



## *AES – Nachrichten 2/2002*

---

Informationsbulletin 2/2002

der Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen AES

Postfach 1332, Feldeggstrasse 69, 8032 Zürich

Tel./Fax 043 488 63 73, aes.wallin@tiscali.ch, www.netzwerk-essstoerungen.ch

---

### **Editorial**

Sparen ja, aber am richtigen Ort!

Krankenkasse und Invalidenversicherung, beides wichtige Bestandteile der Sozialversicherungen, sind eine grosse Errungenschaft der Moderne. Damit bezweckte man bei der Einführung, allen Menschen, von Krankheit, Unfall und/oder Invalidität betroffen, den Zugang zur optimalen medizinisch-therapeutischen Behandlung zu ermöglichen oder ihre Existenzgrundlage zu sichern. Eine gute Sache, sie ist nicht mehr wegzudenken!

Selbstverständlich haben Sozialversicherungen ihre Leistungsgrenzen. Heute sind sehr viele Personen, vor allem Familien, durch die stets ansteigenden Prämien über die Grenzen ihrer finanziellen Möglichkeiten belastet. Es muss uns allen ein Anliegen sein, durch geeignete Massnahmen die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen und für die Verteilung der Prämienlasten andere Wege zu finden.

Trotz allem ist es wichtig, auf die Leistungsgrenzen der Krankenkassen hinzuweisen. Sie fallen nämlich für Betroffene von Essstörungen ins Gewicht, weil in der Regel die ambulante Betreuung für Betroffene einen differenzierten psychotherapeutischen Behandlungsplan ohne zeitliche Beschränkung erfordert. Leistungen der ärztlichen Psychotherapie werden von den Kassen zu Lasten der Grundversicherung nicht unbeschränkt übernommen. 1997 hat ein Urteil des Sozialversicherungsgerichtes des Kantons Zürich an diesen starren Grenzen der Leistungspflicht gerüttelt. Das Gericht erkannte, dass es in der ambulanten Praxis häufig Krankheitsbilder gibt, deren Behandlung regelmässig – also im Normal- und eben nicht im Ausnahmefall – erfolgen muss. Als Beispiele dafür gelten chronisch-depressive Entwicklungen, schwere chronifizierte Essstörungen etc. In diesen Fällen richtet sich die Therapiefrequenz nach der medizinischen Notwendigkeit und nicht nach den formalen Leistungslimiten.

Es ist wichtig, dass Betroffene das wissen. Damit kann umgangen werden, dass aus Sorge um eine allfällige hohe finanzielle Belastung, auf die notwendigen, therapeutischen Behandlungen nach ärztlicher Verordnung verzichtet wird. Die Folgeschäden könnten dann um ein Vielfaches höher ausfallen.

Wir sind überzeugt, dass wir mit dem Inhalt dieser Nummer wiederum ein Thema aufgreifen, das für viele unter Ihnen von Wichtigkeit ist und Entlastung bringen kann. In diesem Sinn verabschieden wir uns für dieses Jahr von unserer Leserschaft. Gleichzeitig wünschen wir allen eine besinnliche Advents- und Weihnachtszeit.

Vreni Köppel  
Präsidentin der Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen  
November 2002

# Schwerpunktthema: Soziale Absicherung für Menschen mit Essstörungen



## Grundsatzartikel:

### Essstörungen und Sozialversicherungen

Christoph Lüthy

Juristischer Mitarbeiter bei Pro Mente Sana,  
der Schweizerischen Stiftung im Interesse von psychisch kranken Menschen

*Wenn sich Essstörungen auf die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit auswirken, stellt sich die Frage, ob und inwieweit die betroffene Person von den Sozialversicherungen Unterstützung bekommt. Für die medizinische Behandlung ist die Krankenversicherung zuständig, bei Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit die Invalidenversicherung. Wenn Anspruch auf eine Invalidenrente besteht, stellt sich auch die Frage nach einer Rente der beruflichen Vorsorge. Wo diese Renten finanziell nicht ausreichen, können Ergänzungsleistungen oder die Sozialhilfe nötig werden. Im folgenden wird etwas ausführlicher auf diese Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung durch die Sozialversicherungen eingegangen.*

In der Schweiz kennen wir die obligatorische Krankenversicherung, die sogenannte Grundversicherung, und die freiwillige Zusatzversicherung. Die obligatorische Krankenversicherung ist im Krankenversicherungsgesetz (KVG) und den dazugehörigen Verordnungen geregelt.

Die Grundversicherung bezahlt grundsätzlich alle Leistungen von **Spitälern** und frei praktizierenden **Ärzten**, die der Diagnose und der Behandlung von Krankheiten dienen. Die Behandlungen müssen aber in jedem Fall notwendig sein und darüber hinaus wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich.

Grundsätzlich kann der Patient, die Patientin das Spital oder den frei praktizierenden Arzt selber wählen. Die Übernahme der vollen **Spitalkosten** ist aber eingeschränkt auf die allgemeine Abteilung und auf jene Spitäler, die auf der Spitalliste des Wohnkantons des Patienten, der Patientin aufgeführt sind. Ist aber eine notwendige Behandlung nur ausserhalb des Kantons möglich, weil sie kein Spital auf der Liste anbietet, muss der Wohnkanton

die Mehrkosten übernehmen. So bieten z.B. nicht alle Kantone in ihren Kliniken Psychotherapiestationen an. Es sollte aber in einem solchen Fall immer *vorgängig* eine Kostengutsprache beim Kanton und bei der Krankenkasse eingeholt werden, um böse Überraschungen auszuschliessen.

Zudem müssen jene Patienten, die nicht mit einer Person zusammenwohnen, mit der sie eine familienrechtliche Beziehung (z.B. Eltern, Ehepartner, Kind) haben, pro Spitaltag Fr. 10.– an die sogenannten Hotelkosten des Spitals, also v.a. das Essen, bezahlen.

Der Patient, die Patientin bezahlt an die jährlich anfallenden Kosten der ambulanten Behandlung bis zu einer Höhe der gewählten Jahresfranchise. Weitere Kosten werden nach Abzug von 10 % Selbstbehalt, welche zu Lasten des Behandelten gehen, von der Krankenversicherung übernommen. Allerdings nur bis er oder sie zusätzlich zur Franchise Fr. 600.– bezahlt hat. Die Behandlung muss aber am Wohn- oder Arbeitsort des Patienten, der Patientin oder in dessen Umgebung erfol-

gen. Bei Behandlungen ausserhalb der geographischen Begrenzungen übernimmt die Krankenkasse nur soviel, wie sie am Wohn- bzw. Arbeitsort hätte bezahlen müssen, es sei denn, es handle sich um einen Notfall.

#### Auch bei nicht-ärztlichen Therapien?

Es gibt aber auch Behandlungen, die von **anderen Berufsgruppen** als den frei praktizierenden Ärzten und Ärztinnen ausgeübt und von der Grundversicherung bezahlt werden. Erfolgt die Behandlung im Rahmen des Spitalaufenthaltes, ist diese Leistung über die Tagespauschale abgedeckt. In der Verordnung zum KVG (KVV) und in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) wird festgehalten, wer Anspruch auf eine ambulante Behandlung hat. Es handelt sich um folgende Therapien:

**Psychotherapien** durch die Ärzteschaft und sogenannt delegiert arbeitenden Psychotherapeuten sind grundsätzlich gedeckt. Was heisst delegierte Psychotherapie? Es handelt sich um Therapien, die von einem nicht-ärztlich ausgebildeten Psychotherapeuten im Auftrag eines Arztes, einer Ärztin und unter deren generellen Aufsicht – also in der Regel in deren Praxisräumen – durchgeführt werden. In Zukunft müssen Ärzte, die neu in die psychotherapeutische Arbeit oder deren Delegation einsteigen, eine psychiatrische Fachausbildung aufweisen, damit die Grundversicherung die Therapiekosten übernimmt.

Von der Grundversicherung ausgeschlossen bleiben also Psychotherapien von nicht-ärztlichen Therapeuten, die ohne die erwähnte Delegation selbständig praktizieren. Zusatzversicherungen sehen eine teilweise Übernahme von solchen Kosten vor, wenn der Therapeut, die Therapeutin von der Krankenkasse anerkannt ist. Der Beitrag der Krankenkassen ist in diesen Fällen aber oft so bescheiden, dass eine intensivere Therapie damit nicht bezahlt werden kann.

Auch anerkannte körperorientierte Psychotherapien, Therapien mit paar- oder familientherapeutischen Methoden und die Teilnahme an einer Gruppenpsychotherapie werden unter den gleichen Voraussetzungen übernommen. Artikel 2 und 3 der KLV umschreiben, **welche Anzahl an Psychotherapiestun-**

**den** in der Regel von der Versicherung **übernommen werden**: In den ersten drei Jahren zwei Stunden pro Woche, in den folgenden drei Jahren eine Stunde pro Woche, danach eine Stunde alle zwei Wochen. Das heisst aber nicht, dass die Krankenkasse nicht mehr Therapiestunden bezahlen muss, wenn sie medizinisch als notwendig erachtet werden. Oft bezahlt eine Krankenkasse schon vorher nicht mehr. Sie beruft sich dann auf das Argument, mehr Stunden seien nicht notwendig oder wirtschaftlich. Wie in einem solchen Fall vorgegangen werden kann, siehe weiter unten.

#### Ernährungsberatung und Zahnartztkosten

Die Kosten einer **Ernährungsberatung** werden von der Grundversicherung unter folgenden Bedingungen übernommen:

- eine ärztliche Anordnung ist ausgestellt;
- ein bestimmtes Krankheitsbild liegt vor, z.B. Fehl- sowie Mangelernährungszustände;
- der Ernährungsberater, die Ernährungsberaterin erfüllt bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich Ausbildung, Praxiserfahrung und Zulassung im Kanton;
- falls die Beratung länger als zwei mal sechs Sitzungen dauern sollte, ist für die Kostenübernahme der Vertrauensarzt der Versicherung beizuziehen.

**Zahnärztliche Behandlungen** gehören dann zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen, wenn sie durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen nötig werden. Dies ist unter anderem dann der Fall, wenn schwere psychische Erkrankungen wie Anorexia nervosa und Bulimie zu schweren Beeinträchtigungen der Kaufunktion führen.

#### Was, wenn die Kasse nicht bezahlen will?

In allen Fällen, in denen eine Kasse nicht oder nicht mehr bezahlen will, kann eine einsprachefähige Verfügung von ihr verlangt werden. Das heisst, die Kasse muss ihre Ablehnung schriftlich begründen. Innert 30 Tagen kann gegen diese ablehnende Verfügung Einsprache erhoben werden mit der Begründung, warum die Übernahme der Kosten als gerechtfertigt erscheint. Eine höhere Instanz der Krankenkasse entscheidet dann neu. Ist der

Entscheid wiederum nicht zufriedenstellend, kann innert 30 Tagen das kantonale Versicherungsgericht angerufen werden. Die Eingabe-Adresse steht jeweils auf dem Einspracheentscheid.

#### Unterstützung durch die Invalidenversicherung bei chronischem Verlauf der Krankheit.

Wenn die Krankheit chronisch verläuft, das heisst über lange Zeit andauert, gibt es da eine Unterstützung von Seiten anderer Sozialversicherungen?

Die **Invalidenversicherung** kommt dann zum Zuge, wenn sich die Krankheit längerfristig negativ auf die Arbeitsfähigkeit – sei im Erwerbsleben, in der Tätigkeit im eigenen Haushalt – auswirkt oder dies zu tun droht. Dabei ist zwischen dem Anspruch einer Invalidenrente und einer beruflichen Massnahme zu unterscheiden.

Ein Rentenanspruch entsteht erst nach einem sogenannten Wartejahr. Was bedeutet dieser Begriff? Die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bzw. in der Tätigkeit im Haushaltbereich muss während eines Jahres durchschnittlich mindestens 40 % betragen. Nach Ablauf dieser Wartezeit kann ein Rentenanspruch geltend gemacht werden. Der Anspruch auf Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung wie Berufsberatung, Ausbildung und Umschulung entsteht schon früher, nämlich wenn diese langfristigen Einschränkungen eintreten drohen. Vorallem bei Erwerbstätigen empfiehlt es sich daher, sich schon früh an die Invalidenversicherung zwecks Prüfung von beruflichen Massnahmen zu wenden. Dieser Schritt sollte dann schon überlegt werden, wenn die geforderte Leistung am bestehenden Arbeitsplatz aufgrund der Krankheit nicht mehr erbracht werden kann, die Person sich immer weniger zutraut und in der Folge die weitere Anstellung gefährdet ist. In dieser Situation besteht die Möglichkeit, dass sich die IV-Berufsberatung für die Arbeitsplatzerhaltung beim Arbeitgeber einsetzt.

In vielen Fällen kommt es aber dennoch zu einem Verlust des Arbeitsplatzes. Bis zum Anspruch auf eine Invalidenrente kann es noch einige Zeit dauern. Wie komme ich in dieser Zwischenzeit zum benötigten Geld? Es ist zu prüfen, ob der Arbeitgeber den Lohn

weiterzahlen muss oder eine Krankentaggeldversicherung Leistungen zahlt. Wenn beides entfällt und Geld fehlt, kommt die Sozialhilfe zum Zuge. Dies erfordert eine Anmeldung beim Sozialamt.

#### Weitere finanzielle Ansprüche

Nebst der Rente der Invalidenversicherung kann auch eine Invalidenrente der Pensionskasse geltend gemacht werden. Dies trifft dann zu, wenn der Beginn des obenerwähnten Wartejahres in die Zeit eines Arbeitsverhältnisses fällt und der Patient, die Patientin obligatorisch im Rahmen der beruflichen Vorsorge versichert ist. Eine BVG-Rente kann auch dann noch beantragt werden, wenn die Pensionskasse bereits die Freizügigkeitsleistung ausbezahlt hat und das Guthaben auf einem Freizügigkeitskonto liegt. Der Rentenanspruch verjährt zehn Jahre nach seinem Entstehen.

Wer trotz IV- bzw. BVG-Rente zuwenig Geld zum Leben hat, hat Anspruch auf **Ergänzungsleistungen** (bei Ausländern und Ausländerinnen kann dieser Anspruch von der Aufenthaltsdauer abhängen). Es kostet nichts, solche Leistungen zu beantragen und die zuständige Stelle ausrechnen zu lassen, ob ein Anspruch besteht oder nicht. Anmeldeformulare können bei der AHV-Gemeindezweigstelle oder der kantonalen Ausgleichskasse bezogen werden. In der Stadt Zürich ist das Amt für Zusatzleistungen zuständig. Über die Ergänzungsleistungen können auch die Kosten für Zahnbehandlungen vergütet werden und Leistungen für die Pflege oder Betreuung zu Hause, die infolge von Krankheit oder Invalidität notwendig sind.

**Kantonale Beihilfen und Zuschüsse der Gemeinde** können zusätzlich zu den Ergänzungsleistungen beantragt werden, wenn das entsprechende kantonale oder kommunale Recht dies vorsieht.

Wer zuwenig Geld zum Leben hat, aber trotzdem keinen Anspruch auf Ergänzungsleistungen geltend machen kann, weil er z.B. als Ausländer, Ausländerin noch nicht genügend lang in der Schweiz wohnt, hat Anspruch auf Unterstützung durch die Sozialhilfe.





## Fallbeispiel:

### Essstörungen und die Krux mit der Sozialversicherung

Dr. med. Helke Bruchhaus Steinert

*Es besteht in der Behandlung Essgestörter ein Dilemma zwischen einem ressourcen- und entwicklungsförderndem therapeutischen Arbeiten einerseits und der Notwendigkeit, Leistungen sozialer Institutionen, eventuell sogar eine Rente in Anspruch zu nehmen, andererseits. Sowohl für Betroffene wie für Behandelnde ist es nicht leicht abzuschätzen, welche sozialen, finanziellen oder beruflichen Auswirkungen die Essstörung hat oder haben wird. Weder im Internet noch in der Fachliteratur gibt es Veröffentlichungen zu diesem Thema.*

*In der Regel haben wir es mit jungen Patientinnen zu tun, häufig noch in der Ausbildung, finanziell abhängig vom Elternhaus. Die meisten Patientinnen kommen im beruflichen oder schulischen Alltag von aussen betrachtet gut zurecht, d.h. sie funktionieren. Die inneren Kämpfe sind meist erst auf den zweiten Blick erkennbar. In Schule und Ausbildung werden nicht selten individuelle Arrangements getroffen, die wie eine soziale Nische funktionieren. Auch der häufig hohe Leistungswille an sich selbst sowie der Wunsch, als problemlos angesehen zu werden, begünstigt ein soziales „Funktionieren“ über eine lange Zeit. Selbst wenn die Krankheit bereits schwere Auswirkungen auf die persönliche und vor allem seelische Gesundheit mit sich gebracht hat, erkennt die Umgebung die Krankheit nicht. Betroffene können sie gut verbergen. Nicht umsonst heisst die Bulimie auch „die heimliche Krankheit“.*

*Daneben ist zu Beginn einer therapeutischen Arbeit nicht immer offenbar, ob unter der Essstörung eine tiefgreifende psychische Störung beteiligt ist. Es ist heute bekannt, dass Patientinnen mit einer Essstörung nicht selten unter weiteren psychischen Erkrankungen leiden, z.B. Persönlichkeits- und Zwangsstörungen und Depressionen.*

*Anhand eines Fallbeispiels möchte ich exemplarisch die Vielschichtigkeit der Problematik aufzeigen.*

*Die therapeutische Zusammenarbeit mit der 24-jährigen gelernten Kleinkinderzieherin begann während eines zweiten stationären Aufenthaltes auf einer Psychotherapiestation. Die Essstörung hatte sich während des ersten stationären Aufenthaltes gebessert. Nach Austritt suchte die Patientin eine neue Arbeitsstelle, die sie auch rasch fand. Sie zeigte viel Engagement. Schon bald aber ging es ihr psychisch wieder schlechter, es begannen erneut Fress- und Brechanfälle und sie musste sich selbst verletzen. Letzteres Verhalten hatte sie zuletzt während der Pubertät gezeigt.*

*Es kam zum zweiten stationären Aufenthalt. Hier stand einerseits die Selbstverletzung im Zentrum und es stellten sich – zunächst allerdings am Rande – Fragen sozialrechtlicher Art: Sollte sie ihre Arbeit am angestammten Arbeitsort wieder aufnehmen? Würde ihr der Arbeitgeber allenfalls gleich kündigen wegen ihrer langen Abwesenheit? Würde sie den Belastungen stand halten? In Gang gesetzt wurden diese Fragen nicht primär von der Patientin selbst, sie vermied diese Themen sogar lieber. Die Krankenkasse legte der Patientin nach nahezu einjähriger Arbeitsunfähigkeit eine IV-Anmeldung nahe. Der Arbeitgeber erbat Zeugnisse für die Taggeldversicherung. Die Patientin selbst hatte bisher nie die finanzielle Situation und Zukunft zum Thema gemacht. Es stellte sich heraus, dass sie sowohl von den Eltern wie vom Partner unterstützt wurde, was unter anderem reale Abhängigkeiten schaffte und damit Loyalitätskonflikte auslöste.*

*Zum damaligen Zeitpunkt war es ein zentrales Therapieziel, dass die Patientin so bald als möglich im Alltag wieder für sich selber sorgen könnte. Die vorhandenen Ressourcen sollten gestärkt und konstruktiv herausgefordert werden, auf keinen Fall gehemmt. Eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit*

*schien aus verschiedenen Gründen sinnvoll. Eine IV-Anmeldung hätte eine Zementierung des Status quo, d.h. des Krankheitsstatus mit sich gebracht. In diesem Bereich waren Patientin und Therapeutin einer Meinung. Gleichzeitig traute sie sich selbst noch nicht die verantwortungsvolle Arbeit in ihrem angestammten Beruf als Kleinkinderzieherin zu.*

*Sie entschied sich, vorübergehend Vikariate anzunehmen, was plausibel und sinnvoll schien. Die Entwicklung der nächsten Monate zeigte aber, dass die vorübergehenden Stellen eine Überforderung mit sich brachten statt eine Entlastung. Zudem nahm die Patientin Aufgaben an, denen sie mit ihrer Ausbildung gar nicht gerecht werden konnte. Das gestörte Essverhalten nahm wieder zu, und vor allem traten immer massivere Selbstverletzungen auf. Letzten Endes musste sie erneut krank geschrieben werden. Die Anmeldung bei der Invalidenversicherung wurde unvermeidlich.*

*Die Schwierigkeiten, die sich bei essgestörten Patienten und Patientinnen im Zusammenhang mit arbeits- und versicherungsrechtlichen Fragen stellen, hängen oftmals damit zusammen, dass die Betroffenen lange „gut funktionieren“, wodurch sich auch aus therapeutischer Sicht die Frage stellt, inwieweit eine Inanspruchnahme sozialer Institutionen angebracht ist. Letztlich will man keiner Stigmatisierung als psychisch Kranker Vorschub leisten.*

*Aber die Probleme können sich auf sehr verschiedenen Ebenen darstellen. Dazu einige Beispiele, ohne hier den Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen:*

**Schulden:** *Besonders Betroffene mit Ess- und Brechanfällen geraten als Folge ihrer hohen Ausgaben für Nahrungsmittel in ernste finanzielle Schwierigkeiten. Manchmal werden sie delinquent, indem sie Nahrungsmittel stehlen, was dann sogar strafrechtliche Folgen haben kann. Hier können das Sozialamt, Pro Mente Sana oder kirchliche Dienste hilfreich sein.*

**Sozialrechtliche Fragen:** *z.B. wer zahlt für was? Vielen ist unbekannt, dass z.B. die Behandlung von Zahnschäden bei Essgestörten unter bestimmten Voraussetzungen von der Kasse übernommen werden (müssen). Rechtsberatungsstellen in den Gemeinden oder bestimmte Verbände bieten häufig gegen eine geringe Entschädigung eine einmalige Beratung an.*

*Bei Problemen rund um die Kündigung, Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz usw. ist sicher das Gespräch mit dem Arbeitgeber zu suchen. Häufig zeigen sich diese kooperativ, besonders da die jungen Menschen gute Arbeitnehmer sind. Nicht selten unterstützen sie selbst einen mehrmonatigen stationären Aufenthalt. Entscheidend ist, dass auch ihre Anliegen ernst genommen werden.*

*Bei finanziellen Schwierigkeiten ist an das Sozialamt oder an eine Unterstützung durch die Invalidenversicherung zu denken. Bei letzterer muss man sich gewahr werden, dass eine Unterstützung oft lange auf sich warten lassen kann. Die Invalidenversicherung wäre auch einzuschalten, wenn es um die Frage gehen würde, inwieweit eine Umschulung, eine Hilfe bei der Wiedereingliederung oder weitere berufliche Massnahmen sinnvoll sind und Aussicht darauf haben, dass Betroffene wieder erwerbsfähig werden können.*

**Wohnmöglichkeiten:** *Immer wieder erleben wir bei Betroffenen den Wunsch, in eine betreute Wohnmöglichkeit mit anderen Essgestörten eintreten zu können, wo sie ganz spezifisch mit ihrem Essproblem begleitet werden. Denn sicher fühlen sich Betroffene auch nach einer Korrektur ihres Essverhaltens noch lange nicht. Da Essgestörte in einigen Bereichen sehr spezifische Probleme zeigen, kommen sie in gängigen Wohngemeinschaften für psychisch Kranke nicht zurecht. Sie benötigen eine andere Struktur. Hier ist einiges im Aufbau, zumindest im Kanton Zürich. Im Kanton Basel besteht meines Wissens eine Wohngemeinschaft für jugendliche Betroffene, die vom Kinder- und Jugendlichen Psychiatrischen Dienst betreut wird. Ein weiterer Ansprechpartner wäre Pro Mente Sana.*

*Patientinnen mit einer Essstörung werden häufig bei Zusatzkrankenversicherungen (z.B. halbprivat) abgelehnt. Besteht bereits eine Versicherung, sollte sie möglichst nicht ohne die Zusage einer neuen Kasse gekündigt werden.*

*Sind Patientinnen in einer stationären Behandlung, steht in der Regel eine Sozialarbeiterin, ein Sozialarbeiter für verschiedene Fragestellungen zur Verfügung. Aber bei Patientinnen in ambulanter Behandlung fehlen spezifische integrative Angebote.*

*Wichtig ist, dass in der ambulanten Arbeit nach der sozialen und finanziellen Situation gefragt wird. Wo nötig, ist Unterstützung angesagt, wohlwissend, dass die Suche nach einer Lösung nicht immer von einem raschen Erfolg gekrönt ist.*



## Adressen und Information

- ⇒ Pro Mente Sana, Zürich  
Beratungstelefon bei sozialen, psychosozialen und rechtlichen Fragen:  
Tel. 0848 800 858  
Montag, Dienstag, Donnerstag: 9.00 – 12.00 Uhr und Donnerstag: 14.00 – 17.00 Uhr
- ⇒ Pro Mente Sana InfoBlätter u.a. zu Fragen der Psychotherapie, Psychiatrischen Klinik oder Fragen rund um Arbeit und Versicherung können kostenlos über Tel. 01 344 31 54 (ESPAS) bezogen werden.



## In eigener Sache

Mit grosser Freude teilen wir mit, dass die AES seit dem 1. Oktober 2002 über eine **offizielle Geschäftsstelle mit zwei neuen Mitarbeiterinnen** verfügt, welche in einem Teilzeitpensum für die AES tätig sind. Es sind dies:

- **Frau Christiane Schräer**, lic.phil. klin. Psychologie, Universität Zürich, und dipl. Erwachsenenbildnerin AEB Zürich (Akademie für Erwachsenenbildung). In den neuen Räumlichkeiten der AES bietet Frau Chr. Schräer Beratungen für Betroffene und Angehörige an, sei dies per Telefon, Fax, e-mail oder im Rahmen eines persönlichen Gespräches.
- **Frau Karine Wallin**, dipl. Übersetzerin der ETI (Ecole de Traduction et d'Interprétation), Universität Genf, mit langjähriger Erfahrung in Marketing und Projektleitung. Sie betreut die administrativen und organisatorischen Aufgaben der AES-Geschäftsstelle.

**Adresse:** AES – Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen  
Feldeggstrasse 69  
8008 Zürich

**Tel./Fax:** 043 488 63 73

**E-Mail:** aes.wallin@tiscali.ch oder aes.schraeer@tiscali.ch

**Öffnungszeiten:** Geschäftsstelle: Dienstag 9.15 – 13.30 Uhr / Donnerstag 9.15 – 13.00 Uhr  
Anlaufstelle: Mittwoch 17.00 – 19.00 Uhr / Freitag 17.00 – 19.00 Uhr