Situation häufig Gesprächsgegenstand ist (vgl. hierzu auch Kapitel 3.4 Themen der Anrufer/innen).

Tabelle 3.3.4a: Berufliche Situation geschätzt/bekannt

	Häufigkeit	Prozent
Bekannt	324.539	75,0%
Vermutet	383.399	25,0%
nicht einzuordnen	95.751	–

Die Angaben zur beruflichen Situation lassen sich folgenden Kategorien zuordnen:

Tabelle 3.3.4b: Berufliche Situation Angabe

	Häufigkeit	Prozent
Erwerbstätig	153.613	25,9%
Erwerbsunfähig	148.570	25,0%
Ruhestand	111.760	18,8%
Schule/Studium/Ausbildung	69.080	11,6%
Arbeitslos	67.799	11,4%
Hausfrau/Hausmann	25.038	4,2%
Sonstiges	18.305	3,1%
<i>Total</i>	<i>707.938</i>	<i>100,0%</i>

Es zeigt sich, dass im Schwerpunkt Anrufe erwerbstätiger Personen sowie erwerbsunfähiger Personen bei der TS eingehen. Zu den erwerbsunfähigen Personen werden in der TS-Statistik Personen gezählt, die aufgrund psychischer, geistiger oder körperlicher Beeinträchtigungen nicht arbeiten können, einer Tätigkeit in einer beschützenden Werkstatt nachgehen und folglich/oder eine Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen (vgl. TelefonSeelsorge 2013, 11). Ähnlich hoch ist die Quote der Anrufe von Personen, die sich im Ruhestand befinden. Der Anteil von Anrufen arbeitsloser Personen ist mit 11,4% dem Auftrag der TS entsprechend ebenfalls relativ hoch. Vermutlich liegt der Anteil der arbeitslosen Personen unter allen Anrufer/inne/n bei der TS höher als der bundesdeutsche Durchschnitt an der Gesamtbevölkerung von 6,4% (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2014, 21). Die TS-Statistik definiert Arbeitslosigkeit anders als die Bundesagentur für Arbeit. Personen in Maßnahmen der Agentur für Arbeit werden hier ebenfalls als arbeitslos gezählt.

3.3.5 Lebensform

Die Lebensform der Anrufer/innen wird deutlich seltener als das Alter oder die berufliche Situation geschätzt.

Tabelle 3.3.5a: Lebensform geschätzt/bekannt

	Häufigkeit	Prozent
Bekannt	563.233	83,8%
Vermutet	108.492	16,2%
nicht einzuordnen	131.964	–
<i>Total</i>	803.689	100,0%

Der große Anteil bekannter Angaben lässt sich vermutlich daraus ableiten, dass die Lebensform einen häufigen Anlass für das Gespräch darstellt (vgl. hierzu auch Themen der Anrufer/innen Kapitel 3.4). Die bekannten Lebensformen lassen sich in der Summe aller Anrufe wie folgt unterteilen:

Tabelle 3.3.5b: Lebensform Angabe

	Häufigkeit	Prozent
Allein lebend	435.547	64,8%
In einer Familie	96.258	14,3%
In Partnerschaft/Ehe	87.998	13,1%
In einer Gemeinschaft	30.251	4,5%
Alleinerziehend	21.671	3,2%
<i>Total</i>	803.689	100,0%

Auffallend ist der extrem hohe Anteil von Anrufen alleinlebender Personen. Er macht fast 65% aller Anrufe aus. Diese Zahl lässt vermuten, dass der Anteil Alleinlebender unter den TS Anrufer/inne/n trotz Wiederholungsanrufer/innen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt überrepräsentiert ist. Der Anteil Alleinlebender in der Gesamtbevölkerung lag 2011 bei 19,6% (vgl. Statistisches Bundesamt 2012b, 7).

Ebenso auffällig ist, dass der Anteil der Anrufe Alleinerziehender sehr klein ist. Gut 3% der Anrufe lassen sich nur dieser Zielgruppe zuordnen (inklusive Wiederholungsanrufe). Zu vermuten wäre gewesen, dass die Beratungsnachfrage dieser Zielgruppe aufgrund der vielfach als problematisch und/oder benachteiligend beschriebenen Lebenssituationen (vgl. BMFSFJ 2012a, BMFSFJ 2012b) größer ist. 20% der bundesdeutschen Haushalte sind Haushalte Alleinerziehender (vgl. BMFSFJ 2012a, 14). Hier stellt sich die Frage, inwieweit die TS für diese Zielgruppe ein attraktives Unter-

stützungsangebot darstellt bzw. ob es Zugangsbarrieren zu den Dienstleistungen der TS bzw. zur telefonischen Beratung für Alleinerziehende gibt.

Eine bivariate Analyse der Variablen Lebensform und Gesprächsthemen zeigt folgende Erkenntnisse:

Allein lebende Personen thematisierten am häufigsten ihr seelisches Befinden⁵ (44,2%) gefolgt von familiären und partnerschaftlichen Themen⁶ (26,7%) und dem Thema Einsamkeit und Isolation (22,1%) bzw. körperliches Befinden (21,9%).

Nachfolgende Tabelle zeigt die drei häufigsten Themen weiterer Lebensformen:

Tabelle 3.3.5c: Häufigste Gesprächsthemen (nach Lebensform) - Mehrfachantworten möglich

	Allein lebend	In Partnerschaft/Ehe	In einer Familie	Allein-erziehend	In einer Gemeinschaft
1.	kusb_2 (44,2%)	sone_2 (53,8%)	sone_2 (40,4%)	sone_2 (56,7%)	kusb_2 (41,9%)
2.	sone_2 (26,7%)	kusb_2 (44,8%)	kusb_2 (36,0%)	kusb_2 (44,8%)	sone_2 (26,9%)
3.	sone_1 (22,1%)	kusb_1 (16,1%)	sone_4 (12,4%)	sone_3 (15,7%)	kusb_1 (26,3%)

Hinweis: kusb_1=Körperliches Befinden; kusb_2=Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress, Selbstverletzendes Verhalten, Selbstbild; sone_1=Einsamkeit/Isolation; sone_2=Partnerschaft, Elternschaft, Schwangerschaft, Betreuung; sone_3=Trennung, Sterben, Tod

Neben den in der Tabelle benannten Hauptthemen wurde das Thema Sexualität am häufigsten von Personen in einer Familie lebend angesprochen, das Thema Alltagsbeziehungen von in einer Gemeinschaft lebenden Personen, das Thema körperliche, seelische und sexuelle Gewalt wiederum von in einer Familie lebenden Personen. Die Themen finanzielle und materielle Sicherheit sowie (berufliche) Tätigkeit wurden am häufigsten in den Anrufen der Alleinerziehenden angesprochen. Letzteres verwundert vor dem Hintergrund entsprechender Forschungsbefunde nicht, da diese Lebensform mit besonderen finanziellen Problemen und häufig auch mit Armutserfahrungen einhergeht (vgl. z.B. BMFSFJ 2012a, BMFSFJ 2012b).

⁵ Hier wurde eine Themen zusammenfassende Variable gebildet mit dem Namen kusb_2. Diese Variable umfasst die Themen Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress/Ärger/Aggression, selbstverletzendes Verhalten und Selbstbild.

⁶ Hier wurde eine Themen zusammenfassende Variable gebildet mit dem Namen sone_2. Diese Variable umfasst die Themen Partnersuche/Partnerwahl, Leben in Partnerschaft, Schwangerschaft und Kinderwunsch, Elternschaft/Erziehung, familiäre Beziehungen sowie Betreuung und Pflege.

3.4 Themen der Anrufe

Die Themen der Gespräche werden von den TS-Mitarbeiter/inne/n in 39 Kategorien erfasst. Diese Kategorien unterteilen sich in sechs Oberkategorien:

- Körperliches und seelisches Wohlbefinden
- Soziales Netz
- Tätigkeit
- finanzielle und materielle Sicherheit
- Sinn, Werte
- weitere Themen

Die Mitarbeiter/innen können bis zu drei Themen pro Gespräch wählen, Mehrfachantworten sind möglich. Die Summe der angegebenen Themen kann hierbei von der tatsächlichen Zahl besprochener Themen abweichen. Zu Verzerrungen in der Dokumentation kann es möglicherweise kommen, wenn aufgrund eines hohen Anrufaufkommens die statistische Erfassung unter Zeitdruck erfolgen muss und z.B. nur das Hauptgesprächsthema erfasst wird. Nachfolgende Tabelle zeigt, wie viele Themen pro Anruf im Beobachtungszeitraum dokumentiert wurden:

Tabelle 3.4a: Anzahl Themen

Zahl der besprochenen Themen	Häufigkeit	Prozent
Kein Thema angegeben	38	0,0%
Mindestens ein Thema	803.651	99,9%
Mindestens zwei Themen	477.519	59,4%
Drei Themen	197.841	24,6%

Da für die vorliegende Stichprobe nur als Beratungsgespräch klassifizierte Fälle ausgewählt wurden, liegt es nahe, dass mindestens ein Gesprächsthema für fast alle Anrufe gewählt wurde. In fast 60% der Anrufe wurde zudem ein zweites, in knapp 25% der Fälle ein drittes Thema angegeben.

Nachfolgende Tabelle zeigt die Häufigkeit der von den TS-Mitarbeiter/inne/n kategorisierten Themen. Zur besseren Übersicht wurden die 39 Kategorien der TS-Bussi-Statistik für die Evaluation in 17 themennahe Kategorien zusammengefasst, die je-

weils eine neue Variable für die statistischen Analysen darstellen. Dieses Vorgehen diene dazu, die Komplexität der statistischen Analysen zu reduzieren und somit die Ergebnisse auch für den Außenstehenden nachvollziehbar zu machen:

Tabelle 3.4b: Themen der Gespräche (Mehrfachantworten möglich)

	Prozent
Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress, Selbstverletzendes Verhalten, Selbstbild (kusb_2)	40,5%
Partnerschaft, Elternschaft, Schwangerschaft, Betreuung (sone_2)	29,9%
Körperliches Befinden (kusb_1) ⁷	18,5%
Alltagsbeziehungen (Nachbarn, Freunde, usw.) (sone_4)	10,9%
Einsamkeit/Isolation (sone_1)	14,6%
Schule/Ausbildung, Arbeitssituation, Arbeitslosigkeit, Alltagsgestaltung (taet)	8,2%
Trennung, Sterben, Tod (sone_3)	7,2%
Verwirrtheitszustände (kusb_3)	2,7%
Armut/Schulden, Finanzfragen, Wohnung/Wohnumfeld (fima)	6,0%
Sexualität (kusb_7)	5,8%
Sinn/Glaube/Werte, Kirchen und Glaubensgemeinschaften, Gesellschaft und Kultur (sinn)	4,0%
Sucht (kusb_4)	3,6%
Körperliche, seelische und sexuelle Gewalt (sone_6)	2,8%
Suizidalität Anrufender oder andere(kusb_6)	2,4%
Dank/Lob, Beschwerde, Vereinbarung über Gesprächskontakte (ruec)	1,9%
Positives Befinden (Freude, Dankbarkeit, Liebe, Glück, ... (kusb_5)	1,5%
Migration/Integration (sone_5)	0,3%

Trotz der breiten Vielfalt von thematischen Gesprächsanlässen kristallisieren sich einzelne Themen deutlich heraus. Hierzu gehören aus dem Bereich körperliches und seelisches Befinden die Aspekte körperliches Befinden (Beschwerden, Erkrankungen, Behinderungen), Niedergeschlagenheit und Ängste. Die Häufigkeit dieser Themen überrascht nicht, da sich die TS ihrem Selbstverständnis nach als zentraler Ansprechpartner für Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen versteht und auch in der Öffentlichkeit entsprechend auftritt und wahrgenommen wird.

⁷ Zur Erläuterung der Abkürzungen:

kusb: körperliches und seelisches Befinden

sone: soziales Netz

sinn: Sinn, Werte

fima: finanzielle und materielle Sicherheit

taet: Tätigkeit

ruec: Rückmeldung zur Telefonseelsorge

Weiterhin war das Thema Einsamkeit und soziale Isolation häufig Gesprächsgegenstand. Der Wert von 14,6% verwundert in Anbetracht der hohen Zahl von Anrufen Alleinlebender nicht (vgl. Kapitel 3.3.5). Erwartungsgemäß bilden familiäre Beziehungen im Weiteren einen zentralen Gesprächsgegenstand.

Auffallend selten wird das Thema Arbeitslosigkeit explizit besprochen, obwohl viele Anrufe von Personen in dieser Lebenssituation ausgehen. Hier darf angenommen werden, dass vorrangig aus der Arbeitslosigkeit resultierende Themen wie möglicherweise soziale Isolation oder das seelische Befinden zentral in den Gesprächen sind.

Nach diesen überblicksartigen Analysen widmen sich die nachfolgenden Kapitel den vier oben bereits benannten Schwerpunktthemen und widmen sich somit Teilgruppen der Gesamtstichprobe.

Teil II - Ergebnisse der thematischen Analysen

Der umfangreiche Datensatz der TS wurde unter vier gesellschaftsrelevanten Themen genauer analysiert: Psychische Erkrankung und Suizidalität, Familie, Armut und Schulden sowie Alter. Nachfolgende Kapitel geben die Ergebnisse zu den Merkmalen der jeweils untersuchten Teilgruppen wieder. Diese werden im Kontext weiterer Forschungsbefunde diskutiert. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Erkenntnisse aus dem Datenmaterial der TS nicht 1:1 mit Forschungsbefunden anderer Studien zu vergleichen sind, da die Indikatoren zur Erfassung der analysierten Phänomene häufig abweichend voneinander sind. Demnach stellen die herangezogenen Studien nur mögliche Erklärungsmodelle für die TS-Daten dar.

4. Psychische Erkrankung und Suizidalität

Psychische Erkrankungen und Suizidalität stellen zentrale Themen der TS-Telefonberatung dar. Dies wurde bereits im Kapitel 3.4 „Themen der Anrufe“ deutlich. Nachfolgende Ausführungen gehen zentralen Merkmalen der Teilgruppe „Anrufe von Personen mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung“ (26,2% der Gesamtstichprobe) sowie „Anrufe von Personen mit genannten/bekanntem Suizidalitätsaspekten“ nach (bei 7,2% der Gesamtstichprobe ist das Thema Suizidalität gekannt oder benannt). Die Ergebnisse werden im Kontext bundesweit repräsentativer Studien wie der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) vom Robert Koch Institut (2010a), der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ (GEDA) des Robert Koch Institutes (2012) sowie der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) unter Beteiligung verschiedener Forschungsinstitute (vgl. Braun u.a. 2013 zum Thema Depression) diskutiert.

4.1 Merkmale der diagnostiziert psychisch erkrankten Anrufer/innen

Folgende Tabelle zeigt, wie häufig im Beobachtungszeitraum eine diagnostizierte psychische Erkrankung im Rahmen der Anrufe bekannt gemacht wurde:

Tabelle 4.1: Diagnostizierte psychische Erkrankung

	Häufigkeit	Prozent
genannt / bekannt	210.707	26,2%
nicht genannt / unbekannt	592.982	73,8%
<i>Total</i>	803.689	100,0%

Eine diagnostizierte psychische Erkrankung wird von den TS-Mitarbeiter/inne/n statistisch erfasst, wenn der/die Anrufer/in selbst im aktuellen oder früheren Gespräch Auskunft darüber erteilt (hat), dass eine ärztliche oder psychotherapeutisch diagnostizierte Erkrankung vorliegt (vgl. TelefonSeelsorge 2013, 12). In welcher Form diese Diagnosen vorliegen, ist dabei offen. Diese Offenheit schließt mögliche Verzerrungen nicht aus.⁸ Selbsteinschätzungen der Anrufer/innen oder Berater/innen dürfen an dieser Stelle nicht erfasst werden. Die Statistik gibt keine Auskunft darüber, um welche genaue psychische Erkrankung es sich handelt bzw. mit welchen möglichen Komorbiditäten sie einhergeht. Zu vermuten ist, dass vielfach Depressionen bzw. depressive Störungen ein Krankheitsbild sein dürften, da die Depression mittlerweile weltweit zu den häufigsten psychischen Erkrankung zählt (vgl. Robert Koch Institut 2012, 93). Eine Metaanalyse der Bundespsychotherapeutenkammer zeigt für Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen in Deutschland, dass am häufigsten depressive Erkrankungen gefolgt von Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen sowie unspezifische neurotische bzw. somatoforme Störungen Gründe für Arbeitsunfähigkeit sind (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2010, 6).

Deutlich wird in den TS-Daten, dass in gut einem Viertel der Anrufe eine diagnostizierte psychische Erkrankung nach Aussage des/der Anrufers/in vorlag. Dies ist ein erheblicher Anteil, der zeigt, dass der Umgang mit psychischen Erkrankungen zentraler Gegenstand der Beratungspraxis der TS ist.

Ein Blick in die Daten zu den Gesprächsthemen der Gesamtstichprobe (n=803.689) bestätigt dieses Ergebnis. Es weist aus, dass das seelische Wohlbefinden zu den Unterthemen Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress, Ärger, Aggression, selbstverletzendes Verhalten sowie Selbstbild (kusb_2) in 40,5% der Anrufe Gesprächsgegenstand war (vgl. Kapitel 3.4).

⁸ Ggf. hat ein Arzt eine psychische Erkrankung als eine mögliche Diagnose in den Raum gestellt, der Patient diese jedoch als gegeben angenommen.

Die vorliegenden Daten lassen vermuten, dass der Anteil von Personen mit einer erheblichen psychischen Beeinträchtigung unter den TS-Klient/inn/en im Vergleich zu dem in der Allgemeinbevölkerung überrepräsentiert ist. Diese Schlussfolgerung legen Vergleichsdaten wie z.B. die der GEDA Studie 2010 nahe, die im Rahmen ihrer repräsentativen Befragung einen Anteil von 10,5% von Personen ermittelt hat, die eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer psychischen Gesundheit konstatieren (vgl. Robert Koch Institut 2012, 42).

4.1.1 Themen der Anrufe psychisch erkrankter Menschen

Die Anrufe von Personen mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen umfassen mit Abstand am häufigsten folgende Themen:

- zu 54,69% **seelisches Befinden** (Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress, selbstverletzendes Verhalten, Selbstbild kusb_2),
 - zu 25,49% **körperliches Befinden** (kusb_1),
 - zu 24,08% **familiäre Themen** (Partnersuche/Partnerwahl, Leben in Partnerschaft, Schwangerschaft und Kinderwunsch, Elternschaft/Erziehung, familiäre Beziehungen, Betreuung und Pflege sowie Trennung sone_2),
 - zu 18,09% **Einsamkeit und Isolation** (sone_1).
- (Mehrfachantworten möglich)

Die Häufigkeit, mit der das seelische und auch körperliche Befinden thematisiert wird, lässt sich u.a. dadurch erklären, dass psychische Erkrankungen häufig mit Komorbiditäten einhergehen (vgl. Robert Koch Institut 2012, 21). Zudem weisen Studien deutscher Krankenkassen immer wieder einen Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen nach (vgl. z.B. Allianz 2011). Unklar ist für einzelne Krankheitsbilder wie die Depression jedoch nach wie vor, ob die Depression einen Risikofaktor für eine körperliche Erkrankung darstellt oder umgekehrt. Möglich wäre auch eine reziproke Beziehung (vgl. Robert Koch Institut 2010a, 22). Im Rahmen der GEDA Studie konnte im Weiteren ermittelt werden, dass diejenigen, die sich subjektiv als körperlich gesund einschätzen, zu einem höheren Anteil auch von seelischer Gesundheit berichten (vgl. ebd., 44).

Zudem zeigt sich, dass in Anrufen von Menschen mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung signifikant häufiger ($***p < 0,001$) das seelische Befinden thematisiert wurde als in Anrufen von Personen, für die eine entsprechende Diagnose nicht genannt oder bekannt war (54,7% zu 35,5%). Betrachtet man die Gesamtstichprobe dieser Evaluation über die Gruppe der Anrufe der diagnostiziert psychisch Erkrankten hinaus ($n=803.689$), so zeigt sich, dass in 36,1% der Anrufe Personen ihr körperliches und seelisches Befinden ansprachen. Dabei nimmt die Thematisierung beider Themen mit steigendem Alter zu und ab der Altersgruppe der 60 bis 69-jährigen wieder leicht ab. Anrufer/innen höheren Alters (60-79 Jahre) mit diagnostizierter psychischer Erkrankung sprachen in rund 30% der Anrufe ihr körperliches Befinden (mit) an.

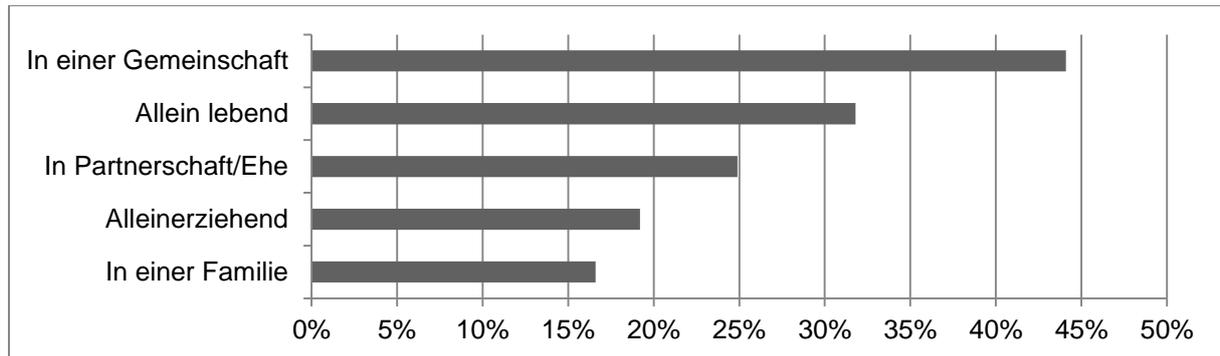
Dass Einsamkeit und Isolation zudem ein wesentliches Thema der psychisch Erkrankten war, verwundert nicht. Das Robert Koch Institut (2012, 41) betont im Rahmen der GEDA-Studie 2010 die große Bedeutung sozialer Unterstützung für die psychische Gesundheit. Hier konnte ermittelt werden, dass Männer und Frauen aller Altersgruppen mit guter sozialer Unterstützung signifikant häufiger psychisch gesund sind als diejenigen mit mittlerer oder geringer Unterstützung.

4.1.2 Lebensformen und psychische Erkrankung

Am häufigsten gaben in einer Gemeinschaft lebende Personen⁹ an, an einer diagnostizierten psychischen Erkrankung zu leiden (44,1% aller Anrufe von Personen, die in einer Gemeinschaft leben) sowie Alleinlebende (31,8% aller Anrufe von Alleinlebenden). Die nachfolgende Abbildung zeigt die Vergleichswerte zu anderen Lebensformen:

⁹ Als „in einer Gemeinschaft lebend“ werden Personen erfasst, die mit anderen Menschen zusammenleben, z.B. in Heimen, in einer Wohngemeinschaft (auch mit erwachsenen Geschwistern oder Verwandten), in einer Wohngruppe (auch ambulant betreut) oder in einem Kloster (vgl. TelefonSeelsorge 2013, S. 12).

Abbildung 4.1.2: Häufigkeit diagnostizierter psychischer Erkrankungen (nach Lebensform)



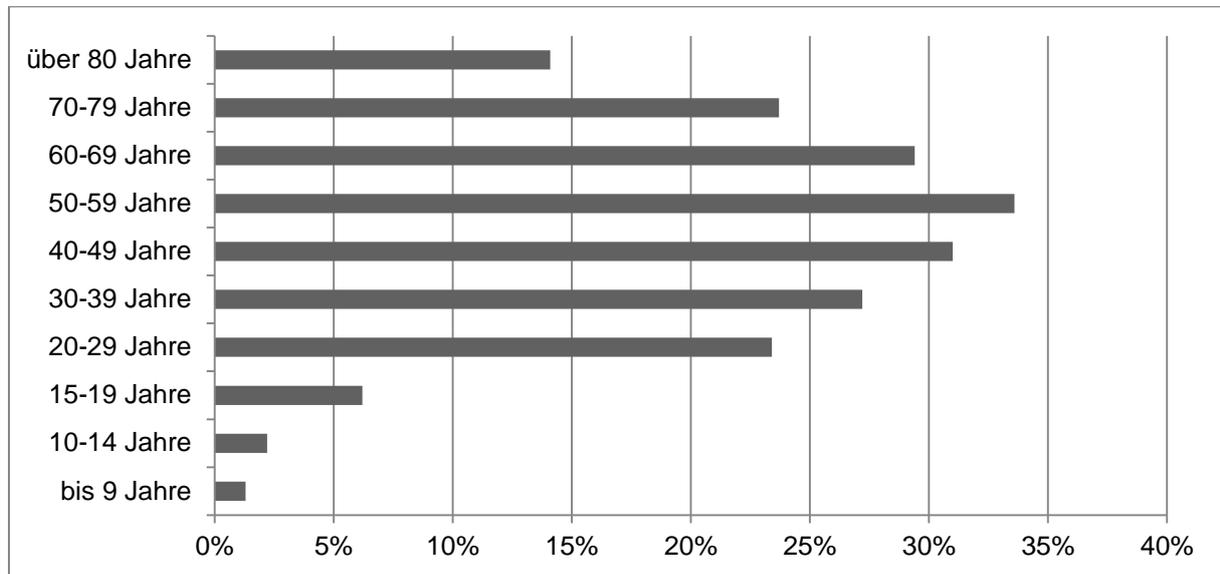
Insgesamt zeigt sich, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Lebensform und einer diagnostizierten psychischen Erkrankung besteht (***) $p < 0,001$). Alleinlebende bzw. in einer Gemeinschaft Lebende sind besonders häufig betroffen, Personen, die in einer Familie leben oder Alleinerziehende deutlich seltener.

Dieses Ergebnis verwundert nicht, da die Kategorie „in einer Gemeinschaft lebend“ u.a. Personen umfasst, die aufgrund ihrer Lebenssituation nicht allein leben können und Betreuung benötigen. So recherchierte das Robert Koch Institut (vgl. 2010a, 23) beispielsweise für ältere Personen, die in Heimen leben, eine Prävalenz depressiver Symptome von bis zu 50% und von schwerer Depression zwischen 15-20%. Zudem zeigen Studien deutscher Krankenkassen, dass Alleinlebende vergleichsweise häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Die Techniker Krankenkasse weist in ihrer Studie zum Thema Stressbelastung nach, dass z.B. drei von zehn Singels an Depressionen o.ä. litten (vgl. Technikerkrankenkasse 2013, 41). Im Vergleich dazu waren von den Menschen, die mit Partner oder Familie zusammenlebten, nicht einmal zwei von zehn Befragten betroffen (vgl. ebd., 41). Als mögliche – empirisch nicht abgesicherte – Erklärungsmuster wurden hier mangelnder Rückhalt in der Familie angegeben, oder die vergleichsweise größere Herausforderung als Single die „Work-Life-Balance“ zu halten.

4.1.3 Lebensalter und psychische Erkrankung

Nachfolgende Abbildung zeigt, wie häufig je nach Altersgruppe diagnostizierte psychische Erkrankungen erfasst wurden.

Abbildung 4.1.3: Häufigkeit diagnostizierter psychischer Erkrankungen (nach Alter)



Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang (***) $p < 0,001$ zwischen dem Lebensalter und einer diagnostizierten psychischen Erkrankung. Demnach sind vor allem die 40-49-jährigen sowie die 50-59-jährigen Anrufer/innen betroffen.

Der geringe Prozentsatz bei den 14-jährigen und jünger sowie den 80-jährigen und älter bedeutet nicht zwangsläufig, dass in diesen Altersgruppen deutlich seltener psychische Erkrankungen vorliegen. Diese Zahlen können dadurch beeinflusst sein, dass eine Diagnosestellung in jungen Jahren sowie in hohem Alter mit besonderen Herausforderungen einhergeht.

So weist das Robert Koch Institut (vgl. 2010a, 22) z.B. auf die Schwierigkeit bei Kindern und Jugendlichen hin, Depressionen zu diagnostizieren. Diese werden häufig von Verhaltensproblemen wie Aggressionen und Lerndefiziten überlagert und können mit weiteren Erkrankungen wie Angststörungen oder Essstörungen einhergehen. Laut Hock (vgl. 2011, 50) fällt behandelnden Ärzten älterer Patient/inn/en insbesondere die Unterscheidung zwischen Demenz und Depressionen schwer. Im Alter müssen z.B. Depressionen aufgrund ähnlicher Symptome zu anderen Erkrankungen häufig durch Ausschlussverfahren diagnostiziert werden. Das Robert Koch Institut (vgl. Robert Koch Institut 2010a, 23) weist im Hinblick auf das Erkrankungsbild der Depression im Alter drauf hin, dass Symptomatiken bislang unzureichend erfasst und

beschrieben worden sind und zudem untypische Depressionen im Alter gehäuft auftreten können.

4.1.4 Geschlecht und psychische Erkrankung

Unter den TS-Anrufer/innen bestätigt sich der in der einschlägigen Literatur bekannte Zusammenhang zwischen Geschlecht und psychischer Erkrankung (Robert Koch Institut 2012, 39 und 42; Busch u.a. 2013, 735 f. bezogen auf das Krankheitsbild Depression). Demnach wurden in Anrufen von Frauen zu gut 6% häufiger eine diagnostizierte psychische Erkrankung benannt als in Anrufen von Männern. Dieser Prozentsatz macht jedoch keine Aussage über das tatsächliche Vorliegen einer entsprechenden Diagnose bei Männern und Frauen.

Im Rahmen der GEDA Studie 2010 (vgl. Robert Koch Institut 2012, 42) wurde für 13,5% der Frauen aber nur für 7,3% der Männer eine stark beeinträchtigte psychische Gesundheit konstatiert¹⁰, eine unterdurchschnittliche psychische Gesundheit wurde für 27,6% der Frauen und 24,5% der Männer ausgewiesen. Im Weiteren konnte hier ermittelt werden, dass die Faktoren Bildung, soziale Unterstützung und subjektives Gesundheitsempfinden unabhängig voneinander Einfluss auf die psychische Gesundheit bei Männern und Frauen nehmen (vgl. ebd., 46). Bei Frauen unter 65 Jahren bleibt dieser unabhängige Einfluss bestehen. Bei Männern zeigt sich ein Einfluss (selbst wahrgenommener) gesundheitsgefährdender Arbeitssituationen auf die psychische Gesundheit, die mit Bildungschancen und Chancen auf dem Arbeitsmarkt in Zusammenhang stehen. Der unabhängige Einfluss der sozialen Unterstützung bleibt auch bei Männern über die Altersstufen hinweg erhalten (vgl. ebd., 47).

Ergebnisse der GEDA Studie zur seelischen Belastung¹¹ von Männern und Frauen (also einer Vorstufe der psychischen Beeinträchtigung) zeigen ebenfalls, dass Frauen sich selbst mit 14% höher seelisch belastet einschätzen als Männer mit 8% (vgl. ebd., 73). Der signifikante Unterschied zeigt sich in allen Altersgruppen, besonders bei den Befragten ab 65 Jahre. Hier gaben 15% der Frauen aber nur 7% der Männer an, sich seelisch belastet zu fühlen (vgl. ebd., 73).

¹⁰ Zur Definition psychischer Gesundheit in diesem Forschungskontext siehe Robert Koch Institut 2012, S. 41.

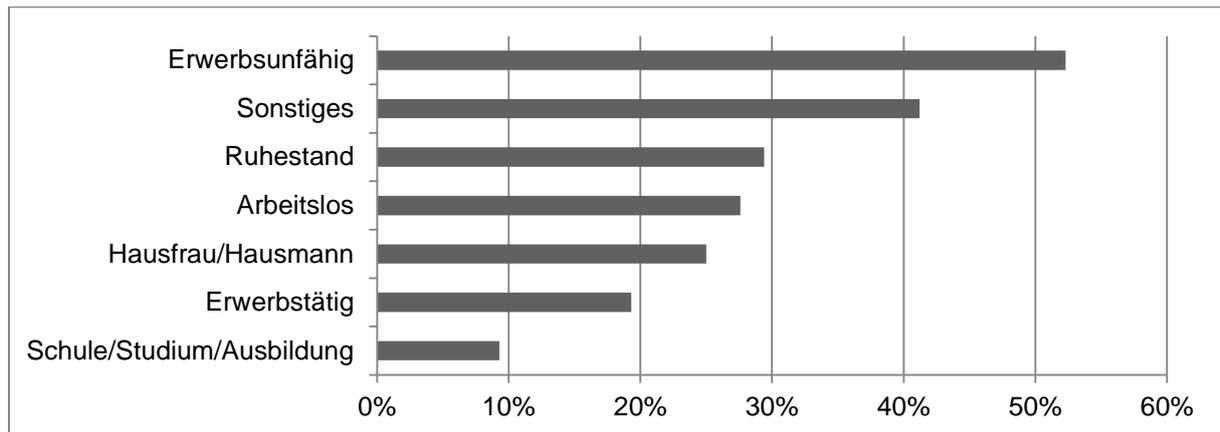
¹¹ Hier wurde der Indikator „seelische Belastung“ anders definiert als der Indikator „seelisches Befinden“ in der TS-Statistik. Demnach sind die Ergebnisse mit Vorsicht zur Erklärung der TS-Daten zu nutzen. Zur Definition des Indikators im Rahmen der GEDA Studie siehe Robert Koch Institut 2012, S. 73).

4.1.5 Berufliche Situation und psychische Erkrankung

Zwischen der beruflichen Situation und einer diagnostizierten psychischen Erkrankung ist ein signifikanter Zusammenhang in den Anruferdaten erkennbar ($***p < 0,001$).

Anbei die Verteilung:

Abbildung 4.1.5: Häufigkeit diagnostizierter psychischer Erkrankungen (nach beruflicher Situation)



Demnach werden insbesondere in Anrufen erwerbsunfähiger Personen¹² im Verhältnis zu allen Anrufen erwerbsunfähiger Ratsuchender eine diagnostizierte psychische Erkrankung benannt.

Besonders selten wird eine diagnostizierte psychische Erkrankung in Anrufen von Personen erwähnt, die sich in Schule, Studium oder Ausbildung befinden. Allerdings ist in diesem Kontext darauf hinzuweisen, dass die Lebensphase schulische und berufliche Ausbildung auch mit psychischen Auffälligkeiten einhergehen kann, diese aber in jungen Lebensjahren ggf. noch nicht zu einer entsprechenden Diagnose geführt haben. Das Ausmaß seelischer Belastungen ist u.a. den repräsentativen Daten des bundesweiten Befragungs- und Untersuchungssurveys für Kinder und Jugendliche (KIGGS) zu entnehmen, die aussagen, dass bei 15% der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vorliegen (vgl. Robert Koch Institut 2011, 34). Dies bedeutet nicht, dass Auffälligkeiten früher oder später in entsprechende Krankheitsbilder münden müssen, sie sollten aber

¹² Hierzu zählen Personen, die aufgrund einer psychischen, geistigen und/oder körperlichen Beeinträchtigung nicht arbeiten können, Personen in beschützenden Werkstätten sowie Bezieher von Erwerbsunfähigkeitsrente (vgl. TelefonSeelsorge 2013, S. 11)

für das Thema seelisches Befinden von Kindern und Jugendlichen bereits in jungen Jahren sensibilisieren.

Die Ergebnisse zum Zusammenhang der Variablen „berufliche Situation“ und „diagnostizierte psychische Erkrankung“ bestätigen die in der einschlägigen Literatur beschriebene Bedeutung einer Erwerbstätigkeit für die psychische Gesundheit. So weist die Bundespsychotherapeutenkammer in ihrer Metaanalyse zum Thema „Psychische Belastungen in der modernen Arbeitswelt“ darauf hin, dass arbeitslose Personen mindestens doppelt so häufig an psychischen Erkrankungen leiden wie Erwerbstätige (vgl. BPtK 2011, 17 f.). In diesem Kontext spielen jedoch Faktoren wie Geschlecht, Dauer der Arbeitslosigkeit und die Berufsgruppe eine wichtige Rolle (vgl. ebd., 17 f.).

Arbeitslose, erwerbsunfähige Anrufer/innen sowie Ruheständler benennen auch im Rahmen der vorliegenden TS-Daten im Verhältnis zu allen Anrufen von arbeitslosen, erwerbsunfähigen und im Ruhestand befindlichen Personen deutlich häufiger eine entsprechende Diagnose, wobei der prozentuale Unterschied zwischen den arbeitslosen und erwerbsunfähigen Anrufer/innen nochmals erstaunlich ist. Dieser Unterschied lässt sich möglicherweise dadurch begründen, dass sich die arbeitslosen Anrufer/innen ggf. erst kürzere Zeit in dieser Situation befinden und sich die theoretische Option auf einen Wiedereinstieg in eine Erwerbstätigkeit positiv auf ihre Lebenssituation auswirkt. Die Daten lassen keine Prüfung zu, ob unter den Anrufen arbeitsloser Personen die Quote der Langzeitarbeitslosen mit diagnostizierter psychischer Erkrankung besonders hoch ist. Ein Zusammenhang ist jedoch zu vermuten.

Im Weiteren zeigt sich, dass sowohl in Anrufen Arbeitsloser mit einem Anteil von 58,7% aller Anrufe Arbeitsloser mit entsprechender Diagnose sowie in 57,9% aller Anrufe Erwerbstätiger mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung das seelische Befinden zum Thema gemacht wurde. Dieses Ergebnis könnte ein Hinweis auf die Vielzahl möglicher Belastungsfaktoren sein, die mit Arbeitslosigkeit aber auch mit einer Erwerbstätigkeit einhergehen und zu psychischen Problemen führen können (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2010, 8 f., 16). Die GEDA Studie weist darauf hin, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen als gesundheitsgefährdend wahrgenommenen Arbeitsbedingungen und der psychischen Gesundheit gibt (vgl. Robert Koch Institut 2012, 48).

Betrachtet man die Gesamtstichprobe der Evaluation über die Gruppe der Anrufe von Menschen mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung hinaus (n=803.689), so zeigt sich, dass die berufliche Situation nur begrenzt Einfluss darauf nimmt, ob in einem Anruf das seelische Befinden thematisiert wird. Dies könnte in der Konsequenz bedeuten, dass arbeitslose oder erwerbsunfähige Anrufer/innen sowie Ruheständler nicht unbedingt auch ihr seelisches Befinden während des Anrufs als Hauptthema ansprechen. Als ein möglicher relevanter Belastungsfaktor sollte dieser Aspekt bei den Mitarbeiter/innen der TS jedoch mitgedacht werden. Bei der Analyse der Gesamtstichprobe zeigt sich zudem (n=803.689), dass in Anrufen von Ratsuchenden in schulischer oder beruflicher Ausbildung zu über 30% ihr seelisches Befinden thematisiert wird. Dies dürfte die Annahme weiter oben stützen, nach der für diese Gruppe ggf. noch nicht so häufig entsprechende medizinische Diagnosen vorliegen, das seelische Befinden dennoch in dieser Lebensphase (erheblich) beeinträchtigt sein kann.

4.1.6 Anrufverhalten und psychische Erkrankung

Eine Analyse des Anrufverhaltens der diagnostiziert psychisch Erkrankten zeigt, dass diese Gruppe doppelt so häufig zu den Wiederholungsanrufer/innen zählt wie Anrufer/innen, bei denen eine entsprechende Diagnose nicht genannt wird oder bekannt ist (34,8% zu 17,9%). Zwischen den Variablen diagnostizierte psychische Erkrankung und Anruhfrequenz besteht ein signifikanter Zusammenhang (**p<0,001).

Dieses Ergebnis lässt unterschiedliche Interpretationen zu. Sicherlich ist es u.a. damit zu begründen, dass häufiger erst im Wiederholungsanruf ein solch heikles Thema bekannt gemacht wird. Eine weitere Vermutung ist, dass aufgrund häufigerer psychotherapeutischer Fehl- oder Unterversorgung psychisch erkrankter Menschen in Deutschland (vgl. hierzu die Studie der Bertelsmannstiftung von Melchior u.a. 2014) die TS phasenweise ein wichtiger, z.T. kompensatorischer Ansprechpartner für Anrufer/innen zur sozialen und emotionalen Unterstützung ist (vgl. hierzu auch Kapitel 4.3).

4.2 Merkmale der Anrufer/innen in Bezug auf Suizidalität

Im Rahmen der Grunddatenerhebung wird von den Mitarbeiter/innen der TS erfasst, ob das Thema Suizidalität Gesprächsgegenstand ist. Für den Untersuchungszeitraum ergaben sich hierzu folgende Werte:

Tabelle 4.2a: Suizidalität nicht bekannt/bekannt

	Häufigkeit	Prozent
genannt/bekannt	57.638	7,2%
nicht genannt/keine Bedeutung	746.051	92,8%
<i>Total</i>	803.689	100,0%

Es zeigt sich, dass immerhin in 7,2% der TS-Beratungsgespräche am Telefon Suizidalität als Thema bekannt war oder genannt wurde. Die TS-Mitarbeiter/innen können den Kontext der Erzählungen zum Thema Suizidalität über weitere Kategorien differenziert erfassen. Nachfolgende Tabelle zeigt, in welche thematische Richtungen die Anrufe gingen:

Tabelle 4.2b: Suizidalität Angabe

	Häufigkeit	Prozent
Suizidgedanken	37.441	65,0%
Suizidabsichten	8.886	15,4%
Früherer Suizidversuch	7.791	13,5%
Suizid eines Anderen ¹³	3.520	6,1%
<i>Total</i>	57.638	100,0%

Es zeigt sich, dass das Thema Suizidalität am häufigsten im Hinblick auf Suizidgedanken thematisiert wurde. Immerhin in fast 30% der Anrufe dieser Teilgruppe wurde von konkreten Suizidabsichten oder früheren Suizidversuchen berichtet. Dies bedeutet in absoluten Zahlen, dass durchschnittlich rund 46 Telefonate am Tag mit Personen geführt wurden, die Suizidabsichten hatten oder deren Lebenssituation von entsprechenden Erfahrungen geprägt ist.

Suizidale Absichten stehen häufig – nicht immer – in Zusammenhang mit psychischen oder physischen (chronischen) Erkrankungen mit fehlender Heilungsaussicht (vgl. Robert Koch Institut 2010a, 25).

¹³ Hier werden Anrufe erfasst, die den Suizidversuch oder den vollzogenen Suizid einer anderen Person zum Thema machen und die zugleich einen Bezug aus der Erzählung zur eigenen Biographie erkennbar werden lassen.

4.2.1 Themen der Anrufe und Suizidalität

Nachfolgende Tabelle zeigt die häufigsten drei Gesprächsthemen der Anrufe von Personen zum Themenfeld Suizidalität nach konkretem Kontext:

Tabelle 4.2.1: Häufigste Gesprächsthemen (nach Suizidalität) -Mehrfachantworten möglich

	Suizidgedanken	Suizidabsichten	Früherer Suizidversuch	Suizid eines Anderen
1.	kusb_2 (59,2%)	kusb_6 (58,2%)	kusb_2 (57,1%)	kusb_6 (43,0%)
2.	kusb_1 (24,8%)	kusb_2 (44,2%)	sone_2 (26,7%)	kusb_2 (42,0%)
3.	kusb_6 (23,8%)	kusb_1 (16,9%)	kusb_1 (25,7%)	sone_2 (37,8%)

Hinweis: kusb_1=Körperliches Befinden; kusb_2=Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress, Selbstverletzendes Verhalten, Selbstbild; sone_2=Partnerschaft, Elternschaft, Schwangerschaft, Betreuung; sone_6=Körperliche, seelische und sexuelle Gewalt

Es zeigt sich, dass sowohl in den Anrufen von Personen mit Suizidgedanken als auch mit einem früheren Suizidversuch das seelische Befinden mit 59,2% bzw. 57,1% zentrales Gesprächsthema war. Personen mit Suizidabsichten bzw. Anrufer/innen, die den (möglichen/erfolgten) Suizid eines anderen ansprachen, thematisierten naheliegenderweise am häufigsten ihre eigene Suizidalität bzw. die des anderen (58,2% bzw. 43%).

Häufig wurde zudem das Thema Einsamkeit und Isolation angesprochen (in rund 20% der Anrufe von Personen mit Suizidgedanken, -absichten und früherem Suizidversuch). Die Ausnahme bildet hier die Kategorie „Suizid eines anderen“. In diesen Anrufen wurde das Thema nachvollziehbarerweise nur zu 7,6% angesprochen. Die Kombination der Themen seelisches Befinden und Einsamkeit/Isolation dürfte häufig in den Gesprächen der Anrufer/innen zum Themenfeld Suizidalität anzutreffen sein.

Eine weitere Analyse der Anrufe ausschließlich von Personen mit Suizidabsichten und Suizidgedanken (n=46.327) zeigt, dass das seelische Befinden (kusb_2) das häufigste Gesprächsthema war. Über alle Altersgruppen hinweg werden hier Prozentsätze von gut 53% bis knapp 62% erzielt. Einzige Ausnahme bildeten Kinder bis neun Jahre, die „nur“ in 25% ihrer Anrufe ihr seelisches Befinden ansprachen. Mit knapp 62% thematisierte die Altersgruppe der 20-29-jährigen am häufigsten ihr seelisches Befinden. Wie bereits weiter oben erwähnt, zeigt sich auch hier eine Bestätigung für die Bedeutung des Themas psychische Gesundheit in jüngeren Alterskohorten.

Das Thema Suizidalität/Suizid des Anrufenden oder Suizid eines anderen (kusb_6) wurde erwartungsgemäß über alle Altersgruppen hinweg häufig angesprochen, auch hier bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 29 Jahre besonders häufig (rund 30-33% der Anrufe), ab dem 30. Lebensjahr mit abnehmender Häufigkeit. Bei Senioren ab dem 70. Lebensjahr war dieses Thema nur noch zu rund 15-18% Gegenstand der Gespräche.

Das körperliche Befinden (kusb_1) von Personen mit Suizidabsichten bzw. Suizidgedanken wurde mit steigendem Alter immer häufiger thematisiert: Bei den 10-14-jährigen zu 9,7% bis hin zu den über 80-jährigen mit 35,3%. Ebenfalls stieg mit höherem Alter die Relevanz des Thema Einsamkeit und Isolation kontinuierlich an (von 0% der Anrufe von Kindern bis neun Jahre bis hin zu 35,7% der Anrufe von Ratsuchenden über 80 Jahre).

Dass Personen zwischen 60-69 Jahren am häufigsten ihre finanzielle und materielle Sicherheit (fima) ansprachen verwundert nicht, da Armutssituationen im Alter ein altbekanntes Phänomen sind.

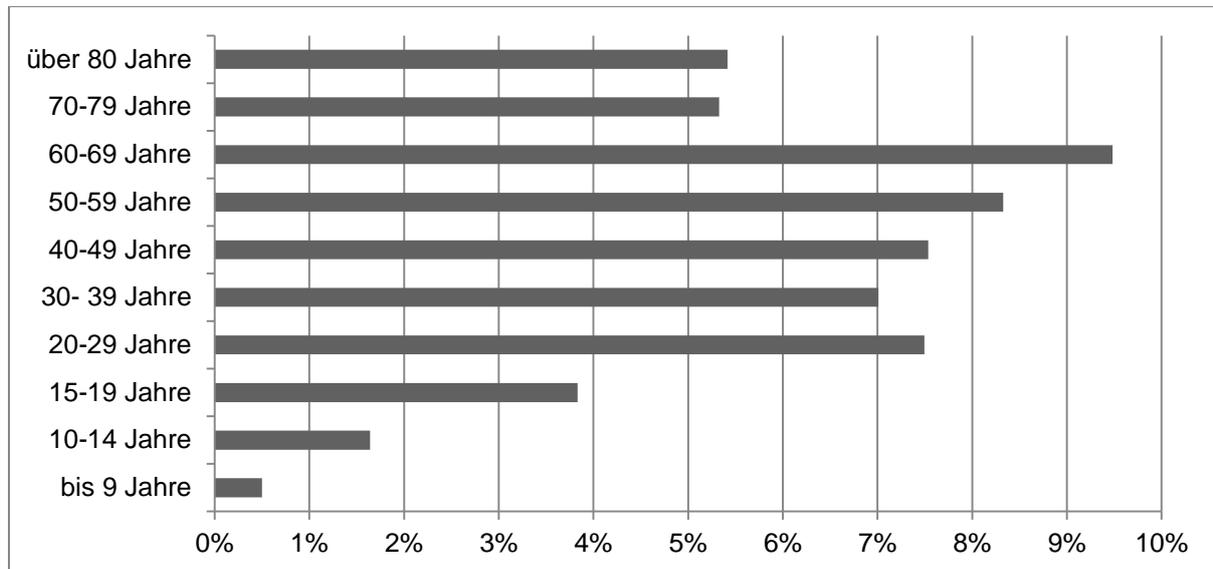
Suchtproblematiken (kusb_4) wurden am häufigsten in den Gesprächen der 30-49-jährigen thematisiert.

Kinder mit Suizidgedanken oder -absichten sprachen im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen am häufigsten körperliche oder seelische Gewalterfahrungen sowie sexuelle Gewalt (sone_6) an. Die 10-14-jährigen machten dieses Thema zu 19,5% (!) zum Gesprächsgegenstand, die 15-19-jährigen immerhin noch zu 10,9%. Hier zeigt sich, dass die TS auch ein wichtiger Partner zum Thema Kinderschutz ist.

4.2.2 Alter und Suizidalität

Folgende Abbildung gibt einen Überblick darüber, wie häufig für die jeweiligen Altersgruppen der Gesamtstichprobe (für die diese Einschätzung vorgenommen werden konnte) erfasst wurde, ob das Thema Suizidalität bekannt war/genannt wurde oder ob es keine Rolle im Gespräch gespielt hat:

Abbildung 4.2.2a: Häufigkeit des Gesprächsthemas Suizidalität (nach Alter)



Bis zur Altersgruppe der 60-69-jährigen steigt der Prozentsatz leicht an, wobei die Unterschiede zwischen den Altersgruppen statistisch signifikant sind ($***p < 0,001$). Die Altersgruppe der zukünftigen oder beginnenden Ruheständler ist demnach besonders betroffen bzw. berichtet in ihren Anrufen am häufigsten von Suizidalität.

Einzigste Ausnahme des kontinuierlichen Anstiegs bildet die Gruppe der 20-29-jährigen, bei denen der prozentuale Anteil höher liegt als in der nachfolgenden Altersgruppe. Die psychische Belastung eines Teils dieser Altersgruppe in Verbindung mit suizidalen Gedanken bestätigen auch die Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Demnach zeigt sich ein erhöhtes Risiko bei depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen für Suizidgedanken und -versuche (vgl. Robert Koch Institut 2010a, 25). Suizidversuche werden in dieser Altersgruppe 10-20-fach häufiger ausgeführt als Suizide, bei gleichzeitig vermuteter hoher Dunkelziffer. Bis zu einem Alter von 29 Jahren gilt der Suizid als zweithäufigste Todesursache nach dem Unfalltod (vgl. ebd., 25). Dieses Ergebnis weist wieder auf die psychischen Belastungssituationen eines Teils Jugendlicher und junger Erwachsener hin.

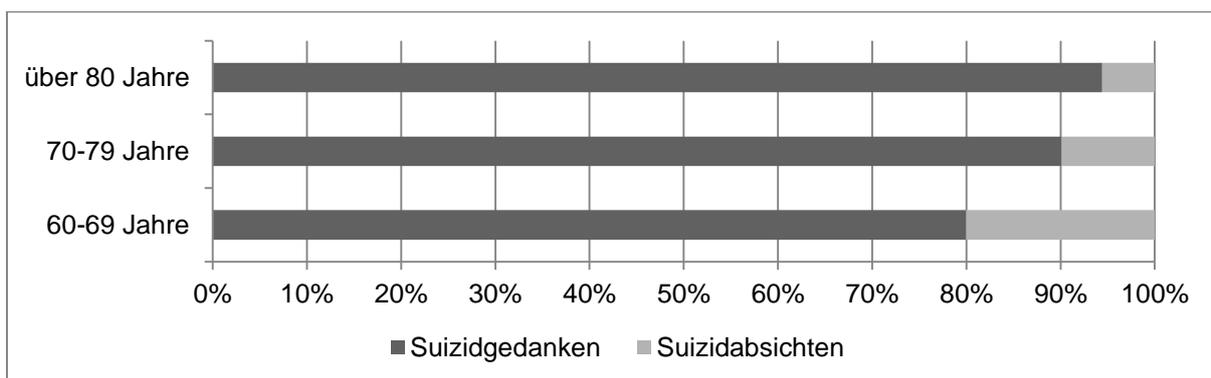
Der Abfall des Prozentsatzes von Personen ab dem 70. Lebensjahr, in deren Anrufen das Thema Suizidalität bekannt ist oder genannt wird könnte ähnlich interpretiert werden wie die Ergebnisse einschlägiger Studien, die für Menschen in hohem Alter eine sinkende Quote psychischer Erkrankungen feststellen (vgl. z.B. für das Krankheitsbild der Depression Ergebnisse der DEGS Studie nach Busch u.a. 2013, 736 f.).

Zudem entsprechen diese Beobachtungen den Ergebnissen in Kapitel 4.1.3, das bereits einen Abfall der Quote an Menschen mit einer psychischen Erkrankung unter den Höherbetagten konstatiert.

Eine Prüfung, inwieweit die Themen Suizidalität/Suizid des Anrufenden und Suizidalität/Suizid eines anderen (kusb_6) Gesprächsgegenstand in den Anrufen der 60-jährigen bis über 80-jährigen mit Suizidgedanken und -absichten war, zeigt nochmals, dass die Altersgruppe der 60-69-jährigen am häufigsten (zu 29,1%) dieses Thema anschneidet (im Vergleich: 70-79 Jahre 19,6%, über 80 Jahre 15,3%). Dieser Zusammenhang ist signifikant (**p<0,001). Zu vermuten ist in diesem Kontext, dass der Austritt aus dem Berufsleben und damit verbundene persönliche, soziale und ökonomische Herausforderungen ein möglicher Anlass für entsprechende Problemanzeigen sind.

Ein weitere Betrachtung der Anrufe Ratsuchender im Lebensalter von 60 bis über 80 Jahre (in Summe 10.484 Anrufe im Untersuchungszeitraum) die Suizidgedanken oder Suizidabsichten äußerten bzw. bei denen diese bekannt waren, zeigt, dass mit steigendem Alter der Prozentsatz der Anrufe von Personen mit Suizidgedanken steigt und mit Suizidabsichten sinkt. Das Robert Koch Institut (vgl. 2010a, 25) weist darauf hin, dass im Alter die Zahl der Suizidversuche sinkt, der vollzogenen Suizide jedoch steigt.

Abbildung 4.2.2b: Differenzierung zwischen Suizidgedanken und -absicht bei Gesprächsthema Suizidalität (nach Alter)



Eine Betrachtung aller Anrufe der Kategorie Suizidalität genannt/bekannt im Hinblick auf die Altersgruppen und die Variablen Suizidgedanken sowie -absichten verdeutlicht zum wiederholten Male, dass ältere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

(10-29 Jahre) besonders häufig psychische Belastungen thematisieren. Zumindest äußerten sie im Altersgruppenvergleich am häufigsten konkrete Suizidabsichten.¹⁴ Ähnliche Tendenzen lassen sich auch aus repräsentativen Gesundheitsstudien wie der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) herauslesen, die für die Altersgruppe der 18-29-jährigen im Altersgruppenvergleich die höchste Prävalenz für depressive Symptomatiken feststellt (vgl. Busch u.a. 2013, 735).

Die TS-Daten zeigen im Weiteren, dass sich der Prozentsatz der Anrufe von Personen mit berichteten/bekanntem Suizidabsichten in den mittleren Alterskohorten reduziert und in der Gruppe der 60-69-jährigen nochmals auf ein ähnlich hohes Niveau wie in den jüngeren Kohorten steigt, um dann wieder zu fallen.

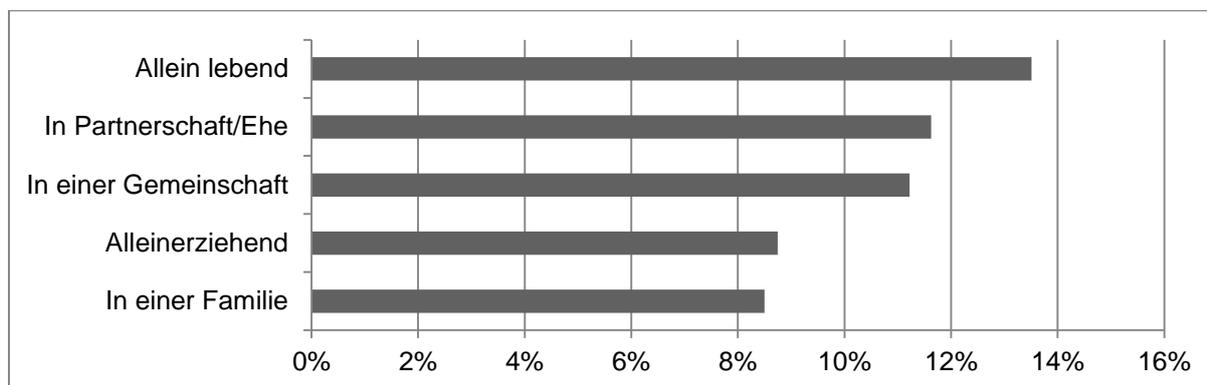
Insgesamt waren im Untersuchungszeitraum in 1.308 Beratungsgesprächen mit unter 9 bis 19-jährigen Suizidgedanken oder Suizidabsichten bekannt oder wurden geäußert. Allein in der Gruppe der 20-29-jährigen kamen nochmals 3.875 Anrufe hinzu. In der Gruppe der 60-69-jährigen wurden 8.515 Anrufe in diesen beiden Kategorien erfasst. Letztendlich stehen diese Altersgruppen für besonders sensible Lebensphasen, die von Übergängen geprägt sind und mit vielerlei Neujustierungen in der eigenen Biographie einhergehen.

4.2.3 Lebensform und Suizidalität

Eine Prüfung des Zusammenhangs zwischen den Variablen Suizidalität genannt/bekannt und Lebensform zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, über Suizidalität zu sprechen bei Personen sinkt, die nach der Definition der TS in Familien leben oder alleinerziehend sind. Nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die genaue Verteilung nach Lebensform:

¹⁴ Ausgenommen sind hier aufgrund der geringen Fallzahl die unter 9-jährigen.

Abbildung 4.2.2: Häufigkeit des Gesprächsthemas Suizidalität (nach Lebensform)



Der mangelnde Anschluss an andere nahestehende Personen ist eine mögliche Erklärung dafür, dass Suizidalität insbesondere bei den Alleinlebenden häufiger genannt wird.

4.2.4 Geschlecht und Suizidgedanken/Suizidabsichten

Eine Prüfung des Zusammenhangs zwischen den Variablen Suizidgedanken, Suizidabsichten und Geschlecht zeigt auf der Grundlage von 46.327 Anrufen im Untersuchungszeitraum, dass in Anrufen von Männern im Vergleich zu den von Frauen häufiger Suizidabsichten benannt wurden (23,4% zu 16%). Frauen äußerten dementsprechend häufiger Suizidgedanken (84% zu 76,6%). Der Zusammenhang ist signifikant (***) $p < 0,001$). Dieses Ergebnis geht in die gleiche Richtung wie vorliegende Daten des Robert Koch Instituts im Kontext der Gesundheitsberichterstattung, die konstatieren, dass Männer dreimal häufiger als Frauen den Suizid auch vollziehen (für das Jahr 2008 7.039 Männer und 2.412 Frauen).

4.3 Zusammenfassende Empfehlungen für die Arbeit der TS

Die Daten zum Themenfeld psychische Erkrankung und Suizidalität spiegeln im Großen und Ganzen bundesweite Trends wider. Damit zeigt sich, dass die TS an den zentralen Themen psychisch erkrankter und suizidaler Personen arbeitet. Die entsprechenden Personengruppen sind aufgrund des Auftrags und Anliegens der TS im Vergleich zur bundesdeutschen Bevölkerung sehr wahrscheinlich überrepräsentiert. Diese Vermutung legen die Daten zumindest nahe.

In Anbetracht der vorliegenden Ergebnisse ist davon auszugehen, dass die TS eine wichtige ergänzende und/oder kompensatorische Funktion – wenn auch mit begrenzten Möglichkeiten – zu Leistungen des Gesundheitssystems in der Unterstützung psychisch erkrankter und suizidaler Personen einnimmt. Sicherlich ist ihr niedrigschwelliger Zugang zu Beratung ein zentraler Faktor, der sie für die Anrufer/innen attraktiv macht.

Zudem ist davon auszugehen, dass die häufig mangelhafte Versorgungslage psychisch kranker Menschen in Deutschland dazu führt, dass Institutionen wie die TS phasenweise oder über einen langen Zeitraum (siehe Ergebnisse zum Anrufverhalten) eine zentrale Instanz in der Begleitung dieser Zielgruppen sind. Melchior u.a. (vgl. 2014, 12) konstatieren im Rahmen ihrer Sekundäranalyse zu sechs Millionen Versicherten 84 unterschiedlicher Krankenversicherungen zum Erkrankungsbild der Depression für knapp 25% der Patient/inn/en mit einer mittelgradigen, schweren oder chronischen Depression eine Unterversorgung in der Behandlung ihrer Erkrankung. Dies bedeutet, sie erhalten keine oder keine den Leitlinien der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (vgl. Melchior u.a. 2014, 24 in Bezug auf DGPPN, BÄK, KBV u.a. 2009) entsprechende Behandlung. Patient/inn/en mit einer schweren depressiven Erkrankung bekommen demnach nur zu 26% eine leitlinienorientierte Behandlung und zu 18% keine Behandlung. Patient/inn/en mit chronischen Krankheitsverläufen bleiben zu 31% unbehandelt, nur 12% werden den Leitlinien entsprechend versorgt (Kombination aus Psychotherapie und der Gabe von Antidepressiva bzw. stationärer Behandlung). Besorgniserregend ist in diesem Zusammenhang auch die häufige Verschreibung von Antidepressiva ohne eine ergänzende psychotherapeutische Behandlung gerade bei älteren Patient/inn/en (vgl. Melchior u.a. 2014, 13, 80 f.). Für ältere Menschen fehlen zudem nach wie vor spezielle therapeutische Angebote, so dass diese Altersgruppe die Psychotherapie nur sehr selten nutzt (vgl. Jost 2006, 46). Ergebnisse wie diese könnten eine Erklärung dafür sein, warum Menschen mit psychischen Erkrankungen sich über die TS einen Ort zur sozialen und emotionalen Unterstützung schaffen. Inwieweit die TS hier kompensatorisch Hilfe leisten kann, ist eine offene Frage.

In der Gesamtschau der Ergebnisse zu den Anrufen psychisch erkrankter Ratsuchender sowie zu Anrufen von Personen, die das Thema Suizidalität bekannt ma-

chen bzw. bei denen dieses bekannt ist, kristallisieren sich einige Teilgruppen heraus, die besondere Berücksichtigung in der Arbeit der TS bedürfen:

Zum einen ist hier die Teilgruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu nennen (unter 9 Jahre bis 29 Jahre), die in den vorliegenden Analysen immer wieder durch die Erwähnung erheblicher seelischer Belastungen bis hin zu suizidalen Gedanken oder Absichten auffällt (vgl. Kapitel 4.1.5, 4.2.1, 4.2.2). Kinder und Jugendliche mit suizidalen Gedanken und Absichten sprachen im Alterskohortenvergleich aller Anrufe von Personen mit suizidalen Gedanken und Absichten zudem am häufigsten sexuelle, seelische und körperliche Gewalterfahrungen an (vgl. Kapitel 4.2.1). Junge Menschen diesen Alters sind vielfach noch nicht an professionelle Einrichtungen angebunden, die sie in schwierigen Lebenslagen unterstützen können (vgl. hierzu für das Erkrankungsbild der Depression - Ergebnisse des Robert Koch Instituts 2010a, S. 23). Für diese Zielgruppe dürfte die TS ein attraktiver weil niedrigschwelliger Ansprechpartner sein. Umso wichtiger ist es, dass für das Thema psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter geschultes Personal am Telefon sitzt, das mögliche Warnsignale wahrnimmt, einordnen und im besten Fall an entsprechende Hilfeinstanzen weitervermitteln kann und zudem über Herausforderungen und Schwierigkeiten in der Diagnostik von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter informiert ist (vgl. Kapitel 4.1.3). Es zeigt sich, dass die TS zumindest punktuell ein Partner lokaler Netzwerke der Jugendhilfe zum Thema Kinderschutz und frühe Hilfen sein sollte. Diese regionale Netzwerkanbindung macht aufgrund der Möglichkeiten zur fachlichen Kompetenzerweiterung Sinn (Wissen um bundesweite Projekte und Initiativen wie z.B. die Einführung der Familienhebammen oder der Initiative Wellcome, gesetzliche Veränderungen im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes seit dem Jahr 2012 wie der Beratungsanspruch Minderjähriger nach dem SGB VIII etc.), auch wenn die TS über lokale bzw. regionale Grenzen hinaus berät.

Besondere Kompetenzen im Umgang mit psychisch Erkrankten erfordert zudem die Gruppe der höherbetagten Anrufer/innen. Hier werden die TS-Mitarbeiter/innen mit der Herausforderung konfrontiert, sensibel für Hinweise auf psychische Erkrankungen zu sein. Dafür bedarf es jedoch Wissen um die spezifischen Symptome psychischer Erkrankungen im Alter (vgl. Kapitel 4.1.3).

Psychische Belastungen zeigen sich den Daten zufolge insbesondere in typischen biographischen Übergangsphasen (bei den 20-29-jährigen sowie 60-69-jährigen). Diese sind bei jungen Erwachsenen die Phase der Loslösung vom Elternhaus und der Verselbständigung, bei älteren Menschen die des Ausstiegs aus dem Berufsleben und der Gestaltung der Lebensphase Ruhestand. Die TS-Mitarbeiter/innen sollten in besonderer Weise dafür geschult sein, zu Herausforderungen in Übergangsphasen beraten zu können, die heute von hoher Entstandardisierung, Pluralisierung der Lebensstile und einer Vielfalt von Wertorientierungen geprägt sind. Hier sind Kompetenzen im Bereich des sozialpädagogischen Fallverstehens sowie Fachwissen zu Lebenslagen und Lebensstilen (wie z.B. zu Milieustudien) von Bedeutung. Ebenfalls ist ein reflektierter Umgang mit den eigenen Normen- und Wertevorstellungen dringend geboten.

Weitere Beachtung sollten die Lebenssituationen der Alleinlebenden als größte Anrufergruppe erfahren, die sich einsam und/oder sozial isoliert fühlen (vgl. Hinweise in Kapitel 3.3.5, 3.4, 4.1.2). Im Umgang mit dieser Zielgruppe bedarf es Wissen um entsprechende Lebensentwürfe sowie Fachwissen zum Aufbau sozialer (auch professioneller) Netzwerke.

5. Familie

Die nachfolgenden Ausführungen fokussieren aus den Daten eruierte Erkenntnisse zu Herausforderungen und Belastungen von Familien, die sich bei der TS Rat und Unterstützung einholen.

Aufgrund der umfangreichen Forschungsbefunde zu den Lebenssituationen Alleinerziehender blieb diese Familienform in Teilen der Analysen unberücksichtigt. Im Fokus der Ausführungen ab Kapitel 5.5 stehen deshalb nur die Anrufe der Personen, die der TS-Bundesstatistik zufolge in die Kategorie „in einer Familie“ lebend eingeordnet wurden. Hiermit ist das Zusammenleben eines (Eltern-)Paares mit Kindern und folglich auch sogenannte „Patchworkfamilien“ gemeint (vgl. TelefonSeelsorge 2013, 12).¹⁵ Gleichgeschlechtliche Paare fallen ebenso in diese Zuordnung. Anrufer/innen der Kategorie „in einer Familie“ lebend können sowohl Eltern als auch Kinder sein. Beide Personengruppen können sehr unterschiedliche Perspektiven zu den Themen einbringen, die im Folgenden beleuchtet werden. Dieser Aspekt muss bei allen Analysen mit bedacht werden und macht eine gewisse Ungenauigkeit in den Möglichkeiten der Dateninterpretation aus.

Die Ergebnisse der Analysen werden im Kontext aktueller Forschungsbefunde diskutiert, die in den letzten Jahren Erkenntnisse zu den Lebenssituationen von Familien geliefert haben. Hierzu zählen insbesondere der 8. Familienbericht der Bundesregierung (BMFSFJ 2012c), der Familienreport der Bundesregierung (BMFSFJ 2012a), der Monitor Familienleben (Institut für Demoskopie Allensbach 2012 und 2013) im Auftrag des BMFSFJ, der Armut- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (BMAS 2013), der 14. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2014) sowie die an die Sinus-Milieus angelehnte Studie „Eltern unter Druck“ (Henry-Huthmacher 2008) im Auftrag der Konrad Adenauer Stiftung.

Diese Studien benennen folgende aktuelle Herausforderungen für Familien: Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger, Zeitdruck in Familien, Armut im Kindes- und Jugendalter, häusliche Gewalt, Bedeutungszuwachs

¹⁵ Sicherlich können die sprachlichen Definitionen der Kategorien „Alleinerziehend“ und „in einer Familie“ lebend kritisch angefragt werden. Schließlich stellt die Lebensform „Alleinerziehend“ eine Art des Lebens in einer Familie dar (vgl. hierzu auch Institut für Demoskopie Allensbach 2012, S. 42). Intention der TS-Statistik scheint es jedoch zu sein, über die separate Ausweisung spezielle Analysen zu den unterschiedlichen Lebenssituationen beider Familienformen vornehmen zu können. Diese Trennung und der entsprechende Sprachduktus werden deshalb im Weiteren beibehalten.

von Bildung, Erziehungsanforderungen und gesellschaftliche Wertschätzung der Familienleistungen. Nachfolgend werden die Herausforderungen diskutiert, zu denen die TS-Statistik Datenmaterial liefern kann.

5.1 Merkmale der anrufenden Familienmitglieder

Der Gruppe der Alleinerziehenden liegen 21.671 Anrufe zugrunde, das macht 3,2% der Anrufe der Gesamtstichprobe aus. Bei der TS haben sich im Beobachtungszeitraum insbesondere alleinerziehende Frauen Rat eingeholt (4,4%), wohingegen der Anteil an alleinerziehenden Männern deutlich geringer ist (0,7%). Ein Grund für diese Unterschiede ist vermutlich, dass es deutlich weniger alleinerziehende Männern in der Bevölkerung gibt als alleinerziehende Frauen. Der Anteil der Alleinerziehenden ist im Alter von 30 bis 49 Jahren am höchsten.

Der Teilgruppe „in einer Familie“ lebend sind 96.258 Anrufe zuzuordnen (entspricht 14,3%, vgl. Kapitel 3.3.5). In dieser Gruppe fällt auf, dass mehr männliche (17,4%) als weibliche (12,8%) Anrufer/innen zu finden sind. Genaue Angaben über die Zusammensetzung der Familie (Anzahl Kinder bzw. Geschwister, Alter der Kinder bzw. Geschwister etc.) werden in beiden Familienformen statistisch nicht erfasst.

Bei den Anrufer/inne/n im Alter von bis zu 14 Jahren leben fast alle in einer Familie (95,8), bei den 15-19-jährigen Jugendlichen sind es immer noch 85,8%. So überrascht es nicht, dass die Gruppe der in einer Familie lebenden Anrufer/innen zu einem großen Teil aus Kindern und Jugendlichen besteht (Anrufe von unter 9 bis 19-jährige = 48%), die sich Rat bei der TS einholen. Die nachfolgenden Ausführungen spiegeln neben den Anliegen der Eltern somit auch zu großen Teilen die der Kinder wider. Hierbei ist in Anbetracht der Definition „in einer Familie“ lebend nicht eindeutig zu klären, wo die Grenze zwischen Eltern und Kindern zu ziehen ist. Junge Erwachsene können beispielsweise selbst Eltern im eigenen Haushalt sein oder bis zum Ende des 20./Anfang des 30. Lebensjahres mit im Haushalt der Eltern leben.

5.2 Familienform und Gesprächsthemen

Nachfolgende Tabelle zeigt die häufigsten drei Themenkomplexe, die in Telefonaten mit Alleinerziehenden im Vergleich zu Telefonaten mit Personen, die in Familien leben, im Beobachtungszeitraum angesprochen wurden.

Tabelle 5.2a: Häufigste Gesprächsthemen (nach Familienform) Mehrfachantworten möglich

	In einer Familie	Alleinerziehend
1.	sone_2 (40,4%)	sone_2 (56,7%)
2.	kusb_2 (36,0%)	kusb_2 (44,8%)
3.	sone_3 (12,4%)	sone_3 (15,7%)

Hinweis: kusb_2=Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress, Selbstverletzendes Verhalten, Selbstbild; sone_2=Partnerschaft, Elternschaft, Schwangerschaft, Betreuung; sone_3=Trennung, Sterben, Tod

Es zeigt sich, dass die Themenkomplexe seelische Belastung (kusb_2) und soziales Netz/Familie (sone_2)¹⁶ erwartungsgemäß und mit Abstand die häufigsten Themen in den Gesprächen waren. Alleinerziehende berichteten mit 44,8% deutlich häufiger von seelischen Belastungen als Personen, die laut TS-Definition in einer Familie leben (36%). Das Thema soziales Netz/Familie wurde ebenfalls in den Anrufen Alleinerziehender deutlich häufiger angesprochen als in Anrufen von Personen, die in einer Familie leben (56,7% zu 40,4%). Ebenfalls erwartungsgemäß wurde in Gesprächen mit Alleinerziehenden ihre finanzielle und materielle Situation häufiger angesprochen (9% zu 2,8%) sowie das Thema soziales Netz/Trennung Sterben und Tod (sone_3) (15,8% zu 5,9%).

Das Thema Sexualität (kusb_7) wurde hingegen häufiger in Anrufen von in Familien Lebenden im Vergleich zu denen Alleinerziehender eingebracht (10,2% zu 2,5%). Ebenfalls häufiger von den Erstgenannten wurde das Thema Alltagsbeziehungen (Nachbarn, Freunde etc.) thematisiert (12,4% zu 7,8%).

In beiden Gruppen mit gut 8% nahezu gleich häufig war die (berufliche) Tätigkeit (taet) Thema.¹⁷ Hierfür – so ist zu vermuten – wird es jedoch sehr unterschiedliche Thematisierungsanlässe je nach Lebensform und Lebensphase gegeben haben. Belastungssituationen von Familien können in diesem Kontext von Schul- und Ausbildungsstress, Arbeitslosigkeit, Arbeitssuche, prekärer Beschäftigung, Erwerbsdruck – von Müttern wie Vätern – oder der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ausgehen (vgl. Institut für Demoskopie Allensbach 2012, 2013, Henry-Huthmacher 2008, 9 f., 17).

¹⁶ Hier wurde eine Themen zusammenfassende Variable gebildet mit dem Namen sone_2. Diese Variable umfasst die Themen Partnersuche/Partnerwahl, Leben in Partnerschaft, Schwangerschaft und Kinderwunsch, Elternschaft/Erziehung, familiäre Beziehungen sowie Betreuung und Pflege.

¹⁷ Hier wurde eine Themen zusammenfassende Variable gebildet mit dem Namen taet. Diese Variable umfasst die Themen Schule/Ausbildung, Arbeitssituation, Arbeitslosigkeit/Arbeitssuche, Alltagsgestaltung.

Gleich selten wurde von beiden Lebensformen der Themenkomplex Suizidalität Anrufender oder anderer (kusb_6) in das Gespräch eingebracht (rund 1,5% in beiden Gruppen).

Aus den Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass sich die ermittelten Häufigkeiten zu den Gesprächsthemen nachvollziehbar aus den Lebensformen ableiten lassen. Einzige Ausnahme bildet das Thema Einsamkeit und Isolation (sone_1). Hier hätte erwartet werden können, dass dieses Thema von den Alleinerziehenden insgesamt und auch im Vergleich zu in Familien Lebenden deutlich häufiger besetzt wird. Tatsächlich wurde in 5,9% der Anrufe Alleinerziehender und 4,1% der Anrufe in einer Familie Lebender dieses Thema zum zentralen Gesprächsgegenstand. In der Konsequenz lässt sich schlussfolgern, dass Alleinerziehende möglicherweise besser sozial vernetzt sind als häufig angenommen oder andere Probleme das Thema Isolationen und Einsamkeit am Telefon überlagert haben. Im Weiteren fühlen sich Personen, die in Familien leben, möglicherweise einsamer und isolierter, als die Lebensform annehmen lässt. Zudem ist es möglich, dass andere Themen diesen Aspekt im Gespräch überlagert haben und somit die statistische Erfassung durch die Mitarbeiter/innen der TS zugunsten eines anderen Themas ausging.

Das Thema Zeitknappheit/Zeitdruck im Alltag wird über die TS-Statistik nicht erfasst. Aufgrund seiner großen Bedeutung für Familien soll es an dieser Stelle jedoch benannt werden (vgl. BMFSFJ 2012c). Mehr als ein Drittel der Personen in Familien Gründungsphasen fühlen sich nach dem 8. Familienbericht oft oder immer unter Zeitdruck stehend. Eltern mit minderjährigen Kindern zeigen ein ähnliches Bild. Hier konstatiert der Bericht für 40% der Väter und 42% der Mütter Zeitdruck. Dabei leiden Mütter im Doppelverdienerhaushalt häufiger unter Zeitdruck als die Männer. Diese Situation verschärft sich nochmals bei Alleinerziehenden. Hier stehen den Analysen nach 51% der alleinerziehenden Frauen und 61% der alleinerziehenden, erwerbstätigen Frauen immer oder oft unter Zeitdruck (vgl. ebd., 41).

Eine Analyse der TS-Daten, ob die Gesprächsthemen nach Lebensform und Geschlecht variieren, zeigt, dass das Geschlecht nur begrenzt ein einflussnehmender Faktor ist. Die Themenverteilung zeigt sich insgesamt recht ausgeglichen. Einen deutlichen Unterschied gibt es in beiden Lebensformen (Alleinerziehende/in einer Familie) jedoch im Hinblick auf das Thema Sexualität (kusb_7) bei Berücksichtigung des Geschlechts.

Tabelle 5.2b: Häufigkeit des Gesprächsthemas Sexualität (kusb_7) (nach Familienform und Geschlecht)

	In einer Familie	Alleinerziehend
Männlich	16,2%	12,0%
Weiblich	6,5%	1,8%

Dieses Ergebnis bestätigt die Erkenntnis aus Kapitel 3.3.1. Das Thema Sexualität ist im Rahmen der TS ein vorwiegend männlich besetztes.

Seelische Belastungen wurden wiederum von Frauen beider Lebensformen häufiger angesprochen als von Männern. Das Themenfeld soziales Netz/Familie (sone_2) wurde mit 15% häufiger in Anrufen alleinerziehender Männer angesprochen als in Anrufen von Männern, die in einer Familie leben.

Im Weiteren wurden die Themen nach Alterskohorten und Lebensform analysiert. Hierzu wurden folgende Altersgruppierungen gebildet:

Kinder und Jugendliche im Alter von unter 9 Jahren bis 19 Jahren, (junge) Erwachsene in der „Rushhour“ des Lebens (20 bis 49 Jahre) sowie ältere Erwachsene, die im Schwerpunkt der Babyboomer-Generation angehören (50 bis 69 Jahre). Nach diesen Altersgruppierungen und Lebensform unterschieden ergeben sich für die Anrufe Alleinerziehender folgende zentrale Themen:

**Tabelle 5.2c: Häufigste Gesprächsthemen alleinerziehende/r Anrufer/innen (nach Altersstufen)
Mehrfachantworten möglich**

	bis 19 Jahre	20-49 Jahre	50-69 Jahre
1.	sone_2 (27,7%)	sone_2 (43,5%)	sone_2 (43,2%)
2.	kusb_2 (26,3%)	kusb_2 (34,8%)	kusb_2 (29,3%)
3.	kusb_7 (16,6%)	sone_3 (15,5%)	kusb_1 (23,3%)

Hinweis: kusb_1=Körperliches Befinden; kusb_2=Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress, Selbstverletzendes Verhalten, Selbstbild; kusb_7=Sexualität; sone_2=Partnerschaft, Elternschaft, Schwangerschaft, Betreuung; sone_3=Trennung, Sterben, Tod

Für Anrufe der Ratsuchenden, die in einer Familie leben, stellt sich das Bild nach Altersgruppen wie folgt dar:

**Tabelle 5.2d: Häufigste Gesprächsthemen in einer Familie lebender Anrufer/innen
(nach Altersstufen) Mehrfachantworten möglich**

	bis 19 Jahre	20-49 Jahre	50-69 Jahre
1.	sone_2 (30,2%)	sone_2 (49,5%)	sone_2 (53,0%)
2.	kusb_2 (27,8%)	kusb_2 (44,5%)	kusb_2 (44,0%)
3.	sone_4 (18,2%)	kusb_1 (15,2%)	kusb_1 (17,7%)

Hinweis: kusb_1=Körperliches Befinden; kusb_2=Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress, Selbstverletzendes Verhalten, Selbstbild; sone_2=Partnerschaft, Elternschaft, Schwangerschaft, Betreuung; sone_4=Alltagsbeziehungen (Nachbarn, Freunde, usw.)

Auch für diese Teilgruppen von Anrufenden bestätigt sich, dass die Themenkomplexe seelische Belastung (kusb_2) und soziales Netz/Familie (sone_2) zentrale Gesprächsthemen darstellen.

5.3 Familienform und Arbeitssituation, Arbeitslosigkeit und Arbeitssuche

Die Familienform nimmt deutlichen Einfluss darauf, ob die Themen Arbeitssituation und Arbeitslosigkeit/Arbeitssuche zum Gesprächsgegenstand werden (n=117.929).¹⁸

Diese beiden Themen sind Einzelthemen der zusammenfassenden Variable „taet“.

Erwartungsgemäß wurden in den Anrufen Alleinerziehender diese Themen doppelt so häufig angesprochen als in Anrufen von Personen, die in einer Familie leben.

Eine weitere Analyse zeigt, dass die Berücksichtigung des Faktors „Geschlecht“ nur begrenzte Auswirkungen darauf hatte, ob die Themen Arbeitssituation und Arbeitslosigkeit/Arbeitssuche angesprochen wurden. Es zeigt sich lediglich bei den Anrufen alleinerziehender Frauen, dass diese im Vergleich zu den Anrufen der in Familien lebenden Frauen das Thema Arbeitssituation häufiger ansprachen. Insgesamt wird deutlich, dass die Themen Arbeitssituation und Arbeitslosigkeit/Arbeitssuche Frauen wie Männer in beiden Familienformen bewegen. Dieses Ergebnis könnte u.a. auf die Relevanz der Themen „höhere Erwerbsbeteiligung von Müttern“ und „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ hinweisen, die in vielen Studien aktuell als zentrale familienpolitische Themen diskutiert werden (vgl. BMFSFJ 2012a, 70; BMAS 2013, 213; Institut für Demoskopie Allensbach 2013, 8).

¹⁸ In diesem sowie weiteren Kapiteln werden die Gesprächsthemen nicht nur nach den zusammengefassten und neu gebildeten Variablen (kusb_1, sone_1 usw.) analysiert, sondern im Sinne differenzierter Analysen auch nach Einzelthemen, die in den zusammenfassenden Variablen enthalten sind (vgl. Übersicht der Einzelthemen TelefonSeelsorge 2013, S. 17).

In den Analysen der nachfolgenden Kapitel werden ausschließlich die Anrufe der Personen berücksichtigt, die „in einer Familie“ leben.

5.4 Familie, Geschlecht und seelisches Befinden

Nachfolgende Tabelle gibt Aufschluss darüber, wie sich die Einzelthemen unter der zusammenfassenden Variable seelisches Befinden (kusb_2) und Sucht (kusb_4) nach Geschlecht für die Familienform „in einer Familie“ lebend darstellen.

Tabelle 5.4: Häufigkeit ausgewählter Gesprächsthemen zum seelischen Befinden und Sucht (nach Geschlecht) Mehrfachantworten möglich

	Niedergeschlagenheit	Ängste	Stress, Ärger, Aggression	Sucht	Selbstbild
Männlich	9,9%	13,2%	7,1%	3,6%	5,4%
Weiblich	15,3%	15,5%	9,3%	2,5%	4,7%

Zu sehen ist, dass die Anrufe der Frauen deutlich häufiger das Thema Niedergeschlagenheit und Stress zum Gegenstand hatten (15,3% zu 9,9%), die der Männer hingegen etwas häufiger Sucht (3,6% zu 2,5%). Ängste bildeten in beiden Gruppen den häufigsten Gesprächsgegenstand. In diesem Zusammenhang wäre es interessant, genauer zu erforschen, was die Ängste der Familienmitglieder ausmacht. Die vorliegenden Daten können hier keinen Erklärungszusammenhang liefern.

Da (chronischer) Stress deutliche Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden hat (vgl. Hapke u.a. 2013), wurde im Weiteren geprüft, wie häufig dieses explizite Gesprächsthema nach Alter und Geschlecht von den Familienmitgliedern angesprochen wurde (n=92.589). Es zeigt sich, dass die Quote der Anrufe zum Thema Stress bei den Jungen bzw. Männern mit steigendem Alter und leichten Schwankungen fast kontinuierlich zunimmt (von 5,6% bei den bis 9-jährigen bis 11,8% bei den über 80-jährigen). Fraglich ist hier, was in den jeweiligen Lebensphasen die Bedeutung des Themas Stress ausmacht, insbesondere in der Altersphase der 70-jährigen Männer und älter.

Bei den Mädchen bzw. Frauen stellt sich das Bild interessanterweise anders dar. Hier steigt die Quote von Telefonaten zum Thema Stress ebenfalls zunächst mit dem Lebensalter (von 3,6% bei den bis 9-jährigen bis 14,3% bei den 40-49-Jährigen).

Nach der „Rushhour“ des Lebens reduziert sich die Stressthematik dann kontinuierlich bis auf 8% bei den 80-jährigen und älter.

Möglicherweise spiegeln sich hier geschlechtsspezifische Muster der Lebensführung wider. Frauen könnten sich zu Beginn des 5. Lebensjahrzehnts weniger belastet fühlen durch Kindererziehung (möglicherweise verbunden mit einer Berufstätigkeit) als in früheren Lebensphasen. Daten des Instituts für Demoskopie Allensbach (vgl. 2012, 22) legen entsprechende Vermutungen nahe. Hier berichteten Väter zu rund 25% von häufigem Stress, Mütter mit minderjährigen Kindern hingegen zu 40%. Am häufigsten benannten ganztags erwerbstätige Mütter mit 49% Stress im Alltag.

Die seltener erfasste Thematisierung von Stress als (Haupt-)Gesprächsthema im TS-Kontext bedeutet jedoch nicht, dass das Thema bei den Anrufer/inne/n nicht oder wenig relevant im Alltag ist. Wahrscheinlicher ist, dass andere Themen im Telefonat relevanter waren und von den TS-Mitarbeiter/inne/n entsprechend erfasst wurden. Die häufige Thematisierung des seelischen Befindens insgesamt (vgl. Kapitel 3.3.1) spricht hier eine andere Sprache.

5.5 Familie und Betreuung / Pflege

Personen, die sich um die Pflege von Angehörigen kümmern, sind häufiger Frauen (72%) als Männer (28%), insbesondere im Alter von 55 Jahren und älter (vgl. Bundesgesundheitsministerium BMG 2011, 27 f.). Demnach ist anzunehmen, dass die in Familien lebenden Personen, die dieses Thema im Rahmen einer TS-Beratung ansprachen, seltener mit kleinen Kindern und Kindern im jugendlichen Alter in einem Haushalt leben, sondern eher mit Kindern im Erwachsenenalter. Die Daten der BMG-Studie zu den Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes legen dies zumindest nahe. Demnach lebten im Jahr 2010 nur 12% der Hauptpflegepersonen mit Kindern unter 14 Jahren zusammen, 5% mit einem Kind unter 6 Jahren (vgl. ebd., 27).¹⁹ 66% der pflegenden Personen lebten mit dem/der zu Pflegenden in einem Haushalt (vgl. ebd., 27).

In die Kategorie Themen der Gespräche „Betreuung und Pflege“ werden der TS-Statistik zufolge Gespräche eingeordnet, die als (ein) Hauptthema die Pflege oder (gesetzliche) Betreuung kranker oder behinderter Angehöriger bzw. Mitmenschen oder die Pflege- bzw. Betreuungssituation des/der Anrufenden selbst zum Gegen-

¹⁹ Ausgenommen sind hier zu pflegende Kinder.

stand haben (vgl. TelefonSeelsorge 2013, 29). Diese Kategorie stellt ein Einzelthema der zusammenfassenden Variable soziales Netz/Familie (sone_2) dar.

Personen, die in einer Familie leben und gleichzeitig das Thema Betreuung und Pflege ansprechen finden sich häufiger in den älteren Altersgruppen, wobei sich keine Geschlechtsunterschiede zeigen. In den Altersgruppen unter 30 Jahren liegt der Anteil jeweils unter ein Prozent. In der Altersgruppe der über 80-jährigen ist Betreuung und Pflege bei 8,3% der Anrufe Gesprächsthema. Wenn das Thema Betreuung und Pflege angesprochen wird, so sind häufig das körperliche Befinden (kusb_1) sowie die finanzielle und materielle Sicherheit (fima) Gesprächsthemen. Dieses Ergebnis könnte als Hinweis darauf gewertet werden, dass die Betreuungs- und Pflegesituationen vielschichtige Konsequenzen hat.

Die Studie des BMG (vgl. 2011, 28) konstatiert für Pflegende eine insgesamt eher starke bis sehr starke Belastung durch die Pflege. Diese kann aus körperlichen Belastungen wie z.B. Rückenschmerzen, Atembeschwerden, Schlafstörungen; seelischen Belastungen wie Stressempfinden (z.B. durch die Verbindung der Pflege mit der Erwerbstätigkeit oder der Pflege sozialer Beziehungen), Ausgebrannt sein, Nervosität und Gereiztheit aber auch finanziellen Herausforderungen resultieren (vgl. hierzu auch Techniker Krankenkasse 2013, 11).

Die Problematik der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wird sich aufgrund des demographischen Wandels in den nächsten Jahren noch verschärfen. Mehr als zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen werden heute bereits zuhause von Kindern, Schwiegerkindern oder Pflegepersonal versorgt. 52% der Befragten im Rahmen des Monitor Familienlebens 2012 gaben an, dass sie sich eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wünschen (vgl. Institut für Demoskopie Allensbach 2012, 7).

Hier gilt es für die Mitarbeiter/innen der TS ein gutes Grundwissen über die Lebenslagen und Belastungssituationen der Pflegenden sowie zu Pflegenden zu besitzen, um qualifiziert beraten und an professionelle Hilfeinstanzen weitervermitteln zu können.

5.6 Familie und Finanzen

Im Weiteren wurde geprüft, wie häufig Personen, die in Familien leben, finanzielle Themen ansprechen (n=96.258). Hier wurden die drei Einzelthemen Armut/Schulden, Finanzfragen und Wohnung/Wohnumfeld differenziert voneinander

beleuchtet (zusammenfassende Variable „fima“). Es zeigt sich, dass insgesamt in nur rund 1% der Telefonate eines dieser Themen (Haupt-)Gesprächsgegenstand war. Die seltene zentrale Thematisierung ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einer geringen Bedeutung des Themas für die Anrufer/innen insgesamt. Hier sprechen Daten zu finanziellen Herausforderungen von Familien eine andere Sprache. Z.B. wird die Entscheidung für Kinder von Familien bereits als finanzielle Belastung wahrgenommen (vgl. Weick und Habich 2013, 66). Diese Belastung kann sich durch fehlende Betreuungsmöglichkeiten für Kinder im Schulalter und einer damit einhergehenden schweren Vereinbarkeit von Familie und Beruf nach der seit dem Jahr 2013 gesetzlich geregelten U-3-Betreuung noch erhöhen.

Eine Prüfung, ob in den jungen Alterskohorten (10-19 Jahre) finanzielle Themen eine zentralere Rolle spielten, ergab, dass auch in dieser Untergruppe das Thema nur selten als Hauptthema angesprochen wurde (0,7%) (n=44.893). Auch hier ist nicht davon auszugehen, dass dieses Ergebnis mit einer geringen Bedeutung des Themas im Lebensalltag der Kinder und Jugendlichen gleichzusetzen ist. Schließlich – so konstatiert das BMFSFJ (2013, S. 92) in Anlehnung an die UNICEF-Studie „Measuring Child Poverty“ (2012) – für das Jahr 2009 für 14,9% der Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren in Deutschland ein Leben in relativer Armut²⁰. Kinder und Jugendliche sind zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überproportional von Armut betroffen. Zudem ist der Anteil Jugendlicher, der dauerhaft in Armut lebt, in den letzten Jahren gestiegen (Vergleichsjahre 1984-2010) (vgl. BMFSFJ 2013, 95 f.). Im Vergleich dazu haben sich die Armutssituationen jüngerer Kinder (unter 11 Jahre) nicht weiter erhöht und liegen kaum über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (vgl. ebd., 95 f.). Dass Kinder und Jugendliche ihre Armutserfahrungen sehr bewusst erleben, zeigt die Studie „Kinder in Deutschland“ (vgl. World Vision Deutschland 2013).

Diese Ergebnisse sollten dafür sensibilisieren, Deprivationserfahrungen von Kindern und Jugendlichen als ein wichtiges Thema in der Arbeit der TS mit zu berücksichtigen, auch wenn die materielle Situation am Telefon häufiger kein oder kein zentrales

²⁰ Ausgegangen wurde bei dieser Definition von relativer Armut nicht nur von einer Orientierung an der Einkommensarmut, sondern auch am Deprivationsindex, der den fehlenden Zugang zu wichtigen Gütern wie Kleidung, Mahlzeiten, Büchern und Aktivitäten wie Freizeitaktivitäten mit berücksichtigt (BMFSFJ (2013, S. 92f.).

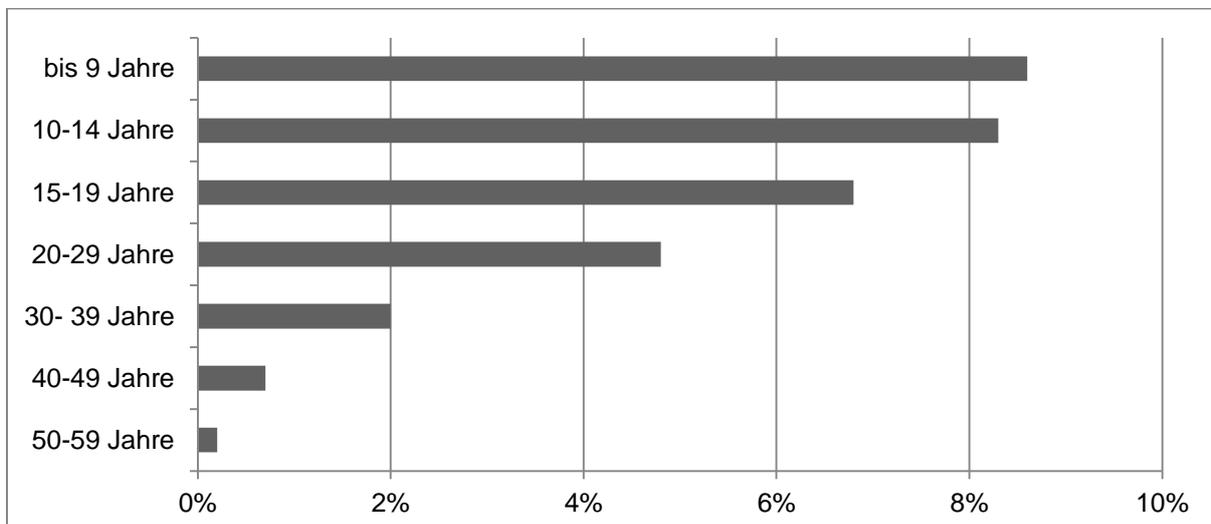
Thema darstellt. Letztendlich weisen vorliegende Erkenntnisse wie die Langzeitstudie der Arbeiterwohlfahrt „Von alleine wächst sich nichts aus“ (vgl. Laubstein u.a. 2013, 6 ff.) nach, dass das Risiko steigt, in multipler Deprivation aufzuwachsen je länger ein junger Mensch arm ist.

5.7 Familie und Schule / Ausbildung

Ein weiterer zentraler Belastungsfaktor für Familien ist das Thema Schule und berufliche Ausbildung/Studium. Die Sinus-Studie „Eltern unter Druck“ ermittelte für den Bereich Schule beispielsweise, dass 75% der befragten Eltern das Erreichen eines Schulabschlusses ihrer Kinder sehr wichtig ist (vgl. Henry-Huthmacher 2008, 12 f.). Diese große Bedeutung steigert den elterlichen Druck auf den Bildungserfolg der Kinder (vgl. ebd., 12 f.). Nave-Herz (vgl. 2012, 76) konstatiert, dass der elterliche Einsatz für den Bildungserfolg für Kinder und Eltern belastend ist und vielfach zu Ärger in Familien führt. Das Gefühl vieler Eltern, sich nicht auf das öffentliche Bildungssystem verlassen zu können führt zudem dazu, dass Eltern meinen, ihren Kindern selbst eine umfassende Förderung organisieren zu müssen (vgl. Henry-Huthmacher 2012, 12).

Die vorliegenden TS-Daten wurden daraufhin untersucht, wie häufig unter den Anrufer/inne/n, die in einer Familie leben (Eltern und Kinder), das Thema „Schule und Ausbildung“ zentrale Bedeutung im Gespräch hatte (n=92.589). Schule und Ausbildung stellt ein Unterthema der zusammenfassenden Variable „taet“ dar. Hier zeigen sich folgende Ergebnisse:

Abbildung 5.7: Häufigkeit des Gesprächsthemas Schule und Ausbildung (nach Alter)



Deutlich wird, dass dieses Thema bei den jüngeren Anrufer/inne/n dominiert. Mit gut 8% ist es jedoch kein zentrales Gesprächsthema dieser Alterskohorte. Dieses Ergebnis verwundert in Anbetracht vorliegender Forschungsbefunde wie der Studie „Große Ohren für kleine Leute“ von PROKIDS in Kooperation mit dem Deutschen Kinderschutzbund (vgl. 2012, 136 f.), die die Bedeutung von Schule als zentraler Stressfaktor im Kindes- und Jugendalter ausweisen. Möglicherweise sprechen die Kinder und Jugendlichen dieses Thema jedoch häufig in einem von den TS-Mitarbeiter/inne/n als bedeutungsvoller erscheinenden thematischen Kontext an, der dann entsprechend statistisch erfasst wird.

Interessanterweise nimmt der Anteil der Gespräche, die Schule und Ausbildung zum zentralen Gesprächsgegenstand haben, bereits in der Alterskohorte der 20-29-jährigen deutlich ab, obwohl infolge der Verlängerung heutiger Ausbildungsphasen dieses Lebensjahrzehnt klassischerweise der beruflichen Ausbildung oder dem Studium zuzuschreiben ist. Möglicherweise überlagern auch hier andere Themen diese biographische Übergangsphase.

In den höheren Alterskohorten ist das Thema Schul- und Berufsausbildung kaum noch relevant. Wenn auch davon auszugehen ist, dass gerade Eltern dem Thema hohe Bedeutung beimessen, sprechen auch sie dieses ggf. in einem bedeutungsvolleren Kontext an (z.B. im Kontext des Themas familiäre Beziehungen o.ä.).

5.8 Familie und Erziehung

Elternsein und erziehen können mit Stressempfinden oder seelischen Belastungen einhergehen (vgl. Merkle/Wippermann 2008, 32). Stress resultiert in Erziehungskontexten häufig daraus, dass Eltern hohe Erwartungen an sich selbst in der Erziehung z.B. infolge eines partizipativen Erziehungsanspruchs haben. Dieser bedingt, dass Erziehung fortwährend den Einsatz von Verhandlungsstrategien bedarf (vgl. Nave-Herz 2012, 69). Diesen Anspruch zu realisieren ist in Anbetracht der zeitlichen und ökonomischen Ressourcen von Familien schwer (vgl. Henry-Huthmacher 2008, 4). Merkle und Wippermann (vgl. 2008, 32) konstatieren im Rahmen ihrer Sinus-Studie für ein Drittel der befragten Eltern oft bis fast tägliches Stressempfinden, für 50% gelegentliche Stressgefühle.

Im vorliegenden TS-Datensatz wurde geprüft, wie häufig für die Anrufe der Personen, die in einer Familie leben, die Themen Elternschaft und Erziehung (als ein Unterthema der zusammenfassenden Variable `sone_2`) in Kombination mit dem Unterthema Stress/Ärger/Aggression sowie mit dem Oberthema seelisches Befinden insgesamt (`kusb_2`) erfasst wurden ($n=96.258$).

Von den 4.836 Anrufen, für die das Thema Elternschaft/Erziehung erfasst wurde, wurde für nur 475 Anrufe zudem auch das Thema Stress/Ärger/Aggression als Hauptthema mit registriert. Die Themen Elternschaft/Erziehung (4.836 Anrufe) und seelisches Befinden insgesamt (`kusb_2`) wurde immerhin für 1.372 Anrufe gemeinsam erfasst. Dass der Prozentsatz dieser Themenkombination bei „nur“ rund 28% liegt, kann auch darauf zurückgeführt werden, dass häufig für Anrufe nur ein Hauptgesprächsthema erfasst wird (vgl. Kapitel 3.4). Der Umstand schränkt die Analysen thematischer Kombinationen in den Beratungsgesprächen ein.

Insgesamt ist auffällig, dass das Thema Elternschaft/Erziehung von Personen, die in einer Familie leben, seltener angesprochen bzw. für diese erfasst wurde als anzunehmen gewesen wäre. In nur 4.836 von 96.258 Anrufen insgesamt war dieses Thema zentral. Möglicherweise kommen hier die vielen Fälle von jungen Anrufer/innen unter den in Familien Lebenden zum Tragen (Kinder und Jugendliche) (vgl. Kapitel 5.1), für die dieses Thema weniger relevant ist.

5.9 Familie und Trennung

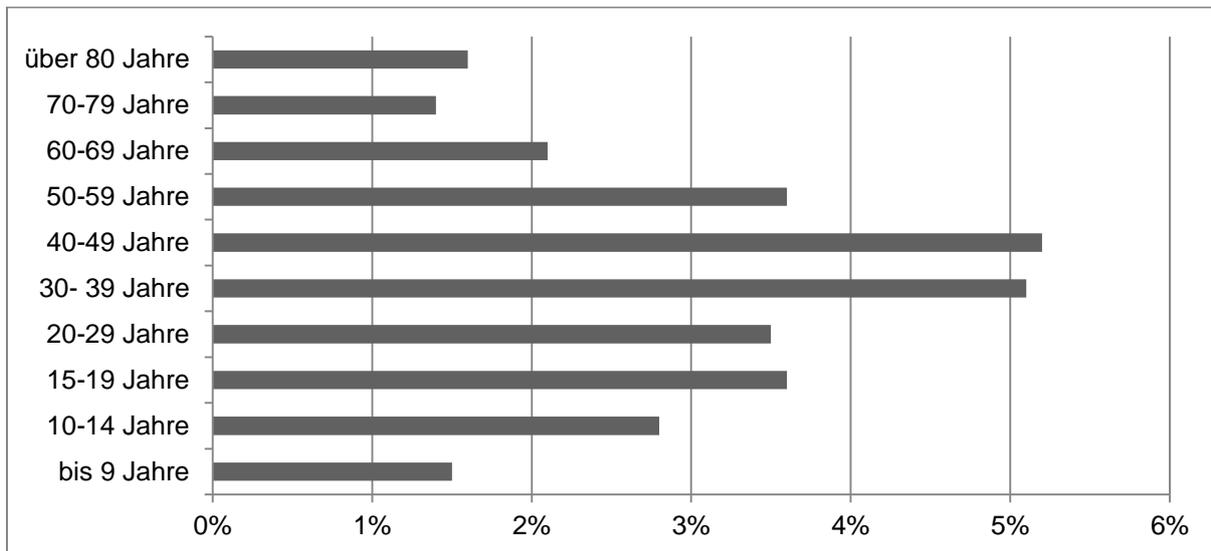
Im Rahmen einer weiteren Analyse wurde das Thema „Trennung“ beleuchtet. Die Relevanz des Themas wurde daraus abgeleitet, dass das Thema Trennung und Scheidung für Familien ein häufiges kritisches Lebensereignis darstellt. Jede dritte Ehe wird mittlerweile geschieden. Bei rund der Hälfte der Scheidungen sind minderjährige Kinder betroffen. Für das Jahr 2013 waren dies 136.064 Scheidungen (vgl. Statistisches Bundesamt 2013, 12).

Nach der Definition der TS ist mit dem Themenfeld „Trennung“ jedoch nicht nur die Trennung der Eltern, sondern allgemein der Abbruch einer relevanten Beziehung für den Anrufenden gemeint. Hierzu werden neben der Trennung und Scheidung der Eltern auch die Trennung der Kinder von ihren Eltern (und umgekehrt) sowie die Trennung von Freund/innen gezählt (vgl. TelefonSeelsorge 2013, 29). Das Ein-

zelthema „Trennung“ gehört zu der zusammenfassenden Variable soziales Netz/Trennung Sterben und Tod (sone_3).

Nachfolgende Abbildung zeigt die Häufigkeit der Thematisierung einer Trennungserfahrung:

Abbildung 5.9: Häufigkeit des Gesprächsthemas Trennung (nach Alter)



Insgesamt zeigt sich, dass das Thema Trennung ein eher selten zentral angesprochenes Thema ist. Seine Relevanz nimmt mit steigendem Alter zu bis zur Altersgrenze der 40-49-jährigen. Ab dem folgenden Lebensjahrzehnt ist ein fast kontinuierlicher Rückgang festzustellen.

Dieses Ergebnis entspricht vorliegenden Daten des Statistischen Bundesamtes (vgl. 2013) zum Bereich Ehescheidungen. Nach diesen erfolgten die meisten Scheidungen 2013 im Alter von 45 bis 50 Jahren (vgl. ebd., 33). Seit den 1990er Jahren zeigt sich der Trend, dass die Ehepartner zum Zeitpunkt der Scheidung immer älter werden und auch die durchschnittliche Dauer der Ehe bis zur Scheidung steigt (von 11,5 Jahren 1990 auf 14,7 Jahre 2013) (vgl. ebd., 38). Hötter-Ponath (vgl. 2009, 22) weist darauf hin, dass die Zahl der Ehen, die nach dem 20. Ehejahr und später geschieden werden, zudem steigt. Sie macht hierfür die gestiegene Lebenserwartung, die vermehrte Erwerbstätigkeit der Frauen im mittleren Alter sowie den Auszug der Kinder aus dem Elternhaus mit verantwortlich. Somit dürften sich die mit diesem kritischen Lebensereignis einhergehenden Themen über die letzten Jahrzehnte deutlich verändert haben. Dieser Aspekt ist für die telefonische Beratung von Bedeutung.

Der großen statistischen Bedeutung des Themas „Trennung und Scheidung“ für Familien zufolge hätte angenommen werden können, dass es häufiger zentraler Beratungsgegenstand ist. Allerdings gilt auch hier, dass möglicherweise die Mitarbeiter/innen der TS nur ein Thema erfasst haben und einem anderen Vorrang gaben.

5.10 Familie und Gewalt

Da bereits in Kapitel vier deutlich wurde, dass unter den Anrufen von Personen mit suizidalen Gedanken und -absichten insbesondere Kinder am häufigsten von Gewalt berichteten, wurde genauer untersucht, wie häufig Kinder und Jugendliche (in Familien lebend) allgemein und nicht nur die als „suizidal“ erfassten (vgl. Kapitel 4.2.1) entsprechende Erfahrungen zum Gesprächsgegenstand machten. Berücksichtigt wurden hier die Anrufe der Altersgruppen der 0 bis 9-jährigen, 10 bis 14-jährigen sowie 15 bis 19-jährigen (n=46.221). Beleuchtet wurden Gespräche, die körperliche und/oder seelische Gewalt sowie sexuelle Gewalt zum Thema machten (zusammenfassende Variable sone_6).

Es zeigt sich, dass körperliche und/oder seelische Gewalt in 2.104 Anrufen zum (Haupt-)Thema gemacht wurde (entspricht 4,6% aller Anrufe von jugendlichen, in Familien lebenden Personen). Aus der „Gewaltstudie 2013“ der Universität Bielefeld ist bekannt, dass zu diesen Erfahrungen Schläge, Missachtungserfahrungen, Beschimpfungen oder Bezeichnungen, weniger wert zu sein als andere, gehören können (vgl. Ziegler 2013, 2 ff.). Von sexuellen Gewalterfahrungen wurde immerhin in 795 Gesprächen berichtet (entspricht 1,7%).

Diese fast dreitausend Anrufe pro Jahr verdeutlichen nochmals, dass die TS ein wichtiger Partner im Kontext des Kinderschutzes ist und wichtige Beratungs- aber auch Vermittlungsfunktionen übernehmen kann.

5.11 Zusammenfassende Empfehlungen für die Arbeit der TS

Zunächst einmal stellte sich in den Analysen heraus, dass die Ungenauigkeit der Kategorie „in einer Familie“ lebend die Ergebnisse zum Themenfeld „Familie“ an einigen Stellen begrenzt aussagefähig macht. So geht aus den Daten nicht eindeutig hervor, ob die Anrufer/innen aus der Rolle der Kinder oder Eltern berichteten.

Im Weiteren ist aus den ermittelten Häufigkeiten der besprochenen Themen nicht gleichzeitig auf deren Relevanz für Alleinerziehende/in Familien lebende zu schließen. Schließlich gibt es unterschiedliche einflussnehmende Faktoren, warum und wie ein Thema statistisch durch die Mitarbeiter/innen der TS erfasst wird. Zu überlegen ist, ob die statistischen Kategorien hier perspektivisch enger definiert werden sollten. Insgesamt zeigt sich, dass der Anteil von Anrufen alleinerziehender oder in einer Familie Lebender an der Gesamtstichprobe relativ gering ist. Rechnet man aus der Kategorie „in einer Familie“ lebend die Anrufe der unter 19-jährigen heraus (in der Annahme, dass viele dieser Anrufer/innen aus der Rolle der Kinder und nicht der Eltern berichten), so verbleiben vorsichtig interpretiert 50.037 Anrufe aus der (möglichen) Perspektive von Eltern, die in einer Familie mit Partner und Kindern leben. Hier stellt sich die Frage, ob der Gesprächsbedarf ebenso wie bei den Alleinerziehenden gering ist, oder ob es mögliche Zugangsbarrieren oder Hemmschwellen für diese Zielgruppen zu den Angeboten der TS gibt. Gerade für diese Zielgruppe könnte es im Kontext vorliegender Erkenntnisse zu Alltagsbelastungen und Stresserfahrungen interessant sein, die neuen Medien als Zugang zu prüfen.

Im Weiteren zeigt sich eine sehr breite Streuung hinsichtlich relevanter Gesprächsthemen unter den Familienmitgliedern. Belastungssituationen von Familien – und das bestätigen auch die vorliegenden Daten – sind heute im Zuge pluralisierender Muster der Lebensführung vielfältig. Auffallend ist, dass trotz der bekannten Hinweise auf Belastungen von Familien durch ihre Erziehungsaufgaben das Thema „Elternschaft und Erziehung“ nur verhältnismäßig selten zentrales Gesprächsthema war (vgl. Kapitel 5.8).

Zu überlegen ist, ob das Thema „Zeitempfinden und Zeitdruck“ als eine relevante Kategorie (nicht nur) für Familien in die Liste möglicher Gesprächsthemen mit aufgenommen werden sollte (vgl. Ausführungen in Kapitel 5.2). Es kann den heutigen Anforderungen alltäglicher Bewältigungsaufgaben gut widerspiegeln.

Die Gruppe der Jugendlichen ist in den Ausführungen zum Schwerpunktthema Familie nochmals hervorgetreten, weniger durch auffallend häufige Gesprächsthemen, sondern mehr durch die Einordnung ihrer Themen in aktuelle Forschungsbefunde. Insbesondere zum Themenfeld Finanzen wurde deutlich, dass die Altersgruppe der Jugendlichen als überproportional von Armut betroffene im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (vgl. BMFSFJ 2013, 95 f.) besonderer Aufmerksamkeit bedarf. Dies ist

auch deshalb notwendig, weil mit Armutserfahrungen besondere Risiken für den weiteren Lebensweg einhergehen (vgl. Ausführungen in Kapitel 5.6 und 6.1). Mitarbeiter/innen der TS sollten mit den Lebenslagen und Bedürfnissen heutiger Jugendlicher vertraut sein und mit eigenen Werte- und Normvorstellungen im Kontext der Beratungsarbeit mit diesem Klientel reflektiert umgehen können.

Im Weiteren kann die TS ein wichtiges Sprachrohr für die Anliegen und Bedürfnisse Jugendlicher und junger Erwachsener in fachpolitischen Kontexten sein. Hier kann sie die wichtige Funktion übernehmen, regionale wie überregionale sozial- und familienpolitische Debatten über das stark fokussierte Thema Kinderschutz hinaus auf seit Jahren vernachlässigte jugendpolitische Fragestellungen zu lenken. Schließlich verfügt sie über ein breites Wissen hinsichtlich jugendlicher Lebensentwürfe vor dem Hintergrund ganz unterschiedlicher regionaler Bedingungen des Aufwachsens in Deutschland.

6. Schulden und Armut

Wer arm ist, muss nicht überschuldet sein, aber Überschuldung kann zu Armut führen. Überschuldete Haushalte können z.B. ein Einkommen erzielen, das über der Armutsrisikoschwelle liegt (BMAS 2008, 49). Nicht zu verwechseln mit Überschuldung ist die Verschuldung von Personen und Haushalten. Schulden sind gegenüber Dritten bestehende Zahlungsverpflichtungen. Solche Verbindlichkeiten resultieren aus Dauerschuldverhältnissen wie Miete, Geldkrediten, Telekommunikationsverträgen etc.

Seit 2006 beantragen jährlich rund 100.000 Privatpersonen die Eröffnung eines Verbraucherinsolvenzverfahrens, weil sie zahlungsunfähig geworden sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2015c, 180). Diese Zahl verdeutlicht, dass Überschuldung ein ernstzunehmendes Problem in unserer Gesellschaft ist. Hinzu kommen noch Menschen, die in eine schwierige finanzielle Schieflage geraten sind, ohne vor ein Gericht treten zu müssen. Über die genaue Anzahl der Betroffenen gibt es jedoch keine zuverlässigen Zahlen.

Das Thema finanzielle und materielle Sicherheit ist bei der TS ein Thema, das im Vergleich zu den anderen drei Schwerpunkten dieser Evaluation mit nur 2,1% aller Anrufe eher wenig thematisiert wurde. Zu der Kategorie finanzielle und materielle Sicherheit werden bei der TS die Themen Armut und Schulden (Verschuldung, Verarmung), Finanzfragen (Fragen rund um Geldangelegenheiten, Einnahmen, Ausgaben, Verluste, aber auch Erbschaft, Unterhalt, Rente, Steuern) und Wohnung/Wohnumfeld (Obdachlosigkeit, Umzug, Wohnungssuche, Wohnsituation) zusammengefasst (vgl. TelefonSeelsorge 2013, 35). In den folgenden Ausführungen wird der Blick v.a. auf die Kategorie Armut und Schulden geworfen, da die anderen beiden Kategorien ungenau und interpretationsoffen sind. So können in der Kategorie Finanzfragen Gespräche über den Umgang mit einer Erbschaft und Gespräche über fehlende Unterhaltszahlungen enthalten sein. Dies gilt auch für die Kategorie Wohnung, in der Gespräche über Schwierigkeiten mit einem Umzug, Obdachlosigkeit und Mietprobleme unterschiedliche Interpretationen zulassen. Aber auch in der Kategorie Schulden und Armut sind Unschärfen vorhanden, da nicht zwischen Armut und Schulden, Ver- und Überschuldung unterschieden wird.

Bei der TS werden in je 2,1% der Anrufe und damit in knapp 16.000 (15.964) Gesprächen die Themen Schulden/Armut und Wohnung/Wohnumfeld thematisiert. Finanzfragen werden in fast 2,5% der Gespräche angesprochen. Die folgenden Ausführungen gehen der Kategorie Armut und Schulden nach und werden diese im Kontext mit verschiedenen Studien und Datenquellen diskutieren, die eine Analyse von Überschuldungssituationen erlauben. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung hat in 2013 eine eigene Untersuchung zu diesem Themenbereich vorgenommen und die Daten aus den wichtigsten schuldenpezifischen Datenquellen wie der Schufa zusammengetragen, die Informationen zu nahezu allen wirtschaftlich aktiven Personen in Deutschland erfasst. Anhand dieser Daten lassen sich umfassende Aussagen zur Verbreitung verschiedener Stadien von Zahlungsschwierigkeiten treffen. Allerdings bleibt dabei die soziale Situation der Betroffenen weitgehend unbeleuchtet. Ähnliche Vor- und Nachteile gelten auch für den Datensatz der Creditreform, deren Daten jährlich im „SchuldenAtlas“ ausgewertet werden. Mit diesen beiden Datenquellen lässt sich die Verteilung von Personen mit so genannten harten und weichen Negativmerkmalen (Schufa) bzw. hoher und niedriger Überschuldungsintensität (Creditreform) darstellen. Darüber hinaus zählen der Mikrozensus und das Sozioökonomische Panel (SOEP) zu den wichtigsten Datenquellen in diesem Bereich. Anders als die vorangehend beschriebenen schuldenpezifischen Datensätze muss hier die Eingrenzung des Personenkreises der Überschuldeten erst durch geeignete Parameter durch die Datennutzer vorgenommen werden. Andererseits bieten die Datensätze ein wesentlich höheres Potenzial zur Analyse der sozialen Situation der Betroffenen. Auch die Überschuldungsstatistik des Statistischen Bundesamtes hat hinsichtlich der persönlichen Situation der Betroffenen einen relativ großen Informationsgehalt auch wenn nur Personen erfasst werden, die in einer Schuldnerberatungsstelle betreut werden (vgl. BMAS 2013, 361).

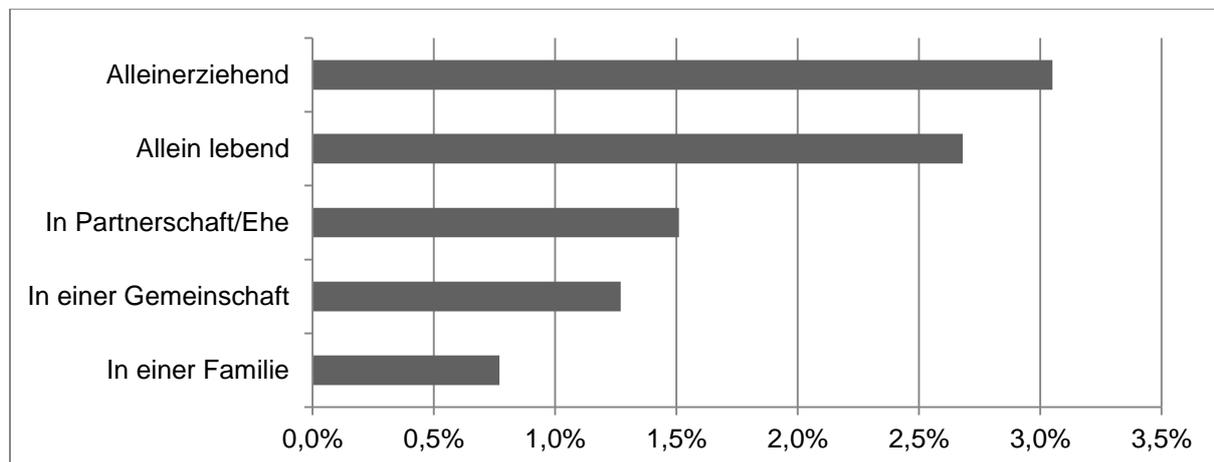
6.1 Merkmale der Anrufer/innen in Bezug auf Schulden und Armut

Je nach Definition schwankt die Zahl der überschuldeten Haushalte in Deutschland zwischen knapp unter drei Millionen bis weit über drei Millionen. Eine einheitliche Definition der Überschuldung gibt es nicht. Der Dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung definiert Überschuldung aus ökonomischer Sicht. „Ein Privathaushalt ist überschuldet, wenn Einkommen und Vermögen aller Haushaltsmitglieder über

einen längeren Zeitraum trotz Reduzierung des Lebensstandards nicht ausreichen, um fällige Forderungen zu begleichen“ (BMAS 2008, 49).

Auf Basis der Daten die dem Vierten Armuts- und Reichtumsbericht zugrunde liegen, sind aktuell 5,4% aller Erwachsenen in Deutschland von hoher Überschuldungsintensität betroffen. Ausgegangen wird dort von etwa 1,8 Millionen Haushalten mit hoher Überschuldungsintensität und leicht steigender Tendenz (BMAS 2013, 363). Dabei sind Männer und Frauen bei Schuldnerberatungsstellen etwa zu gleichen Teilen vertreten (vgl. Statistisches Bundesamt 2015c, 178). Bei der TS war der prozentuale Anteil der männlichen Anrufer zum Thema Armut und Schulden (2,4% zu 1,8%) leicht erhöht. Daran wird deutlich, dass Überschuldete keine homogene Gruppe bilden. So sind Singles, Alleinerziehende und Paare mit oder ohne Kinder nicht gleichermaßen von Überschuldung betroffen. Paare ohne Kinder suchen, verglichen mit ihrem Anteil in der Gesamtbevölkerung, weit unterdurchschnittlich häufig Schuldnerberatungsstellen auf (ebd.). Bei der TS waren es v.a. Alleinerziehende und Alleinlebende, die zu dem Thema Armut und Schulden anriefen. Die folgende Abbildung weist die Anteile an Anrufen zum Thema Armut und Schulden differenziert für unterschiedliche Gruppen aus:

Abbildung 6.1a: Häufigkeit des Gesprächsthemas Armut und Schulden (nach Lebensform)



Anhand der Daten aus der Überschuldungsstatistik des Statistischen Bundesamtes, in der die Angaben von Personen erfasst werden, die in einer Schuldnerberatungsstelle betreut werden, wird deutlich, dass alleinlebende Männer häufiger überschuldet sind als alleinlebende Frauen. Es kann vermutet werden, dass das höhere Über-

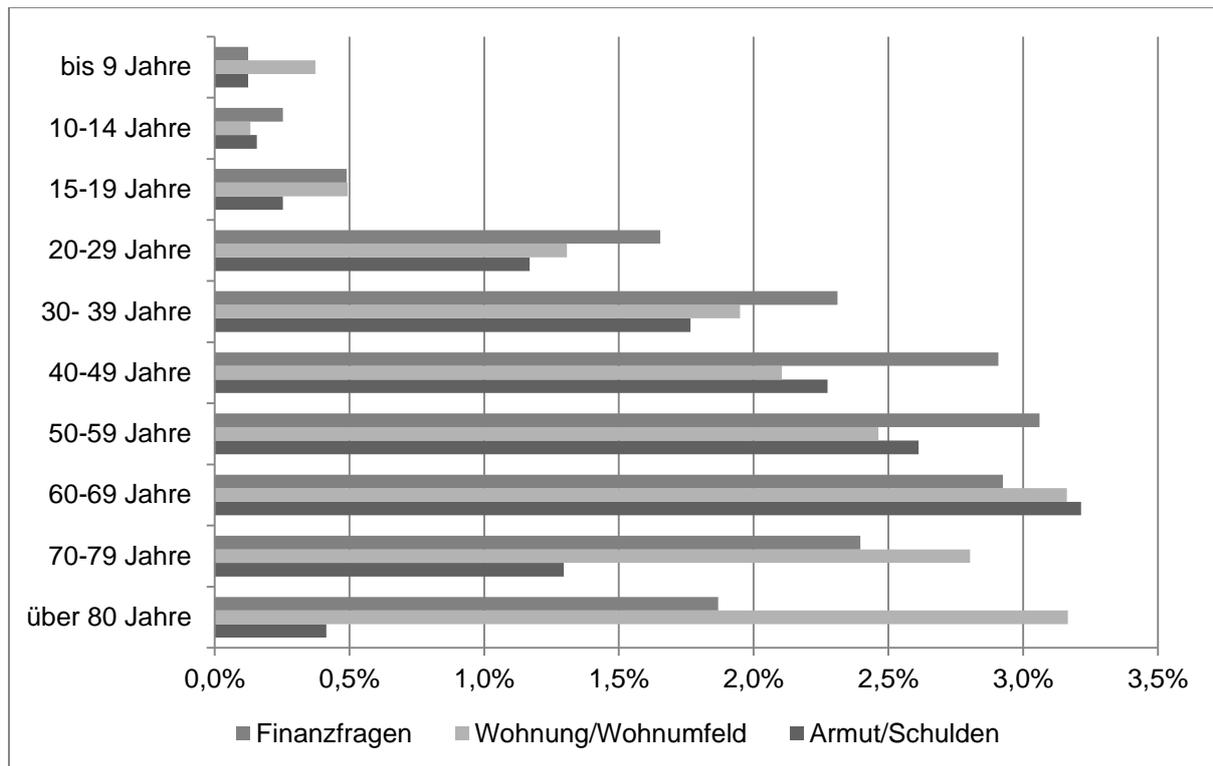
schuldungsrisiko von Männern damit zusammenhängt, dass sie häufiger auf der Grundlage ihres Einkommens die Kredite für die Familie aufnehmen und bei einer Trennung alleiniger Schuldner bleiben. Gleichzeitig könnte dies aber auch einen Hinweis auf eine höhere finanzielle Risikobereitschaft geben.

Bei der Betrachtung einzelner Altersgruppen zeigt sich in den o. g. Daten, dass je nach Alter unterschiedliche Schwerpunkte in Bezug auf den Auslöser der Überschuldung identifiziert werden können. So wachsen bundesweit 17,1% der Kinder unter drei Jahren in Armut auf (vgl. Kapitel 5.6). Hierbei zeigt sich, dass arme Kinder bei der Einschulung häufiger Auffälligkeiten in ihrer Visuomotorik und der Körperkoordination zeigen (vgl. Groos, Jehles 2015, 7). Kinder aus armen Familien können auf weniger Ressourcen in der Familie zurückgreifen und weisen häufiger Entwicklungsdefizite auf (vgl. ebd., 30). Dies bestätigt indirekt auch eine Studie des Robert Koch Instituts, in der festgestellt wurde, dass Erkrankungen, Gesundheitsbeschwerden und Risikofaktoren bei Personen die in Armut leben, vermehrt vorkommen (Robert Koch Institut 2010a, 1).

Während bei jungen Menschen unter 25 Jahren überdurchschnittlich häufig eine unwirtschaftliche Haushaltsführung als Grund für die finanzielle Schieflage ausgemacht werden kann, spielen bei Personen ab 45 Jahren gesundheitliche Schwierigkeiten, wie etwa Erkrankungen, eine größere Rolle. Bei Erwachsenen zwischen 25 und 54 Jahren sind laut den Daten der Schufa deutlich häufiger harte Negativmerkmale (z.B. Eidesstattliche Versicherung, Haftbefehl zur Abgabe einer Eidesstattlichen Versicherung oder Privatinsolvenz) erfasst als bei Personen anderer Altersgruppen. Auffällig ist, dass bei der TS v.a. in der Altersgruppe der 60-69-jährigen das Thema Armut und Schulden eine größere Rolle spielt. Hier sind die weiterführenden Ausführungen zum Thema „Materielle Situation im Alter“ (vgl. Kapitel 7.5.) zu berücksichtigen.

Unter 20-jährige sind dagegen noch relativ selten überschuldet, da in diesem Alter meist noch keine größeren, schwer zurückzahlbaren Zahlungsverpflichtungen eingegangen werden (vgl. BMAS 2013, 363). Dies könnte auch die geringe Nennung dieser Themen bei der TS begründen (0,3% bei den 15-19-jährigen). Zudem werden häufig finanzielle Schwierigkeiten z.B. durch Handschulden noch durch die Eltern geregelt. Zum Thema Jugendliche und Armut finden sich Ausführungen im Kapitel 5.6.

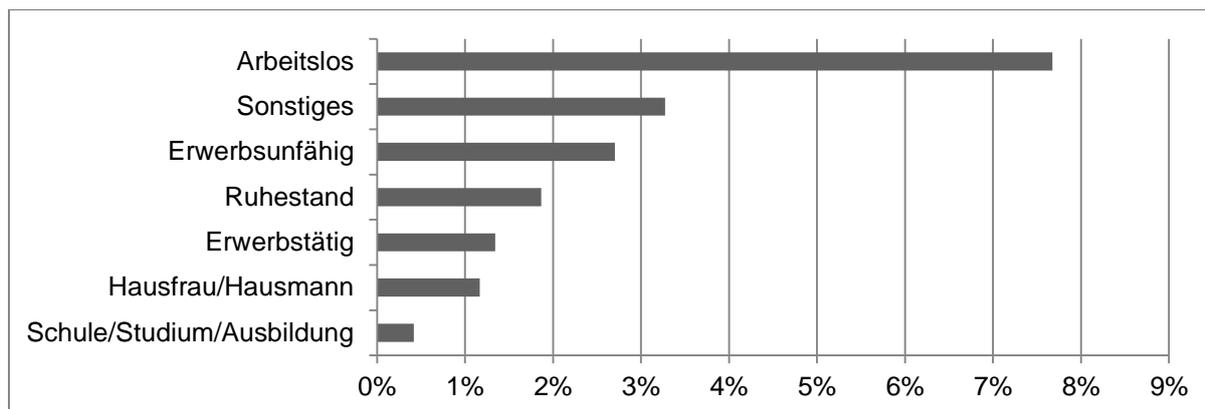
Abbildung 6.1b: Häufigkeit von einzelnen Themen aus dem Bereich finanzielle und materielle Sicherheit (nach Alter)



6.2 Gesprächsinhalte der Anrufer/innen zum Thema Schulden und Armut

Als Gründe die zur Überschuldung führen, werden in den o. g. Studien v. a. Arbeitslosigkeit, Trennung, Scheidung oder Tod von der Partnerin oder vom Partner, Erkrankungen bzw. Sucht oder eine gescheiterte Selbstständigkeit genannt. Zudem wird dort als Ursache für die Überschuldungssituation eine unwirtschaftliche Haushaltsführung angeführt. Dieser Befund deckt sich, soweit es anhand der TS-Daten nachvollziehbar ist, mit den Themen der Anrufer/innen. Insbesondere bei Arbeitslosigkeit wurden die Themen Schulden und Armut bei der TS häufig genannt. Arbeitslosigkeit ist in der Regel mit deutlichen Einkommenseinbußen verbunden und ist damit ein kritisches Lebensereignis. Dieses kritische Lebensereignis ist in vielen Fällen schwer vorhersehbar, weshalb sich der Haushalt hierauf nur schwer einstellen kann. Mit länger andauernder Arbeitslosigkeit steigt das Überschuldungsrisiko (BMAS 2008, 51). Gerade für arbeitslose Menschen, die ein Jahr und länger arbeitslos sind, besteht eine vergleichsweise erhöhte Überschuldungsgefahr, weil Mechanismen der Krisenbewältigung wie Einsparungen, Kredite, familiäre Hilfen mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit weniger genutzt werden können.

Abbildung 6.2: Anteil der Anrufe mit dem Gesprächsthema Armut und Schulden



Auffällig ist auch der Zusammenhang der Thematisierung von Armut und Schulden in Verbindung mit Einsamkeit/Isolation (sone_1) und Partnerschaft (sone_2). Fast jedes fünfte Gespräch zum Thema Armut und Schulden bezieht sich auf das soziale Netz. Hier lassen sich Zusammenhänge mit den Ausführungen zu Familie und Finanzen (vgl. Kapitel 5.6) und zur materiellen Situation im Alter herstellen (vgl. Kapitel 7.5.).

Tabelle 6.2: Häufigkeit der Gesprächsthemen sone_1 und sone_2 (nach Armut/Schulden)

Mehrfachantworten möglich

	Einsamkeit/Isolation (sone_1)	Partnerschaft, Elternschaft, Schwangerschaft, Betreuung (sone_2)
Armut/Schulden ist kein Thema	14,5%	30,1%
Armut/Schulden ist Thema	19,5%	19,2%

6.3 Schulden, Armut und Gesundheit

In den Anrufen bei der TS wurden neben dem Thema Armut und Schulden sehr häufig auch das körperliche Befinden (kusb_1) und Niedergeschlagenheit/Ängste usw. (kusb_2) angesprochen. Dies lässt sich damit erklären, dass eine Überschuldungssituation sich nicht ausschließlich auf die finanzielle Situation eines Haushalts auswirkt, sondern im Zusammenhang eines Prozesses der psychosozialen Destabilisierung zu sehen ist. Dies kann mit negativen Veränderungen auf den sozialen Status sowie das physische und psychische Befinden einhergehen und diese Kombination erklären. Es wurde in vielen Untersuchungen gezeigt, dass bei ökonomischem Stress

vermehrt physische Krankheitserscheinungen wie Herz-Kreislaufprobleme, Kopfschmerzen, Magenprobleme, Schwindelanfälle sowie verstärkter Alkohol- und Zigarettenkonsum auftreten. Gleichzeitig wurde eine Zunahme von Depressionen beobachtet (vgl. BMAS 2013, 365).

Dies legt die weitergehende Vermutung nahe, dass ein Zusammenhang zwischen Schulden und Armut und einer diagnostizierten psychischen Erkrankung vorliegen könnte. Dieses konnte jedoch in den Anrufen der TS nicht nachgewiesen werden.

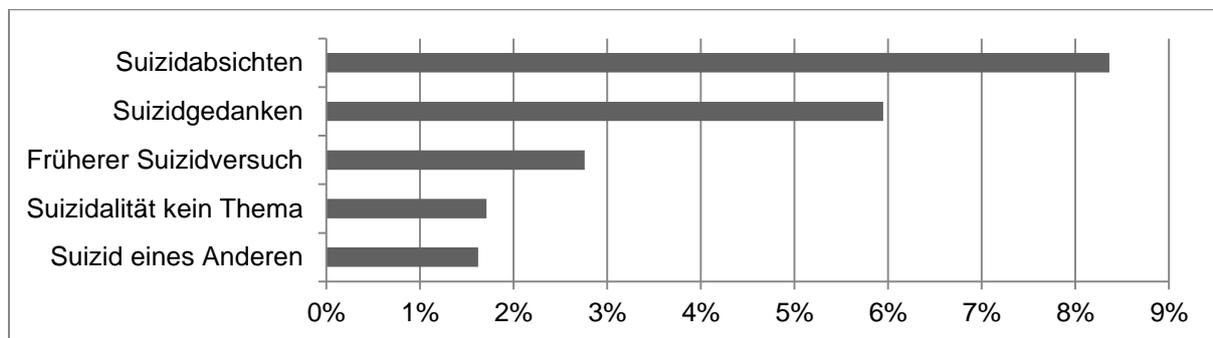
**Tabelle 6.3: Häufigkeit des Gesprächsthemas Armut/Schulden
(nach diagnostizierter psychischer Erkrankung)**

	Armut/Schulden
diagnostizierte psychische Erkrankung	1,9%
Keine diagnostizierte psychische Erkrankung	2,0%

Von den über 210.000 Anrufen bei denen eine diagnostizierte psychische Erkrankung bekannt bzw. genannt wurde, wurden in weniger als 2% und damit in etwas mehr als 4.000 Gesprächen das Thema Armut und Schulden thematisiert. Von fast 600.000 Anrufen, in denen keine psychische Erkrankung genannt oder bekannt wurde, war in fast 12.000 Gesprächen das Thema Armut und Schulden präsent.

Eine Analyse der Anrufe zum Thema Armut und Schulden, in denen keine psychische Erkrankung genannt oder bekannt war, zeigt, dass Suizidgedanken und Suizidabsichten deutlich erhöht genannt wurden (vgl. auch Ausführungen im Kapitel 4.2). Suizidgedanken und -absichten können nicht nur individuelle, sondern vielfach auch soziale Ursachen haben. Diese können in gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen begründet sein. Wachsende Armut, private Überschuldung, Arbeitslosigkeit und damit verbunden der Verlust der sozialen Netzwerke sind Faktoren, die Menschen überfordern können.

Abbildung 6.3: Häufigkeit der Gesprächsthemas Armut/Schulden (nach diagnostizierter psychischer Erkrankung)



6.4 Zusammenfassende Empfehlungen für die Arbeit der TS

Die Daten zum Themenfeld Schulden und Armut spiegeln im Großen und Ganzen bundesweite Trends wider. Damit zeigt sich, dass die Daten zu den Anrufen der TS eine wertvolle Quelle für die Analyse von Folgen von Armut und Überschuldung sein könnten. Es gibt bisher wenig Forschungsliteratur, die explizit die Folgen von Überschuldung in den Blick nimmt. Zudem erscheinen die entsprechenden Personengruppen aufgrund des Auftrags und Anliegens der TS im Vergleich zur bundesdeutschen Bevölkerung eher unterrepräsentiert. Diese Vermutung legen die Daten zumindest nahe.

Die drei Kategorien zur finanziellen und materiellen Sicherheit Armut und Schulden (Verschuldung, Verarmung) in Verbindung mit Finanzfragen (Fragen rund um Geldangelegenheiten, Einnahmen, Ausgaben, Verluste, aber auch Erbschaft, Unterhalt, Rente, Steuern) und Wohnung/Wohnumfeld (Obdachlosigkeit, Umzug, Wohnungssuche, Wohnsituation) sind ungenau und schwer voneinander abzugrenzen. Sie haben viele gemeinsame Schnittmengen. So geht aus den Daten zu Finanzfragen nicht hervor, ob z.B. eine Erbschaft oder Rente Gesprächsinhalt war, oder ob nicht gezahlter Unterhalt Sorgen bereitet (vgl. TelefonSeelsorge 2013, 35).

Die Gruppe der älteren, alleinlebenden Männer kann für die TS von besonderer Bedeutung sein. Sie rufen häufiger zu dem Thema Armut und Schulden an und einige Anrufer äußern Suizidgedanken oder -absichten, ohne dass eine diagnostizierte psychische Erkrankung bekannt oder genannt wurde. Dieses Ergebnis in Verbindung mit

den Erkenntnissen aus der Suizidforschung (vgl. Kap. 7.1.) könnte eine besondere Aufmerksamkeit für diese Gruppe begründen.

Bei der Kategorie „Berufliche Situation“ fällt die Selbständigkeit zusammen mit angestellten Arbeitnehmer/innen unter dem allgemeinen Begriff „erwerbstätig“. Es wäre, nicht nur bei dem Thema „Schulden und Armut“ interessant zu analysieren, wie sich das Thema Selbständigkeit bzw. gescheiterte Selbständigkeit bei den Anrufen abbildet. Es ist zu vermuten, dass sich auch in den Themenfeldern Familie und Alter Zusammenhänge erkennen lassen.

In Anbetracht der vorliegenden Ergebnisse ist davon auszugehen, dass die TS eine wichtige ergänzende und/oder kompensatorische Funktion – wenn auch mit begrenzten Möglichkeiten – zu Leistungen der Schuldnerberatung in der Unterstützung armer und/oder überschuldeter Personen einnimmt. Der niedrigschwellige und anonyme Zugang zur Beratung ist dabei ein zentraler Faktor, der sie für die Anrufer/innen attraktiv macht.

7. Alter

Die Ausführungen zum Thema „Alter“ versuchen aus den Daten Erkenntnisse zu Herausforderungen und Belastungen zu gewinnen, denen sich alte Menschen ausgesetzt fühlen und die sich daher an die TS wenden. Eine zentrale Frage bei der Definition „alte Menschen“ lautet: Wie lässt sich die Zielgruppe bestimmen? Wer gehört zu der Kategorie „Alter“ und damit zu den älteren Anrufer/inne/n? Die Altersangabe wird bei der TS, wie in Kapitel 3.3 beschrieben, einer Altersgruppe mit einer Spanne von zehn Jahren zugeordnet. So gibt es Altersgruppen von 50 bis 59 Jahre, 60 bis 69 Jahre, 70 bis 79 Jahre und über 80 Jahre.

Zur Bestimmung dieser Zielgruppe konnte in dieser Untersuchung somit nur das chronologische Alter herangezogen werden. Das chronologische Alter liefert jedoch nur eine ungenaue Einschätzung dafür, ab wann jemand zur Gruppe der Älteren gerechnet werden kann. Aber ab wann gelten die Anrufer/innen als alt? Ab 50, ab 60, ab 70 Jahren? In Kombination mit dem Ruhestand oder erst später? Sind „Hochaltrige“ von jüngeren Alten abzugrenzen und wenn ja, ab welchem Alter?

Es gibt keine gesicherten Befunde dafür, dass bestimmte Abschnitte des Alterungsprozesses streng an das chronologische Alter gebunden sind und das Menschen, nur weil sie das 60. oder 70. Lebensjahr erreicht haben, einen anderen Gesundheitszustand und ein anderes Leistungsvermögen haben oder andere soziale Aktivitäten als mit 50 Jahren erleben (vgl. Deutscher Bundestag 2010,125).

Aus soziologischer Sicht sind verschiedene Altersphasen gesellschaftliche Konstruktionen. Altersphasen und damit das Alter bekommen ihre typische Bedeutung erst durch soziale Zuschreibungen. Die so genannte „Institutionalisierung des Lebenslaufs“ (Kohli 1985) führt dazu, dass den Menschen in den verschiedenen Altersphasen jeweils ein anderer Status zugewiesen wird, mit dem jeweils bestimmte Verhaltens- und Rollenerwartungen verbunden sind. So bedeutet das Erreichen des Rentenalters bis heute häufig das Ende des Arbeitslebens.

Im Fokus der Ausführungen in dieser Untersuchung werden die Anrufer/innen zu den Älteren gezählt, die zur Altersgruppe ab 60 Jahre eingeordnet wurden. Das Alter kann bekannt oder auch geschätzt sein (vgl. TelefonSeelsorge 2013, 11). Ab 60 Jahren werden meist die Lebensstile der mittleren Lebensphase beibehalten und der

erreichte Sozialstatus bleibt im Wesentlichen bestehen. Wichtig sind in dieser Lebensphase der Erhalt der Gesundheit, der Fortbestand von Familienstrukturen und der materiellen Sicherung, um die erreichte Lebensqualität trotz der Einschränkungen des Alterns aufrecht zu erhalten. Von diesen Faktoren hängen Wohnqualität und die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Partizipation ab. In dieser Lebensphase sind aber auch Verbesserungen durch freie Zeiteinteilung, den Aufbau neuer sozialer Beziehungen oder durch Weiterbildung möglich. In der Phase zwischen 65 und 74 Jahren steht der Übergang in den Ruhestand und die Umstellung auf die neue Lebensphase im Vordergrund. Dazu gehört auch die Erschließung neuer sozialer Netzwerke und alternativer Betätigungsfelder z.B. in Form eines Ehrenamts (vgl. Deutscher Bundestag 2013, 285).

Die Ergebnisse der Analysen zu den TS-Anrufen werden im Kontext aktueller Forschungsbefunde diskutiert, die in den letzten Jahren Erkenntnisse zu den Lebenssituationen von Menschen im Alter geliefert haben. Hierzu zählen insbesondere die bisher erschienenen Altenberichte der Bundesregierung, der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte Deutsche Alterssurvey (DEAS) und die gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts zur „Gesundheit und Krankheit im Alter“ (2009).

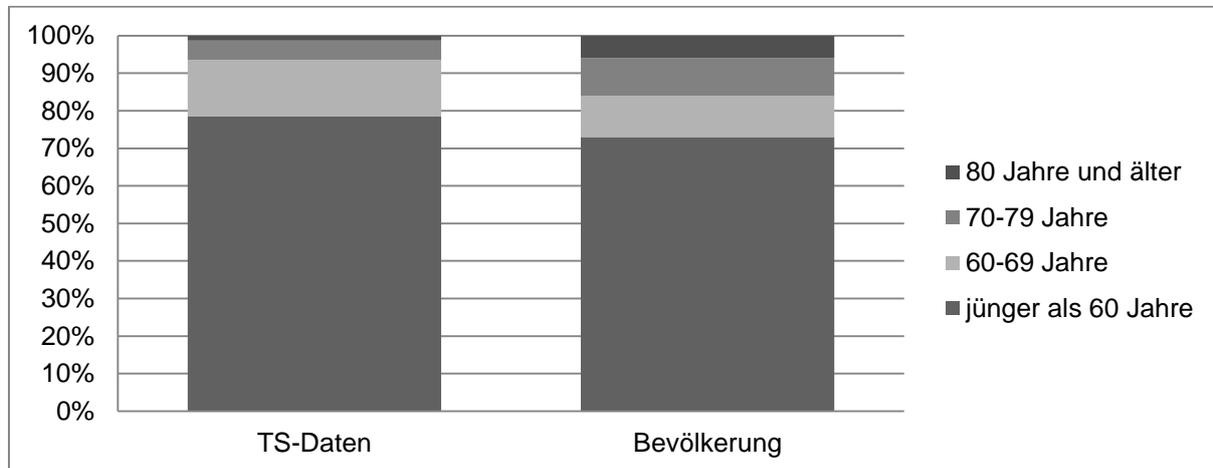
Diese Studien benennen u. a. folgende aktuelle Herausforderungen für ältere Menschen: Materielle Sicherung, Gesundheit und Wohlbefinden, Gesellschaftliche Partizipation, Lebensformen und Partnerschaft, Altersbilder in der Gesellschaft, Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft, Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger, Alter und Gesellschaft und Wohnen im Alter. Nachfolgend werden die Herausforderungen diskutiert, zu denen die TS-Statistik Datenmaterial liefern kann.

7.1 Merkmale der älteren Anrufer/innen

Die folgende Abbildung zeigt die Altersverteilung bei den Anrufen. 78,5% der Anrufe erfolgten von Personen die jünger als 60 Jahre waren. Von der Altersgruppe der 60 bis 69-jährigen, die 11% der Gesamtbevölkerung umfassen, wurden über 15% der Anrufe bei der TS getätigt. Mit steigendem Alter sinkt der Anteil der Anrufe jedoch deutlich. Die 70 bis 79-jährigen, die 10% der Gesamtbevölkerung ausmachen, sind

nur mit 5,1% der Anrufe vertreten. Von den ab 80-jährigen, immerhin 6% der Bevölkerung, sind im Verhältnis nur 1,3% der Anrufe bei der TS an.

Abbildung 7.1: Altersverteilung Anrufe im Vergleich zur Altersstruktur der Bevölkerung



Somit sind die Anrufe der 60 bis 69-jährigen über-, die Anrufe der über 70-jährigen hingegen unterrepräsentiert. Wolfgang Birk stellte schon im Jahresbericht „Ruf und Rat“ (1990) die Fragen, ob die älteren Menschen bei der TS unterrepräsentiert blieben, weil sie in einer Tradition aufgewachsen sind, in der es hieß: Mit Problemen muss man selber fertig werden? Oder weil zu oft das Besetztzeichen ertönt? Die TS nicht bekannt sei?

Neben diesen drei Vermutungen könnte ein weiterer Grund sein, dass mit zunehmenden Alter Krankheiten ältere Menschen von einem Anruf abhalten. Mit steigendem Alter nimmt die Anzahl von Menschen zu, die mehrere Krankheiten gleichzeitig haben. Rund drei von vier Personen im Alter zwischen 70 und 80 Jahren haben mindestens zwei Erkrankungen gleichzeitig, 20% der Menschen dieser Altersgruppe haben sogar fünf oder mehr Krankheiten (vgl. Statistisches Bundesamt u.a. 2009, 21). Insgesamt fällt auf, dass im höheren Alter überwiegend Frauen anriefen. Während über alle Altersstufen hinweg, der Anteil an Frauen bei 66,5% lag, so war dieser Anteil bei den Anrufer/inne/n ab 60 Jahren bei 73-85%. Dies lässt sich u.a. damit erklären, dass von den rund 17 Millionen Menschen ab 65 Jahren in Deutschland 57% Frauen und 43% Männer sind. Dieses Ungleichgewicht lässt sich zum einen auf die höhere Lebenserwartung von Frauen und zum anderen auf die Auswirkungen des Zweiten Weltkriegs zurückführen. Viele Männer der heutigen Rentnergeneration sind

im Krieg gestorben, wobei sich dieses Ungleichgewicht in den vergangenen Jahren stetig verringert hat. 1990 lag der Frauenanteil in der Altersklasse ab 65 Jahren noch bei 66% (vgl. Statistisches Bundesamt 2012a, 7).

Diese Erklärung reicht jedoch nicht aus, um die geringe Anzahl der männlichen Anrufe zu erklären, gerade da in Deutschland das Suizidrisiko mit dem Lebensalter steigt und insbesondere Männer deutlich mehr vollendete Suizide begehen als Frauen. Beträgt die Suizidziffer (Anzahl der Suizide pro 100.000 Einwohner) 2012 bei 20 bis 25-jährigen Männern noch 11,9 (Frauen 3,2) steigt sie bei den 85 bis 90-jährigen Männern auf 73,2 (Frauen 15,1) (vgl. Robert Koch-Institut 2014, 59). Mögliche Risiken für Suizide im höheren Alter können der Renteneintritt und Verwitwung sein. So wird diskutiert, ob für Männer mit dem Beginn der Rente der Verlust von Sozialkontakten und der Verlust z. B. der Ernährerrolle eine Rolle spielen können. Zudem gilt sowohl für Männer als auch für Frauen eine Partnerschaft als Schutzfaktor für psychische Störungen, der Verlust der Bezugsperson scheint für Männer/Witwer jedoch belastender zu sein (ebd., 59).

Tabelle 7.1: Verteilung der Altersgruppen nach Geschlecht und Erstanruf und Wiederholungsanruf

	Geschlecht		Anruf	
	Männlich	Weiblich	Erstanruf	Wiederholungsanruf
jünger als 60 Jahre	35,9%	63,7%	27,0%	73,0%
60-69 Jahre	26,6%	73,2%	14,7%	85,3%
70-79 Jahre	14,9%	85,0%	13,7%	86,3%
80 Jahre und älter	16,1%	83,7%	13,8%	86,2%

Der Anteil der Erstanrufe ist ab 60 Jahren deutlich reduziert. In nur ca. 27% der Anrufe nutzten die Anrufer/innen die Beratung bei der TS erstmalig. Hier zeigt sich, dass ältere Männer ab 70 Jahren seltener oder nicht mehr anrufen.

Von den insgesamt 8.500 Ehrenamtlichen sind etwa 80% Frauen und 20% Männer (vgl. Telefonseelsorge 2015, 9). Da nur jeder fünfte Ehrenamtliche ein Mann ist, kann die Vermutung aufgestellt werden, dass ältere Männer lieber mit einem Mann über ihre Themen reden wollen, als mit einer Frau und auflegen, wenn sie einen weibli-

chen Gesprächspartner haben. Diese Vermutung kann mit der Untersuchung von Weber untermauert werden, bei der 54% der 476 Befragten über 60 Jahre zwar keine Präferenz hatten, ob sie bei der TS mit einem Mann oder einer Frau sprechen würden. 29% wünschten sich jedoch explizit eine Frau und 8% einen Mann als Gesprächspartner (vgl. Weber 1992, 20).

7.2 Themen der älteren Anrufer/innen

Die Anrufe von Menschen ab 60 Jahren umfassen mit Abstand am häufigsten folgende Themen:

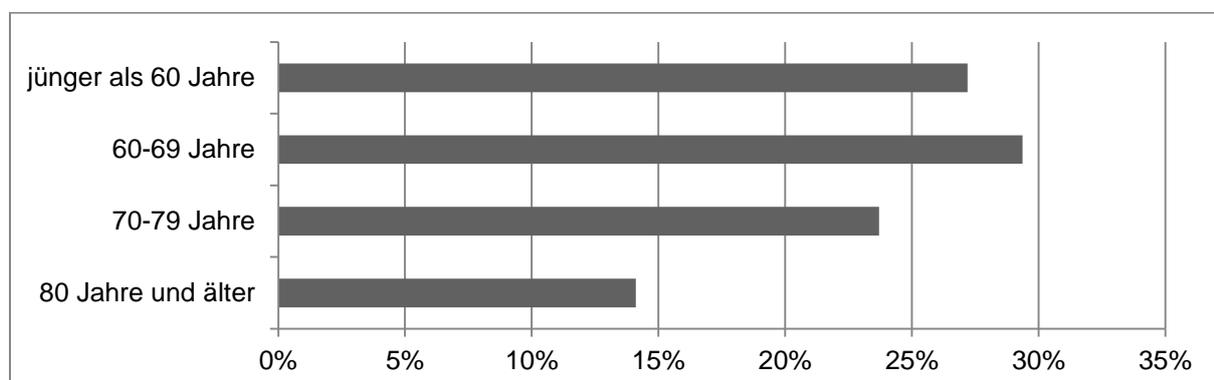
Tabelle 7.2a: Häufigkeit der Gesprächsthemen (nach Altersstufen) Mehrfachantworten möglich

	jünger als 60 Jahre	60-69 Jahre	70-79 Jahre	80 Jahre und älter
1.	kusb_2 (41,7%)	kusb_2 (42,3%)	kusb_2 (38,6%)	sone_1 (40,5%)
2.	sone_2 (32,6%)	sone_2 (27,5%)	kusb_1 (29,6%)	kusb_2 (37,4%)
3.	kusb_1 (16,4%)	kusb_1 (25,7%)	sone_2 (28,7%)	kusb_1 (34,5%)
4.	sone_1 (12,7%)	sone_1 (21,4%)	sone_1 (25,8%)	sone_2 (27,4%)
5.	sone_4 (10,9%)	sone_4 (12,3%)	sone_4 (14,0%)	sone_4 (9,1%)
6.	taet (9,6%)	fima (8,6%)	sinn (6,2%)	sone_3 (8,0%)
7.	sone_3 (7,7%)	sone_3 (8,1%)	fima (6,1%)	sinn (5,9%)
8.	kusb_7 (6,7%)	taet (5,3%)	sone_3 (5,7%)	fima (5,3%)
9.	fima (5,8%)	sinn (5,2%)	taet (5,4%)	taet (3,5%)
10.	kusb_4 (3,8%)	kusb_4 (3,5%)	kusb_3 (3,1%)	kusb_3 (3,0%)
11.	sinn S (3,7%)	kusb_6 (3,0%)	kusb_5 (2,6%)	ruec (2,6%)
12.	sone_6 (3,3%)	kusb_3 (2,4%)	ruec (2,3%)	kusb_5 (1,7%)
13.	kusb_6 (2,5%)	ruec (2,2%)	kusb_4 (1,9%)	sone_6 (1,0%)
14.	kusb_3 (2,4%)	kusb_5 (2,1%)	kusb_6 (1,3%)	kusb_6 (0,9%)
15.	ruec R (1,6%)	kusb_7 (2,1%)	sone_6 (1,2%)	kusb_7 (0,6%)
16.	kusb_5 (1,3%)	sone_6 (1,9%)	kusb_7 (0,6%)	kusb_4 (0,5%)
17.	sone_5 (0,3%)	sone_5 (0,1%)	sone_5 (0,1%)	sone_5 (0,1%)

Hinweis: kusb_1=Körperliches Befinden; kusb_2=Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress, Selbstverletzendes Verhalten, Selbstbild; kusb_3=Verwirrheitszustände; kusb_4=Sucht; kusb_5=Positives Befinden (Freude, Dankbarkeit Liebe, Glück, ...); kusb_6=Suizidalität Anrufender oder andere; kusb_7=Sexualität; sone_1=Einsamkeit/Isolation; sone_2=Partnerschaft, Elternschaft, Schwangerschaft, Betreuung; sone_3=Trennung, Sterben, Tod; sone_4=Alltagsbeziehungen (Nachbarn, Freunde, usw.); sone_5=Migration/Integration; sone_6=Körperliche, seelische und sexuelle Gewalt; taet=Tätigkeit; fima=Finanzielle und materielle Sicherheit; sinn=Sinn, Werte; ruec=Rückmeldung Telefonseelsorge

Der Tabelle lässt sich entnehmen, dass es in den Gesprächen v.a. um das seelische Befinden geht (Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress, selbstverletzendes Verhalten, Selbstbild kusb_2). Danach folgen die Themen körperliches Befinden (kusb_1), Einsamkeit und Isolation (sone_1) und familiäre Themen (Partnersuche, Leben in Partnerschaft, familiäre Beziehungen, Betreuung und Pflege sowie Trennung sone_2). Die Häufigkeit, mit der das seelische und das körperliche Befinden thematisiert wird, lässt sich u.a. dadurch erklären, dass mit fortschreitendem Alter ein deutlicher Anstieg der Gesundheitsprobleme zu beobachten ist, sowohl hinsichtlich der Anzahl erkrankter Personen als auch bezüglich der Komplexität der vorliegenden Beeinträchtigungen. Bei älteren und insbesondere bei hochaltrigen Menschen bestehen oftmals komplexe Krankheitsprobleme, die selten auf körperliche Beschwerden beschränkt sind, sondern beispielsweise auch funktionelle und soziale Auswirkungen haben können. Aus der Komplexität der gesundheitlichen Beeinträchtigungen resultiert die Gefahr psychosozialer Symptome sowie des Mobilitätsverlusts und in der Folge ein erhöhtes Risiko für die Aufrechterhaltung der selbstständigen Lebensführung. Risiken für einen Verlust der Selbstständigkeit stellen nachweislich Depressionen und Demenz dar. Hinzu kommen physiologische Veränderungen wie z. B. vermindertes oder nachlassendes Seh- und Hörvermögen, abnehmende Lungenfunktion, höherer Blutdruck und eine geringere Knochendichte (BMAS 2013, 86). Dies ist aber keinesfalls zwingend und ist individuell unterschiedlich ausgeprägt.

Abbildung 7.2: Anteil der Personen mit diagnostizierter psychischer Erkrankung (nach Altersstufen)



Der Anteil der älteren Anrufer/innen bei der TS mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung nimmt im Alter von 29,4% bei den über 60-jährigen auf 14,1% bei den über 80-jährigen kontinuierlich ab (siehe Abbildung 7.2). In der Berliner Altersstudie zeigte fast die Hälfte der 70-jährigen und Älteren keine psychischen Symptome, knapp ein Viertel war jedoch eindeutig psychisch krank. In der Analyse wurden bezüglich einzelner psychischer Erkrankungen folgende Häufigkeiten ermittelt: 14% der Untersuchten litten an einer Demenz, 9% an einer depressiven Störung und knapp 2% an einer Angststörung. Ebenfalls knapp 2% waren von anderen Störungen, z. B. wahnhaftige Störungen oder Persönlichkeitsstörungen betroffen (vgl. Lindenberger u.a. 2010, 209 ff.). Die meisten Menschen ab 60 Jahren rufen in der TS an, um über ihr seelisches Befinden zu sprechen. Bei den 60 bis 69-jährigen sind es 42,3% und bei den über 80-jährigen noch 37,4%. Somit wird das Thema seelisches Befinden mindestens in jedem dritten Anruf eines älteren Menschen ab 60 Jahren in der TS angesprochen.

Der Anteil der älteren Menschen, der wegen Suizidgedanken, Suizidabsichten oder -versuchen anruft, ist insbesondere bei den 60 bis 69-jährigen sehr hoch. Die Suizidhäufigkeit ist, wie oben bereits beschrieben, bei älteren Menschen deutlich höher als im Mittel aller Altersgruppen (vgl. Statistisches Bundesamt u.a. 2009, 53). Insbesondere bei Männern steigt sie ab etwa 75 Jahren exponentiell an (70 bis 74-jährige Männer: 31/100.000 Gestorbene; 90-jährige und ältere Männer: 87/100.000 Gestorbene). Die TS Daten bestätigen dieses Ergebnis nicht. Ab 70 Jahren wird in fast 95% der Anrufe nicht mehr über Suizidgedanken oder ähnliches gesprochen. Dies obwohl z. B. die Suizidgefahr Verwitweter weit höher ist als bei Verheirateten. Insbesondere scheinen einsame hochaltrige Menschen gefährdet. In der Untersuchung von Niederfranke (1992) gaben 40% der Witwer und 21,5% der Witwen an, unmittelbar nach dem Tod Suizidgedanken gehabt zu haben. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme des TS scheint für diese seltener eine Option zu sein.

Tabelle 7.2b: Suizidalität (nach Altersstufen)

	jünger als 60 Jahre	60-69 Jahre	70-79 Jahre	80 Jahre und älter
keine Suizidalität	92,9%	90,5%	94,7%	94,6%
Suizidgedanken	4,6%	6,4%	3,8%	4,5%
Suizidabsichten	1,1%	1,6%	0,4%	0,3%
früherer Suizidversuch	1,0%	1,1%	0,7%	0,3%
Suizid eines Anderen	0,5%	0,4%	0,4%	0,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Das somatische Krankheitsspektrum im Alter wird von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Bewegungsapparates dominiert. Neben der im Alter häufigeren Diagnose Osteoporose führen vor allem Stürze zu altersbedingten Funktionseinschränkungen. Fast ein Drittel der 65-jährigen und Älteren sowie die Hälfte der 80-jährigen und Älteren stürzen jährlich mindestens einmal. Dies wirkt sich auf die Kompetenz in den grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens, wie z. B. Essen und Körperpflege aus und kann zu eingeschränkter körperlicher Aktivität, Verlust an Selbstvertrauen und der Gefahr einer sozialen Isolation führen (vgl. Statistisches Bundesamt u.a. 2009, 49 ff.). Weniger als 5% der Menschen mit Behinderungen besitzen die Beeinträchtigung von Geburt an. Die Mehrzahl der Behinderungen wird erst im Laufe des Lebens und hier überwiegend im fortgeschrittenen Lebensalter erworben.

So wird bei der TS das körperliche Befinden mit zunehmendem Alter immer mehr zum Gesprächsthema. Bei den über 80-jährigen geht es in 34,47% aller Gespräche um das körperliche Befinden. Bei den 60 bis 69-jährigen waren es nur 25,7% der Gespräche.

Tabelle 7.2c: Häufigkeit der Gesprächsthemen körperliches und seelisches Befinden (nach Altersstufen) Mehrfachantworten möglich

	Körperliches Befinden (kusb_1)	Niedergeschlagenheit, Ängste, Stress, Selbstverletzendes Verhalten, Selbst- bild (kusb_2)
jünger als 60 Jahre	16,4%	41,7%
60-69 Jahre	25,7%	42,3%
70-79 Jahre	29,6%	38,6%
80 Jahre und älter	34,5%	37,4%

7.3 Familiäre Lebensformen im Alter

Es gibt zwei prägende Lebensformen der Anrufer/innen ab 60 Jahren: Ältere in Privathaushalten leben als Ehepaar zusammen oder sie sind alleinlebend. Dies kann durch die Ergebnisse aus dem Mikrozensus 2011 belegt werden. Mehr als die Hälfte der unter 85-jährigen lebt als Ehepaar ohne ledige Kinder im Haushalt. Im Alter über 85 Jahre ist das nur noch bei einem Viertel der Fall. Der Anteil der Alleinlebenden nimmt im Alter über 85 Jahre auf fast zwei Drittel zu. Daneben leben 7% der Hochaltrigen alleinstehend in einem größeren Haushalt, z. B. mit ihren erwachsenen Kindern oder anderen Verwandten. Alle anderen Lebensformen spielen im Alter nur eine marginale Rolle (vgl. Nowossadeck u.a. 2013, 4 f.). Dies zeigt sich auch bei den Anrufer/innen der TS. In über 85% der Anrufe bezeichnen sich die über 80-jährigen, als alleinlebend. Nur in 6,6% der Anrufe der über 80-jährigen lebt noch in einer Partnerschaft und nur 2,2% in einer Familie.

Die hohe Zahl der alleinlebenden Menschen unter den Anrufer/innen wird deutlich. In 79% der Anrufe geben die 60 bis 69-jährigen und in 81,8% der Anrufe geben die 70 bis 79-jährigen an, alleine zu leben.

Dabei unterscheiden sich Frauen und Männer im Rentenalter deutlich in ihren Lebensformen voneinander. Neben der unterschiedlich hohen Lebenserwartung, die dazu führt, dass im Rentenalter Frauen mit 44% deutlich häufiger allein in einem Einpersonenhaushalt leben als Männer (19%). Dennoch ist auch im Rentenalter das Zusammenleben als Paar die häufigste Lebensform. Knapp die Hälfte (49%) der Seniorinnen und 79% der Senioren teilen sich den Haushalt mit ihrem Ehe- oder Lebenspartner (vgl. Statistisches Bundesamt 2014a, 42).

Auffällig ist, dass Einsamkeit und Isolation zwar insgesamt nur den dritten Rang der häufigsten Themen einnimmt, aber bei den ab 80-jährigen mit über 40% das mit Abstand wichtigste Thema wird. Dabei sind die Kategorien Einsamkeit und Isolation der TS nicht eindeutig definiert (vgl. TelefonSeelsorge 2013, 25). Der Begriff soziale Isolation beschreibt einen Mangel an sozialen Beziehungen. Im Gegensatz zu den Begriffen Alleinleben und Alleinsein bezieht sich der Begriff der Isolation auf einen normativen Vergleich. Isolation liegt vor, wenn die Zahl und Dauer der sozialen Kontakte unter einem als – allgemein – notwendig erachtetem Minimum liegt. Einsamkeit ist dagegen eine subjektive Erlebenskomponente. Einsamkeit entsteht, wenn eine Per-

son Zahl und Qualität ihrer sozialen Beziehungen mit ihren diesbezüglichen Wünschen vergleicht. Weicht das wahrgenommene Netzwerk davon ab, resultiert daraus Einsamkeit als negativ erlebtes Alleinsein oder Isoliertsein, verbunden mit dem unangenehmen Gefühl der Verlassenheit, des Kontaktmangels oder -verlustes (vgl. Tesch-Römer 2000). Ältere Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand erleben in höherem Maße Einsamkeit als gesunde Menschen, da mit eingeschränkter Mobilität größere Probleme entstehen können, soziale Kontakte durch eigene Aktivität aufrecht zu erhalten. Neben körperlichen Einschränkungen kann die Empfindung, Selbstständigkeit zu verlieren und zunehmend abhängig und hilfsbedürftig zu werden, das Gefühl der Einsamkeit verstärken (vgl. BMAS 2013, 302). Alleinleben und Alleinsein, der Tod des Lebenspartners, Kinderlosigkeit, Gesundheit und Mobilitäts-einschränkungen oder Wohnen im Heim stellen Risikofaktoren für die Entstehung von Einsamkeitsgefühlen dar. Keiner der Faktoren allein ist jedoch eine hinreichende Bedingung für Einsamkeit, weil persönliche Ressourcen und individuelle Ansprüche an das Netzwerk moderierend wirken können. Treten mehrere dieser Risikofaktoren ein, erhöht sich die Gefahr von Einsamkeitsgefühlen.

Interessant ist hier auch ein Ausblick: Jeder vierte Haushalt (24,2%) ist derzeit in Deutschland ein Seniorenhaushalt, das heißt, dass ausschließlich Ältere ab 65 Jahren in ihm leben. Das Statistische Bundesamt prognostiziert, dass die Zahl der Menschen, die in Seniorenhaushalten ab 60 Jahren leben, von 2009 bis 2030 noch einmal um 33% steigen wird (vgl. Nowossadeck u.a. 2013, 13). Dies dürfte sich in den kommenden Jahren auch bei der TS bemerkbar machen.

Tabelle 7.3: Lebensform (nach Altersstufen)

	jünger als 60 Jahre	60-69 Jahre	70-79 Jahre	80 Jahre und älter
Allein lebend	60,0%	79,2%	81,8%	85,2%
In Partnerschaft/Ehe	13,3%	13,1%	11,0%	6,6%
In einer Familie	18,5%	2,8%	1,6%	2,2%
Alleinerziehend	4,1%	0,5%	0,5%	0,2%
In einer Gemeinschaft	4,2%	4,5%	5,1%	5,7%
<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>

Weniger als 3% der ab 65-jährigen in Deutschland wollte oder konnte sich nicht mehr in den eigenen vier Wänden selbstständig versorgen und lebt in Alten- oder Pflege-

heimen oder anderen Gemeinschaftseinrichtungen. Dieser Prozentsatz steigt mit zunehmendem Alter ab 85 Jahren auf etwa 17% an (vgl. Statistisches Bundesamt 2012a, 17). Bei den Anrufen steigt diese Zahl von 4,5% der ab 60-jährigen auf 5,7% der ab 80-jährigen. In der TS wird hier das Zusammenleben mit anderen Menschen z.B. im Heim, in einer Wohngemeinschaft, Wohngruppe oder Kloster gefasst (vgl. TelefonSeelsorge 2013, 12). Ende 2013 waren 2,6 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI); die Mehrheit (65%) waren Frauen. 83% der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter; 85 Jahre und älter waren 37%. Mehr als zwei Drittel (71% bzw. 1,86 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Davon erhielten 1.246.000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 616.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. 29% (764.000 Pflegebedürftige) wurden in Pflegeheimen vollstationär betreut (vgl. Statistisches Bundesamt 2015b, 7). Auch hier könnten Gründe für die hohe Anzahl an Anrufen zu den Themen im Bereich Partnerschaft, Familie und Betreuung liegen (27,4-28,7%) liegen.

Ein Drittel der 2,6 Millionen Pflegebedürftigen wies auch eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz auf. Bei weiteren 109.000 Personen wurde keine Pflegestufe, aber eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt.

Von den vollstationär im Heim betreuten Frauen und Männer waren die Hälfte 85 Jahre und älter, bei den zu Hause Versorgten knapp ein Drittel (31%). Schwerstpflegebedürftige wurden zudem eher im Heim vollstationär betreut: Während bei den 70 bis unter 75-jährigen „nur“ jeder Zwanzigste (5%) pflegebedürftig war, beträgt die Quote für die ab 90-jährigen 64% (vgl. ebd., 8). Auffallend ist, dass Frauen ab ca. dem 80. Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufwiesen – also eher pflegebedürftig sind als Männer dieser Altersgruppen. So beträgt z. B. bei den 85 bis unter 90-jährigen Frauen die Pflegequote 42% bei den Männern gleichen Alters hingegen „nur“ 30% (vgl. ebd., 8). Dies könnte mit der bereits oben benannten Situation zusammenhängen, dass ältere Frauen häufiger alleine leben, während die pflegebedürftigen Männer häufig z. B. zuerst von ihren Frauen versorgt werden. Dies könnte auch eine weitere Erklärung für die bereits diskutierten Anruhfrequenzen von Frauen sein.

7.4 Berufliche Situation im Alter

Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung gingen Menschen 2013 im Durchschnitt wegen Alters und Erwerbsunfähigkeit mit 61,2 (Frauen) und 61,4 Jahren (Männer) in Rente (vgl. DRV 2014, 139). Dieses Ergebnis lässt sich in der TS-Statistik der Anrufer/innen nicht nachvollziehen, da die Alterseinteilung von 60 bis 69 Jahren erfolgt. Deutlich erkennbar ist dieser Trend daher erst bei den ab 70-jährigen, wo fast 90% angaben, bereits im Ruhestand zu sein.

Auf der anderen Seite gibt es jedoch auch viele über 65-jährige, die noch beruflich aktiv sind. Die Erwerbsbeteiligung älterer Menschen ist in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen. Im Jahr 2012 war knapp die Hälfte (49,6%) der 60 bis 64-jährigen am Arbeitsmarkt aktiv. Besonders ältere Frauen sind wesentlich häufiger am Erwerbsleben beteiligt: Rund 40,9% der Frauen von 60 bis 64 Jahren waren am Arbeitsmarkt aktiv. Zehn Jahre zuvor waren dies nur 16,4%. Bei den Männern der gleichen Altersgruppe legte die Erwerbsbeteiligung von 34,0% auf 58,6% zu (vgl. Statistisches Bundesamt 2014b, 1). Dies lässt sich bei den Anrufen ebenfalls nicht einfach nachvollziehen. Erkennbar ist aber, dass noch in 0,7% der Anrufe von über 70-jährigen angegeben wurde, erwerbstätig zu sein. Dies dürften überwiegend Selbstständige und geringfügig Beschäftigte sein. In Deutschland waren im 1. Quartal 2015 846.978 Menschen über 65 Jahren im gewerblichen Bereich und weitere 36.114 in Privathaushalten geringfügig beschäftigt (vgl. DRV 2015, 28, 36).

Tabelle 7.4: Tätigkeit (nach Altersstufen)

	jünger als 60 Jahre	60-69 Jahre	70-79 Jahre	80 Jahre und älter
Schule/Studium/Ausbildung	15,9%	0,1%	0,0%	0,0%
Hausfrau/Hausmann	4,1%	5,1%	5,1%	2,4%
Arbeitslos	13,7%	5,4%	0,2%	0,9%
Erwerbstätig	32,1%	7,9%	0,7%	0,2%
Ruhestand	4,2%	56,5%	89,6%	94,3%
Sonstiges	3,2%	3,2%	0,6%	0,8%
Erwerbsunfähig	26,9%	21,9%	3,5%	1,4%
<i>Total</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>

Die Erwerbstätigkeit, aber auch gerade das nicht mehr erwerbstätig sein können, könnten eine Erklärung dafür sein, dass die Kategorie „Tätigkeit“ mit über 5% der Anrufe im Alter eine so große Bedeutung einnimmt. Dies liegt auch daran, dass diese Kategorie sich aus Arbeitssituation, Arbeitslosigkeit und Alltagsgestaltung zusammensetzt. Überraschenderweise unterscheidet sich die Häufigkeit bei den älteren Menschen im Alter von 60 bis 69 Jahren kaum von denjenigen, die 70 bis 79 Jahre alt sind.

7.5 Materielle Situation im Alter

Die wichtigste Grundlage der materiellen Ressourcen für Personen im Alter ab 65 Jahren sind die Leistungen der Alterssicherungssysteme. Die gesetzliche Rentenversicherung ist dabei mit 64% des Bruttoeinkommens die Haupteinkommensquelle. Reicht die Rente oder ein anderes Einkommen im Alter nicht, gibt es Wohngeld oder die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Das Thema Finanzen wird bei 8,6% der Anrufe von über 60-jährigen thematisiert und sinkt von 6,1% bei den über 70-jährigen auf 5,3% bei den über 80-jährigen. Menschen jenseits von 65 Jahren sind in der Regel im Ruhestand. Ob sich bestehende Wünsche im Alter verwirklichen lassen, wird u. a. bestimmt durch die finanziellen Möglichkeiten. Beim Renteneintritt gibt es deutliche Einkommensunterschiede. Bei einer Betrachtung der Einkommenssituation von alleinlebenden Seniorinnen und Senioren zeigt sich, dass ein Viertel der alleinlebenden Frauen im Rentenalter häufiger mit weniger als 900 Euro persönlichem monatlichen Nettoeinkommen zurechtkommen muss, auf Männer trifft dies zu nur 16% zu (vgl. Statistisches Bundesamt 2014a, 43). Daher sind Frauen ab 65 Jahren insbesondere aus dem früheren Bundesgebiet häufiger auf Grundsicherungsleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) angewiesen. Mit rund 63% war der überwiegende Anteil der Leistungsbeziehenden der Grundsicherung über 65 Jahre weiblich.

Menschen in höherem Alter haben kaum die Möglichkeit, ihr Einkommen durch Bildung, Qualifizierung oder Ausweitung der Erwerbsbeteiligung zu verbessern. Da zudem Risikofaktoren über den Lebensverlauf kumulieren und sich gegenseitig verstärken können, sind Veränderungen der ökonomischen Lage aus eigener Kraft in Alter selten zu erwarten. Äußere Ereignisse, zu denen z. B. der Tod des Lebenspartners

oder die Notwendigkeit einer Heimunterbringung zählen, können die finanzielle Situation aber sehr wohl deutlich verändern (vgl. BMAS 2013, 293 f.).

Im untersten Einkommensdezil (10% der Äquivalenzeinkommenverteilung) der Seniorenhaushalte sind Frauen, über 75-jährige und ehemals Selbstständige überproportional zu finden.

Unter den Menschen ab 65 Jahren, die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beziehen, ist der Anteil der Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung mit 46% fast doppelt so hoch, wie in der Gruppe der Senioren ohne Grundsicherungsbezug (24%). Dies gilt auch für Menschen, die in ihrem Leben kaum oder gar nicht erwerbstätig waren. Diese sind unter den Leistungsberechtigten mit einem Anteil von 30% sehr viel häufiger anzutreffen als bei denen, die keine Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung beziehen (3%). Ehemals Selbstständige sind unter den Leistungsberechtigten mit rund 20% ebenfalls relativ häufig vertreten. Sie sind sie in etwa doppelt so häufig von Hilfebedürftigkeit im Alter betroffen wie ehemals abhängig Beschäftigte (vgl. ebd., 297).

Ende 2010 bezogen 318.000 Menschen Hilfe zur Pflege und 630.000 Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Davon waren im Bereich Hilfe zur Pflege ca. dreiviertel der Leistungsbezieher mindestens 65 Jahre alt. Bei Leistungsberechtigten über 65 Jahren ist vielfach davon auszugehen, dass die Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen dauerhaft ist, weil ihnen die Mittel fehlen, um die erheblichen Bedarfe vollständig zu decken, und sie mangels ausreichender Erwerbsfähigkeit und ihres Alters auch zukünftig kein hinreichendes Erwerbseinkommen erzielen werden. Von zentraler Bedeutung für diese Personen ist außerdem, ob und in welcher Höhe Leistungen aus vorgelagerten Sicherungssystemen bezogen werden. So erhielten z. B. von den Empfängern von Hilfe zur Pflege rund zwei Drittel gleichzeitig Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers, die alleine aber nicht zur Abdeckung der gesamten Pflegekosten reichen (vgl. BMAS 2013, 292). Die Sorge um die Finanzierung der Pflegekosten dürften sich in den Anrufen wiederfinden, eine genauere Einschätzung ist anhand der vorliegenden Daten jedoch nicht möglich.

7.6 Zusammenfassende Empfehlungen für die Arbeit der TS

Zunächst einmal stellte sich in den Analysen heraus, dass die Altersangabe 60 bis 69 Jahre die Ergebnisse zum Themenfeld „Alter“ an einigen Stellen begrenzt aussa-

gefähig macht. So geht aus den Daten nicht eindeutig hervor, ob die Anrufer/innen das Renteneintrittsalter erreicht haben, oder nicht. Eine Differenzierung in 60 bis 64-jährige und 65-69-jährige wäre analog der unter 20 bis 24-jährigen zu empfehlen. Auch wenn das Renteneintrittsalter bei 67 Jahren liegt, würde diese Einteilung aussagekräftiger sein. Im Weiteren ist aus den ermittelten Häufigkeiten der besprochenen Themen nicht gleichzeitig auf deren Relevanz für das Alter zu schließen. Schließlich gibt es auch hier unterschiedliche einflussnehmende Faktoren, warum und wie ein Thema statistisch durch die Mitarbeiter/innen der TS erfasst wird.

Insgesamt zeigt sich, dass der Anteil von Anrufen älterer Menschen über 80 Jahre an der Gesamtstichprobe relativ gering ist. Mit 8.937 Anrufen ist nur noch die Gruppe der unter 10-jährigen weniger vertreten. Im Hinblick auf den demographischen Wandel und dem Anteil an der Bevölkerung stellt sich die Frage, warum der Gesprächsbedarf so gering ist, oder ob es mögliche Zugangsbarrieren oder Hemmschwellen für diese Zielgruppen zu den Angeboten der TS gibt. Gerade für diese Zielgruppe, aber besonders für Männer über 80 Jahre, könnte es im Kontext vorliegender Erkenntnisse zu Belastungen und Themen interessant sein, alternative Möglichkeiten der Ansprache zu prüfen.

Es zeigt sich eine sehr breite Streuung hinsichtlich der Gesprächsthemen im Alter. Die Lebenssituation von Menschen im Alter – das bestätigen die vorliegenden Daten – sind heute sehr vielfältig. Auffallend ist, dass trotz der bekannten Hinweise auf das Thema Gewalt gegen Menschen im Alter (Görge u. a. 2009) und das Thema Migration/Integration diese nur verhältnismäßig selten zentrales Gesprächsthema waren. Mitarbeiter/innen der TS sollten mit den Lebenslagen und Bedürfnissen älterer Menschen vertraut sein und mit eigenen Werte- und Normvorstellungen im Kontext der Beratungsarbeit mit diesen Anrufer/innen reflektiert umgehen können.

Die TS kann hier eine wichtige Stimme für die Anliegen und Bedürfnisse älterer Menschen in fachpolitischen Kontexten sein. Hier kann sie die wichtige Funktion übernehmen, regionale wie überregionale Debatten über das stark fokussierte Thema Pflege hinaus auf alters- und altersngerechte Fragestellungen zu lenken.

Teil III - Diskussion der Ergebnisse und Ausblick

Der Philosoph Martin Heidegger hat die Sorge als Existential, als ein Phänomen, das mit der Existenz des Menschen einhergeht, was zum Menschen gehört, bezeichnet (vgl. Einführende Gedanken). Bei der TS rufen Menschen mit vielfältigen Sorgen an. Sie haben Sorgen um ihre Zukunft, um ihre Gesundheit, um ihre Familien, Sorgen um die Zukunft ihrer Kinder, ihre Partner, um das Ein- und Auskommen, Sorge um andere Menschen, Sorgen um die Anforderungen der Gesellschaft, Sorgen um ihre Gesundheit und vieles mehr. Sie fragen: „Wie wird das gehen?“, „Wer kann mir helfen?“, aber sie fragen vor allem auch nach dem „Warum?“ nach dem „Sinn“. Hinter diesen Fragen kommt die Sorge zum Ausdruck, ob etwas auch sinnlos gewesen sein kann. Heidegger beschreibt die Sorge als „Sich-selbst-vorweg-sein“. Es geht weniger darum, was „ist“, sondern mehr darum, was „sein“ wird. In den Anrufen z. B. zur Suizidalität wird auch die Frage nach dem Ende gestellt. Diese Sorge kann eine starke Kraft entfalten, sich nicht nur an die Gegenwart zu verlieren, sondern auch die zukünftigen Auswirkungen unseres Handelns in den Blick zu nehmen. Andererseits birgt die Sorge auch die Gefahr, dass sie den Blick auf die Gegenwart blockiert.

Zu Beginn dieser Untersuchung haben wir die Frage gestellt, worin der seelsorgerische Auftrag der TS im aktuellen gesellschaftlichen Kontext liegt. Genau in diesen thematisch vielfältigen Spannungsfeldern aus gegenwärtigen und zukünftigen Themen kann der seelsorgerische Auftrag der TS liegen. In der christlichen Tradition wird gemahnt, sich nicht ängstlich um den morgigen Tag zu sorgen. Dies spricht nicht einer irgendwie gearteten Sorglosigkeit das Wort, sondern eher für eine vertrauende Gelassenheit. „Darum sorgt nicht für morgen, denn der morgige Tag wird für das Seine sorgen. Es ist genug, dass jeder Tag seine eigene Plage hat“ (vgl. Matth. 6, 34). Familien, Menschen mit einer psychischen Erkrankung, ältere Menschen werden mit dem gesellschaftlichen Trend zur Selbstoptimierung konfrontiert. "Mehr und besser arbeiten, gesünder sein und glücklicher, eine gute Beziehung führen und die Zeit besser verbringen" (Friedrichs 2013, 12). Die Optimierungspraxis scheint an die Stelle der alten Glaubenslehren getreten zu sein. Sloterdijk beschreibt dieses permanente Nach-oben-Streben mit dem technisch-rationalen Begriff "Vertikalspannung" (Sloterdijk 2009, 47). Nachdem alle Ideologien ausgedient hätten, bleibe dem freien Menschen bloß mehr diese eine große Metaidee: Mach das Beste aus dem eigenen

Leben. Doch was ist, wenn ein „Nach-oben“ nicht mehr wichtig oder möglich ist? Oder noch bedeutsamer: Der Sinn des bisherigen Lebens verloren gegangen ist? Wenn deutlich wird, dass wir zwar so tun können, als hätten wir es selbst in der Hand für das oder jenes zu sorgen, es aber nicht (mehr) gelingt?

Die hohe Anzahl an Anrufen und die vorliegende Auswertung lassen darauf schließen, dass viele Menschen ihre Sorgen teilen wollen. Ein seelsorgerischer Auftrag der TS könnte darin liegen, eine Haltung oder Erwartung zu reflektieren, die alles von sich selbst erwartet. Menschen können ihre Zukunft nicht machen und für alle Fälle vor-sorgen. Gleichzeitig sollte der seelsorgerische Auftrag nicht in eine umfassende Für-sorge übergehen. Heidegger unterscheidet zwischen der „einspringend-beherrschenden“ und der „vorspringend-befreienden“ Fürsorge (Heidegger 1979, 122). Erstere ist eher paternalistisch zu verstehen, die dem Anderen die Aufgaben abnimmt und ihn zu einem Klient/inn/en degradiert und dadurch die Wahrnehmung eigener Lebensmöglichkeiten verwehrt. Diese Fürsorge kann den Menschen zum Abhängigen und Beherrschten werden lassen. Demgegenüber steht die „vorspringend-befreiende“ Fürsorge, die eher als eine Hilfe zur Selbsthilfe zu begreifen ist. Sie „verhilft dem Anderen dazu, *in* seiner Sorge sich durchsichtig und *für* sie frei zu werden“ (ebd. 122). Sie akzeptiert den Anderen in seiner Andersartigkeit und versucht bei Bedarf, das jeweils eigene Anliegen auf den Weg zu bringen. Der seelsorgerische Auftrag der TS sollte zudem durch die Begriffe „Rücksicht“ und „Nachsicht“ geprägt sein, die die Fürsorge charakterisieren (ebd. 123) und damit eher zur Mit-sorge werden.

Ein derartiges Fürsorgeverständnis lässt erahnen, welcher hoher Anspruch an die Fachlichkeit der TS-Arbeit und an die Selbstreflektionskompetenz der Mitarbeiter/innen gestellt wird und werden muss.

Nachfolgend werden zehn zentrale Ergebnisse benannt und daraus Empfehlungen für die TS-Arbeit abgeleitet, um die Fragen zu beantworten, ob die TS der Breite der thematischen Anliegen ihrer Anrufer/innen gerecht werden kann, welche Beratungsthemen und -anliegen heutiger junger wie älterer Generationen erkennbar sind, welche Konsequenzen dies für das ehrenamtliche und hauptamtliche Personal der TS hat und welche Zielgruppen über die Öffentlichkeitsarbeit der TS nicht erreicht werden (vgl. Ausgangsfragestellung Kapitel 1).

Zentrale Ergebnisse und Empfehlungen

1. Im Zeitraum vom 1.7.2013 bis 30.6.2014 erreichten 1.886.876 Anrufe die TS. Die Zahl der Anrufversuche liegt um ein Vielfaches höher (vgl. Auswertung des Monats Juli 2014). Damit dürfte die TS die meistgewählte Nummer im Feld der Telefonberatungen sein. Insgesamt konnten ca. 60% der 1.351.811 Anrufe analysiert werden. Das macht eine Stichprobengröße von 803.689 Anrufen. Da es keine Themeneinschränkungen gibt, besteht die Wahrscheinlichkeit, dass bei bestimmten Themen nicht das richtige „Matching“, die richtige Passung zwischen Anrufer/innen und Mitarbeiter/innen entsteht. Hinsichtlich der Themenvielfalt (vgl. Kapitel 3.3.1.) stellt sich die grundsätzliche Frage, wieviel explizites Fachwissen ist für eine gute Beratung am Telefon nötig? Welche Informationen benötige ich, um bei speziellen Themen professionell weitervermitteln zu können bzw. inwieweit reicht eine gute Beratungsausbildung im Allgemeinen aus? Spezialisiertes Wissen scheint an vielen Stellen unabdingbar zu sein, um Problemlagen überhaupt erkennen und einordnen zu können. Bei dieser Themenvielfalt können themenbezogene Schwerpunktqualifikationen und evtl. auch ein themengesteuerter Zugang empfohlen werden (vgl. Kapitel 3.4.).
2. Im Beobachtungszeitraum waren 34,1% der Anrufe auf männliche und 65,9% auf weibliche Anrufer/innen zurückzuführen. Die gesprächsannehmenden Personen bei der TS waren zu 23% Männer und zu 77% Frauen. Ergebnisse wie z.B. zum Thema hochaltrige Männer und Suizidalität legen diese Vermutung nahe (vgl. Kapitel 7.2.). Bei über 350.000 Anrufen der Kategorie „Aufleger/verwählt“ und „Schweigeanruf“ kann die Hypothese aufgestellt werden, dass das Gespräch in einigen Fällen nicht geführt wurde, weil z.B. kein Mann oder keine Frau am anderen Ende erreicht werden konnten. Seelsorgerische Betreuung bei der TS ist somit nach wie vor eine deutlich weiblich geprägte Aufgabe. Die Akquise von Männern, die für die TS tätig sind, sollte ebenso forciert werden wie die Öffentlichkeitsarbeit der TS mit und für Männer (vgl. Kapitel 3.1 und Kapitel 7.2).
3. Zum einen besteht das Klientel der TS zu einem großen Teil aus „Stammkunden“ bzw. Wiederholungsanrufer/innen. Zum anderen gelingt es einer großen

Zahl von Ratsuchenden nur aufgrund mehrmaliger Versuche zur TS-Beratung durchzukommen oder ihre Anrufversuche bleiben erfolglos (vgl. Kapitel 3.2). Aufgrund der zum Teil sehr hohen Anrufversuche einzelner Anschlüsse von Stammkunden mit einer psychischen Erkrankung wäre ein prioritärer Zugang von Erstanrufer/innen zu empfehlen. Bei älteren bzw. hochaltrigen Menschen kann die Hypothese aufgestellt werden, dass eine erschwerte Erreichbarkeit dazu führt, dass sie es nicht erneut versuchen. Die vergleichsweise geringen Anrufrufen in dieser Zielgruppe sollten Auswirkungen auf die Öffentlichkeitsarbeit und auf eine mögliche Zugangssteuerung haben.

4. Über 57.000 Gespräche wurden in der TS zum Thema Suizid geführt. In mehr als 8.800 Anrufen wurden Suizidabsichten geäußert. Suizidale Absichten stehen häufig – nicht immer – in Zusammenhang mit psychischen oder physischen (chronischen) Erkrankungen mit fehlender Heilungsaussicht. In Anbetracht der vorliegenden Ergebnisse ist davon auszugehen, dass die TS eine wichtige ergänzende und/oder kompensatorische Funktion – wenn auch mit begrenzten Möglichkeiten – zu Leistungen des Gesundheitssystems in der Unterstützung psychisch erkrankter und suizidaler Personen einnimmt. Sicherlich ist ihr niedrighschwelliger Zugang zu Beratung ein zentraler Faktor, der sie für die Anrufer/innen attraktiv macht. Die Teilgruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (unter 9 Jahre bis 29 Jahre) fällt besonders auf. In den vorliegenden Analysen wurden immer wieder erhebliche seelische Belastungen bis hin zu suizidalen Gedanken oder Absichten erwähnt (vgl. Kapitel 4.1.5, 4.2.1, 4.2.2). Kinder und Jugendliche mit suizidalen Gedanken und Absichten sprachen im Alterskohortenvergleich aller Anrufe von Personen mit suizidalen Gedanken und Absichten zudem am häufigsten sexuelle, seelische und körperliche Gewalterfahrungen an (vgl. Kapitel 4.2.1). Junge Menschen diesen Alters sind vielfach noch nicht an professionelle Einrichtungen angebunden, die sie in schwierigen Lebenslagen unterstützen können (vgl. hierzu für das Erkrankungsbild der Depression - Ergebnisse des Robert Koch Instituts 2010a, S. 23). Für diese Zielgruppe dürfte die TS ein attraktiver weil niedrighschwelliger Ansprechpartner sein. Umso wichtiger ist es, dass für das Thema psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter geschultes Personal am Telefon sitzt, das mögliche Warnsignale wahrnimmt, einordnen und im

besten Fall an entsprechende Hilfeinstanzen weitervermitteln kann und zudem um Herausforderungen und Schwierigkeiten in der Diagnostik von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter weiß (vgl. Kapitel 4.1.3). Es zeigt sich, dass die TS zumindest punktuell ein Partner lokaler Netzwerke der Jugendhilfe zum Thema Kinderschutz und frühe Hilfen ist bzw. sein sollte.

5. Besondere Kompetenzen im Umgang mit psychisch Erkrankten erfordert zudem die Gruppe der höherbetagten Anrufer/innen. Hier werden die TS-Mitarbeiter/innen mit der Herausforderung konfrontiert, sensibel für Hinweise auf psychische Erkrankungen zu sein. Dafür bedarf es jedoch Wissen um die spezifischen Symptome psychischer Erkrankungen im Alter (vgl. Kapitel 4.1.3). Psychische Belastungen zeigen sich den Daten zufolge insbesondere in typischen biographischen Übergangsphasen (bei den 20 bis 29-jährigen sowie 60 bis 69-jährigen). Diese sind bei jungen Erwachsenen die Phase der Loslösung vom Elternhaus und der Verselbständigung, bei älteren Menschen die des Ausstiegs aus dem Berufsleben und der Gestaltung der Lebensphase Ruhestand. Die TS-Mitarbeiter/innen sollten in besonderer Weise dafür geschult sein, zu Herausforderungen in Übergangsphasen beraten zu können, die heute von hoher Entstandardisierung, Pluralisierung der Lebensstile und einer Vielfalt von Werteorientierungen geprägt sind. Hier sind Kompetenzen im Bereich des sozialpädagogischen Fallverstehens sowie Fachwissen zu Lebenslagen und Lebensstilen (wie z.B. zu Milieustudien) von Bedeutung. Ebenfalls ist ein reflektierter Umgang mit den eigenen Normen- und Wertevorstellungen dringend geboten.
6. Auffallend ist der extrem hohe Anteil von Anrufen alleinlebender Personen. Er macht fast 65% aller Anrufe aus. Diese Zahl lässt vermuten, dass der Anteil Alleinlebender unter den TS Anrufer/inne/n trotz Wiederholungsanrufer/innen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt überrepräsentiert ist. Im Umgang mit dieser größten Anrufergruppe, die sich einsam und/oder sozial isoliert fühlen (vgl. Hinweise in Kapitel 3.3.5, 3.4, 4.1.2) bedarf es Wissen um entsprechende Lebensentwürfe sowie Fachwissen zum Aufbau sozialer (auch professioneller) Netzwerke. Hier empfiehlt sich eine besondere Aufmerksamkeit bei der Qualifizierung bzw. eine Spezialisierung zum Thema soziale Netzwerke. Die Gruppe der älteren,

alleinlebenden Männer kann für die TS von besonderer Bedeutung sein. Sie rufen häufiger zu dem Thema Armut und Schulden an und äußern teilweise Suizidgedanken oder -absichten, ohne dass eine diagnostizierte psychische Erkrankung bekannt oder genannt wurde. Dieses Ergebnis in Verbindung mit den Erkenntnissen aus der Suizidforschung (vgl. Kap. 7.1.) sollte eine besondere Aufmerksamkeit in der TS für diese Gruppe begründen.

7. Familie mit ihren vielfältigen und sehr differenzierten Themen scheint als Zielgruppe der TS nur begrenzt im Fokus zu sein. Auffällig ist, dass der Anteil der Anrufe Alleinerziehender sehr klein ist. Gut 3% der Anrufe lassen sich nur dieser Zielgruppe zuordnen (inklusive Wiederholungsanrufe). Zu vermuten wäre gewesen, dass die Beratungsnachfrage dieser Zielgruppe aufgrund der vielfach als problematisch und/oder benachteiligend beschriebenen Lebenssituationen (vgl. Kapitel 5.2) größer ist. Hier empfiehlt es sich zu überprüfen, inwieweit die TS für diese Zielgruppe ein attraktives Unterstützungsangebot darstellt bzw. ob es Zugangsbarrieren zur den Dienstleistungen der TS bzw. zur telefonischen Beratung für Familien und insbesondere Alleinerziehende gibt.
8. Jugendliche und junge Erwachsene sind vor dem Hintergrund ihrer psychischen Belastungen sowie ihrer Deprivationserfahrungen als Zielgruppe der TS im Blick zu behalten. Auffällig ist die hohe Zahl der Anrufer/innen in dieser Altersgruppe, obwohl es spezialisierte Telefonberatungen gibt. Fast jeder fünfte Anruf von Kindern im Alter von 10-14 Jahren mit Suizidgedanken oder -absichten wurde mit körperlichen oder seelischen Gewalterfahrungen sowie sexuelle Gewalt (sone_6) verbunden. Hier zeigt sich, dass die TS auch ein wichtiger Partner zum Thema Kinderschutz ist bzw. sein kann. Eine genauere Analyse zur Situation dieser Zielgruppe im Kontext der TS ist daher zu empfehlen.
9. Aufgrund der technischen Voraussetzungen der Anrufverteilung über die Telekom ist es möglich, dass insbesondere Mobiltelefon nutzende Ratsuchende schlechtere Chancen hatten, eine/n Berater/in der TS zu erreichen. Bislang ist es bei der TS bundesweit nicht einheitlich geregelt, ob und in welchem Verhältnis Handyanrufe zu Festnetzanrufen Priorität in der Weiterleitung haben. Um Anrufer/innen

ohne Festnetzanschluss nicht zu benachteiligen, ist zu empfehlen, die Priorität der Weiterleitung von Handyanrufen zu Festnetzanrufen zu klären und ggfs. das Verhältnis festzulegen bzw. anzugleichen.

10. Die Daten der TS sind in der jetzigen Form begrenzt verwertbar. Es gibt Mehrdeutigkeiten bzw. sehr grobe Kategorien, die die Aussagekraft der Daten einschränken (Beispiel Kategorie Lebensform „in einer Familie“, „Schulden und Armut“). So geht aus den Daten z.B. nicht eindeutig hervor, ob die Anrufer/innen aus der Rolle der Kinder oder Eltern berichteten. Darüber hinaus würde die Erfassung des Bildungshintergrundes der Anrufer/innen konkretere Analysen zur Lebenssituation ermöglichen. Zudem würden genauere Zielgruppenanalysen der TS erfolgen können. Die häufige, möglicherweise auch arbeitsökonomischen Erwägungen geschuldete Erfassung nur eines Gesprächsthemas macht genauere Analysen von Themenkombinationen schwer. Hier empfiehlt sich ein fortwährender Dialog mit den Mitarbeiter/inne/n über die Form der Datenerfassung zur möglichst einheitlichen Nutzung von TS-Bussi. Zudem sollte die Anwendung von TS-Bussi für alle TS-Stellen verbindlich sein, um Verzerrungen auszuschließen. Eine Überarbeitung der bisherigen Statistik mit eindeutiger Begriffsklärung ist zu empfehlen, auch wenn das zu einer Veränderung der bisherigen Statistik führt, das Programm überarbeitet werden muss, evtl. neue Schulungen notwendig sind und die Analysen der letzten Jahre nicht ohne weiteres fortgesetzt werden können.

Diese Evaluation zeigt, wie wertvoll die Arbeit der TS für Menschen ist, die Sorgen haben. Sie wird seit sechs Jahrzehnten von Menschen aller Altersgruppen in Anspruch genommen. „Sorgen kann man teilen.“ ist der Leitsatz der TS; „Sorgen werden geteilt.“ das Ergebnis dieser Evaluation. Die statistische Erfassung der Anrufe ist für die Mitarbeiter/innen der TS ein Aufwand, der in der praktischen Arbeit nicht immer auf Verständnis trifft. Dieses umfangreiche und wertvolle Datenmaterial bietet der TS jedoch die Möglichkeit, problematische gesellschaftliche Entwicklungen beinahe seismographisch zu registrieren, auszuwerten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Öffentlichkeit zu diskutieren.

Literatur und sonstige Quellen

- Allianz Deutschland AG: Depression – wie die Krankheit unsere Seele belastet. München 2011.
- Blumenberg, Hans: Die Sorge geht über den Fluß. Frankfurt 1987.
- Bundesagentur für Arbeit: Der Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland – Monatsbericht Dezember und Jahr 2014. Nürnberg 2014 (<http://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Monatsbericht-Arbeits-Ausbildungsmarkt-Deutschland/Monatsberichte/Generische-Publikationen/Monatsbericht-201412.pdf>, Abruf 26.01.2015).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Lebenslagen in Deutschland. Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn 2008.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS): Lebenslagen in Deutschland. Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn 2013.
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Familienreport 2012 – Leistungen – Wirkungen – Trends. Berlin 2012a.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Alleinerziehende in Deutschland – Lebenssituationen und Lebenswirklichkeiten von Müttern und Kindern. Berlin 2012b.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Zeit für Familie. Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik. 8. Familienbericht. Berlin 2012c.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin 2013.
- Bundesministerium für Gesundheit: Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Berlin 2011.
- Bundespsychotherapeutenkammer: Komplexe Abhängigkeiten machen psychisch krank – BPtK Studie zu psychischen Belastungen in der modernen Arbeitswelt. Berlin 2010.

- Busch, Markus A.; Maske, Ulrike E.; Ryl, Livia, Schlack, Robert; Hapke, Ulfert: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Heidelberg 2013, S. 733-739.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014) Rentenversicherung in Zeitreihen. DRV-Schriften Band 22. Berlin 2014.
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See / Minijob-Zentrale: I. Quartal 2015. Aktuelle Entwicklungen im Bereich der geringfügigen Beschäftigung. Essen 2015.
- Deutscher Bundestag: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 17/3815. Berlin 2010.
- Friedrichs, Julia: Das tollere Ich. Weniger schlafen, produktiver arbeiten, besser leben: Wie Menschen sich mithilfe der Technik selbst optimieren. ZEITmagazin Nr. 33/2013 vom 12.08.2013, S. 12 ff. Hamburg 2013.
- Goethe, Johann Wolfgang von: Werke. Hamburger Ausgabe in 14 Bänden. Textkritisch durchgesehen und mit Anmerkungen versehen von Erich Trunz, Hamburg: Christian Wegener, Hamburg 1959.
- Görgen, Thomas; Herbst, Sandra; Kotlenga, Sandra; Nägele, Barbara; Rabold, Susann: Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im Leben älterer Menschen - Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin 2009.
- Groos, Thomas; Jehles Nora: Der Einfluss von Armut auf die Entwicklung von Kindern – Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung. Gütersloh 2015.
- Hapke, Ulfert; Maske, Ulrike E.; Scheidt-Nave, Christa; Bode, Liv; Schlack, Robert; Busch, Markus A.: Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Heidelberg 2013, S. 749-754.
- Heidegger, Martin: Sein und Zeit. 15. Aufl. Tübingen 1979.

- Henry-Huthmacher, Christine: Eltern unter Druck. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Studie. O.O. 2008 (http://www.kas.de/upload/dokumente/2008/02/080227_henry.pdf, Abruf 24.02.2015).
- Herder, Johann Gottfried: Werke. Erster Theil. Gedichte, Berlin 1879, S. 18-20.
- Hock, Christoph: Depression im Alter. In: Allianz Deutschland AG: Depression – wie die Krankheit unsere Seele belastet. München 2011, S. 50-55.
- Hötter-Ponath, Giesela: Trennung und Scheidung – Prozessbegleitende Interventionen in Beratung und Therapie. Stuttgart 2009.
- Institut für Demoskopie Allensbach: Monitor Familienleben 2012. Einstellungen und Lebensverhältnisse von Familien. Berlin 2012 (http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_studies/Monitor_Familienleben_2012.pdf, Abruf 24.02.2015).
- Institut für Demoskopie Allensbach: Monitor Familienleben 2013. Kernergebnisse. Einstellung der Bevölkerung zur Familienpolitik und zur Familie. Berlin 2013 (http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_studies/7893_Monitor_Familienleben_2013.pdf, Abruf 24.02.2015).
- Jost, Klaus: Depression, Verzweiflung, Suizidalität – Ursachen, Erscheinungsformen, Hilfen. Ostfildern 2006.
- Kierkegaard, Sören: Christliche Reden I: Die Sorgen der Heiden (1848). Gesammelte Werke Band 20. Düsseldorf 1959.
- Knobloch, Michael u.a.: iff Überschuldungsreport 2014 – Überschuldung in Deutschland. o.O. 2014. http://www.deutschland-im-plus.de/iff-Ueberschuldungsreport_2014-web.pdf, Abruf 14.05.2015.
- Kohli, Martin: Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 37 (1), Köln 1985, S. 1–29.
- Laubstein, Claudia; Holz, Gerda; Sthamer, Evelyn: Von alleine wächst sich nichts aus...Lebenslagen von (armen) Kindern und Jugendlichen und gesellschaftliches Handeln bis zum Ende der Sekundarstufe I. Abschlussbericht der 4. Phase der Langzeitstudie im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt. Frankfurt 2012.
- Lindenberger, Ullmann; Smith, Jacqui; Mayer, Karl Ulrich; Baltes, Paul B. (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Akad.-Verl. (Forschungsberichte / Interdisziplinäre Ar-

beitsgruppen, Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, 3) Berlin 2010 (3 Auflage).

- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest: JIM 2013 - Jugend, Information, (Multi-) Media - Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Stuttgart 2013.
- Melchior, Hanne, Schulz, Holger, Härter, Martin: Faktencheck Gesundheit - Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Gütersloh 2014.
- Merkle, Tanja; Wippermann, Carsten (2008): Eltern unter Druck. Selbstverständnisse, Befindlichkeiten und Bedürfnisse von Eltern in verschiedenen Lebenswelten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung von Sinus Sociovision GmbH im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. Stuttgart 2008.
- Nave-Herz, Rosemarie: Familie heute. Wandel der Familienstrukturen und Folgen für die Erziehung. Darmstadt 2012 (5. Auflage).
- Niederfranke, Annette: Ältere Frauen in der Auseinandersetzung mit Berufsaufgabe und Partnerverlust. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauen und Jugend. Bd. 4. Stuttgart, Berlin, Köln 1992.
- Nummer gegen Kummer e.V.: Statistik 2013 - Kinder- und Jugendtelefon. Wuppertal 2014.
- Nowossadeck, Sonja; Engstler, Heribert. Familie und Partnerschaft im Alter. Report Altersdaten 3/2013. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Berlin 2013.
- Prokids – Institut für Sozialforschung der Prosoz Herten GmbH, Deutscher Kinderschutzbund e.V.: Große Ohren für kleine Leute - Die Elefanten-Kinderstudie 2011/2012 zur Situation der Kindergesundheit in Deutschland. Herten 2012.
- Ritter, Joachim; Gründer, Joachim: Historisches Wörterbuch der Philosophie. 13 Bände. Basel 2007.
- Robert Koch Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Depressive Erkrankungen. Berlin 2010a.
- Robert Koch Institut: „GBE Kompakt 05/10 – Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes –Armut und Gesundheit“ Berlin 2010b
<http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/sonstige/reAwH2wxwRHfM/PDF/29wYJ9AaKy3gU.pdf>, Abruf 02.06.2015.

- Robert Koch Institut: KIGGS – Kinder- und Jugendgesundheitsstudie Welle 1. Berlin 2011.
- Robert Koch Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“, Berlin 2012.
- Robert Koch Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: „Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland - Wie geht es Männern?“ Berlin 2014.
- Sloterdijk, Peter: Du musst Dein Leben ändern. Über Anthropotechnik. Frankfurt 2009.
- Statistisches Bundesamt; Deutsches Zentrum für Altersfragen; Robert Koch Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin 2009.
- Statistisches Bundesamt: Ältere Menschen in Deutschland und der EU. Ergebnisse des Mikrozensus 2011. Wiesbaden 2012a.
- Statistisches Bundesamt: Alleinlebende in Deutschland -. Wiesbaden 2012b.
- Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit- Statistik der rechtskräftigen Beschlüsse in Eheauflösungssachen (Scheidungsstatistik). Wiesbaden 2013.
- Statistisches Bundesamt: Auf dem Weg zur Gleichstellung? Bildung, Arbeit und Soziales – Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Wiesbaden 2014a.
- Statistisches Bundesamt: „2012 war die Hälfte der 60 bis 64-Jährigen am Arbeitsmarkt aktiv.“ Pressemitteilung vom 21. Februar 2014 – 60/14. Wiesbaden 2014b.
- Statistisches Bundesamt: Bevölkerungspyramide auf der Grundlage des Zensus 2011. Wiesbaden 2015 a. <https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!a=80,100&o=2014v1&g>), Abruf 15.05.2015
- Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2013: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2015b.
- Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 2014. Wiesbaden 2015c.
- Sudermann, Hermann: Frau Sorge. Roman. Ungekürzte Ausgabe Ullstein (Ullstein-Buch). Berlin 1997.
- Suizidprävention Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Statistisches Bundesamt; Datenblätter vom 03.03.2015. Darstellung und Berechnung

gen: Georg Fiedler, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2015.
<http://www.suizidpraevention-deutschland.de/informationen/suizide-2013-in-arbeit.html>, Abruf 15.05.2015.

- Techniker Krankenkasse (Hrsg.): Bleib´ locker Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation. Hamburg 2013.
- TelefonSeelsorge: Leitfaden zur Datenerhebung (erarbeitet von der AG Statistik im Auftrag der Evangelisch-Katholischen Kommission für TS/OT – o. O. 2013).
- TelefonSeelsorge: Statistik der TS in Deutschland von 1956 bis 2013. o.O. 2014.
- TelefonSeelsorge: Anrufanalyse für Juni 2014 anonymisiert. o.O. 2014.
- TelefonSeelsorge (Hrsg.): TelefonSeelsorge in Deutschland (3/2015). Jahresbericht 2014. o.O. 2015.
- Tesch-Römer, Clemens; Kondratowitz, Hans-Joachim von; Motel-Klingebiel, Andreas; Spangler, Delia: OASIS – Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity. Erhebungsdesign und Instrumente des deutschen Surveys. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Diskussionpapiere Nr. 32), Berlin 2000.
- Weber, Wilfried: Was erwarten ältere und alte Menschen von der Telefonseelsorge? Ergebnisse einer Umfrage der „TS Stuttgart e. V.“ in: Auf Draht, Nr. 19, S-20-22, Stuttgart 1992.
- Weber, Traugott: Handbuch Telefonseelsorge. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen 2006.
- Weick, Stefan; Habich, Roland: Einstellungen zu Familie und Lebensformen. In: Statistisches Bundesamt und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn 2013, S. 64-68.
- World Vision Deutschland e.V. (Hrsg.): Kinder in Deutschland. Weinheim 2013.
- Ziegler, Holger: Gewaltstudie 2013: Gewalt- und Missachtungserfahrungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Abstract. Bielefeld 2013.