Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 35 (2009)
Heft: 3

Artikel: Behanldungskontinuität als wichtiger Erfolgsfaktor
Autor: Engelhardt, Liliana / Müller, Barbara
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800616

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 03.08.2025

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

Behandlungskontinuität als wichtiger Erfolgsfaktor

Die Psychiatrischen Dienste Thurgau in Münsterlingen verwenden ein patientInnenorientiertes Behandlungskonzept der Alterspsychiatrie. Ein Fallbeispiel zeigt die Wichtigkeit eines interdisziplinären Settings und der Behandlungskontinuität auf.

Liliana Engelhardt
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin/ Therapeutische Leiterin, Psychiatrische Dienste Thurgau
Münsterlingen, Alterspsychiatrie St. U3, Postfach 154, CH-8596 Münsterlingen, Liliana.engelhardt@stgag.ch

Barbara Müller
Dr., Psychologin, Alterspsychiatrie St. U3, barbara.mueller@stgag.ch

Sucht im Alter in der Klinik Münsterlingen

Alkoholabhängigkeit wird oft im Umfeld der Familie und Freundeskreis, aber auch bei HausärztInnen und in Spitälern solange übersehen bis medizinische Komplikationen auffallen oder die soziale Situation Betroffene oder Angehörige dazu bringt, Hilfe und Beratung zu suchen.
Die Zuweisungen erfolgen in der Regel durch Hausärzte/-innen, PsychiaterInnen, Spitäler, durch Angehörige und Institutionen wie Altersheime, ambulante Betreuungsdienste (in der Schweiz durch Spitex), selten auf eigene Initiative.
Wir bieten in der Klinik Münsterlingen eine multiprofessionelle psychiatrisch-psychotherapeutische Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung des Kantons Thurgau an und behandeln sämtliche psychiatrischen Störungsbilder in allen Altersstufen.
Die Station U3 für die Alterspsychiatrie bietet Therapie für PatientInnen ab 60 Jahren an, die erstmalig im Alter psychisch erkranken und für Menschen, die mit einer psychischen Erkrankung älter geworden sind:

- Menschen mit depressiven, psychotischen Störungen, Manien, leichten Demenzen, schweren Lebenskrisen und Abhängigkeitsstörungen.
- Menschen, die zur Bewältigung akuter Krisen einen beschützenden Rahmen brauchen.
- Menschen mit Suchproblematik bieten wir eine therapeutische Suchtgruppe mit der Möglichkeit, diese Therapie auch bei uns ambulant fortzusetzen.

Entsprechend den Zuweisungsaufträgen an unsere Klinik ergeben sich drei Behandlungsziele:

- Entzug - als Notfall bei Alkoholintoxikation oder nach regulärer Anmeldung bei Dauerkonsum von Alkohol
- Entwöhnung und Stabilisierung des abstinenten Verhaltens
- Behandlung von Komorbiditäten (vor allem psychische Erkrankungen).

Behandlungsphasen in den psychiatrischen Diensten Thurgau

Die Behandlungsphasen in der Klinik umfassen Diagnostik, Entzug, Entwöhnung, Stabilisierung und Nachbehandlung. Die umfassende Diagnostik beinhaltet möglichst konkrete Angaben über Beginn, Intensität und Dauer des Substanzkonsums, über kognitive und somatische Folgeschäden, sowie die familiäre und oder die soziale Situation. Dabei dienen Informationen der PatientInnen, wenn möglich ergänzt durch Fremdinformationen. Bei Mehrfachdiagnosen wird versucht, frühzeitig die Grunderkrankung zu klären, z. B. kann die Suchterkrankung als untauglicher Versuch einer Selbstheilung einer depressiven Entwicklung bzw. einer generalisierten Angststörung identifiziert werden, oder die die Suchterkrankung bewirkt wieder auftretende depressive Phasen. Dazu werden sowohl quantitative wie auch qualitative diagnostische Verfahren angewandt (strukturiertes Aufnahmegespräch, verschiedene Testungen: GDS[1], BDI[2], CAGE[3]).

Bei PatientInnen mit Alkoholintoxikation oder mit ständigem Substanzgebrauch erfolgt beim Auftreten eines Entzugssyndroms zunächst die Entzugsbehandlung oder Entgiftung. Diese findet auf unserer Station statt sobald der somatische Zustand stabil genug ist. Oft setzen wir die in internistischen Abteilungen durchgeführten Massnahmen fort. Bis zum Abklingen des Entzugssyndroms dauert es je nach PatientIn zwei bis sechs Tage.

Bereits während des körperlichen Entzugs wird versucht, die Compliance (Kooperation) der PatientenInnen für eine weiterführende Behandlung zu gewinnen. Nötig ist dabei das Vertrauen in die Behandelnden, die glaubhafte Aussicht auf realistische Veränderungsschritte auf dem Weg zu einer Lebensperspektive ohne Alkoholkonsum. Eine interdisziplinäre Therapieplanung dient der Klärung der notwendigen Schritte, um das definierte Therapieziel zu erreichen.

Behandlungsmöglichkeiten in Münsterlingen

Unser Ziel ist, allen Patienten und Patientinnen durch eine direktive patientenzentrierte und patientenorientierte Suchtbehandlung einen Weg zur Abstinenz zu ermöglichen.
Grundsätzlich ergeben sich zwei mögliche Wege, je nachdem ob die PatientInnen zu einer Therapie motiviert sind oder nicht:

a) Zur Therapie motivierten PatientInnen schlagen wir eine Entwöhnungsbehandlung von durchschnittlich sechs bis acht Wochen vor. Sie umfasst die Behandlung psychiatrischer Begleiterkrankungen, Festigung der Motivation und sozialdienstliche Unterstützung, die psychotherapeutische Bearbeitung kontraproduktiver, suchterhaltender Muster und das Erlernen neuer Handlungsstrategien. Wir fördern eine Auseinandersetzung mit der Sucht und stellen verschiedene Bewältigungsstrategien vor.
Einzelpsychotherapie; Betreuer-, Angehörigen- und Paarge-

spräche gehören zum Behandlungsstandard und werden je nach individuellem Bedarf angeboten. Um eine längerfristige Stabilität zu erhalten, bieten wir eine altersentsprechende Suchtgruppe an, mit der Möglichkeit, diese nach dem Austritt ambulant weiter zu besuchen.
Dabei lernen die PatientInnen die Sucht als Krankheit zu akzeptieren und Hintergründe zu erkennen, die speziell im Alter eine Rolle spielen könnten, wie Einsamkeit, körperlicher und kognitiver Abbau, Verluste und Bilanzierung. Daneben werden ihnen Möglichkeiten gegeben, ihr Leben umzugestalten.
Vor dem Austritt wird jeweils die Nachsorge besprochen und organisiert.
Nach der Entlassung gibt es ebenfalls verschiedene Möglichkeiten für die Nachsorge: Diese beinhaltet Massnahmen zur Reintegration in das gewohnte Umfeld und die Aufnahme einer geeigneten Nachbetreuung (Selbsthilfegruppe, Suchtberatungsstellen, ambulanter aufsuchender sozialpsychiatrischer Dienst). Dabei ist die Rolle der Hausärzte und Hausärztinnen sehr wichtig. Als Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, benötigen einige PatientInnen ein teilstationäres Setting bei dem sie ein bis zwei Mal wöchentlich einen Tag auf der Station verbringen. Dies kann von einer Woche bis zu sechs Monate dauern. Manchmal ist eine Platzierung in einen schützenden Rahmen notwendig. Sie kann unmittelbar im Anschluss an den Austritt erfolgen oder zumindest in die Wege geleitet werden.

b) Mit PatientInnen die nicht für weitere Behandlungen (stationär oder ambulant) bereit sind und auf ihre Entlassung drängen, werden interdisziplinäre Gespräche geführt, mit dem Ziel, sie zu einer weiteren Suchttherapie zu motivieren. Von diesen PatientInnen sind trotz verschiedener Hilfsangebote schätzungsweise 10% nicht für eine weitere Therapiephase motivierbar.
Bei etwa 30% der PatientInnen ist es möglich, eine Vernetzung verschiedener Behandlungsmöglichkeiten wie Spitex, oder Angebote von Suchtberatungsstellen in Koordination mit dem Hausarzt zu organisieren.

Wir wissen, wie oft unsere PatientInnen trotz aller Hilfsangebote rückfällig werden, und dass der Weg aus der Sucht oft Jahre benötigt. Die Behandlungserfolge liegen bei 9-20% nach einer Entgiftung ohne weitere Therapie, bei 20-40% nach einer ambulanten Therapie und bei 40-60% nach einer Langzeittherapie. Unser Alterssuchtkonzept trägt diesem Sachverhalt Rechnung und beinhaltet deshalb stationäre, halbstationäre und ambulante Therapieangebote, die auf jede/n einzelne/n Patienten/in individuell zugeschnitten werden können.

Fallbeispiel

Hospitalisation - Therapiebeginn

Herr H., geb. 1940, kam erstmals 2005 auf die geriatrische Aufnahmestation. Er hatte bereits seit längerem einen hohen Alkoholkonsum: zuletzt täglich einen Liter Wein und bis zu einem halben Liter Schnaps. Vor kurzem hatte er mit 2,7 Promille einen Selbstunfall in suizidaler Absicht verursacht. Vom auswärtigen Spital wurde er am selben Tag in unsere Klinik überwiesen. Er kam zuerst freiwillig, da er aber nicht bleiben wollte, wurde eine Zwangszuweisung veranlasst.
Nach überstandener Entzugsphase nahm Herr H. am gesamten Therapieprogramm der Station teil. Dieses umfasst regelmässigen Arzt- und Psychologenkontakt für Einzel-, Paar –und Familiengespräche, ein umfassendes kreativ-therapeutisches Angebot (Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie), Bezugspersonenarbeit durch die Pflege und begleitete Gruppenaktivitäten auf der Station. Ausserdem wurde Herrn H. der Besuch einer internen Suchtgruppe vorgeschlagen. Sozialpsychiatrische Themen umfassten die Klärung der sozialen und finanziellen Situation und v. a. die soziale Rehabilitation.
Aus der Erhebung der Biographie ergab sich zum Zeitpunkt der Ersthospitalisation Folgendes:
Herr H. wurde im Kanton Zug geboren, wobei er zu seinen Eltern und Geschwistern keine Angaben machen wollte. Er arbeitete bis zu seiner Pensionierung als Herrenschneider. Seine Frau verstarb vor sieben Jahren. Er ist Vater von zwei beruflich erfolgreichen Söhnen. Von einem seiner Söhne war zu erfahren, dass Herr H. sehr unter dem Verlust seiner Frau litt, sich aber trotzdem schon wenige Monate nach ihrem Tod eine Freundin gesucht hatte. Er trennte sich schnell von dieser Frau und lebte daraufhin sieben Jahre mit einer anderen Frau zusammen.
Herr H. zeigte sich als jemand, der auf ruhige Art den Kontakt zu Frauen herstellen kann, und sich schnell wieder an sie bindet. Auch den MitpatientInnen begegnete er mit Verständnis, oft einfühlsam, der Kontakt blieb dabei eher oberflächlich. Meist sass er im Raucherzimmer, wirkte zufrieden, verhalten, und wahrte gerne seine Fassade. Oft war sein Bewegungsausdruck gedrückt, sein Gesichtsausdruck traurig.

Wegen der depressiven Symptomatik mit Schlafstörungen hatte Herr H. schon längere Zeit das Antidepressivum Mirtazapin eingenommen. Während der fünfwöchigen Hospitalisationsphase hatte sich die Stimmung des Patienten verbessert, er distanzierte sich deutlich von der Suizidalität. Es schien, dass er durch die Bearbeitung der Lebens- und Trauersituation durch den Tod seiner Ehefrau sein Leben nach Austritt besser regulieren können würde. Psychoedukative Elemente über das Wesen der Suchterkrankung und die Strategien zur Aufrechterhaltung der Abstinenz konnte Herr H. gut aufnehmen. Wir haben den Patienten bei der Strukturierung der Tagesaktivitäten, der Freizeitgestaltung und der Pflege von Beziehungen nach Austritt unterstützt. Bei Familiengesprächen wurde auch seine Wohnsituation thematisiert und mit Hilfe unseres Sozialdienstes mieteten seine Söhne für ihn eine neue Wohnung, da die alte in einem verwahrlosten Zustand und mit negativen Erinnerungen verbunden war. Sie wollten ihn jeweils ein bis zwei Mal wöchentlich besuchen bzw. der Vater sollte im Geschäft eines Sohnes kleine Hilfstätigkeiten ausführen.
Da der Zeitraum des Suchtmittelkonsums anamnestisch überschaubar schien und der Patient seit Beginn der Therapiephase motiviert war abstinent zu bleiben, hatte er eine gute Prognose.
Im Anschluss an die vollstationäre Therapiephase kam Herr H. zur Nachbehandlung weitere sieben Wochen einmal pro Woche als Tagespatient. Ausserdem war die Teilnahme an einer Suchtgruppe vereinbart worden.

Rückfälle

Trotz der gelegentlichen Betreuung durch den Externen Psychiatrischen Dienst wurde drei Jahre später eine erneute Hospitalisation nötig. Der Patient erlebte in den letzten Monaten zunehmende Angstgefühle, innere Unruhe, fühlte sich einsam und konnte sich zu keiner der vereinbarten Tätigkeiten mehr aufraffen. Wiederum klagte er über Schlafprobleme, der Drang nach Alkohol stieg. Die Selbsthilfegruppe für Suchterkrankungen hatte sich mangels TeilnehmerInnenzahl aufgelöst. Herr H. trank wieder mehr als einen Liter Wein täglich.
Er trat freiwillig ein, bestand jedoch wieder darauf, nur zur Krisenintervention in der Klinik zu bleiben und trat nach acht Tagen in das gewohnte Umfeld aus. Die weitere Betreuung sollten der Hausarzt und der ambulante psychiatrische Dienst übernehmen.

Nur vier Wochen später kam Herr H. erneut vollstationär in die Klinik: Ca. drei Wochen nach dem letzen Austritt verschlechterte sich die Stimmung erneut, er konnte den Alltag kaum ertragen, kontaktierte mehrmals täglich telefonisch seine Söhne. Er trank nun anderthalb Liter Wein täglich. Sein Erscheinungsbild

war ungepflegt, er war unsicher auf den Beinen, innerlich sehr angespannt und motorisch unruhig. Er bagatellisierte seinen Zustand, klagte allerdings über Schlafprobleme. Vordergründig freundlich kam er auf die Station, drängte jedoch wieder auf baldigen Austritt. Nur unter massivem Druck und Androhung von Distanzierung und vollständigem Rückzug von Seiten der Söhne konnte sich Herr H. schliesslich für eine vierwöchige Therapiephase entscheiden.

Vertiefter therapeutischer Prozess

Es war jetzt klarer geworden, dass Herr H. umfassendere Unterstützung in seinem Lebensalltag benötigen würde. Er selber lehnte den Gedanken an eine veränderte, evtl. betreute Wohnsituation in jeglichem Rahmen ab. Erst die klare Botschaft der Söhne, sich vom Vater vollständig zurückziehen, falls er in die gewohnten Lebensverhältnisse zurückkehren würde, bewegten ihn dazu, sich deutlicher zu seiner Problematik zu bekennen. Er konnte teilweise seine Einsamkeit sowie tiefe Gefühle der Sinnlosigkeit benennen. In Einzelgesprächen wie auch in Gruppengesprächen erzählte er von den langen, leeren Tagen vor dem Fernsehapparat, seinem Wusch mit Menschen in Kontakt zu sein, ohne die nötigen Antriebe dazu aufzubringen. Eine tiefere Bearbeitung der Lebenskrise seit dem Tod seiner Ehefrau war ein wichtiger Inhalt dieser Hospitalisation. Bisher hatten Gefühle von Schmerz, Scham und Schuld ihn gehindert, sich dieser Problematik zu öffnen. Durch die erarbeitete Vertrauensbasis konnte der Herr H. sowohl in Einzelgesprächen, wie auch in der Gruppe und besonders in den Kreativ-Therapien seine tiefen Ängste aussprechen und ihnen gestalterisch Raum geben.

Installation von überlappender Nachbetreuung

Nach dem Austritt sah der nächste Schritt eine überlappend teilstationäre und ambulante Betreuung vor. Herr H. wurde einmal wöchentlich im Tagespatientenstatus und zusätzlich ambulant im Externen Psychiatrischen Dienst betreut. Ausserdem konnte er sich erneut zur Teilnahme an einer hausinternen Suchtgruppe entschliessen.

Seit dieser Zeit konnte der Patient dauerhaft alkoholabstinent bleiben. Allerdings verschlechterte sich sein Zustand erneut nach weiteren drei Monaten. Herr H. begann unter massiven Bauchschmerzen zu leiden, die sich somatisch in dieser Heftigkeit nicht erklären liessen und als Ausdruck einer Depression mit Somatisierung aufgefasst werden mussten. Er selbst stand vor einem Rätsel, erlebte sich völlig hilflos und seine Zuversicht, dass er jemals wieder vollständig gesunden könnte, schwand. Daraufhin entwickelte er ausgesprochene Suizidgedanken und Suizidphantasien. Er telefonierte stündlich mit seinen Söhnen und wand sich dabei vor Schmerzen.

Erneute Hospitalisation bei veränderter Diagnose

Bei einem erneuten stationären Aufenthalt konnte intensiver auf die psychische Thematik des Patienten eingegangen werden. Es wurde offensichtlicher, dass die bisherige Lebensform des Patienten (alleine wohnen, unstrukturierter Tagesablauf) sehr ungeeignet war. Nach dem Abklingen der Schmerzsymptomatik wurde der Patient mit dem bereits vorgegebenen ambulanten Betreuungsnetz auf Probe entlassen. Bereits nach fünf Tagen verstärkte sich die Schmerzproblematik wieder massiv und machte eine weitere Hospitalisation nötig.

BetreuerInnen wie auch Angehörige drängten nun auf eine umfassende Veränderung der Lebenssituation. Vorgeschlagen wurde ein Wohnungswechsel in eine betreute Wohngemeinschaft für ältere Männer. Anfangs lehnte der Patient dies vehement ab. Dennoch liess er sich für ein paar Wochen Probewohnen gewinnen. Bereits nach wenigen Tagen fühlte er sich dort heimisch, die Bauchschmerzen, die sich bereits in der Klinik in kurzer Zeit wesentlich verbessert hatten, liessen nach. Herr H. konnte sich in die vorgegebene Tagesstruktur ohne Probleme einfügen.

Nachbetreuung - Aktueller Stand

Herr H. kommt nun regelmässig in die wöchentliche klinikinterne Suchtgruppe. Dort werden nicht nur psychoedukative Inhalte vermittelt, sondern PatientInnen erleben sich selbst immer wieder als ExpertInnen in Suchtfragen, wissen über Gefahrensituationen Bescheid und übernehmen gegenseitige Beraterfunktionen. Ausser der Suchtthematik werden individuell gestellte, aktuelle Fragen diskutiert. Da die Gruppe verbindlich stattfindet, nur eine minimale Betreuerfluktuation hat und nicht auf eine gewisse Anzahl Sitzungen beschränkt bleibt, bietet sie Konstanz und einen wöchentlichen Fixpunkt, an dem offene Gespräche möglich sind.

Herr H. lebt nun sowohl abstinent wie auch schmerzfrei. Tagsüber vertritt er seinen Sohn gelegentlich telefonisch im Geschäft. Aufgrund der psychischen Gegebenheit und der biographischen Lebenssituation brauchte es für Herrn H. mehrere Hospitalisationen bis eine passende Lebenssituation entwickelt werden konnte.

Bei Aufgabe des Suchtverhaltens ist es zu einer – hoffentlich nur vorübergehenden – Symptomverschiebung gekommen, die als Hinweis auf eine bisher ungelöste Problematik des Patienten eingeschätzt werden musste.

Zwar hat Herr H. weiterhin die Tendenz, auf Fragen über seine Befindlichkeit, seine Situation kurz und knapp und restlos positiv zu antworten. Es ist ihm nun aber mit Hilfe der Hospitalisationen, der Nachbetreuung und der Veränderung der Wohn- und Lebenssituation gut gelungen, eine neue Perspektive ohne Alkohol, ohne Schlaf- und Schmerzmittel zu entwickeln.

Fazit

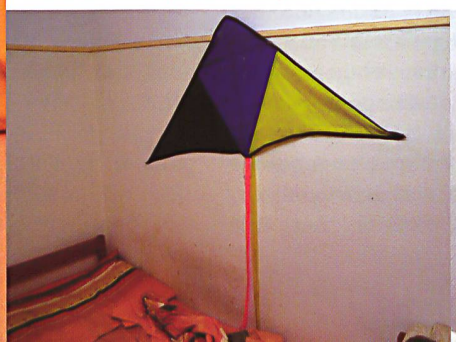
In diesem Fall sowie bei jeder und jedem unserer PatientInnen zeigt sich die Alkoholabhängigkeit als eine komplexe Erkrankung die ein interdisziplinäres Behandlungsangebot benötigt.

Dieses Angebot passt sich an die Bedürfnissen und Ressourcen der PatientInnen an. Dies und die Kontinuität der Behandlung bilden den Kern unseres Behandlungskonzeptes. Wir bieten die Möglichkeit, die Therapie auch bei uns teilstationär oder ambulant fortzusetzen. Die Behandlung wandelt sich nach der Hospitalisation in einer Liaisonarbeit wobei der ambulante Pflegedienst, der Hausarzt und der/die ambulante PsychiaterIn oder TherapeuthIn einbezogen werden. In der Organisation dieser Vernetzung ist die Rolle des Sozialdienstes sehr wichtig. Die Abstinenz ist das Ziel. Wir bleiben bereit für neue Krisen und können Rückfälle rasch behandeln und individuell die weitere Therapie gestalten. •

Endnoten

1 Geriatric Depression Scale.
2 Beck Depression Inventory.
3 Der Cage-Test dient zur Beurteilung des Alkoholkonsums.
4 Der Sozialdienst wird in der Klinik Münsterlingen bei jeder Problematik der Wohnsituation, bei finanziellen Problemen oder bei der Organisation der Betreuung involviert.

WERNER BRUTSCHE (64) lebt seit 2001 in der Zürcher Wohn- und Arbeitsgemeinschaft Suneboge. Geboren wurde er im Kanton Aargau, seine Eltern waren Landwirte. Irgendwann wurde der Hof verkauft und das Bauernhaus abgerissen, Brutsche verliess seine Herkunftsgegend: „In die Landwirtschaft wollte ich nicht, man hat ein mühsames Leben damit.
"Insgesamt 32 Jahre lange arbeitete er als Metzger und Verkäufer bei der Migros: „Man nennt mich immer noch Metzger-Willi"
Irgendwann geriet der Alkoholkonsum für Brutsche ausser Kontrolle. Mit 52 musste er einen Entzug machen, bekam Probleme mit der Leber, war an Hepatitis erkrankt. Der Entzug war erfolgreich, fast 1 Jahr lang trank Brutsche nur alkoholfreies Bier, „aber einmal hab ich kein Alkoholfreies bekommen, da hab ich ein normales Bier getrunken und da gings wieder los."
Danach folgten die Probleme: Brutsche verlor Job und Wohnung, wurde obdachlos.
Im „Suneboge" fühlt er sich wohl: „Ich bin hier gut aufgehoben." Eine eigene Wohnung möchte er nicht mehr. Wenn man „draussen" wohne, dann werde über einen wie ihn gelästert: „Die Leute hocke halt hinterm Vorhang und schaue."

Auf dem Stein befindet sich das Foto „eines guten Kollegen." Brutsche kommen die Tränen wenn er von ihm erzählt: „Der ist vor ein paar Tagen weggezogen, der hats geschafft, nimmt keine Drogen mehr."
Brutsche selbst möchte im Suneboge bleiben: „Ich versteh mich gut mit allen."
Und auch in Zürich hat er sich eingelebt: „Ich hab viele Kollegen, ich kann hingehen wo ich will, ich kenn immer Leute."
Familiäre Verbindungen bestehen nicht mehr, die Eltern sind tot, verheiratet war er nicht und Kinder hat er auch keine.
Mit den „Weibern" habe er, so Brutsche, sowieso immer Pech gehabt: „Eine ist krank gewesen, eine andre hat mich verlassen und so gings immer."
Ab und zu bekommt er Besuch von einer anderen Bewohnerin des „Suneboge", aber da unterhalte man sich nur. Im Grunde sei er mit den Frauen fertig: „Von denen will ich nichts mehr wissen."
Er sei, so Brutsche, viel in der Stadt unterwegs, auch wenn ihm das Gehen aufgrund einer Entzündung im Knie schwer fällt: „Ich musste zweimal umfallen bis man mir die Krücken bewilligt hat, aber jetzt gehts."

Werner Brutsche ist alkoholabhängig, allerdings betont er dass er seinen Konsum stabil halte: „Ich trink um die vier Liter Bier am Tag, das vertrag ich. Aber mehr wirds nicht." Auch bleibe er, so Brutsche, streng beim Bier: „Ich rühr keinen Tropfen Schnaps an, das schlägt auf die Leber."
Einmal hätten zwei Polizisten eine Flasche Schnaps gefunden und - weil er in der Nähe war - gedacht, sie gehöre Brutsche. „Aber ich hab gesagt: Die gehört mir nicht, sowas trink ich nicht."
Da haben die Polizisten die Flasche ausgeleert. „Hat mir gar nichts ausgemacht."
Im „Suneboge" ist das Trinken auf den Zimmern erlaubt - Primärziel ist es, die Menschen von der Strasse zu holen - und so sieht man bei Brutsche volle und leere Flaschen bzw. Dosen. Auch sonst werden den BewohnerInnen Freiheiten zugestanden. Brutsche hat sich einen Kühlschrank geholt ("das hat nicht jeder") und bereitet eigene Mahlzeiten zu. Auch das Zimmer hat er - wenn auch spärlich - selbst eingerichtet. Der Drachen sorgt für Farbe, das Fahrrad dient als Wäscheständer: „Das hab ich mal für 50 Franken gekauft, aber ich benutz es nicht. Ich komm ja vom Land, da bin ich den Verkehr nicht gewohnt, ich hab kein Überblick, bin auch schon in die Schienen vom Tram reingekommen. Wenn ich in Züri aufgewachsen wär, dann wärs anders."
Lieber benutze er, so Brutsche, die öffentlichen Verkehrsmittel.