



Telefonseelsorge Berlin e.V.

Suizid im Alter - eine unbeachtete Tragödie



Dokumentation des Fachtages

18. November 2010 | *Tagesspiegel*-Verlagshaus

Inhalt

Geleitwort	3
Podiumsgäste	4
Referat: Suizidalität und Suizidprävention im Alter	5
Politik: Öffentlichkeit herstellen	10
Suizid und Medien	12
Suizid im Alter - Hausärztliche Aspekte	14
Alter und Pflege	16
Jahresprojekt 2011	18

Impressum

Telefonseelsorge Berlin e.V.
Nansenstr. 27
12047 Berlin

April 2011

Beiträge: Prof. Dr. Norbert Erlemeier, Senatorin Katrin Lompscher,
Caroline Fetscher, Dr. Max Bürck-Gemassmer, Susanne Sill,
Heidrun Wiese

Fotos: Jörg Kandziora
Druck: DeineStadtKlebt.de

Geleitwort

Der Themenkomplex „Suizid im Alter“ bildete im Jahr 2010 den Schwerpunkt unserer Präventionsarbeit. Die Zunahme von Anrufen verzweifelter alter Menschen, die nicht mehr weiter leben wollen, hatte uns veranlasst, die Öffentlichkeit auf die überproportional hohe Zahl von Alterssuiziden hinzuweisen.

Im Rahmen einer Podiumsdiskussion erörterten wir mit Vertreterinnen und Vertretern von Politik, Medien, Medizin und Pflege die Möglichkeiten der Suizidprävention. Eingeleitet wurde die Diskussion mit einem Referat von Professor Dr. Erlemeier, der sich mit Themen der Gerontopsychologie und Suizidprävention im Alter beschäftigt. In der anschließenden Diskussion haben wir das suizidpräventive Angebot der Telefonseelsorge Berlin e.V. unterstreichen können.



Wir freuen uns sehr, Ihnen mit dieser kleinen Broschüre die wesentlichen Ergebnisse und Statements unserer Podiumsgäste zum Thema „Suizid im Alter – eine unbeachtete Tragödie“ präsentieren zu können. Die an der Informationsveranstaltung Beteiligten haben in hohem Ausmaß dazu beigetragen, diese wichtige und berührende Thematik ins Bewusstsein der Öffentlichkeit zu heben. Dafür bedanken wir uns herzlich. Unser herzlicher Dank gilt auch dem *Tagesspiegel*, dem Gastgeber unseres Fachtages.

Dipl.-Psych. Heidrun Wiese

Leiterin des Projekts Suizidprävention
in der Telefonseelsorge Berlin e.V.

Podiumsgäste



Prof. Dr. phil. Norbert Erlemeier, langjährige Forschung und Lehre in der Gerontopsychologie; seit 2005 Lehrbeauftragter an der Universität Münster im Rahmen des Studiums im Alter; Mitglied mehrerer wissenschaftlicher Fachgesellschaften, u.a. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention; Mitglied im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland.



Katrin Lompscher, Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, geboren 1962 in Berlin, Studium von 1981 bis 1986 an der Hochschule für Architektur und Bauwesen Weimar; wiss. Mitarbeiterin an der Bauakademie der DDR, seit 1990 Deutsche Bauakademie Berlin; Leiterin der Abteilung Kultur und Bürgerdienste des Bezirksamtes Lichtenberg.



Caroline Fetscher, geb. 1958 in Tübingen, studierte Literaturwissenschaft und Psychologie in Freiburg und Hamburg (M.A.); von 1981 bis 1989 maßgeblich am Aufbau von Greenpeace Deutschland beteiligt; von 1990 bis 1997 Arbeit als freie Journalistin; seit 1997 feste Autorin des *Tagesspiegel*, Schwerpunkte Menschenrechte, Frauenrechte, Kinderschutz; Buchautorin.



Dr. Max Bürck-Gemassmer, Arzt für Allgemeinmedizin, mit den Zusatzbezeichnungen Chirotherapie, Homöopathie und Naturheilverfahren; seit 2005 niedergelassen in Berlin-Treptow; Studium in Freiburg und Berlin; Pflegegutachter des MDK in Berlin; 1996-2002 Landarzt in Südbaden; Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.



Susanne Sill, examinierte Altenpflegerin; tätig bei der Volkssolidarität Berlin gGmbH, Sozialstation Mitte/Prenzlauer Berg. In dieser Funktion pflegt sie Menschen, meistens alte pflegebedürftige Menschen, ambulant in deren eigener Wohnung. Sie ist in der Weiterbildung zur Fachschwester Psychiatrie, was ihren Zugang zu Menschen mit Depressionen erleichtert.

Suizidalität und Suizidprävention im Alter

Prof. Dr. Norbert Erlemeier

Führt man sich die offiziellen Statistiken über Suizidzahlen in Deutschland vor Augen, bietet sich ein bedrückendes Bild. Über 40 Prozent der rund 9500 Suizidtoten im Jahr sind 60 Jahre und älter. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung beträgt dagegen nur 26 Prozent. Fast jede zweite tödliche Suizidhandlung bei Frauen wird von einer über 60-Jährigen ausgeführt.

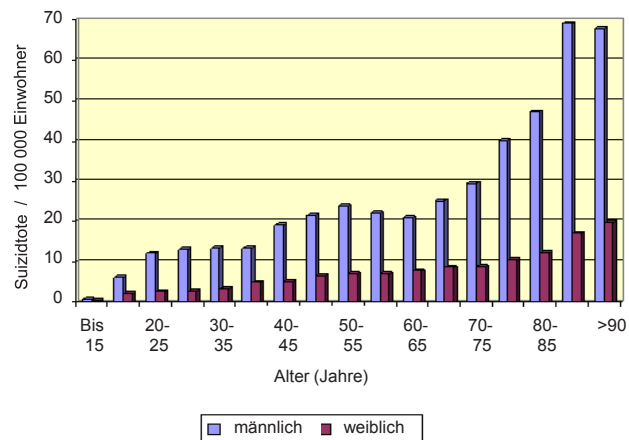
Die Folgerung muss lauten: Tödliche Suizidhandlungen tragen eindeutig die Handschrift des Alters, auch abzulesen an der Wahl der Selbsttötungsmethoden. Methoden wie das Erhängen, die Anwendung von Feuerwaffen bei Männern, das Ertrinken besonders bei Frauen, nehmen bei den über 60-Jährigen zu, Selbstvergiftungen dagegen ab. Suizidhandlungen im Alter werden meistens mit terminaler Entschiedenheit ausgeführt. Sie sind seltener als Hilfeappell an die soziale Umwelt zu verstehen, sondern eher als letzter Ausweg aus einer hoffnungs- und sinnlosen Lebenslage, die der subjektiven Kontrolle - außer durch Selbsttötung - entglitten ist und keine Besserung mehr verspricht. Suizidversuche dagegen werden häufiger von jüngeren Menschen ausgeführt, weil sie eher noch Möglichkeiten des Eingreifens und Helfens zulassen und oft als verzweifelter Hilferuf angelegt sind.

*Suizid trägt die
Handschrift des Alters*

Besonders beunruhigend ist der Zwiespalt zwischen erhöhter Suizidgefährdung bei alten Menschen auf der einen und ihrer geringen Inanspruchnahme von Krisendiensten und psychotherapeutischen Hilfen auf der anderen Seite. Jahresberichte von Krisenhilfeeinrichtungen zeigen, dass maximal 10 Prozent ihrer Klientel 60 Jahre und älter sind, während ihr Anteil an der

Gesamtbevölkerung um mehr als das Doppelte höher liegt. Zugangsbarrieren liegen auf beiden Seiten. Bei alten Menschen sind es z. B. die Unkenntnis der Hilfemöglichkeiten und die Tendenz zur „Privatisierung“ ihrer Probleme, bei den Helfern und Einrichtungen die Fokussierung auf die Nöte Jüngerer und damit einhergehend die geringe Erfahrung in der Bearbeitung von Problemen alter Menschen. Diese Diskrepanz gibt Anlass, Suizidprävention bei alten Menschen mit Nachdruck zu verbessern und auszubauen.

Suizidraten in Deutschland nach Alter und Geschlecht 2009



Nach wie vor erscheint der Alterssuizid in der Öffentlichkeit als randständiges Problem. Hochbetagten, die vom Leben nicht mehr viel zu erwarten haben, wird bei Suizidentscheidungen mehr Toleranz entgegengebracht als jüngeren Menschen, deren Leben noch eine andere Wende nehmen kann.

Wenn alte Menschen Rat und Hilfe suchen, sind es besonders Personen des vertrauten sozialen Umfeldes, d. h. Familien-

mitglieder und Freunde, aber auch Hausärzte, die als zentrale Schaltstelle in der Primärversorgung alter Menschen fungieren. Sie sind Ansprechpartner, Lotsen und Lebenshelfer nicht nur in medizinischen Fragen, sondern auch dann, wenn sich seelische Probleme, oft überlagert von körperlichen Symptomen, in den Vordergrund schieben. Diese können bei Zuspitzung auch auf eine schwere Lebenskrise mit depressiver Grundstimmung und suizidaler Gefährdung hindeuten.

Den Hausärzten fehlt jedoch oft die Zeit oder auch die Erfahrung, sich vertieft den seelischen und sozialen Problemen ihrer Alterspatienten zuzuwenden. Seelische Leiden, besonders Depressionen, verbergen sich oft hinter somatischen Beschwerden, werden nicht immer erkannt oder dem hohen Alter zugeschrieben und deshalb auch nicht angemessen behandelt. Studien zeigen, dass Hausärzte bei Anzeichen von Suizidalität diesem Problem nicht immer ernsthaft genug nachgehen, z. B. nicht nach Suizidgedanken, nach verfügbaren Suizidmitteln und Ausführungsplanungen fragen.

Suizidprävention umspannt ein weites gesellschaftliches und persönliches Umfeld

Aber nicht nur Ärzte sollen hier angesprochen werden, sondern Suizidprävention umspannt ein weites gesellschaftliches, soziales und persönliches Umfeld, in dem alte Menschen wegen möglicher Suizidgefährdung eine besondere Zielgruppe darstellen. Zu denken ist besonders an ambulante und stationäre Pflegedienste und Beratungsstellen für Ältere, aber auch an Mitarbeiter von Krisendiensten, der Telefonseelsorge und kirchlichen Diensten, die mit alten Menschen in Kontakt kommen. Ihnen ist anzuraten, sich intensiver mit Fakten und Fragen der Suizidalität und Suizidprävention bei alten Menschen zu beschäftigen und diese bei der Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern zu berücksichtigen. Zahlreiche Anbieter von pflegerischen und psychosozialen Diensten haben den Ball bereits aufgenommen und das Thema der Alterssuizidalität auf ihre Agenda gesetzt.

Präventive und therapeutische Hilfen bei suizidgefährdeten alten Menschen sind oft erschwert. Sie müssen die komplexe Verursachung und Verknüpfung der Entstehungsbedingungen der Alterssuizidalität ins Kalkül ziehen. Zu ihnen gehören vor allem psychische Erkrankungen, hier besonders Depressionen, das gleichzeitige Leiden an psychischen und körperlichen Erkrankungen, die subjektiv keine Besserung in Aussicht stellen, kritische Lebensereignisse und Verluste, die das Alter mit sich bringt, wie z. B. Tod der Partnerin / des Partners, emotionale Belastungen und Konflikte in familiären Beziehungen, zunehmende Vereinsamung sowie lang schwelende Persönlichkeitsprobleme, die die Annahme des Alters erschweren. Im Einzelfall wirken immer mehrere Ursachen und Motive verstärkend zusammen.

Die Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) hat sich zur Aufgabe gestellt, besonders für die Gruppe alter Menschen präventive Maßnahmen zu erarbeiten und umzusetzen. Ihre Bemühungen richten sich vor allem darauf, professionell und ehrenamtlich Tätige mit Fragen der Alterssuizidalität vertraut zu machen sowie Fortbildungs- und Praxisvorhaben zu unterstützen.

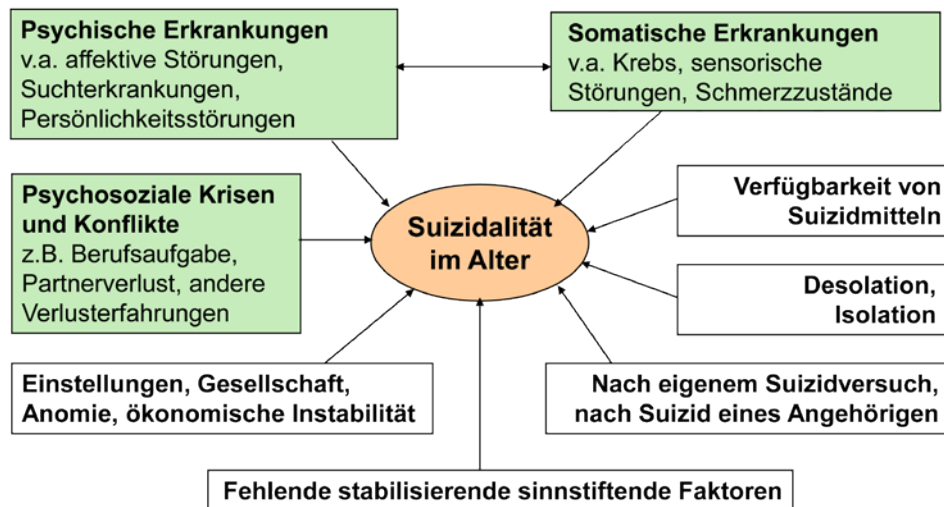
Ferner wird die Zusammenarbeit mit Medien gepflegt, damit das Thema sachgerecht einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird. Es geht vor allem darum, Wege zu finden, alte Menschen in seelischen Notlagen frühzeitig zu erreichen, einen Vertrauenszugang und eine Gesprächsbasis zu finden, um ihnen Unterstützung in ihrem Lebensumfeld geben zu können (niederschwellige Angebote). Bewährt haben sich auch regelmäßige Telefonkontakte zu Betagten, die an die Wohnung gebunden sind und isoliert leben.

*Alte Menschen
in seelischen Notlagen
frühzeitig erreichen*

Es muss ein Anliegen der Suizidprävention sein, die Suizidalität alter Menschen nicht als ein isoliertes Gesundheitsproblem zu sehen, sondern sie in den erweiterten Kontext von Krisenbewältigung, Lebensbilanzierung, Sterbebegleitung und Hilfen am Lebensende zu stellen. Letztlich geht es um existenzielle, um Sinnfragen am Lebensende.

Suizidprävention im Alter muss weit ausgreifen und unter dem Stichwort Erhaltung von Lebensqualität unter erschwerten Bedingungen die Gestaltung von humanen und altersgerechten Lebensbedingungen zum Ziel haben. Suizidprävention sollte jedoch auch bereit sein, einem Menschen die letzte Entscheidungsfähigkeit zum Suizid nicht abzusprechen.

Entstehungsbedingungen



Öffentlichkeit herstellen

Senatorin Katrin Lompscher

Wir alle haben Eltern, wir alle haben Großeltern, auch wir selbst werden alt. Damit wird das Thema Suizidprävention zu unserer eigenen Angelegenheit. Es ist wichtig für das Thema Öffentlichkeit herzustellen. Deshalb möchte ich mich auch bei den Organisatoren für diese Veranstaltung bedanken.

Wir hatten 2009 265 Suizide in Berlin. Diese Zahl ist natürlich zu hoch. Die Tendenz ist jedoch positiv. Wir haben 2007 einen Bericht herausgegeben, der das Suizidgeschehen von 1991 bis 2005 beleuchtet hat. Schon damals sind die rückläufigen Tendenzen erkennbar gewesen.

Das Thema lebenswertes Alter muss über die Ressortgrenzen hinweg bearbeitet werden. Für den Sozialbereich stellt sich die wichtige Aufgabe eine engmaschigere und wohnortnahe Beratungsinfrastruktur in Berlin aufzubauen, die sog. Pflegestützpunkte. Es gibt aktuell 26 von ihnen, es sollen 36 werden. Mit diesen Pflegestützpunkten werden umfassend, unabhängig und auch unentgeltlich alle Fragen rund ums Alter, rund um die Pflege beantwortet.

*Das Thema über
Ressortgrenzen
hinweg bearbeiten*

Für den Gesundheitsbereich stellen sich ebenfalls Herausforderungen. Die Steuerungsmöglichkeiten auf Landesebene sind nicht riesengroß, was aber nicht bedeutet, dass man politisch keine Handlungsmöglichkeiten hat. Man muss die Verantwortlichen richtig adressieren, damit diese dann im Zweifel auch ein bisschen unter Druck geraten, ihrer Verantwortung gerecht zu werden.



Ein wichtiges Thema, gerade für ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität, ist die ärztliche Versorgung. Hier gibt es auch in Berlin regional ungleiche Verteilungen. Einerseits gibt es eine dramatische Überversorgung in den bürgerlichen Stadtteilen, andererseits sind ärmere Stadtteile unterversorgt. Die Kassenärztliche Vereinigung muss aber erst dann aktiv werden wenn die fachärztliche Versorgung um 50 % unterschritten wird. Dazu kommt, dass diese Messziffern in den 70er Jahren festgelegt worden sind. Angesichts des demografischen Wandels ist dieses nicht mehr zeitgemäß.

Als Gesundheitssenatorin bin ich auch Vorsitzende des Landespsychiatriebeirates. Hier stellt sich die Aufgabe unser psychiatrisches Versorgungsnetz noch leistungsfähiger und noch enger zu machen, was angesichts der Ressourcenentwicklung in dieser Stadt eine echte Herausforderung ist. Gerade für ältere, mobilitätseingeschränkte Menschen brauchen wir hier einen Erfolg. Auch im Hinblick auf das Thema unserer heutigen Tagung ist es wichtig, dass psychische Erkrankungen im Alter schneller erkannt werden. Hier ist eine größere Sensibilisierung erforderlich. In Berlin haben ein Viertel der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Diese sind insbesondere mit dem Thema Heimatverlust konfrontiert. Auch das belastet die Psyche und ist damit ein Thema für Alter und Suizidprävention.

Suizid und Medien

Caroline Fetscher

Sie sind ein antiker Mythos, Philemon und Baucis, die bis ins hohe Alter froh, zufrieden, zusammen und einander treu waren. Hohes Alter, Gesundheit und Glück waren früher enorm selten. Zum ersten Mal in der Geschichte können heute viele Menschen in modernen, demokratischen Gesellschaften „uralt“ werden und dabei sogar einigermaßen gut versorgt sein.

Das ist eine sehr gute Nachricht. Doch wo vom Alter die Rede ist, ertönt oft die Klage: Hohes Alter, hohe Gesundheitskosten! Umso wichtiger ist es, die würdevolle Partizipation älterer Menschen an der Gesellschaft gegen solche Rede zu verteidigen.

Steigende Suizidalität im Alter gehört in diesen Kontext. Sie ist ein Faktum, leider, und sie darf nicht tabuisiert werden. Hier haben die Medien besondere Verantwortung, bei der die Prävention Vorrang vor allem anderen besitzt. Daher sind drei Ziele zentral: 1. Über Suizidgefährdung aufklären, 2. Hilfsangebote für Ältere und Angehörige aufzeigen, 3. Nachahmertaten verhindern. Alte Menschen wie deren Angehörige und Freunde sollten lernen, die Anzeichen lesen zu können, durch die sich Suizidalität bemerkbar macht. Sie sollten zugleich darüber informiert werden, dass und wo sie, ohne Scham und Angst, Hilfe finden können.

Medienberichte, die Elemente von Reportage, also Falldarstellung, enthalten, müssen mit besonderer Vorsicht, Zurückhaltung und psychologischer Einsicht verfasst werden. Zu den Grundregeln der Berichterstattung sollte es gehören, den Suizid weder als „Freitod“ aufzuwerten und mit Dramatik aufzuladen, noch

Besondere Verantwortung der Medien: Zurückhaltung und Einsicht

ihn als „Selbstmord“ abzuwerten und zusätzlich mit Schuld zu befrachten. So wenig wie möglich sollten – insbesondere bei kurzen Meldungen - nähere Umstände geschildert werden, also weder der Hergang einer Tat noch der spezielle Ort, an dem sie begangen wurde, um keine Nachahmerfantasien und entsprechende Taten auszulösen. Auf keinen Fall sollen Journalisten von sich aus Ursachenspekulationen anstellen, etwa vom Tod eines Partners oder einer bedrohlichen Diagnose sprechen, was andere in ähnlichen Lagen erst auf den Gedanken an diesen „Ausweg“ bringt.

Suizid weder auf- noch abwerten

Hilfreich und richtig ist es, positive Beispiele darzustellen, in denen die Verzweiflung groß war, aber Hilfe, Trost und Veränderung zustande kamen. Sinnvoll ist auch das Berichten über solche neuen Projekte, die Alt und Jung zusammenbringen, gerade in den Städten: Mehrgenerationenhäuser, Schulen, die Lesepatenschaften mit „Omas und Opas“ aus der Nachbarschaft pflegen, Kindergärten und Altenheime, die auf solche Weise kooperieren.



Mehr als 140 Gäste nahmen an der Podiumsdiskussion im Großen Saal des *Tagesspiegel*-Verlagshauses teil

All das kann gute, produktive und heilsame Gedanken oder sogar Handlungen anregen. Und darum geht es.

Suizid im Alter - Hausärztliche Aspekte

Dr. Max Bürck-Gemassmer

Aus der Sicht des Hausarztes ist der zu wenig Beachtung findende Suizid alter Menschen nur die Spitze des Eisberges. Die Lebenssituation alter Menschen gerade in der Großstadt ist viel zu häufig überschattet von Isolation, Einsamkeit und Nicht-mehrgebraucht-Werden. Viele alte Menschen wissen nicht mehr, wo ihr Platz in der Gesellschaft ist. Durch vielfältige Beeinträchtigungen, wie chronische Krankheiten, Behinderungen, Verlust von Bezugs- und Kontaktpersonen etc. sind sie von der Teilhabe an der Gesellschaft ausgeschlossen. Für einige ist der Hausarzt die einzige Bezugsperson.

Der Hausarzt kennt den älteren Patienten gerade wegen seiner Beeinträchtigungen über viele Jahre. Es entwickelt sich ein partnerschaftliches Verhältnis, was es möglich macht, auch über Suizidalität zu sprechen. Aber um als hausärztliche Primärversorger etwas bewirken zu können, brauchen wir bessere Rahmenbedingungen.



Das derzeitige weltweit einzigartige Setting, wo Patienten ohne Steuerung von Spezialist zu Spezialist gehen, jeder im Durchschnitt 18 mal pro Jahr zum Arzt geht, ein Kontakt dort nur 7 Minuten dauert, ist für die gesprächs- und zeitintensive Behandlung suizidaler Patienten nicht geeignet. Glücklicherweise nehmen sich viele Hausärzte trotzdem die Zeit, das muss mehr gefördert und wertgeschätzt werden.

Die Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich muss dringend besser gesteuert werden. Trotz der hohen Versorgungsdichte in Berlin stehen in manchen Bezirken gerade für ältere Patienten keine wohnort- und zeitnahen Therapieplätze zur Verfügung. (Das Psychotherapeutenverhältnis Marzahn:Wilmerdorf ist 1:10). Die gesündesten 30% der psychisch kranken Patienten verbrauchen 75% der Gelder, und überwiegend sind es die jüngeren.

*Sich kümmern:
Ältere Menschen aus
der Isolation holen*

Zusätzlich zur professionellen Hilfe müssen nachbarschaftliche soziale Netze entwickelt werden. Wir brauchen dezentrale, wohnortnahe Angebote an Treffpunkten, aufsuchende seelsorgerische und soziale Dienste, die sich kontinuierlich um ältere Menschen kümmern und sie aus der Isolation holen können. Ältere Menschen können nicht quer durch die Stadt reisen. Deshalb brauchen wir niedrigschwellige Teilhabe-Angebote, wo Ältere wieder Bedeutung für andere erlangen können.

Menschen Bedeutung für andere zu geben, Situationen schaffen, wo sie gebraucht werden und Verantwortung tragen, ist gerade beim Thema Suizidprävention von unschätzbarem Wert für die Betroffenen und die Gesellschaft. Wir haben bei älteren Menschen einen großen Schatz an Wissen, Erfahrung, handwerklichem Können etc., der in unserer Gesellschaft weitgehend brach liegt.

Kontinuierliche telefonische Kontaktaufnahmen durch Hausarzt und andere Einrichtungen sind ein Beispiel für niedrigschwellig aufsuchende Hilfe und für viele Patienten stützend und manchmal lebensrettend.

Alter und Pflege

Susanne Sill



Der Themenkomplex „Alter und Pflege“ wird in einer älter werdenden Gesellschaft immer wichtiger. Und so hat Pflege eine besondere Relevanz im Kontext des heutigen Fachtags. Pflegefachkräfte leisten ärztlich verordnete Behandlungspflege, wie z. B. Medikamentengabe oder Verbandswechsel, Pflegekräfte leisten Hilfe bei der Grundpflege, z.B. Waschen des Patienten, das Bereiten der Mahlzeiten, die gesamte hauswirtschaftliche Versorgung usw.

Ziel von Pflege ist es, zu ermöglichen, dass der Patient so weit wie möglich für sich selbst bestimmt und unabhängig in seiner Häuslichkeit leben kann. Soweit dies möglich ist, versuchen wir natürlich, Angehörige, Freunde und Nachbarn in den Pflegeprozess mit zu integrieren.

Die Pflegekraft/Pflegefachkraft ist für einen Patienten ein ganz wichtiger Bestandteil seines Alltags. In der Einrichtung für die ich tätig bin, Sozialdienste der Volkssolidarität gGmbH, leisten wir eine Bezugspflege. Das heißt für uns, dass immer ein für den Patienten überschaubarer Personenkreis zur Pflege kommt.

*Angehörige, Freunde,
Nachbarn in den Pflege-
prozess integrieren*

Der persönliche Kontakt ist sehr wichtig, und auch das tägliche Gespräch beispielsweise über die Biografie des Patienten. Nur so ist der Aufbau von Vertrauen möglich. Und nur so können wir Veränderungen im Erleben, im Empfinden des Patienten wahrnehmen. Wenn ein Vertrau-

ensverhältnis aufgebaut ist, dann sprechen Patienten häufig sehr deutlich über ihr Befinden und die Probleme, die sie bewegen. Wichtig ist dann, dass die Pflegekraft darauf eingeht, nach Gründen fragt und in einem Gespräch neue Perspektiven aufzeigt.

*Veränderungen im
Erleben, im Empfin-
den wahrnehmen*

In meiner Einrichtung pflegen wir nicht nur körperlich kranke Menschen. Wir haben auch Patienten, die psychisch krank sind. Das geht, weil wir ein multidisziplinäres Team sind und über ein großes Netzwerk verfügen. So können wir den Patienten beispielsweise zum Hausarzt oder zum Facharzt begleiten. Auch steht eine Sozialarbeiterin mit ihren Kompetenzen bereit.

Mehr als 60 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ergänzen und unterstützen unseren Dienst, in dem sie zum Beispiel Patienten zu Hause besuchen, wenn die reguläre Pflegezeit zur Erfüllung kommunikativer Bedürfnisse nicht mehr ausreicht.



Ziel von Pflege ist es natürlich auch, die noch bestehenden Kontakte im sozialen Umfeld des Patienten zu fördern. Manchmal geschieht dies durch ganz banale Dinge, wie z.B. dem Nachbarn die Tür zu öffnen, wenn der Patient das nicht mehr kann. Oder eine Telefonnummer zu wählen, um soziale Kontakte zu erhalten.

Ich denke, Pflege kann im Bereich der Prävention viel leisten, und tut dies auch schon.

Präventionsprojekt 2011

Die Sprachlosigkeit der Männer

Im Jahr 2011 werden wir Männer in den Fokus unserer Präventionsarbeit stellen. Unter dem Motto „Die Sprachlosigkeit der Männer“ möchte die Telefonseelsorge Berlin sensibilisieren und aufmerksam machen auf die insbesondere bei Männern häufig ausgeprägte Sprachlosigkeit in Krisensituationen.

Zahlreiche Studien belegen: Männer und Frauen gehen mit Einsamkeit unterschiedlich um. Frauen sprechen offen darüber. Für Männer ist es noch immer ein Tabuthema. Und doch ist Einsamkeit hinter anderen Themen deutlich spürbar.

Mit einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit, einer Plakatkampagne und einer Informationsveranstaltung möchte die Telefonseelsorge mithelfen, dieser Sprachlosigkeit entgegen zu wirken. Gleichzeitig sollen einsame „sprachlose“ Männer durch diese Kampagne mehr über die Angebote der Telefonseelsorge wissen: hier sind Menschen, mit denen sie über ihre Verzweiflung und ihre Ängste sprechen können.

Das Präventionsprojekt „Suizid im Alter“, wie auch das Jahresprojekt 2011, wird ermöglicht durch Mittel der Stiftung Telefonseelsorge Berlin. Wir möchten die Gelegenheit nutzen, uns herzlich bei unseren Stifterinnen und Stiftern für die Unterstützung zu bedanken!

Wir würden uns sehr freuen, liebe Leserin und lieber Leser, wenn auch Sie unsere Präventionsarbeit mit einer Spende oder einer Zustiftung unterstützen könnten.

Vorstand der Telefonseelsorge Berlin e.V.

Wolfgang Barthen, Vorsitzender
Dr. Christoph Rhein, stellv. Vorsitzender
Jan Hüttmann
Peter Karge
Sonja Müseler
Helga Wagner
Hans Zimmermann

Vorstand der Stiftung Telefonseelsorge Berlin

Dr. Christoph Rhein, Vorsitzender
Jürgen Hesse, stellv. Vorsitzender

Diese Dokumentation wurde gedruckt
mit freundlicher Unterstützung von

Logo
DeineStadtKlebt

Telefonseelsorge Berlin e.V.

Konfliktberatung - Suizidverhütung

Nansenstraße 27

12047 Berlin

Büro 030 / 613 50 23

Fax 030 / 624 97 41

mail@telefonseelsorge-berlin.de

www.telefonseelsorge-berlin.de

Spenden-Konto 498 18 105

Postbank Berlin, BLZ 100 100 10

Wir helfen auf die Beine ...



0800 111 0 111 (gebührenfrei)