

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 35 (2009)

Heft: 3

Artikel: AGIL : Abstinenz-Gesund-Interessiert-Lebendig!

Autor: Ackermann, Klaus / Zemlin, Uwe

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800615>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

AGIL – Abstinenz-Gesund-Interessiert-Lebendig!

Die AHG Klinik Wilhelmsheim hat langjährige Erfahrungen in der stationären Rehabilitation älterer Abhängigkeitskranker. Seit 2004 arbeitet sie im selbst entwickelten Programm AGIL! – Abstinenz-Gesund-Interessiert-Lebendig! erfolgreich mit altershomogenen Bezugsgruppen.

Klaus Ackermann

Dr. rer.soc., Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Teamleiter und Bezugstherapeut der AHG Klinik Wilhelmsheim, 71570 Oppenweiler-Wilhelmsheim, Telefon +49(0) 7193 52238, KAckermann@ahg.de, www.wilhelmsheim.de

Uwe Zemlin

Dr. phil., Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Leitender Psychologe der AHG Klinik Wilhelmsheim, Telefon +49 (0)7193 52233, UZemlin@ahg.de, www.wilhelmsheim.de

Kontext

Das Älterwerden wird von zahlreichen sozialen und biologischen Veränderungen markiert. Prägnante Einschnitte sind das Ende der Erziehungsphase, das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, die Pflege der eigenen Eltern, der Tod des langjährigen Lebenspartners oder eigene gesundheitliche Einbußen, die sich im Alter häufen. Kognitive Leistungsfähigkeit und fluide Intelligenz unterliegen mit zunehmendem Lebensalter gleichfalls einer erhöhten interindividuellen Variabilität, wobei alkoholbedingte Beeinträchtigungen gerade bei älteren Personen mit langjährigem Alkoholkonsum ein erhebliches Risiko darstellen. Älteren stellen sich somit nicht nur andere Lebensthemen und Lebensperspektiven, sondern sie zeigen häufig –insbesondere im Fall alkoholbedingter neurokognitiver Defizite– auch andere kommunikative und kognitive Stile. Andererseits verbinden sich mit dem Altern nicht nur Risiken, sondern auch neue Freiräume und Chancen zur selbstverantwortlichen und erfüllten Lebensführung.

In der Summe bedeutet dies: Angesichts der gegenwärtigen demografischen Entwicklung müssen bestehende Behandlungsangebote hinsichtlich ihrer Passung für Älternde überprüft und erforderlichenfalls weiter differenziert werden.¹ Innerhalb der Suchthilfe bieten einzelne Rehabilitationskliniken teilweise seit langen Jahren stationäre Entwöhnungsbehandlungen für Ältere an. «AGIL - Abstinenz - gesund - interessiert - lebendig!» –unter diesem Motto hat auch die AHG-Klinik Wilhelmsheim² im Mai 2004 eine spezielle Bezugsgruppe für alkohol- und medikamentenabhängige PatientInnen ab 55 Jahren eingerichtet, über die wir hier berichten.

Die AHG-Klinik Wilhelmsheim

Die AHG Klinik Wilhelmsheim verfügt über 212 stationäre Behandlungsplätze und liegt ca. 40km nördlich von Stuttgart, am Südhang der Löwensteiner Berge in landschaftlich reizvoller Umgebung. Träger der Klinik ist die Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Düsseldorf. Seit 1980 werden hier alkohol- und medikamentenabhängige PatientInnen behandelt. Bereits Ende der 1980er Jahre wurde das Behandlungsangebot nach wissenschaftlichen Kriterien in eine Kurzzeitbehandlung und ein individualisiertes

Behandlungsprogramm differenziert,³ seither wurden die Behandlungskonzepte fortlaufend weiterentwickelt und evaluiert. Das individualisierte Behandlungsprogramm wird in vier integrierten Wohn- und Therapiebereichen mit jeweils 36 bis 48 Therapieplätzen für Frauen und Männer durchgeführt. Zu einem Therapiebereich gehören jeweils drei bis vier Bezugsgruppen.

Interdisziplinäres Behandlungsangebot, Behandlungsplanung und Bezugsgruppen

Das Behandlungsangebot der Klinik basiert auf den Leitlinien für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation Alkoholabhängiger der Deutschen Rentenversicherung.⁴ Es umfasst Diagnostik und Behandlungsplanung, medizinische Behandlung, gruppentherapeutisches Basisprogramm und Indikativgruppen, darüber hinaus auch Einzel-, Familien- oder Paargespräche. Kernelemente sind die vornehmlich kognitiv-behavioral und systemisch ausgerichtete Gruppentherapie in der Bezugsgruppe und in den Indikativgruppen, Kunst- und Gestaltungstherapie, Vorträge zur Abhängigkeitserkrankung sowie die medizinische Behandlung, die neben den regelmässigen ärztlichen Visiten und Sprechstunden durch die zuständigen Teamärzte/-innen auch physiotherapeutische und sportrehabilitative Massnahmen sowie Ernährungsschulung beinhaltet.

Die Behandlungsplanung wird durch ein interdisziplinär abgestimmtes und strukturiertes Verfahren unterstützt, mit dem unter anderem die folgenden Dimensionen erfasst werden: Abstinenzfähigkeit, soziale Probleme, soziales Umfeld und soziale Partizipation, psychosoziale Ressourcen und Kompetenzen, psychische Komorbidität, körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen.⁵ Den kontinuierlichen Bezugspunkt der psychotherapeutischen Behandlung im gruppentherapeutischen Setting bildet die Bezugsgruppe, die sich zu vier Sitzungen wöchentlich einfindet und vom fest zugeordneten Bezugstherapeuten geleitet und strukturiert wird.

AGIL!-Bezugsgruppe

Um den spezifischen Bedürfnissen und Möglichkeiten älterer Abhängigkeitskranker angemessener gerecht zu werden, richteten wir AGIL! als spezielle Bezugsgruppe für alkohol- und medikamentenabhängige PatientInnen ab 55 Jahren ein. Das Behandlungskonzept sieht üblicherweise eine 8 bis 12 wöchige Behandlungsdauer vor. Die Entscheidung für diese «SeniorInnenbehandlung» erfolgt seitens der PatientInnen in der Regel nach Information durch die vermittelnde Suchtberatungsstelle, durch die vorbehandelnde Entzugsklinik oder direkt in Absprache mit unserem Aufnahmesekretariat. Die Beratungsstelle oder die zuweisende Klinik erstellen gemeinsam mit den PatientInnen den Sozialbericht, der den Leistungsträgern –bei bereits Berenteten

sind dies die Krankenkassen, sonst zumeist die Deutsche Rentenversicherung – als Entscheidungsgrundlage für die Kostenübernahme bzw. Finanzierung der Behandlungsmassnahme dient. Wir setzen voraus, dass PatientInnen entgiftet zur Behandlung antreten und in der Lage sind, sich innerhalb der Klinik selbstständig zu bewegen und zu versorgen (Körperpflege, Teilnahme an den Mahlzeiten).

Häufiger als jüngere leiden ältere PatientInnen insbesondere an internistischen und orthopädischen Erkrankungen. Medizinischen Massnahmen und Angeboten zur körperlichen Reaktivierung kommt daher wesentlich mehr Bedeutung zu.

Psychotherapeutisch stehen neben der Vertiefung von Krankheitsverständnis und -akzeptanz vor allem Perspektiven einer gelingenden und befriedigenden Lebens- und Alltagspraxis im Vordergrund. Häufige psychotherapeutische Therapieziele sind

- die Vertiefung von Krankheitseinsicht, Krankheitsverständnis und Krankheitsakzeptanz
- die weitere Stabilisierung der Abstinenzentscheidung und die Verbesserung der Bewältigungskompetenzen für potentielle Rückfallsituationen
- die Förderung von Bewältigungskompetenzen im Umgang mit belastenden Situationen oder Gefühlen (Alleinsein, Einsamkeit, Langeweile, Trauer, Ärger, Angst ...)
- die Förderung von Genuss- und Entspannungsfähigkeit
- die Förderung einer realistischen und attraktiven Alltags- und Freizeitgestaltung und motivierende Hilfestellungen zum Aufbau eines abstinenzförderlichen sozialen Netzwerks
- die Stärkung des partnerschaftlichen Stützsystems oder die Neudefinition von familiären Rollen und Beziehungsvereinbarungen
- die Motivierung zur Inanspruchnahme nachstationärer Unterstützungsangebote: Insbesondere ermuntern wir PatientInnen, im Anschluss an ihre hiesige Behandlung weiterhin Kontakt zur zuweisenden Beratungsstelle zu halten und dort –sofern die Möglichkeit besteht– eine ambulante Nachsorgebehandlung zu verfolgen. Mit dem Einverständnis der PatientInnen werden die Zuweiser über den Behandlungsverlauf informiert und Anregungen für die nachstationäre Weiterbehandlung gegeben.

Ergänzend zur Bezugsgruppe bieten vielfältige Indikativgruppen (Rückfallprophylaxe, Depressionsbewältigung, Lebensplanung, Selbstbehauptung, Genuss- und Geniessen, Kreativitätstraining, Hirnleistungstraining...) Gelegenheit, eigenes Erleben und Verhalten zu reflektieren, neue Kompetenzen zu erwerben oder im Rollenspiel einzuüben.

Zahlen, Daten und andere Fakten

Stichprobencharakteristika

In der Zeit zwischen Mai 2004 und Dezember 2008 behandelten wir in AGIL! insgesamt 258 alkoholabhängige⁶ PatientInnen, 104 Frauen und 154 Männer. Der Altersdurchschnitt lag für beide Geschlechter bei 65 Jahren und damit mehr als 15 Jahre über dem der übrigen PatientInnen. Drei Viertel der PatientInnen waren älter als 60 Jahre und 13 Prozent zum Teil deutlich älter als 70 Jahre: Mit Blick auf die Unterschiedlichkeit der Kriegs- und Nachkriegserfahrungen treffen somit auch innerhalb der AGIL!-Gruppe mitunter recht heterogene Lebens- und Erfahrungswelten aufeinander. Besonders deutlich wird dies, wenn –wie im Einzelfall beobachtbar– in der Nacherwerbsphase reaktivierte kriegsbedingte Traumatisierungen erhebliche Funktionalität für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Alkoholproblematik erlangen. Oder aber –eher häufiger– wenn eine agile 60-Jährige auf eine gesundheitlich deutlich eingeschränkte 78-Jährige trifft.

Anfänglich wurden noch zahlreiche Behandlungen von der

Deutschen Rentenversicherung getragen. Dabei handelte es sich zumeist um ältere Langzeitarbeitslose oder um Personen, die unmittelbar vor der Berentung standen. Inzwischen wird die überwiegende Mehrzahl der Behandlungen von den Krankenkassen finanziert, entsprechend ist die Mehrzahl der PatientInnen berentet. Die Kostenzusagen der Krankenkassen erstrecken sich üblicherweise auf 6 bis 12 Wochen, die durchschnittliche Behandlungsdauer lag im Erhebungszeitraum bei etwas weniger als 10 Wochen. In einer Teilstichprobe von 138 aufeinander folgenden PatientInnen zählten wir 27 Verlängerungsanträge, was auf die hohe Akzeptanz des Angebots hinweist.

Bei der Abhängigkeitsdauer finden wir –wie auch andere AutorInnen⁷ in anderen Settings– Hinweise auf unterschiedliche Sucht- und Behandlungsverläufe bei Frauen und Männern («Teleskop-Effekt»): Die geschätzte Abhängigkeitsdauer lag für die Frauen bei nicht ganz 14 Jahren und damit etwa zwei Jahre unter dem Vergleichswert für Männer, die seit durchschnittlich 16 Jahren alkoholabhängig sind. Nur bei etwa einem Achtel aller PatientInnen besteht die Abhängigkeit seit weniger als fünf Jahren, bei 80 Prozent hingegen seit 10 oder mehr Jahren. Die Mehrzahl der PatientInnen unterliegt demnach einer erheblichen Chronifizierung. In einer Teilstichprobe hatten darüber hinaus bereits 15 Prozent der PatientInnen in früheren Jahren an einer oder mehreren stationären Rehabilitationsbehandlungen teilgenommen. Die meisten von ihnen waren im Anschluss daran zumeist mehrere Jahre abstinente geblieben.

Behandlungsergebnisse

Von den 258 PatientInnen wurden acht im Behandlungsverlauf alkoholbedingt und in einem weiteren Fall medikamentenbedingt rückfällig. Ergebnisse der Katamnesebefragung liegen mittlerweile für 196 PatientInnen bis zum Entlassjahrgang 2007 vor. In den ersten zwölf Monaten nach Behandlungsende blieben demnach 46 Prozent aller aufgenommenen PatientInnen abstinent, weitere 5 Prozent waren nach vorübergehender Abstinenzunterbrechung zum Katamnesezeitpunkt seit wenigstens drei Monaten erneut abstinent.

Spezielle Erfahrungen

Nicht selten unterliegen ältere wie jüngere PatientInnen aufgrund ihrer Abhängigkeitsproblematik und der damit verbundenen Konsequenzen erheblichen Scham- und Schuldgefühlen. Therapeutisch erscheint es hilfreich, entlang dieser emotionalen Limitierungen vornehmlich Bewältigungsmöglichkeiten, Hoffnungen für die Zukunft und Ressourcen der PatientInnen anzusprechen und so Veränderungsprozesse zu stärken. Während sich viele ältere PatientInnen emotional eher zurückhaltend zeigen, schildern andere in einem derart geprägten Gruppensetting mitunter auch besonders prägnante emotionale Erfahrungen. Etwa wenn die Trauer über den Verlust des langjährigen Ehepartners oder der eigenen Eltern eine fortwährende psychische Belastung darstellt oder wenn Konflikte über die Pflege der gemeinsamen Eltern die Beziehungen unter den selbst vielleicht schon 60-jährigen Geschwistern belasten und alte Rivalitäten neu aufleben lassen.

Für männliche Patienten bilden oftmals die mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verbundenen Veränderungen der Alltagsstruktur oder daraus resultierende Konflikte im partnerschaftlichen Zusammenleben den biografischen Hintergrund für den Beginn ihrer Abhängigkeitsentwicklung oder für einen Rückfall nach mehrjähriger Abstinenz.

Paar- oder Familiengespräche nutzen wir vornehmlich, um den –zumeist von beiden Seiten angestrebten– Fortbestand der Partnerschaft bzw. der familiären Bindungen zu erleichtern und Perspektiven für die nachstationäre Sicherung der Abstinenz aufzuzeigen. Mitunter gelingt es auch, maladaptive Interaktionsmu-

ster bewusst zu machen und Veränderungsimpulse zu setzen.

Neben der Nachsorge oder dem Besuch von Selbsthilfegruppen regen wir oftmals dazu an, am eigenen Wohnort eventuell vorhandene Seniorenaktivitäten (z.B. kommunale Seniorenbüros, Ehrenamt etc...) kennen zu lernen.

Resümee

In ihrer Therapiebilanz beschreibt die überwiegende Mehrzahl der PatientInnen AGIL! als Quelle der gegenseitigen Unterstützung und des Austauschs gemeinsamer (Lebens-)Erfahrungen. Äusserst selten bewerteten TeilnehmerInnen der Bezugsgruppe für ältere Abhängigkeitskranke diese als «einengend» oder «ungeeignet». Nach unserer Einschätzung erleben sich ältere PatientInnen in diesem altershomogenen Setting deutlich integrierter und dabei mehr in Resonanz mit persönlichen Themen und Anliegen als in «jüngeren» Gruppen, in denen sie aufgrund anderer Lebensthemen und -perspektiven –teilweise aber auch aufgrund anderer kognitiver und interaktioneller Stile– häufiger in eine Aussenseiterrolle geraten. Andererseits ermöglicht die Einbettung in ein sonst «gemischtes» Behandlungsumfeld unseres Erachtens hinreichend Kontakt und Austausch, um Stigmatisierungen entgegenzuwirken und wechselseitig überwiegend förderliche Interaktionsprozesse unter PatientInnen jeglichen Alters anzuregen.

Unsere quantitativen Katamnesedaten lassen zumindest für die «jungen Alten» ähnliche Abstinenzquoten wie in anderen Altersgruppen erwarten. Andererseits ist davon auszugehen, dass alkoholbedingte Rückfälle gerade bei älteren, gesundheitlich in der Regel belasteten und langjährig Abhängigen mit einem erheblichen Risiko weiterer gesundheitlicher Verschlechterungen bis hin zu einem erhöhten Risiko für Pflegebedürftigkeit und frühzeitigen Tod einhergehen, weshalb ein optimiertes Behandlungsangebot besonders notwendig und dringlich erscheint.

Zusammenfassend lassen unsere Erfahrungen vermuten, dass altersangepasste Angebote und insbesondere altershomogene Bezugsgruppen in einem ansonsten gemischten Umfeld auch in der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker hilfreich sind, um den spezifischen Lebenslagen und Bedürfnissen älterer PatientInnen gerecht zu werden und dabei quantitativ befriedigende Behandlungsergebnisse zu erzielen. Wie die spezifischen Indikationsbedingungen zur individuellen Optimierung dieses Behandlungsarrangements bleibt dessen mögliche Überlegenheit gegenüber einem «undifferenzierten» Setting allerdings noch nachzuweisen. ●

Literatur

- Deutsche Rentenversicherung Bund (2007): Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit der Deutschen Rentenversicherung.
- Heuft, G./Kruse, A./Radebold, H. (2006): Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Weinheim: Beltz.
- Mann, K./Ackermann, K./Croissant, B./Mundle, G./Nakovics, H./Diehl, A. (2005): Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: are women more vulnerable? Alcohol Clin Exp Res 29(5):896-901.
- Zemlin, U./Kolb, W. (1990, 2008): Therapiekonzept der Fachklinik Wilhelmsheim. Fachklinik Wilhelmsheim: unveröffentlicht.
- Zemlin, U./Missel, P./Deichler, M.-L./Schend M./Schreiber, R./Kolb, W. (2008): Inventar zur Therapieplanung für Alkohol- und Medikamentenabhängige – ITA. Fachklinik Wilhelmsheim: unveröffentlicht.

Endnoten

- 1 vgl. Heuft/Kruse/Radebold 2006.
- 2 www.wilhelmsheim.de
- 3 vgl. Zemlin und Kolb 1990.
- 4 vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2007.
- 5 vgl. Zemlin et al. 2008.
- 6 zwei PatientInnen waren primär medikamentenabhängig.
- 7 so beispielsweise Mann et al. 2005.

Bücher zum Thema Alter



Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes GBE.

Karin Böhm, Clemens Tesch-Römer, Thomas Ziese (Hrsg.) 2009, Robert Koch-Institut

Im vorliegenden Buch geht es um die Gesundheit und Krankheit von Menschen, die 65 Jahre und älter sind. Nachdem theoretische Positionen zum Alter und Altern vorgenommen werden, wird der Blick auf somatische, psychische bzw. funktionale, Gesundheit und Pflegebedürftigkeit sowie subjektive Gesundheit gerichtet. Es werden Einflüsse von Lebenslagen und Lebensstilen analysiert und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung alter Menschen und die ökonomischen Chancen und Herausforderungen für das Gesundheitswesen untersucht und wichtige Erklärungsansätze für das Kostengeschehen geliefert. Die Publikation ist online erhältlich: www.tinyurl.com/gesundheitalter



Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis.

Ulla Walter, Uwe Flick, Anke Neuber, Claudia Fischer, Friedrich-Wilhelm Schwartz, 2006, VS Verlag

Welche Bilder haben Ärzte und Pflegekräfte vom Alter und der Gesundheit alter Menschen? Werden solche Bilder durch Ausbildung, Beruf oder eher durch eigene biographische Erfahrungen beeinflusst? Welche Einstellungen zur Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere bei alten Menschen haben Ärzte und Pflegekräfte? Was können sie davon realisieren? Was hindert sie daran, ihre Einstellungen umzusetzen, was hilft ihnen dabei? Solche Fragen sind gerade in Zeiten des demographischen Umbruchs gesundheits- und sozialpolitisch relevant. Die AutorInnen gehen diesen Fragen anhand einer empirischen Studie nach. Dabei zeigen sie ein Stück Lebenswirklichkeit der Wahrnehmung Älterer und des Alters durch Professionelle in der gesundheitlichen Versorgung. Sie fordern zugleich dazu auf die Professionellen darin zu bestärken, dass Prävention und Gesundheitsförderung auch und gerade im Alter notwendig und sinnvoll sind.



Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung.

Gertrud M. Backes, Wolfgang Clemens, 2008, Juventa

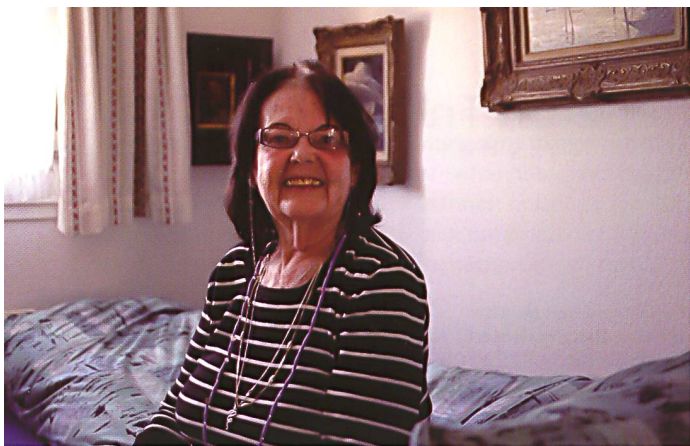
Die Lebensphase Alter wird in diesem Band als sich ausdehnender und immer stärker ausdifferenzierender Lebensabschnitt nach der Erwerbsphase dargestellt. Alter(n) wird in seiner multidimensional angelegten Grundstruktur aus sozialgerontologischer Perspektive erfasst. Es werden soziologische, sozialpolitische, sozialpsychologische und sozialpädagogische Aspekte des Alter(n)s im Zusammenhang thematisiert, ausserdem institutionelle und sozialrechtliche Aspekte der Altenhilfe berücksichtigt. Grundlage der Darstellung ist eine soziologische Analyse des Alter(n)s. Damit wird eine systemische Gesamtperspektive gewonnen, die die gesellschaftlichen, sozialen, institutionellen, interaktiven und individuellen Elemente des Alter(n)s miteinander integriert.



Soziokulturelle Konstruktion des Alters. Transdisziplinäre Perspektiven.

Dieter Ferring, Miriam Haller, Hartmut Meyer-Wolters, Tom Michels (Hrsg.), 2008, Königshausen & Neumann

Wie gestalten wir Alter und wer gestaltet Alter? Diese Fragen sind in das Zentrum der öffentlichen Diskussion gerückt. Neben dem wissenschaftlichen Diskurs sind es die Medien, die Politik und die Wirtschaft, aber auch Senioreninitiativen, die in massgeblicher Weise unsere Rede vom Alter und die soziokulturellen Konstruktionen des Alters bestimmen. Ziel der Forschungsgruppe, die das Buch herausgibt, ist die integrative Betrachtung und die Etablierung transdisziplinärer Alter(n)sstudien, in denen WissenschaftlerInnen mit ExpertInnen und Laien aus verschiedenen Praxisfeldern zusammenarbeiten. Das Buch dokumentiert die Vielfalt der Perspektiven und Inhalte, die aktuellen soziokulturellen Konstruktionen des Alters zugrunde liegen, und es leistet damit einen Beitrag zur Klärung des universellen Phänomens «Altern» aus transdisziplinärer Perspektive.



RUTH HALLER (68) lebt seit rund fünf Jahren nördlich von Frauenfeld im „Hertihus“, einer Einrichtung für suchtgefährdete und/oder psychisch beeinträchtigte Menschen.

Sie blickt auf eine abwechslungsreiche berufliche Vergangenheit zurück: „Ich hab vieles gemacht, ich war Schuhverkäuferin, ich hab als Barfrau gearbeitet, später hatte ich ein Solarium und dann ein Piercingstudio.“ Sie sei, so Frau Haller, eine der ersten Frauen gewesen, die sich mit Piercing beschäftigten: „Ich war so etwas wie eine Pionierin, ich hab alles gemacht, Nase, Brustwarzen...“

1994 heiratete Ruth Haller, zuvor war sie schon einmal verheiratet, „aber der hat mich immer geschlagen.“

Mit dem zweiten Ehemann sei sie glücklicher gewesen, doch das Glück währte nicht: „Das war vor sieben Jahren, ich hab Angstzustände bekommen, irgendwie wusste ich dass mein Mann nicht mehr lange lebt.“

Tatsächlich starb der Mann kurz darauf: „Als er ins Krankenhaus ging, hab ich ihm noch schnell die Ringe abgemacht, er hatte ja die Brustwarzen gepierct.“

Frau Haller blieb alleine zurück, die Angstzustände verschlimmerten sich, sie verliess immer seltener die Wohnung, brachte auch den Hund nicht mehr raus. Sie habe, so Haller, angefangen Stimmen zu hören und litt unter der Angst, „dass jemand ins Haus kommt.“

Ruth Haller bezahlte keine Rechnungen mehr und verlor so ihre Wohnung. Im „Hertihus“ hat sie sich mittlerweile gut eingelebt, ihr eigenes Zimmer hat sie nach ihren Vorstellungen gestaltet, weg möchte sie vorerst nicht: „Ich kann mir im Moment nicht vorstellen woanders hinzugehen, hier will ich bleiben.“

Vielleicht könne sie später, so Frau Haller, wieder in eine eigene Wohnung ziehen, noch sei sie aber dazu nicht in der Lage.



Das Einzelzimmer, in dem Ruth Haller seit fünf Jahren lebt, ist klein aber gemütlich und persönlich eingerichtet. Viele freie Flächen nehmen Bilder der Eltern bzw. Fotografien aus der Kindheit in Anspruch: „Meine Eltern bedeuten mir sehr viel, ich hab sie gerne um mich.“

Gerne denkt sie an gemeinsame Urlaube und Wochenendausflüge zurück, an Reisen nach Spanien, Ferien am Strand, den Markusplatz in Venedig.

Während des Fototermins redet Ruth Haller nicht viel, vielleicht spricht sie generell wenig, vielleicht möchte sie nicht allzu viel von sich preisgeben, vielleicht ist sie in der ungewohnten Situation auch nur aufgeregt.

Als sie ihr Familienalbum hervorholt, wird sie völlig still, versinkt in Erinnerungen. Nur an ihrem Gesicht lässt sich ablesen, was sie bei den Bildern empfindet. Eher wehmütig betrachtet sie die Bilder ihrer Kindheit, bei den Urlaubsfotos huscht ein Lächeln über ihr Gesicht. Nur einmal verdunkeln sich ihre Züge - auf einer Seite klebt zusammen mit Fotos der Eltern ein Bild vom Grab ihres Vaters.

