

»Es muss ein gemeinsam getragenes Konzept geben«

Zur Kooperation von Psychiatrie, Sucht- und Wohnungslosenhilfe VON MARTIN REKER

Wer sich dem Thema Sucht und Wohnungslosigkeit widmen will, wird schnell feststellen, dass es sehr viele Wohnungslose gibt, die suchtkrank sind (etwa 70 Prozent), aber nur wenig Suchtkranke, die wohnungslos sind (sicher unter fünf Prozent). Entsprechend könnte man annehmen, dass die Wohnungslosenhilfe, die den suchtkranken Wohnungslosen helfen will, ein hohes Interesse am Thema Suchthilfe hat, während die institutionelle Suchthilfe ihre wohnungslosen Suchtkranken vielleicht eher als Randproblem wahrnimmt. In psychiatrischen Kliniken gehören wohnungslose Suchtkranke zur Gruppe der »high utilizer« und stehen schon von daher im Fokus besorgter Aufmerksamkeit. Von wo aus auch immer man sich dem Thema nähert, es scheint Sinn zu machen, dass Psychiatrie, Sucht- und Wohnungslosenhilfe im Umgang mit dieser Personengruppe eng zusammenarbeiten.

Psychiatrie, Sucht- und Wohnungslosenhilfe mit schwieriger Vergangenheit

Die Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie, Sucht- und Wohnungslosenhilfe blickt auf eine schwierige Vergangenheit zurück. Die Psychiatrie hat im frühen 20. Jahrhundert an der Hypothese mitgearbeitet, chronische Alkoholsucht und »Vagabundentum« als Ausdruck einer menschlichen Degeneration und damit als eines minderwertigen Lebens anzusehen. Im Nationalsozialismus war das die Grundlage für die Unterbringung suchtkranker Wohnungsloser in Arbeitshäusern; viele von ihnen wurden entweder sterilisiert und/oder in Konzentrationslagern interniert bzw. umgebracht. Eine fürsorgende Hilfe für diese Personengruppe wurde von staatlicher Seite komplett eingestellt. Nach Ende der Nazi-Herrschaft mussten die psychosozialen Helfefelder für Alkoholranke und Wohnungslose komplett neu aufgebaut werden. Vor allem die Wohlfahrtsverbände haben sich dabei große Verdienste erworben.

Medizin und in ihr die Psychiatrie wurden bis weit in die Achtzigerjahre von den Kolleginnen und Kollegen gerade aus der Wohnungslosenhilfe sehr kritisch beäugt. Als die Betheler Ärzte Wilhelm Schwindt und Gerhard Veith neuropathologische Untersuchungen an den Gehirnen von Wohnungslosen vorstellten, gerieten sie seitens sozialwissenschaftlicher Kritiker schnell in den Verdacht, Wohnungslosigkeit als hirnrorgani-

sches Problem und nicht als Gesellschaftsproblem einordnen zu wollen. Die beiden honorigen und geachteten Ärzte waren ob des Proteststurmes fassungslos: Schließlich sahen sie in ihren Untersuchungen eher die These bestätigt, dass wohnungslos gewordene Menschen oft vorgeschädigt und mit weniger Ressourcen in den gesellschaftlichen Wettbewerb einsteigen und dadurch schneller als andere marginalisiert werden und in der Obdachlosigkeit landen.

Kollegen wie Dirk E. Schwoon, Michael Krausz, Günther Wienberg und andere haben dafür gesorgt, dass innerhalb der Psychiatrie die so genannte vergessene Mehrheit der chronisch Suchtkranken in den Mittelpunkt des versorgungspolitischen Interesses der psychiatrischen Versorgungskliniken rückte. »Zielehierarchie« und »Niederschwelligkeit« waren die Schlagworte, mit denen darum geworben wurde, sich auch um diese Personengruppe zu bemühen, Kontakt herzustellen, Überleben zu sichern und auch kleine Fortschritte als Erfolg zu verbuchen. Das Verhältnis zwischen Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie hat sich so gerade in vielen sozialpsychiatrisch geprägten Regionen sehr entspannt.

Zwischenzeitlich sind noch andere Akteure in der Versorgungslandschaft für suchtkranke Wohnungslose aufgetaucht, insbesondere gesetzliche Betreuer und Kolleginnen aus der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe (EGH).

Wohnungslosenhilfe, Eingliederungshilfe und gesetzliche Betreuung

Bis in die frühen Neunzigerjahre waren suchtkranke Wohnungslose für verbindliche Hilfeformen schwer erreichbar, vor allem wenn sie als »Landstreicher« oft ihren Aufenthaltsort wechselten. Als in der Folge viele Hilfeangebote niederschwelliger wurden und das Landstreichtum aus der Mode kam, wurden den suchtkranken Wohnungslosen mit dem neuen Betreuungsgesetz häufiger als zuvor gesetzliche Betreuer an die Seite gestellt, die sich in die Verantwortung nehmen ließen und bei der Hilfeplanung beteiligt sein wollten. Im Hilfenetz drängen sie darauf, dass das Ausmaß an Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen gutachterlich ausreichend geklärt wird und dass bei selbstgefährdenden Zuspitzungen fürsorglich eingegriffen wird.

Eingliederungshilfe nach den §§ 53, 54 Sozialgesetzbuch (SGB) XII war bis vor wenigen Jahren nur Suchtkranken zugänglich, die einen festen Wohnsitz hatten, meist wurde auch weitgehende Abstinenz erwartet, und die Betroffenen sollten eine ausreichende Bereitschaft zur Mitarbeit erkennen lassen. Suchtkranke Wohnungslose schieden damit für die Eingliederungshilfe weitgehend aus. Inzwischen hat sich das in vielen Regionen sehr verändert. Chronischer Suchtmittelkonsum und fehlende Abstinenzfähigkeit werden meist auch ohne seelische und/oder körperliche Zweiterkrankung als »Behinderung« im Sinne des SGB eingestuft, die der Unterstützung durch Eingliederungshilfe bedarf, weil es ja reichlich psychosoziale Probleme gibt, die den Betroffenen daran hindern, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Dabei können die Kollegen aus der EGH helfen. Wenn Wohnungslosigkeit dann kein Ausschlussgrund für EGH mehr ist, wird sie für viele Klienten mit Suchtproblemen und Wohnungslosigkeit zuständig, die bisher über Hilfen nach § 67 SGB XII unterstützt wurden.

Der sich daraus ergebende vermehrte Wettbewerb zwischen Einrichtungen der EGH und der Wohnungslosenhilfe wird bisher in der Öffentlichkeit vermieden, vermutlich weil die Träger entsprechender Hilfen kein Interesse daran haben, den Agieraum zu verlieren, den diese Grauzonen bieten. Fakt ist aber, dass die Eingliederungshilfe für die betroffenen Klienten deutlich mehr Res-



Foto: Christian Brück



ourcen zur Verfügung stellen kann als die Wohnungslosenhilfe und somit als vorrangige Hilfe einzustufen ist. Hält man sich dann noch vor Augen, dass es einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe gibt, wenn die sozialrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, müsste man mehr dafür sorgen, dass suchtkranke Wohnungslose verstärkt als wohnungslose Suchtkranke angesehen werden und damit der EGH zugeordnet werden. Die Wohnungslosenhilfe hat daran kein Interesse, weil sie ihren Bestand darin gefährdet sehen könnte. Zudem argumentieren die entsprechenden Verbände damit, dass die EGH immer eine Stigmatisierung bedeute, weil man sich als Hilfeempfänger – anders als in der Wohnungslosenhilfe – als krank und behindert einstufen lassen muss. Schließlich sind Hilfen der Wohnungslosenhilfe für die Betroffenen oft leichter zugänglich, weil das Antragsverfahren weniger aufwendig ist. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die überörtlichen Sozialhilfeträger stärker als bislang unter finanziellen Druck geraten und insbesondere die kostenaufwendigen Plätze für stationäre EGH begrenzen oder sogar reduzieren. Insofern scheitert die Durchsetzung des Rechtsanspruchs auf EGH dann an der begrenzten Verfügbarkeit entsprechender stationärer Plätze.

Deshalb sind gerade stationäre Hilfen nach § 67 SGB XII hier besser als intensivere Hilfeangebote nach §§ 53, 54 SGB XII, die gar nicht oder nur mit großen Hürden zur Verfügung gestellt werden können. Schließlich sind die Träger solcher Hilfen nach §§ 53, 54 und 67 SGB XII daran interessiert, ihre Einrichtungen weiterführen zu können und betrachten Grundsatzdiskussionen dazu mit großer Zurückhaltung. Wenn die Finanzmittel sowieso begrenzt sind, bleibt man besser in Deckung.

Die gesetzlichen Betreuer können manchmal entbehrlich werden, wenn die Sozialarbeiter aus EGH und Wohnungslosenhilfe qualifiziert sind und gut mit ihren Klienten in Kontakt sind. Häufiger ist es hilfreich, für Menschen mit komplexem Hilfebedarf Unterstützung von verschiedenen Seiten verfügbar zu machen, weil nur so die Hilfe geleistet werden kann, die tatsächlich notwendig ist. Voraussetzung dafür ist, dass sich die beteiligten Professionellen als Verantwortungsgemeinschaft verstehen und nicht die Verantwortung hin- und herschieben.

Die Rolle der psychiatrischen Kliniken

Die psychiatrischen Kliniken können in diesem Netzwerk eine große Hilfe sein, wenn

sie sich in die Verantwortung nehmen lassen, ohne gleich wieder die »Bestimmer« werden zu wollen. Zum Verständnis muss man wissen, dass chronisch Suchtkranke, die in den Neunzigerjahren auf der Agenda psychiatrischer Kliniken weit nach oben gerückt waren, in letzter Zeit für viele Kliniken eher an Attraktivität verlieren, gerade wenn sie keine Wohnung haben. Der Rechtfertigungsdruck gegenüber den Krankenkassen hat weiter zugenommen. Die Notwendigkeit wiederholter oder längerfristiger Behandlung bei so genannter Therapieresistenz, fehlender Mitarbeit oder unlösbaren psychosozialen Problemen stößt bei den Kostenträgern auf größeren Widerstand als früher. Zudem fehlen vielen psychiatrischen Kliniken therapeutische Konzepte im Umgang mit Chronizität bei Suchtkranken. Während stationäre Entzugsbehandlungen in früheren Jahren oft genutzt werden konnten, um individuelle Wohnungslosigkeit, die die Suchterkrankung der Patienten verfestigte, zu beseitigen, so gilt gerade in den Großstädten die Vermittlung von Wohnraum an Problempatienten als quasi aussichtslos. Wenn man aber einen stabilisierten und entgifteten Patienten sowieso wieder in die Wohnungslosigkeit entlassen muss, hat das Erreichte wenig Bestand.

Umso bedeutsamer wäre die nahtlose Vermittlung in weiterführende Hilfen nach §§ 53, 54 und 67 SGB XII. Schließlich sind die chronisch suchtkranken Patienten in der Regel aus eigener Kraft kaum in der Lage, ihre sozialen Probleme, wie z.B. Wohnungslosigkeit oder Arbeitslosigkeit, unter Kontrolle zu bringen. In vielen Regionen verzögern die zuständigen kommunalen Kostenträger die berechtigten Kostenzusagen und behindern so die Unterstützung, die die nach der Definition des SGB XII eindeutig »behinderten« Menschen mit chronischer Suchterkrankung bei der Bewältigung ihrer Sucht und ihrer Wohnungslosigkeit eigentlich benötigen würden.

Als Zwischenresümee lässt sich feststellen, dass es bei der Hilfestellung für Menschen mit Suchtproblemen und Wohnungslosigkeit viele unterschiedliche Interessen und Bedarfe gibt, die zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern und Kostenträgern offen angesprochen und ausgehandelt werden müssen, wenn am Ende des Prozesses wirksame und finanzierbare Hilfen für die Betroffenen stehen sollen. Dafür müssen die bestehenden Probleme klar beschrieben und die Verantwortlichkeiten eindeutig geklärt werden. Die begrenzten verfügbaren Ressourcen müssen effizient, transparent und berechenbar eingesetzt und so rechtzeitig verfügbar gemacht werden, dass qualifizierte Hilfeprozesse dadurch gestützt und nicht beschädigt werden. Die verschiedenen Helfer im Netzwerk brauchen eine gemeinsame theoretische Basis und einen definierten Modus der Kooperation, die es ihnen ermöglicht, aufeinander abgestimmt zu arbeiten und Schnittstellenverluste so gering wie möglich zu halten.

Struktur durch Casemanagement

Chronisch Suchtkranke in der Wohnungslosigkeit sind in der Regel damit überfordert, die eigenen Probleme zu »sortieren«, zu strukturieren und wirksame Veränderungsprozesse einzuleiten. Sie brauchen eine kompetente und verlässliche Vertrauensperson, die ihnen dabei hilft. Diese Rolle kann von sehr unterschiedlichen Personen eingenommen werden, auch von Familienmitgliedern oder Ehrenamtlichen. Häufig stehen die bei suchtkranken Wohnungslosen aber nicht (mehr) zur Verfügung, sodass professionelle Helfer einspringen müssen. Der Erstkontakt kommt oft über den Sozialpsychiatrischen Dienst oder über engagierte Kolleginnen aus Akutkrankenhäusern zustande, nachhaltige Kontakte gelingen eher über Angebote der Eingliederungs- und Wohnungslosenhilfe sowie über die gesetzlichen Betreuer. In sozialpsychiatrisch gut aufgestellten Regionen

können auch Kollegen aus psychiatrischen Institutsambulanzen diese Rolle ausfüllen. Eine von diesen Personen im Hilfefeld müsste sich verantwortlich machen, die verfügbaren Hilfen zu koordinieren und fehlende zu beantragen. Nach den Erfahrungen der letzten Jahre hat es sich nicht bewährt, die Rolle des Casemanagements regional auf eine bestimmte Berufsgruppe oder Institution festzulegen. Verantwortung kann nicht nur zugeschrieben, sie muss auch angenommen werden.

Wer klärt den Hilfebedarf?

»Wo kein Ziel ist, da ist kein Weg!« – Wenn nicht klar ist, was eigentlich verändert werden kann und soll, können auch zwanzig Helfer nicht sinnstiftend tätig werden. Leider dienen Kostenübernahmeanträge und Hilfepläne in psychosozialen Hilfefeldern zu häufig der Kostensicherung und zu wenig der nachhaltigen Planung von Hilfeprozessen. Vermutlich mangelt es nicht an Methodik, die über lösungsorientierte systemische Beratung oder den Community Reinforcement Approach und andere Verfahren ausreichend zur Verfügung steht. Auch Instrumente wie der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP), der für Kostenbeantragungen bei Eingliederungshilfe oft verwendet wird, dokumentieren in der Regel den bestehenden Veränderungsbedarf. Vermutlich dominieren aktuell im psychosozialen Bereich die wirtschaftlichen Fragen die Hilfeplanung so sehr, dass die fachlichen Aspekte manchmal gar nicht mehr ausreichend zur Geltung kommen.

Für die Definition des Hilfebedarfs sind vermutlich zwei Bereiche vorrangig: die Hilfen bei der Bewältigung sozialer Probleme (Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, Schulden etc.) und Hilfen bei therapeutischen Problemen im seelischen und körperlichen Bereich. Beides hängt meist eng miteinander zusammen. Die sozialen Probleme können von den Sozialarbeitern, egal über welche Finanzierung, gut bestimmt werden. Für die Behandlung bestehender seelischer und körperlicher Störungen müssen medizinische und gegebenenfalls psychologische Hilfen genutzt werden, die für chronisch Suchtkranke in der Wohnungslosigkeit oft schwer zugänglich sind. Psychiatrische Störungen wie Psychosen, Suchterkrankungen, Traumafolgestörungen oder hirnorganische Schädigungen und körperliche Erkrankungen wie Diabetes, schwere Schäden von Leber und Bauchspeicheldrüse, Anfallserkrankungen, aber auch orthopädische Schäden oder Dermatosen wie Schuppenflechte oder Rosazea müssen auch dem Sozialarbeiter bekannt sein, damit er dafür sorgen kann, dass

die betreute Person die Behandlung und Hilfe bekommt, die sie benötigt. Die diagnostizierenden Ärzte müssen dabei die beteiligten Professionellen letztlich wie Angehörige behandeln und sie nach der oft unproblematischen Klärung des Datenschutzes ausreichend aufklären und in die Unterstützungsplanung einbeziehen.

Am leichtesten gelingt ein Assessment für seelische und körperliche Störungen im Rahmen einer qualifizierten stationären Akutbehandlung in einer psychiatrischen Versorgungsklinik. Das setzt allerdings voraus, dass die betreffenden Stationen ausreichend ausgestattet sind, um diese Aufgabe qualifiziert zu erfüllen. Gelingt das, können stationäre Entzugsbehandlungen ein idealer Ausgangspunkt sein, um abgestimmte therapeutische Hilfen im seelischen und körperlichen Bereich einzuleiten.

Im weiteren Verlauf ist es vermutlich sinnvoll, nach der Klärung des Hilfebedarfs das soziale und das medizinisch-psychologische Casemanagement auf zwei Personen in ein oder zwei Institutionen zu verteilen, die zu einer guten Zusammenarbeit verpflichtet sind.

Wie gelingt das Krisenmanagement?

Chronisch Suchtkranke in der Wohnungslosigkeit verursachen in der Regel immer wieder neue Krisensituationen. In diesen Krisen, die meist mit gesteigertem Suchtmittelkonsum verbunden sind, werden erreichte Ziele wie Wohnraum, soziale Kontakte außerhalb der Konsumentenszene oder Beschäftigung oft gefährdet. Insofern hat ein gut vorbereitetes Krisenmanagement eine herausragende Bedeutung. Da in den Krisen übermäßiger Substanzkonsum und selbst- wie fremdgefährdendes Verhalten oft eine große Rolle spielen, braucht es im Hilfesystem einen verlässlich verfügbaren, schnell erreichbaren sicheren Ort. Eine psychiatrische Klinik mit regionalem Versorgungsauftrag kann diese Aufgabe am ehesten erfüllen.

Leider sehen viele psychiatrische Kliniken ihre Hauptaufgabe in der selektiven geordneten Behandlung der suchtkranken Patienten, am liebsten über eine Warteliste mit einer Kostensicherung für möglichst lange Zeiträume. Rückfallmanagement und Krisenbearbeitung gelten wirtschaftlich wie fachlich als unattraktives Handlungsfeld, weil es schwer zu planen ist und bei wenig wirtschaftlichem Ertrag viele Ressourcen verbraucht. Für eine volkswirtschaftlich günstige Behandlung ist es erforderlich, hier die Prioritäten zu ändern, mehr Behandlung in den ambulanten Raum zu verlagern und Krisenbehandlung wieder zu einer Königsdisziplin der Psychiatrie zu machen. Neue

Refinanzierungskonzepte unterstützen, dass aufwendige Behandlung auch besser bezahlt wird. Fachkollegen in den Kliniken sollten sich auch mehr dafür einsetzen, dass schwer kranke Menschen im Krankenhaus und weniger kranke oder sogar gesunde Menschen ambulant behandelt werden.

Der suchtkranke Wohnungslose und sein Helferteam

Wenn alles gut läuft, hat der Betroffene mit Suchtproblemen und ohne eigene Wohnung die Helfer um sich versammelt, die er benötigt, nicht mehr, aber auch nicht weniger. Dazu können Kolleginnen aus der ambulanten oder stationären Eingliederungshilfe, aus der Wohnungslosenhilfe, aus der psychiatrischen Klinik inklusive Institutsambulanz, aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst, eine gesetzliche Betreuerin, der Hausarzt oder ein Kollege aus einer Beratungsstelle gehören. Schön wäre es, wenn auch aus dem privaten bzw. ehrenamtlichen Bereich oder

aus der Selbsthilfe Unterstützung kommt. Wenn es gut läuft, sind die Verantwortlichkeiten geklärt, und alle arbeiten gut miteinander zusammen. Dafür müssen ein oder zwei Kollegen den Hilfeprozess koordinieren und überprüfen, ob Hilfen entbehrlich geworden sind oder ob zusätzliche Hilfen gewonnen werden müssen. In unübersichtlichen Situationen und im Kontext von Zuspitzungen ist es erforderlich, dass alle Helfer sich in einer Helferkonferenz oder in einem Fallgespräch zusammensetzen und sich abstimmen. Stationäre Krankenhausbehandlungen, z.B. im Rahmen einer Entzugsbehandlung, sind in besonderer Weise geeignet, sich mit dem Betroffenen und dem Helferteam zusammenzusetzen, die Ziele gemeinsam neu zu bestimmen und notwendigen Hilfen abzugleichen. Im Krankenhaus ist der Betroffene in der Regel nüchtern und anwesend und kann sich daher besser an dem Abstimmungs- und Planungsprozess beteiligen.

Wenn das Helferteam sich den Interessen des Betroffenen verpflichtet fühlt und dabei

gut zusammenarbeitet und sich gut abstimmt, bestehen nach aller Erfahrung beste Aussichten, dass realistisch geplante Ziele bald erreicht werden können. Auch institutionelle Hürden auf Träger- und Kostenträgersseite sind meist zu bewältigen, wenn es ein gemeinsam getragenes Konzept gibt, das nachhaltig verfolgt wird. Wenn man sich dann im Helferteam persönlich etwas näher kennen lernt, stellt man gelegentlich sogar fest, dass man auch zwischen Sozialarbeitern und Ärzten auf Augenhöhe und mit viel Spaß zusammenarbeiten kann. Und dann geht es beim nächsten Mal auch schon viel besser. ■

Dr. med. Martin Reker ist Leiter der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel. Er ist Mitglied des Fachausschusses Sucht der DGSP.

E-Mail: martin.reker@evkb.de

Hinweis: siehe Ankündigung S. 69: 7. Kongress für gemeindeorientierte Suchttherapie, Bielefeld.

Vom Leben auf der Straße

Sucht und Obdachlosigkeit – Bericht eines Psychiatrie-Erfahrenen* VON KLAUS LAUPICHLER

Es war eine lange Entwicklung, bis ich total verarmt und obdachlos war. Die Zeit ist gekennzeichnet durch Rastlosigkeit und Getriebensein. Ich suchte immer nach Ruhe bis hin zu Todeswünschen. Ich hatte Jahrzehnte eine Todessehnsucht. Und versuchte von früher Jugend an, das Getriebensein in Alkohol zu ertränken und mit Medikamenten zu bekämpfen. Aber es gelang nicht, Schlaflosigkeit war die Folge und Trinken war die Gegenmaßnahme.

Mosaiksteine aus meinem Leben

Ich lebte viele Jahre in einer Brauerei und war auch noch ein glücklicher Bierfahrer, bis der Rücken nicht mehr mitmachte. Bier war von frühester Jugend an mein Lieblingsgetränk. Ich vergötterte auch einen Teil der Brauereimitarbeiter – im Gegensatz zu meinem Vater, der Bankkaufmann war. In meiner Ruhelosigkeit verbrachte ich viele Nächte im Sudhaus. Aber ich brauchte immer mehr Bier, um die Wirkung zu spüren. Anfangs trank ich vier, dann in der Regel acht Flaschen. Zu diesem Zeitpunkt hatte ich noch ein Zimmer bei meiner Mutter. Wenn es irgendwie ging, konsumierte ich auch mehrere Beschleuniger, z.B. Obstler oder Wodka. Ich hoffte nach einiger Zeit, dass ich mich totsaufen könnte. Dem widersprach

mein Verhältnis zum anderen Geschlecht. Ich hatte große Sehnsucht nach Frauen, die oft nicht erwidert wurde. Aber wenn es zu einer Beziehung kam, war diese geprägt von meiner Rastlosigkeit, zudem musste ich auch beim Austausch von Zärtlichkeiten weitertrinken. Ich lehnte Frauen ab, die mir wegen meines Alkoholkonsums ins Gewissen redeten. Ich hatte beispielsweise eine Freundin, die mich wählen ließ, entweder sie oder der



Klaus Laupichler

Alkohol. Aber ich drehte mich um, bestellte einen Raki und ein großes Bier und wandte mich einer jungen Frau zu. Erst viel später wurde mir klar, wie gemein ich mich verhielt und dass diese Frau es mit mir ernst meinte und mich wirklich liebte. Ich sollte weniger trinken und ich konnte mir die Mengen auch nicht mehr leisten. Das Verhältnis zu meiner Mutter wurde sehr spannungreich, weil sie auch einen Studienabschluss sehen wollte. Sie setzte die finanziellen Daumenschrauben an. BAföG war abgelaufen, ich hatte ein Zimmer in T. Zuerst konnte ich mich mit einem Fahrerjob bei einer Druckerei über Wasser halten. Aber das Zimmer war teuer und mein Lebensunterhalt auch. Dann zog ich zu einer sehr lieben Kommilitonin, die es sehr ernst mit mir meinte, nur der Alkohol war stärker. Wenn sie schlief, telefonierte ich heimlich mit den Anonymen Alkoholikern. Aber die junge Frau arbeitete neben dem Studium Schicht in einer Autofabrik. Sie kam nach T. und hatte zuvor ihre Mutter liebevoll gepflegt, bis sie verstarb. Der Alkohol trennte uns. Ich wurde immer wieder depressiv und dann, das wertete ich als Gesundung, ging es mir sehr gut. Ein Auf und Ab der Gefühle und Stimmungen begann. Lange Zeit war ich mir nicht im Klaren, was das bedeutete. Es gab schlimme Szenen und eines Samstags hielt ich es für besser, zu ge-