

Projekt Psychotherapie

02/2018

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · www.bvvp.de



Jenseits des Tellerrands Eine Gesellschaft zwischen Überfluss und Macht des Verzichts

Urteilsbegründung im Faktencheck

Wie das BSG Psychotherapeuten bei der Leistungsvergütung benachteiligt

Große Koalitionspläne

Die Versorgung psychisch kranker Menschen
im Fokus der Bundespolitik

bvvp

Unfall, Verletzung, Krankheit oder Reha? Bleiben Sie entspannt!

Auch Psychotherapeuten werden krank. Und wer krank ist, sollte sich schonen und sich voll auf seine Genesung konzentrieren dürfen. Ohne Sorgen um die Praxis oder die hohen fortlaufenden Kosten.

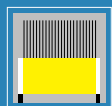
Die P.U.V von Dr. Rinner & Partner hilft Ihnen dabei: Wir sichern Ihre Existenz und die Ihrer Praxis, wenn Sie es selbst nicht können. Solange bis Sie wieder fit sind!

- **Sicherheit ab dem 1. Tag**
Die P.U.V leistet ab dem 1. Tag, wenn Sie im Krankenhaus liegen.
- **Volle Gewinn- & Kostenabdeckung**
Die P.U.V ersetzt Gewinn und laufende Kosten, sobald Ihre Praxis stillsteht.
- **Schutz bei Burnout & Depressionen**
Auch wenn die Psyche mal schlapp macht, ist die P.U.V der Partner an Ihrer Seite.
- **kalkulierbare Beiträge** für bis zu 10 Jahre
- **Sie sind uns willkommen!**
Eintrittsalter bis zum 63. Geburtstag möglich.

BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt

Tagsatz:	€ 100,-
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,-
Jahresbeitrag:	€ 531,-
Beitrag pro Monat:	€ 44,-



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Leonhardsweg 4
82008 Unterhaching
Tel.: 089 / 665 99 310 • www.dr-rinner.de



**Sechs Wochen
Praxisstillstand?
Kein Problem!
Dank meiner P.U.V**



**Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Leserinnen und Leser!**

Das Titelthema des aktuellen Heftes ist eigentlich etwas Lustvolles, Schönes und Lebendiges. Es geht um Essen und um die vielen Facetten, die das Essen in unserer Kultur hat. Soziale Interaktionen wie Kennenlernen, Wiedersehen, Familienfeiern oder Geschäftsabschlüsse werden oft mit Essen verbunden. Die Nahrungsaufnahme ist zentral für unsere Lebensenergie und unser soziales Gefüge.

Trotzdem verkommen Mahlzeiten allzu oft nur zum hektischen Imbiss, ohne bewusstes Schmecken und Erleben. Der zunehmende Stress erfasst auch unsere Ernährung und die eigentlich damit verbundene Entspannung. Die Leistungsgesellschaft, in der kein Tadel häufig Lob genug ist, erfordert es außerdem, schön, gesund sowie moralisch beachtenswert zu wirken, um anerkannt zu sein. Überraschend scheint es daher nicht, wenn Essstörungen zunehmen und Essen für viele Ersatzbefriedigung wird.

Insofern beleuchten wir auch die schwierigen Facetten des Essens. Zu viel Essen oder zu wenig Essen – beides macht krank. Essstörungen sind vielgestaltig. Oft wird dabei um die Identität gerungen, oder das Essen beziehungsweise Nicht-Essen wird zur Sucht. Anders als bei anderen Süchten wie zum Beispiel der nach Alkohol oder Kokain kann man auf Essen aber nicht verzichten. Abstinenz ist also bei Esssucht keine Option.

Ein weiteres, wenig lustvolles Thema ist die genaue Analyse des nun schriftlich vorliegenden BSG-Urteils zu der „Zuschlagsregelung“ vom 11.10.2017. Norbert Bowe setzt sich in seinem Kommentar sehr ausführlich mit den Widersprüchen des Bundessozialgerichts und der Begründungszusammenhänge auseinander. Der Artikel legt die Gründe für die Verfassungsbeschwerde, die der bvvp Anfang April auf den Weg gebracht hat, anschaulich dar. *Projekt Psychotherapie* wird weiter berichten, wie das Bundesverfassungsgericht mit dieser Beschwerde umgeht.

Ebenfalls wenig erfreulich ist die Europäische Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO). Hierzu gibt ein kurzer Artikel einen Überblick über einige wesentliche Punkte. Sich mit dem Original der EU-DSGVO direkt zu beschäftigen kann Ihnen der Artikel nicht abnehmen. Wir werden künftig die Datensicherheit in unseren Praxen transparenter zu gestalten und unter Umständen zu erhöhen haben. Die Europäische Datenschutz-Grundverordnung wird sicher auch in anderen Veröffentlichungen des bvvp in naher Zukunft eine große Rolle spielen. Unter anderem werden wir das q@bvvp diesbezüglich anpassen und ausbauen. Zielvorstellung dabei ist, dass Sie mit dem q@bvvp auch die Erfordernisse der neuen Datenschutz-Grundverordnung gut erfüllen können.

Last but not least berichten wir in diesem Heft auch über den bvvp-internen Organisationsentwicklungsprozess – ein aus unserer Sicht erfreuliches Thema. Wir haben uns mit einer Beratungsfirma auf den Weg gemacht, um unsere eigenen Strukturen weiterzuentwickeln. Die letzte bvvp-Delegiertenversammlung und der Bericht darüber zeigen, dass wir uns selbst verändern wollen. Für die Zukunft möchten wir in unseren Organisationsstrukturen professioneller werden, um uns als Dienstleister unserer Mitglieder weiter zu verbessern, ohne unsere hohe berufspolitische Kompetenz und unsere Einflussmöglichkeiten auf die Politik zu verringern.

In diesem Sinne wünsche ich allen eine angenehme, entspannte Lektüre, vor allen Dingen der Fachartikel zum Thema Essen und natürlich auch der wichtigen berufspolitischen und datenschutzrechtlichen Informationen.

Mit freundlichen Grüßen

Benedikt Waldherr,

Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes



Projekt Psychotherapie

02/2018

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Meinung & Wissen

- 05 **Kurzmeldungen aus der Berufspolitik**
- 08 **Große Koalitionspläne für die Psychotherapie**
Zahlreiche Ideen und Verbesserungen
für die Behandlung psychisch Kranker
- 10 **Statt Rechtsschutz eine Rechtfertigung
der massiven Ungleichbehandlung**
Kommentar zum BSG-Urteil bezüglich der Strukturzuschläge
- 14 **Der bvvp wächst**
Der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten gewinnt
Mitglieder und strukturiert sich neu
- 18 **Zwischen Datenschutz und Dokumentationspflicht**
Die EU-Verordnung zum Datenschutz stellt Psychotherapeuten
vor neue Herausforderungen

Schwerpunkt Essstörungen

- 21 **Jenseits des Tellerrands – die Seele isst mit**
Ernährung unter evolutionären, wissenschaftlichen, religiösen,
zivilisatorischen und moralischen Gesichtspunkten
- 22 **Die Psychologie des Essens**
Zur versorgungsrelevanten Forschung
im Kindes- und Jugendalter
- 26 **Spieglein, Spieglein ...**
Essen als Fokus der Kommunikation
- 29 **Hunger nach Anerkennung**
Die Hintergründe von Essstörungen,
Heilungschancen und Prävention

- 32 **Literatur**
- 34 **Ausblick auf Heft 03/2018, Marktplatz**
- 35 **Termine, Impressum**



KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

Psychotherapeutische Sprechstunde scharf gestellt

Die seit dem 1. April vergangenen Jahres in Kraft getretene neue Psychotherapie-Richtlinie fordert vor jeder Behandlung (Akutbehandlung oder Probatorik) Psychotherapeutische Sprechstunden im Umfang von mindestens 50 Minuten. Um Versorgungsengpässe für die Patientinnen und Patienten zu vermeiden und den psychotherapeutischen Praxen Zeit zu geben, sich auf die neuen Anforderungen umzustellen, wurde diese Regelung vom Bundesministerium für Gesundheit für ein Jahr ausgesetzt. Diese Übergangszeit ist nun seit dem 1. April 2018 vorbei. Die Sprechstunde ist nun obligater Beginn jeder psychotherapeutischen Behandlung.

Die Regelung sieht allerdings Ausnahmen vor für Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung zuvor in einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativen Behandlung waren oder die eine Psychotherapeutische Sprechstunde bereits bei einem anderen Psychotherapeuten durchlaufen haben. Der weiterbehandelnde Psychotherapeut kann dann Psychotherapeutische Sprechstunden durchführen, muss das aber nicht.

Terminservicestellen sollen Versorgung zentrieren

Das Bundesschiedsamt hat auf Antrag der Kassen entschieden, dass in Zukunft auch probatorische Sitzungen über die Terminservicestellen TSS vermittelt werden müssen, wenn ein Psychotherapeut in der Psychotherapeutischen Sprechstunde eine zeitnah erforderliche Richtlinien-Psychotherapie indiziert, diese aber nicht selber durchführen kann. Analog zur Akutbehandlung erhält der Patient dann einen Dringlichkeitscode, mit dem er sich wieder an die TSS wenden kann. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat dagegen Klage eingereicht, da damit die gesamte Richtlinien-Psychotherapie über die TSS laufen müsste. Sie argumentierte, dass absehbar sei, dass das nicht funktionieren werde. Die Entscheidung des Sozialgerichts, ob es eine Anordnung der aufschiebenden Wirkung gibt, steht derzeit noch aus. Falls nicht, dann muss die Individuelle Patienteninformation PTV 11 entsprechend ergänzt werden, und die KVen müssen sich auf den neuen Vermittlungsauftrag einstellen.

Dass die Klage der KBV wenig Erfolgsaussichten hat, das wird nun durch die neuen Ideen im Koalitionsvertrag unterstrichen. Siehe nächste Meldung.

Einheitliche Nummer und ständige Erreichbarkeit der TSS

Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sollen in Zukunft unter bundesweit einheitlicher Nummer von 8 bis 18 Uhr erreichbar sein. Möglicherweise wird sogar eine 24-stündige Erreichbarkeit initiiert. Neben Facharztterminen und Terminen bei Psychotherapeuten sollen nun auch Termine für Haus- und Kinderärzte vermittelt werden.

Größte Befürchtung der Psychotherapeuten und Ärzte ist es, dass sich mit dieser Änderung des Systems die Ausfälle durch nicht wahrgenommene, über die

TSS vermittelte Patiententermine häufen werden. Dies würde vor allem für Psychotherapeuten mit ihren Bestellpraxen und zeitgebundenen Leistungen von erheblichem Nachteil sein.

Ferner wird in der KBV eine ausschließliche Vermittlung der Termine über ein Online-Portal mit den Psychotherapeuten als Vorreiter diskutiert, denn deren Terminvermittlung macht den Großteil des Aufkommens bei den TSS aus.

All dies soll als Maßnahme gegen das von vielen in Deutschland lebenden Menschen als ungerecht empfundene Problem der „Zwei-Klassen-Medizin“ dienen: die unterschiedlichen Wartezeiten für gesetzlich und privat versicherte Patientinnen und Patienten.

Kommentar zum Thema

Mit den Plänen der Bundesregierung in Bezug auf die TSS wird die Steuerungsfunktion der Hausärzte ausgehebelt, die Wahl des Behandlers wird immer beliebiger, und die ärztliche Leistung verliert an Wert. Die Flatrate-Mentalität „alles zu jeder Zeit ohne Aufwand auf Knopfdruck“ hält endgültig Einzug in die medizinische Versorgung. Die Verantwortung jedes Einzelnen für das Solidarsystem und für den sorgsamsten Umgang mit den begrenzten Ressourcen wird dadurch konterkariert. Der Erfolg der Maßnahme ist zudem mehr als fraglich, und die im Fall einer „Zwei-Klassen-Medizin“ bemängelten unterschiedlichen Wartezeiten sind gerade bei den Psychotherapeuten nicht zu finden, denn Sitzungen mit privat versicherten Patientinnen und Patienten werden hier nicht besser vergütet, und die Rahmenbedingungen der Behandlung sind zumeist viel schwieriger als in der GKV.

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Schriftliche Urteilsbegründung des Bundessozialgerichts

Das Bundessozialgericht (BSG) hat nun seine schriftliche Begründung der Urteile vom 11. Oktober letzten Jahres geliefert. Ausführliche Informationen dazu finden Sie im Artikel unseres Vorstandsmitglieds und Klagespezialisten Norbert Bowe ab Seite 10 dieser Ausgabe. Sowohl der bvvp als auch die DPtV haben gegen die Urteile der höchsten sozialrechtlichen Instanz Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht eingereicht. Die gemeinsame Pressemitteilung der beiden Verbände finden Sie unter:

<https://tinyurl.com/y8278c3r>

Neuer Beschluss zur angemessenen Vergütung

Das Bundessozialgericht (BSG) hat den zentralen Punkt der Klage ab dem Jahr 2012, nämlich die sogenannten Strukturzuschläge, vergangenes Jahr zwar für rechtens erklärt – zugleich beanstandete es aber die Berechnungen des Vergleichsertrags des Facharzt-Mixes. Es wurden nichtprägende Leistungsanteile abgezogen, was das Gericht als unzulässig bewertete. Aufgrund des Urteils muss der Bewertungsausschuss nun seinen Beschluss vom 22. September 2015 korrigieren. Die Position der KBV wird dabei eine wichtige Rolle spielen. Die Psychotherapeuten wünschen sich, dass Vertreter bei der Erstellung der Beschlussvorlage einbezogen werden. Zur Diskussion steht unter anderem, ob es weitere nachträgliche Bereinigungen der Gesamtvergütung geben wird, die von den Fachärzten mitgetragen werden müssten. Die Psychotherapeuten sehen sich damit zwischen den Fronten von KVen und Kassen, denn beide wollen möglichst wenig zahlen.

Kommentar zum Thema

Der bvvp appelliert:

Weiterhin Widerspruch einlegen!

Der bvvp sieht es als notwendig an, dass bis zur Umsetzung der neuen BSG-Urteile durch den Bewertungsausschuss weiterhin

Widerspruch gegen die Honorarbescheide eingelegt wird. Überdies, so der Verband, steht die Überprüfung der angemessenen Vergütung ab 2014 an, da hier neue Daten des Statistischen Bundesamtes vorliegen, die die Überprüfungsverpflichtung alle vier Jahre begründet. Auch dies bedingt weitere Widersprüche gegen die Honorarbescheide. Für die Zukunft ist die Entwicklung eines prospektiven Modells der angemessenen Vergütung in Arbeit, damit die Ungewissheiten und die Verschleppungsstrategien, die eine Nachvergütung mit sich bringt, endlich ein Ende haben.

Das „Junge Forum“ des bvvp hat seine Arbeit aufgenommen

Unter dem Motto „PiA, kennst du deine Rechte?“ fand im März 2018 das 13. PiA-Politik-Treffen (PPT, PiA steht für Psychotherapeutinnen in Ausbildung) statt. In mehreren Arbeitsgruppen tauschten sich unsere jungen Mitglieder zur Umsetzung der Ausbildung in den verschiedenen Instituten aus. In diesem „Jungen Forum“ wurden einige wenige Missstände beschrieben, aber auch Best-Practice-Beispiele. Die von unserer Aktiven Katharina van Bronswijk für das PPT gestartete Petition, welche eine zügige Reform des Psychotherapeutengesetzes fordert, hat inzwischen mehr als 20.000 Unterschriften erhalten. Damit ist dies die stärkste Petition, die jemals im Bereich der Psychotherapie gestartet wurde. Es wird auch hier deutlich, wie dringend notwendig die Reform ist.

Finanzierung der Telematik-Erstausstattung

Bei der Telematik entscheidet nicht der Zeitpunkt des Vertragsabschlusses mit der zuständigen Softwarefirma über die Vergütungspauschale, sondern das Quartal des ersten Stammdatenabgleichs. Da lange Wartezeiten bei der Installation die Phase zwischen Kauf und erstem Stammdatenabgleich in ungeahnte Länge ziehen können, kann es hier unter Umständen zu höheren

Kostenaufwendungen kommen. Wie sich nun herausstellte, geht das Problem unter anderem auf die Tatsache zurück, dass bisher nur eine Firma, nämlich die CompuGroup, einen zertifizierten Konnektor liefern konnte, jetzt soll es auch einen weiteren Anbieter geben. Die KBV hat Nachverhandlungen begonnen und bezieht sich dabei auf das Gesetz, das besagt, dass die Erstausrüstung von den Kassen vollständig refinanziert werden muss. Je nach Ergebnis der Nachverhandlungen werden die Niedergelassenen dann bei nicht erstatteten Kosten Widerspruch bei der zuständigen KV einreichen müssen. Hierdurch wird der Erstattungsvorgang komplizierter als von vielen vermutet.

Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ab 25. Mai 2018

Datenschutz ist in der therapeutischen Praxis kein Fremdwort. Ab 25. Mai endet nun die Übergangszeit der Einführung der Europäischen DSGVO. Die neue Datenschutz-Grundverordnung wird künftig europaweit das Datenschutzrecht verbindlich und unmittelbar regeln.

Wichtigste Änderung für die Praxis: Es ist ein Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten zu führen, die datenschutzrelevante Prozesse betreffen. Dieses Verzeichnis muss gemäß DSGVO erheblich umfangreicher ausfallen als das bisherige Verzeichnis, es kann durch die zuständige Aufsichtsbehörde jederzeit angefordert werden, und bei Nichtvorlage oder nicht korrekter Ausführung sind erhebliche Bußgelder zu erwarten – alle betreffend, die Ein-Personen-Praxis genauso wie das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ).

Aktuell wird das QM-Programm q@bvvp entsprechend überarbeitet und angepasst. Alle Mitglieder mit einem q@bvvp-Zugang erhalten automatisch eine E-Mail, wenn die Unterlagen bereitstehen.

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat umfangreiche Materialien auf ihrer Website veröffentlicht. Hier finden Sie einen sehr guten Überblick, welche Maßnahmen Psychotherapeuten demnächst zu treffen haben. Lesen Sie für weitere Informationen unseren Bericht ab Seite 18.

Auftrag der Qualitätssicherung an das IQTiG

In der ursprünglichen Version der neuen Psychotherapie-Richtlinie waren zur Qualitätssicherung zu Beginn und am Ende einer Behandlung Dokumentationsbögen vorgesehen. Diese Bögen wurden vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) aus Datenschutzgründen beanstandet und somit gestrichen. Die Kassen nahmen das aber zum Anlass, die Entwicklung eines Instruments zur Qualitätssicherung (QS) in der ambulanten Psychotherapie im Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA zu beantragen. Dieser Antrag wurde angenommen, da er sich auf gesetzliche Vorgaben stützen kann (§ 136 SGB V). Zuständig für die QS im G-BA ist der Unterausschuss Qualitätssicherung, dem kein Psychotherapeut angehört. Allerdings haben die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundesärztekammer mitberatendes Teilnahmerecht.

Der Unterausschuss seinerseits hat nun das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) mit der Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren zur Beurteilung der Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität beauftragt. Als Grundlage sollen die sogenannte AQUA-Konzeptskizze und die neue Psychotherapie-Richtlinie dienen. Im ersten Schritt geht es um die Dokumentation durch die Psychotherapeuten, im zweiten Schritt ist dann auch eine Patientenbefragung vorgesehen. Auf Landesebene werden dann in Zukunft die Landesarbeitsgemeinschaften (LAGs) für die Überprüfung der Umsetzung der QS in den Praxen zuständig sein. Diese LAGs können Maßnahmen bis hin zu Honorarkürzungen verordnen. Konkret werden für jedes QS-Verfahren separate Fachkommissionen eingerichtet, Anzahl und fachliche Zusammensetzung regelt jeweils die themenspezifische Richtlinie, mindestens zwei

Drittel der Kommission bestehen aus Ärzten und Psychotherapeuten.

Den Grundsätzen einer QS folgend, darf kein Eingriff in den therapeutischen Behandlungsprozess stattfinden, die Ergebnisse müssen zuschreibbar sein, außerdem muss es risikoadjustierte Indikatoren geben. Gerade bei den Psychotherapeuten müssen Komorbiditäten und Schweregrade Berücksichtigung finden, außerdem die Varianz von Verläufen und Dauer und die kleinen Fallzahlen. Schließlich geht es um das Gebot der Datensparsamkeit und um Standards der Wissenschaftlichkeit und der Wirtschaftlichkeit.

Der bvvp fordert den Einbezug von Psychotherapeuten in die Entwicklung der Qualitätssicherung, um Eingriffe in den Praxisalltag zu verhindern.

Befugnisse komplett

Die neuen Befugnisse der Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind nun komplett. Im Bewertungsausschuss wurden die für die Verordnung von Soziotherapie und von medizinischer Rehabilitation notwendigen Ziffern freigegeben. Damit ist das Paket neben der Krankenhauseinweisung und der Verordnung von Krankentransporten komplett.

Die Erst- und Folgeverordnung einer Soziotherapie erfolgt über die GOPs 30810 und 30811 und wird mit jeweils 17,90 Euro (168 Punkte) vergütet. Die Verordnung einer Rehabilitation zulasten der Krankenkasse wird mit 32,18 Euro (302 Punkte) vergütet. Die Abrechnung erfolgt über die GOP 01611. Alle Ziffern werden auch für verordnende Ärzte für die nächsten zwei Jahre extrabudgetär vergütet.

Bisher wurde versäumt, die Ziffer 01416 „Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung“ für die PP und KJP freizugeben. Das muss noch nachgebessert werden.

Der bvvp wertet die neuen Befugnisse als eine Erweiterung, die die Kooperation innerhalb des Gesundheitssystems und damit die Position der PP und KJP stärken kann.

Resolution des bvvp zum Modellstudiengang Medikation

Die Delegierten des bvvp haben auf ihrer Frühjahrs-Delegiertenversammlung am 8. März 2018 in Fulda eine Resolution verabschiedet, die sich gegen den im Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vorgesehenen Modellstudiengang zur Verordnung von Psychopharmaka ausspricht. Die Resolution findet sich unter folgendem Link auf der Bundes-Homepage des bvvp: <https://tinyurl.com/ybwfdd96>

Die gesamte Diskussion der Ausbildungsreform hat sich in den letzten Wochen auf dieses Thema konzentriert. Ins Hintertreffen geraten sind dabei andere Themen: der zu knappe Umfang praktischer Anteile im Studium, die Vernachlässigung der Verfahrensvielfalt, die umstrittene Legaldefinition, die Finanzierung der Weiterbildung und der Erhalt der Institute. Eine aktuelle Stellungnahme der Bundesärztekammer nennt einige dieser Aspekte (<https://tinyurl.com/y7pqq6wf>). Auch auf dem Deutschen Psychotherapeutentag am 21. April 2018 in Bremen wurden zu diesen Themen nun zwei Resolutionen verabschiedet, die unter folgendem Link zu finden sind: www.bptk.de

Große Koalitionspläne für die Psychotherapie

Foto: Privat



Foto: Privat



Das Regierungsbündnis zwischen CDU, CSU und SPD hat in seinen neuen Vereinbarungen zahlreiche Ideen und Verbesserungen für die Psychotherapie untergebracht

Von **Eva Schweitzer-Köhn** und **Ulrike Böker**, beide bvvp-Vorstandsmitglieder

___ **Für Menschen** mit psychischen Erkrankungen sieht der aktuelle Koalitionsvertrag der Großen Koalition (GroKo) viel vor: Die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern soll verbessert werden, außerdem will man in die Forschung zu psychischen Erkrankungen investieren und den Arbeitsschutz mit Blick auf psychische Erkrankungen sowie die Teilhabe an der Arbeit verbessern. Psychischen Störungen als „Volkskrankheiten“ wird der Kampf angesagt. Beim sozialen Entschädigungsrecht wird psychische Gewalt in den Gewaltbegriff einbezogen. Es scheint, als ob die GroKo die gesellschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen erkannt hat und sich dazu bekennt, dass die Politik in diesem Bereich etwas tun muss.

Im Vorfeld der Verhandlungen zwischen CDU, CSU und SPD gab es viele Diskussionen zum Thema Bürgerversicherung. Der Koalitionsvertrag sieht diese grundlegende

Veränderung des Gesundheitssystems nicht vor, nennt aber diverse Maßnahmen, mit denen die Situation gesetzlich Versicherter verbessert und die Zwei-Klassen-Medizin bekämpft werden sollen. Dabei geht es vor allem um einen schnelleren Zugang zur medizinischen Versorgung.

Kritisch bewertet der bvvp jene Passagen des Koalitionsvertrags, in denen es um die **Terminservicestellen (TSS)** der Kassenärztlichen Vereinigungen geht. Diese sollen künftig unter einer bundesweit einheitlichen, einprägsamen Telefonnummer von 8 bis 18 Uhr erreichbar sein und auch haus- und kinderärztliche Termine vermitteln. Der bvvp vermisst Angaben im Koalitionsvertrag über den Träger der hierdurch höheren Kosten für die KVen und Angaben dazu, wie die Funktion der zentralen Anlaufstelle und der Patientensteuerung über den Hausarzt damit gewährleistet werden soll. Der bvvp befürchtet, dass Arztbesuche und Be-

handlerwahl damit immer beliebiger werden. Es muss sich dann zeigen, ob die Patientinnen und Patienten tatsächlich keinen Arzt oder Psychotherapeuten „ihres Vertrauens“ wollen.

Den Vorstellungen der GroKo zufolge soll in den kommenden Jahren das **Mindestsprechstundenangebot** der Vertragsärzte und -psychotherapeuten für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten von 20 auf 25 Stunden erhöht und festgeschrieben werden. Viele Praxen leisten aber schon jetzt 25 Stunden und mehr Behandlungszeit. Gerade Psychotherapeuten erfüllen durch die vielen halben Sitze ihre Versorgungsaufträge überdeutlich. Besondere Bedeutung wird diese Regelung daher vor allem dann bekommen, wenn es um das Nachbesetzungsverfahren und die Überprüfung der Versorgungsrelevanz geht. Hierzu warnt der bvvp, dass in Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit ein größeres Praxissubstrat belegt werden muss als

bisher, damit der Ausschreibung eines Sitzes zugestimmt wird.

In aktuellen Äußerungen unseres neuen Gesundheitsministers Jens Spahn ist zu vernehmen, dass er neben der Erhöhung der Sprechstundenzeiten auch eine Mindestzahl an offenen Sprechstunden pro Woche festlegen will, sodass sich Patientinnen und Patienten spontan behandeln lassen können. Dies solle auch entsprechend vergütet werden: „Wer künftig als Haus- oder Facharzt in der Grundversorgung über die Terminservicestellen neue Patienten kurzfristiger annimmt, soll außerhalb der Budgetierung honoriert werden.“ Für die Psychotherapeuten mit ihren Bestellpraxen und ihrer extrabudgetären Vergütung ist dies irrelevant. Man darf gespannt sein, welche kreativen Ideen der Minister für die Psychotherapeuten bereithält zu diesem Thema.

Die Niedergelassenen in ländlichen und wirtschaftlich schwachen Räumen sollen über regionale Zuschläge unterstützt werden. Dazu wird die **Vergütung** der hausärztlichen Versorgung und der „**sprechenden Medizin**“ verbessert, inklusive koordinierende Leistungen und Terminvermittlung zum Facharzt. Die Psychotherapeuten melden hier an, dass sie der Kern der sprechenden Medizin sind und ihnen damit eine Verbesserung zusteht.

Zur Sicherung der ambulanten Versorgung können die KVen in Zukunft **Eigeneinrichtungen** gründen, zum Beispiel Medizinische Versorgungszentren.

Die **Bedarfsplanung** soll kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler gestaltet werden – hierzu soll das vom G-BA in Auftrag gegebene Gutachten zur Reform der Bedarfsplanung wichtige Auskünfte geben. Dass hier eine besondere Notwendigkeit bei den Psychotherapeuten besteht, mit ihren völlig unrealistischen Verhältniszahlen, ist hinreichend bekannt.

Die Länder sollen ein **Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen** erhalten. Es ist also mit weiteren gravierenden Einmischungen politischer Gremien in die Selbstverwaltung zu rechnen. Der Verband fragt sich, wo dabei der Grundsatz der Selbstverwaltung bleibt, dass die Profession ihre Angelegenheiten

besser regeln kann als der Staat? Dies trifft ganz besonders auf die autonomen Zulassungsausschüsse zu, die die Versorgungssituationen vor Ort kennen und sorgfältig prüfen.

Sowohl die ambulante Honorarordnung in der GKV (EBM) als auch die **Gebührenordnung** der PKV (GOÄ) **sollen** laut aktuellem Koalitionsvertrag **reformiert werden**. Ziel ist ein modernes Vergütungssystem, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet. Die Bundes-

Zahlreiche Vorhaben der neuen GroKo betreffen die Versorgung psychisch kranker Menschen

regierung wird dazu auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums eine wissenschaftliche **Kommission** einsetzen, die bis **Ende 2019** unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen **Vorschläge vorlegt**. Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden. Man könnte auch fragen: Versetzt die beständige Verzögerungstaktik der Bürgerversicherung auch irgendwann den Todesstoß? Die Arbeit an der Reform der GOÄ und des EBM geht derweil ungehindert weiter. Der bvpv fordert in diesem Zusammenhang erneut die längst überfällige Anpassung der Honorierung in beiden Vergütungssystemen.

Wie CDU, CSU und SPD entschieden, soll die bereits eingeleitete Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker in den **Krankenhäusern** mit Nachdruck weiter umgesetzt werden. Hier geht es insbesondere um die Schaffung einheitlicher und hinreichender Personalstandards

sowie die Einführung stationärer Leistungen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist hier die **Notfallversorgung**, bei der eine gemeinsame Sicherstellung durch Krankenhausesellschaften und KVen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung geschaffen werden soll. Der bvpv betrachtet es allerdings als bedenklich, dass diese Forderung nicht unter der Rubrik „ambulante Versorgung“, sondern unter „Krankenhäuser“ aufgeführt wird. Für Aufregung sorgt dabei die Möglichkeit, dass ein Teil der Sicherstellung und damit auch des Budgets von den KVen an die Kliniken abwandern könnte.

Die **Novellierung der Ausbildung der Psychotherapeuten** im Sinne einer Direktausbildung soll zügig zum Abschluss gebracht werden. Der bvpv begrüßt es ausdrücklich, dass diese Forderung explizit in den Koalitionsvertrag Eingang gefunden hat. Er unterstützt außerdem die vielen Forderungen im Zusammenhang mit dem Thema **Prävention**, darunter eine nationale Strategie zur Reduzierung von Übergewicht vor allem bei Kindern und Jugendlichen sowie Maßnahmen zur Vorbeugung von Suchterkrankungen.

Die **Digitalisierung des Gesundheitswesens** wird im Vertrag als größte Herausforderung in den kommenden Jahren benannt. Erste Fortschritte bietet die **Telemedizininfrastruktur**: Anwendung und Abrechenbarkeit telemedizinischer Leistungen sollen hierbei ausgebaut werden bei Sicherstellung des Datenschutzes. Außerdem wird das **Fernbehandlungsverbot** auf den Prüfstand gestellt sowie eine **elektronische Patientenakte** für alle Versicherten angelegt.

Wie immer sind die Formulierungen im Koalitionsvertrag sehr allgemein gehalten. Entscheidend werden die Details bei der Ausformulierung entsprechender Gesetzesänderungen sowie ihre Umsetzung im Versorgungsalltag. Der bvpv wird zum Zwecke der Stärkung der Psychotherapie für die Versorgung Gespräche mit dem neuen Gesundheitsminister Jens Spahn suchen, der als nicht unumstritten, aber doch als ein sicherer Kenner des Gesundheitswesens gilt.

Foto: Mojib Kaufmann



Statt Rechtsschutz eine Rechtfertigung der massiven Ungleichbehandlung

Die erheblichen Benachteiligungen bei der psychotherapeutischen Leistungsvergütung dürfen sich nun rechtens nennen, und sinnwidrige Strukturzuschläge sind als legitime Leistungssteuerung geadelt

Von **Norbert Bowe**, kooptiertes bvvp-Vorstandsmitglied

Wer gehofft hatte, dass die Urteilsbegründung des Bundessozialgerichts zur bvvp-Musterklage (B 6 KA 35/17 R) zur angemessenen und verteilungsgerechten Vergütung psychotherapeutischer Leistungen anhand nachvollziehbarer Argumente einen Aufschluss darüber geben könnte, wie die abweichende Beschlussarchitektur des Bewertungsausschusses (mit Einführung von zu niedriger EBM-Leistungsbewertung und gestaffeltem Strukturzuschlag) mit den Rechtsmaßstäben der bisherigen BSG-Rechtsprechung in Einklang zu bringen ist, der musste sich getäuscht sehen. Wie schon der Verlauf der Verhandlung im Wesentlichen nur durch die Sichtweise des beigeladenen Spitzenverbandes der Krankenkassen geprägt war, so gibt auch die Urteilsbegründung eine

fast vollständige Übernahme dieses Interesses wieder, ohne Raum für eine kritische und sachliche Auseinandersetzung (siehe ab Seite 12). Mit dem Generalverweis auf die Gestaltungsfreiheit der Selbstverwaltung wurden im Ergebnis jegliche Widersprüchlichkeiten und Fehlannahmen als nicht zu beanstanden bewertet.

Es bleibt unklar, wie das BSG seinem eigenen Prüfmaßstab gerecht geworden sein will: *„Die gerichtliche Überprüfung eines komplexen und auch der Steuerung dienenden Regelungsgefüges darf sich deshalb nicht isoliert auf die Bewertung eines seiner Elemente beschränken, sondern muss stets auch das Gesamtergebnis der Regelung mit in den Blick nehmen“* (Rand-Nr. 38).

Das BSG lässt an allen drei Kenngrößen, die für die Berechnung der angemessenen

Vergütungshöhe psychotherapeutischer Leistungen in die Berechnungsformel maßgeblich sind, erhebliche Abzüge zu (am Vergleichsertrag, am Betriebskostenansatz und am Personalkostenansatz). Dadurch wird der Jahresumsatz der psychotherapeutischen Modellpraxis um circa 15.000 Euro und die Leistungsvergütung um fast 10 Euro verfehlt. In früheren Urteilen hatte das BSG Abweichungen in dieser Höhe und Dimension bereits als nicht rechtmäßig zurückgewiesen. Somit vernachlässigt das BSG das „Gesamtergebnis der Regelung“ (siehe Zitat links), das in Blick zu nehmen es eigentlich für erforderlich hält.

Mit seiner Äußerung: *„Da es sich bei dem Umsatz einer voll ausgelasteten Praxis um eine Modellrechnung handelt und nicht um*

einen rechtlich verbindlichen Soll-Umsatz, besteht keine Verpflichtung des EBewA, die Ermittlung der empirischen Personalkosten allein an voll ausgelasteten Praxen vorzunehmen“ (Rand-Nr. 47), nimmt es quasi nebenbei die 1999 für notwendig gehaltene Mindestvergütung (die ohne eine verbindliche Soll-Umsatzbestimmung nicht bestimmbar ist) zurück und stellt mit dem Soll-Umsatz auch die zu seiner Berechnung erforderlichen Ermittlungen der Kenngrößen ins Belieben. Ohne explizite Erklärung wird so der Kernsatz der BSG-Rechtsprechung unterlaufen, dass die (Modell-)Praxis eines voll ausgelasteten und in Vollzeit tätigen Psychotherapeuten eine Vergütung ergibt, die jedenfalls den (ungeschmälernten) Durchschnittsertrag einer vergleichbaren Arztgruppe im unteren Einkommensbereich erreicht.

Die Rechtfertigung dieses Grades an Beliebigkeit speist sich aus der nicht reflektierten Gleichsetzung der optimal-fiktionalen Auslastungsgrenze, die praktisch nicht erreicht werden kann, mit einer von allen zu erwartenden Vollaustattung (siehe dazu *Projekt Psychotherapie 4/2017*: „BSG verweist Psychotherapeuten vom Souterrain in den Honorarkeller“). Wenn die Fiktion als Wirklichkeit genommen wird, kommt es zu absurden Erwartungen: Für 36 Behandlungssitzungen pro Woche müsste man noch übrige Leistungen (im Schnitt 15 Prozent) und zur Gesamtleistungszeit noch einmal 50 Prozent Praxis-tätigkeit ohne Patienten erbringen, in Summe circa 63 Wochenarbeitsstunden. Da auch noch Privatpatienten zu behandeln sind, müsste man dann noch entweder weitere 15 Wochenarbeitsstunden erbringen oder alternativ diese im Kontingent der 36 Behandlungsstunden unterbringen – allerdings mit der Folge, dass man dann aber nicht die einkalkulierte Halbtagsstelle gegenfinanziert bekäme (wegen der Vergütungsabschläge beim Strukturzuschlag).

Wie weit das BSG sich von der Sichtweise des Spitzenverbandes der Krankenkassen hat einnehmen lassen, zeigt auch

diese Äußerung: „Dass der einzelne Psychotherapeut im vom EBewA festgelegten Vergütungssystem erst ab einer bestimmten Leistungsmenge Vergütungsanteile für normativ ermittelte Personalkosten erhält, rechtfertigt sich aus der dargestellten Empirie zum Umfang der Beschäftigung von Hilfskräften sowie der zulässigen Steuerungsintention“ (Rand-Nr. 64).

Weder lässt sich an der Leistungsmenge der genehmigungspflichtigen Leistungen der Gesamtauslastungsgrad bemessen, noch entspricht das Dargestellte der Em-

Man ist es der Wahrheitsfindung und der eigenen Selbstachtung schuldig, dieses Urteil und diese Regelung nicht auf sich beruhen zu lassen

pirie (siehe ab Seite 12). Und erst recht lässt sich so nicht rechtfertigen, mit Strukturzuschlägen (das heißt Abschlägen bei den Gesamtleistungskosten) eine Anreizfunktion ausüben zu wollen hin zu einer (fremdbestimmten) Mehrauslastung oder zu einem anteiligen Zulassungsverzicht. Diese Lenkung der Berufsausübung stellt einen Eingriff in die Berufsfreiheit dar.

Zusammenfassend hat es das BSG mit der schrittweisen Lockerung der Prüfmaßstäbe Psychotherapeuten inzwischen unmöglich gemacht, selbst bei fiktional maximaler Auslastung noch den Durchschnittsertrag einer Vergleichsarztgruppe zu erreichen. Der Bewertungsausschuss hat freie Hand bekommen, Daten und Kenngrößen zur Berechnung der an-

gemessenen Höhe der Vergütung ergebnisorientiert neu zu mischen, zu bearbeiten und zu modellieren – zulasten der Psychotherapeuten. Der Schutz der BSG-Rechtsprechung der Jahre 1999 bis 2004 ist mit der aktuellen Rechtsprechung zu einem erheblichen Schaden für die Psychotherapeuten mutiert: Indem eine erhebliche weitere Unterschreitung der Ertragsaussichten, die ursprünglich schon unter dem unteren Umsatz- und Ertragssegment der Ärzteschaft angesiedelt waren, vom BSG gebilligt wurde, liefert es dem Bewertungsausschuss die Berechtigung, zutiefst ungerechte und benachteiligende Vergütungsregelungen unkorrigiert fortzuschreiben. Das werden die Vertreter der Krankenkassen angesichts der extrabudgetären Vergütung dieser Leistungen jedenfalls zur „Kostenabwehr“ nutzen. Dabei ist dem Bewertungsausschuss seit Veröffentlichung des IGES-Gutachtens 2010¹ bekannt, dass die Leistungszeiten der EBM-Kalkulation bei den übrigen Ärzten um 31 Prozent überschätzt sind, sodass das kalkulierte Arzteinkommen bereits 2007 mit durchschnittlicher Auslastung (ermittelt über alle Praxen) erwirtschaftet werden konnte, während die Psychotherapieleistungen allein durch die Differenz vom Kalkulationswert von 5,1 Cent und dem Orientierungswert von 3,5 um 31 Prozent unterkalkuliert sind.

Wenn so viele – von uns aus gesehen – Unvereinbarkeiten mit der Realität in die Vergütungsregelungen und deren rechtliche Bewertung eingeflossen sind, ist man es der Wahrheitsfindung und der eigenen Selbstachtung schuldig, dieses nicht auf sich beruhen zu lassen. Die DPtV und der bvvp haben in Absprache der juristischen Argumentation, abgeleitet aus dem Gleichheitsgebot und dem Recht auf freie Berufsausübung des Grundgesetzes, deswegen je eine Verfassungsbeschwerde ausgearbeitet und eingereicht.

1) **Gutachten des IGES-Instituts Berlin**: „Plausibilität der Kalkulation des EBM – Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbands“ (August 2010)

Zentrale Aussagen der BSG-Urteilsbegründung im Faktencheck

Rand-Nr. 44: „Gerade, wenn der (E)BewA ... alle Arztgruppen mit überdurchschnittlichem Honorar aus dem Mix herausnimmt, bedarf jede Bereinigung einer besonderen Rechtfertigung.“

Tatsache: Der neue Facharzt-Mix stellt das unterste GKV-Umsatzsegment der Gesamtärzteschaft dar, noch deutlich unter den Umsätzen der Allgemeinmediziner (aufgrund der hohen Anteile an Privatbehandlungen). Das heißt: Jeder Abzug führt dazu, dass der optimal = maximal ausgelastete Psychotherapeut auf jeden Fall nicht mehr den durchschnittlichen Vergleichsertrag erzielen kann. Ein Raum für eine „besondere Rechtfertigung“ ist nicht ersichtlich, erst recht nicht für Abzüge in Höhe von fünf Prozent.

Rand-Nr. 47: „Soweit der Kläger bemängelt, dass infolge dieser Grenzziehung auch nach der Modellrechnung nicht voll ausgelastete Praxen berücksichtigt worden seien, trifft dies zu. Für die Umsatzklasse mit mehr als 125.000 Euro Einnahmen aus vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit standen nach den Angaben des Beigeladenen zu 2. aber nur 18 Datensätze zur Verfügung, während für die Umsatzklasse von >83.000 Euro noch 123 Datensätze ausgewertet werden konnten.“

Tatsache: Empirisch gewonnene Sach- und Personalkosten aus Daten von Praxen, die etwas über 83.000 Euro Umsatz lagen, passen ebenso wenig zur Auslastung der Modellpraxis mit einem Umsatz von circa 150.000 Euro, wie die Baukosten eines 90-qm-Hauses zu denen eines 150-qm-Hauses gleicher Ausstattungsart passen. Die Verwendung unpassender Kostensätze damit zu rechtfertigen, dass von den geeigneten nur wenige (18 Datensätze) vorlägen, kommen einer folgenschweren

Fehlkalkulation gleich. Die wenigen Datensätze beweisen einfach, dass den Auslastungsgrad der Modellpraxis praktisch kaum jemand erreichen kann. Dieses Übermaß wird den Psychotherapeuten dann zusätzlich noch durch einen ungeeignet niedrigen Praxiskostenansatz zum Nachteil angerechnet.

Rand-Nr. 49: „Da die Annahme nicht fernliegend erscheint, dass – anders als bei anderen Arztgruppen – jedenfalls bei den Psychotherapeuten bei steigenden Umsätzen auch die (Personal-)Kosten steigen, hat sich die Übertragung der Quote für die höchste Umsatzklasse auf die Höhe der empirischen Kosten zugunsten der Psychotherapeuten ausgewirkt.“

Tatsachen: 1. Dass bei Psychotherapeuten – im Gegensatz zu allen anderen Ärzten und im Gegensatz zu betriebswirtschaftlichen Grunderkenntnissen – die Kosten bei höherer Auslastung steigen, ist so wahr wie die Behauptung, dass bei Psychotherapeuten Fallengelassenes an die Decke statt zu Boden fällt. Wäre das wahr, müssten die Krankenkassen darauf dringen, dass sie sich nur bis 18 Behandlungsstunden auslasten, da ansonsten die Leistungserbringung unwirtschaftlich wird und da dann der Strukturzuschlag nur noch ein subventioniertes Beschäftigungsprogramm für Hilfskräfte wäre.

2. Bei den Psychotherapeuten genügt schon eine „nicht fernliegende“ Annahme dafür, dass sich günstige Auswirkungen ergeben ...

Rand-Nr. 49: „Anders als bei dem früheren Vorgehen, bei dem die empirischen Personalkosten von den Gesamtkosten abgezogen und durch normative Kosten ersetzt wurden, ist nach der Konzeption des Beschlusses vom 22.9.2015 ein möglichst hoher empirischer Personalkostenansatz günstig für die Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen.“

Tatsache: Die sogenannte Begünstigung durch einen „möglichst hohen empirischen Personalkostenansatz“ von 3.948 Euro (in Wirklichkeit niedriger als 1999, 2004, 2005, 2007 oder in allen folgenden Untersuchungen) besteht darin, dass statt – wie bisher – den normativen Personalkosten in Höhe von 15.000 Euro jetzt der niedrigste je gemessene Betrag eines oberen Umsatzdrittels zur Berechnung des Jahresumsatzes und der Vergütungshöhe der genehmigungspflichtigen Leistungen verwendet wird. Ein Minus von circa 11.000 Euro gerät somit bei Psychotherapeuten zu einer „Begünstigung“.

Rand-Nr. 51: „Der für die Personalaufwendungen der Praxen mit einem Umsatz von mehr als 83.000 Euro mit 3.948 Euro bezifferte Betrag weicht zwar erheblich von dem für die Vorjahre auf der Grundlage der ZI-Analyse ermittelten empirischen Personalkosten der Praxen mit mehr als 70.000 Euro Umsatz von 14.514 Euro ab ... Der Senat hat indes die Zugrundelegung der ZI-Daten für das Jahr 2008 auch angesichts der Unterschiede zu anderen Erhebungen für vertretbar gehalten und im Hinblick auf den Gestaltungsspielraum des BewA gebilligt.“

Tatsache: Wenn die „empirischen“ Personalkosten (ZI) von 18.829 Euro des Jahres 2004 und von 14.514 Euro des Jahres 2005 des oberen Umsatzdrittels

der Psychotherapeuten – wie vom BSG als vertretbar gehalten – realitätsgerecht sind, dann hätten ein Drittel der Psychotherapeuten in diesen Jahren auch (mehr als) eine Halbtagskraft beschäftigt. Und zwischen 2005 und 2007 hätten Psychotherapeuten flugs alle ihre Halbtagskräfte entlassen müssen, damit dieses obere Drittel nur noch 3.948 Euro ausgeben konnte, also gar kein Personal mehr beschäftigt hat. Tatsache ist, dass diese gegensätzlichen Ermittlungsergebnisse sich ausschließen, somit die Wahrheit nur durch Fehlersuche zu finden ist. Unterbleibt das, wie kann dann Willkür ausgeschlossen werden, zumal wenn sowohl die unrealistisch hohen wie auch die unrealistisch niedrigen „empirischen“ Werte in der jeweils gültigen Formel jeweils – zufällig? – zum Nachteil der Psychotherapeuten geraten sind?

Rand-Nr. 58: *„Der Beigeladene zu 2. weist auch zu Recht darauf hin, dass Praxen, die unterdurchschnittlich abrechnen und die für die Abrechnung der Strukturzuschläge erforderliche Mindestpunktzahl nicht erreichen, dadurch begünstigt sind, dass die empirisch ermittelten Personalkosten der Praxen mit einem Umsatz von mehr als 83.000 Euro in die Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen im EBM-Ä eingeflossen sind. In der Vergütung ihrer Leistungen ist damit immer noch ein höherer Kostenanteil enthalten, als von ihnen empirisch tatsächlich benötigt wird.“*

Tatsachen: 1. Bei der Modellrechnung zur Ermittlung der Leistungsbewertung wird der ermittelte Jahresumsatz durch 1.548 Sitzungen geteilt, das heißt, die in den Jahresumsatz eingeflossenen nur empirischen Praxiskosten eines geringeren Auslastungsgrades gehen nur zu einem 1/1.548

in die Leistungsbewertung ein. Das heißt, damit ist von vornherein eine Unterdeckung kalkuliert.

2. Wer sich mit 18 Wochenstunden auslastet, erwirtschaftet einen Kostenanteil von (3.948 Euro, geteilt durch 2 =) 1.974 Euro. Das reicht nicht einmal für Putzhilfen und Schreibdienste auf 450-Euro-Basis. Die „Privilegierung“ besteht darin, dass der Praxisinhaber diese Arbeiten teilweise selbst erledigt und dennoch die tatsächlich angefallenen Sachkosten nicht gedeckt sind.

Rand-Nr. 59: *„Dass die Abrechnung der Zuschläge an die Erreichung einer Mindestpunktzahl geknüpft wird, hat der EBewA nachvollziehbar damit begründet, dass erst ab einer bestimmten Praxisgröße ein Bedürfnis für die Beschäftigung einer Hilfskraft besteht. Der EBewA hat festgestellt, dass 75 Prozent der Praxen tatsächlich keine Hilfskraft beschäftigen. Die Annahme, dass Personal bei einem vollen Versorgungsauftrag erst dann beschäftigt wird, wenn eine Auslastung von mindestens 50 Prozent in Bezug auf die Vollauslastungshypothese erreicht wird, ist ersichtlich nicht willkürlich.“*

Tatsache: An den abgerechneten genehmigungspflichtigen Leistungen kann gar nicht der Auslastungsgrad der Praxen gemessen werden, da in unterschiedlichen Mengen andere Leistungen abgerechnet werden. Die Auslagerung von Personalkosten in den gestaffelt ausgezahlten Strukturzuschlag kommt im EBM sonst nicht vor – zu Recht, da sämtliche Kosten ansonsten in die Einzelleistungen inkalkuliert sind und somit von der ersten Leistung an proportional erwirtschaftet werden können. Warum hier Willkür nicht ersichtlich ist, ist daher erst recht nicht ersichtlich.

Rand-Nr. 60: *„Der EBewA hat mit dem gewählten Konzept das System der Leistungsbewertung im EBM-Ä nicht verlassen, sondern die Bemessung der Personalkosten der Psychotherapeuten der Vorgehensweise bei den übrigen Vertragsärzten wieder angenähert ... Ebenso wie bei den anderen Vertragsärzten wurden nun nach der Konzeption des Beschlusses vom 22.9.2015 die empirisch ermittelten Kosten bei der Bewertung der GOP 35200 bis 35225 EBM-Ä berücksichtigt. Dabei werden die Psychotherapeuten insofern bessergestellt als die übrigen Vertragsärzte, als bei ihnen nicht die Durchschnittskosten, sondern die Kosten der obersten von drei Umsatzgruppen eingestellt wurden.“*

Tatsache: Das BSG verwechselt hier die Modellrechnung, die eine Ungleichbehandlung der Vergütung kontrollieren und korrigieren soll, mit dem Standardbewertungssystem des EBM. Eine Angleichung der Modellrechnung an die EBM-Kalkulation setzt Erstere nur außer Funktion. Die Leistungszeitangaben im EBM sind bei den übrigen Arztgruppen Schätzwerte und so üppig kalkuliert, dass Ärzte bereits 2007 schon mit durchschnittlicher Auslastung das EBM-Arzteinkommen von 105.572 Euro erwirtschaften konnten, während Psychotherapeuten, deren Leistungszeiten durch Zeitbindung festliegen, dieses Einkommen selbst bei Maximalauslastung 2013 noch nicht erreichen können. Die Besserstellung ist in Wahrheit wie bereits dargestellt eine massive Benachteiligung (Kombination eines fast nur Durchschnittswerts an Praxiskostenansatz mit Maximalauslastung).

Der bvvp wächst

Der bvvp gewinnt neue Mitglieder und strukturiert sich neu. Bei der Delegiertenversammlung in Fulda zeigte sich, wie das Etablieren neuer Ansätze mit dem Erhalt altbewährter Qualitäten mobilisieren kann

Von **Eva Schweitzer-Köhn** und **Ariadne Sartorius**, beide bvvp-Vorstandsmitglieder



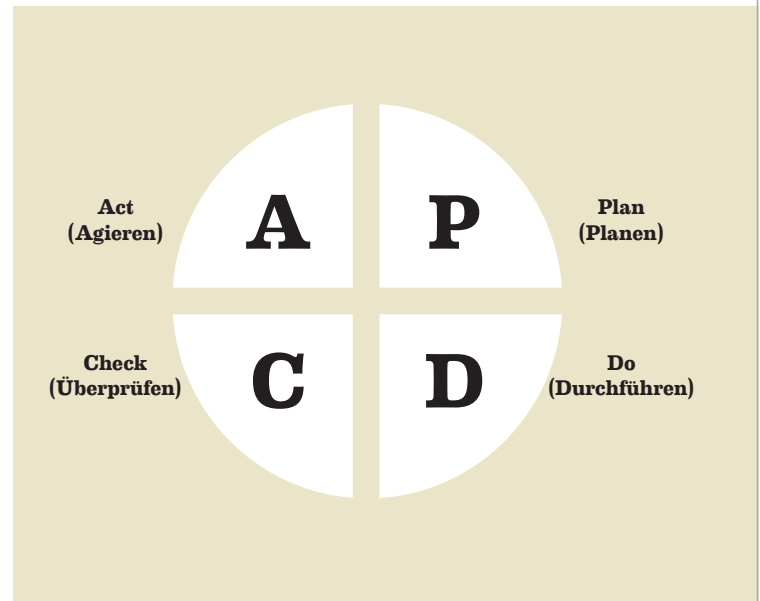
Neuer Vorstand, neue Ziele (von links): Martin Klett, Yvo Kühn, Tilo Silwedel, Ariadne Sartorius, Eva Schweitzer-Köhn, Reiner Cebulla, Benedikt Waldherr, Ulrike Böker, Roland Hartmann, Elisabeth Störmann-Gaede, Angelika Haun, Michael Brandt

Der wachsenden Mitgliederzahl (derzeit rund 5.500 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) und den neuen bundespolitischen Anforderungen entsprechend müssen die inneren Strukturen unseres Verbandes mitwachsen. Dieser Herausforderung hatten sich der im Herbst 2017 neu gewählte Bundesvorsitzende Benedikt Waldherr und die ebenfalls neu gewählte stellvertretende Bundesvorsitzende Angelika Haun unmittelbar nach dem Eintritt in ihre neuen Ämter gestellt. Es wurde eine Organisationsentwicklung in Gang gesetzt, die alle Gremien und Geschäftsstellen des bvvp mit einschließt. Eine Arbeitsgruppe „Organisation“ (Orga-AG) wurde ins Leben gerufen, an der Bundesvorstandsmitglieder genauso wie Vorstände von Landesverbänden, MitarbeiterInnen der Landesgeschäftsstellen und die Bundesgeschäftsstelle beteiligt sind. Des Weiteren und zugleich erstmalig in seiner Geschichte zog der bvvp eine externe Organisationsberatung zur Unterstützung dieses Prozesses hinzu.

Der Abschied vom bvvp als „Selbsthilfverein“ zur Verbesserung der Honorarsituation, von der familiären „Wohnzimmeratmosphäre“, fällt manchen Altgedienten schwer. Doch wurde schon bei der vorherigen Delegiertenversammlung im Herbst 2017 in Erfurt deutlich, dass der Weg in Richtung mehr Professionalisierung gegangen werden muss, unter Bewahrung der Markenzeichen und bewährten Qualitäten des bvvp.

Dies wurde auch deutlich in den Arbeitsgruppen, die bei der Delegiertenversammlung (DV) stattfanden. Diese DV stand also unter dem Zeichen der Weiterentwicklung des bvvp. Es zeigte sich schon an der veränderten Struktur der DV. War diese bisher eher geprägt von Vorträgen der Bundesvorstandsmitglieder zur berufspolitischen Situation mit anschließender Diskussion, so wurde dieses Mal zu Beginn von allen in Arbeitsgruppen zusammen „gearbeitet“. Der Fokus lag dabei mehr auf der gemeinsamen Entwicklung von Ideen und Zielen und der gemeinsamen Diskussion als darauf, Vorträge zu „konsumieren“. Bewusst waren auch die MitarbeiterInnen der Landesgeschäftsstellen mit dabei, da klar war, dass ALLE mitgenommen werden müssen in diesem Prozess.

Der Vorschlag zur Vorgehensweise wurde erfreulicherweise sehr gut angenommen! So wurde zunächst die „normale“ altbewährte Sitzordnung nach Landesverbänden aufgebrochen. Stattdessen



Oder: Please **D**on't **C**hange **A**nanything?

sollten sich alle Teilnehmer nach dem jeweiligen Zeitpunkt des Beginns ihres Engagements im bvvp im Kreis aufstellen.

Schon diese neue „Ordnung“ brachte Bewegung in die Teilnehmenden und neue Begegnungen. Noch mehr Bewegung brachte das anschließende Zufallsprinzip, nach dem alle TeilnehmerInnen in die verschiedenen Arbeitsgruppen aufgeteilt wurden, die Antworten liefern sollten auf folgende Fragen:

- Was zeichnet Ihren Verband und den bvvp heute positiv aus?
- Was sind heute die größten Begrenzungen für eine erfolgreiche Arbeit in Ihrem Verband und im bvvp?

Durch die einzelnen Gruppen gewählte SprecherInnen trugen die Ergebnisse später in einer Fishbowl vor und diskutierten sie mit den anderen SprecherInnen. Viel Einigkeit bestand bei der Idee, dass der Weg in die Zukunft mit einem höheren Grad an Differenzierung und Professionalisierung des bvvp gegangen werden muss – unter Wahrung der



bvvp-Vorstand Ariadne Sartorius (l.) und Katharina van Bronswijk (r.) gemeinsam mit einer Kollegin des „Jungen Forums“



bvvp-Vorstandsmitglied Tilo Silwedel (r.) und Benedikt Waldherr, 1. Vorsitzender des Verbands, ehren Katharina Laban (l.) für ihr Engagement bei der bvvp-Muster-Honorarklage

bewährten Stärken des Verbandes, allen voran der Integration der unterschiedlichen Berufsgruppen und Verfahren, die in der Psychotherapie tätig sind. Auch die gute Mitgliederbindung und -betreuung, die differenzierte und abgewogene Auseinandersetzung mit aktuellen berufspolitischen Themen und die daraus folgenden Stellungnahmen werden ausdrücklich positiv bewertet – auch wenn Letzteres dadurch manchmal etwas länger braucht.

Es wurde vielfach der Wunsch geäußert, diese Form der gemeinsamen Gruppenarbeit auch in der Zukunft zu wiederholen! Schon das ist ein Erfolg dieser DV!

Dann ging es nach dem gemeinsamen Abendessen weiter in der eher bekannten Struktur mit den Berichten der Bundesvorstandsmitglieder aus der Berufspolitik, den Gremien der KBV und den Kammern, der Kooperation mit anderen Verbänden und der Arbeit an den Leitlinien. In diesem Zusammenhang wurde eine Resolution zu dem im Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vorgesehenen Modellstudiengang zum Erwerb der Kompetenz zur Verordnung von Psychopharmaka abgestimmt. Dieser Entwurf lautet:

**Für eine Ausrichtung auf die
psychotherapeutische Kompetenz –
gegen den Modellstudiengang
Psychopharmakotherapie in der
Psychotherapieausbildung!**

Die Delegierten des bvvp sprechen sich auf ihrer Versammlung am 8.3.2018 in Fulda gegen den im Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vorgesehenen Modellstudiengang zur Verordnung von Psychopharmaka aus.

Von ihrem Selbstverständnis her nutzen Ärztliche und Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen wesentlich psychotherapeutische Methoden zur Heilung und Linderung psychischer und psychisch bedingter körperlicher Störungen. Das ist und soll auch weiterhin das Mittel der Wahl bleiben.

Die Delegierten des bvvp anerkennen den Stellenwert der Behandlung psychischer Störungen mit Medikamenten bei einer entsprechenden Indikation. Sie sehen aber die Verordnung von Medikamenten nur zum Aufgabenfeld der Ärzte gehörig. Eine gute Zusammenarbeit zwischen den Heilberufen ist dabei unabdingbar.



Die Arbeit in Arbeitsgemeinschaften als Teil des Seminars zur Organisationsentwicklung



Fotos: bvvp

Die Teilnehmer der Delegiertenversammlung sollten die ihrer Meinung nach wichtigsten Punkte der Organisationsentwicklung nennen, also eine Priorisierung vornehmen

Schließlich ist in jeder Frühjahrs-DV der Haushalt abzustimmen. Nach einer guten Vorbereitung durch die Bundesgeschäftsstelle und durch die Konferenz der Schatzmeister der Landesverbände konnte der Haushalt einvernehmlich verabschiedet und der Schatzmeister für das vergangene Jahr entlastet werden.

Das „Junge Forum“ für Neu-Approbierete, PiA und ÄrztInnen in Weiterbildung stellte sich und seine Pläne und Projekte vor, die ebenfalls von den Delegierten sehr positiv aufgenommen wurden:

Neben diversen Veranstaltungen für angehende oder neu approbierte Kolleginnen und Kollegen, die in den unterschiedlichen Regionen gemeinsam mit dem „Jungen Forum“ geplant und durchgeführt werden können, möchten sich die jungen Kolleginnen und Kollegen im bvvp noch mehr für die Belange des Nachwuchses einsetzen. Hierzu sind neben den Veranstaltungen diverse Projekte geplant. Als erster Schritt ist ein Youtube-Kanal in Vorbereitung, der Fragen und Anliegen des Nachwuchses mithilfe verschiedener Zugänge wie zum Beispiel Comiczeichnungen erläutern und darlegen soll, ebenso telefonische Sprechstunden für die Belange von PiA und angehenden Ausbildungskandidaten, zum Beispiel zur Gestaltung von Ausbildungsbedingungen.

Die von Katharina van Bronswijk im Rahmen des PiA-Politik-Treffens initiierte Unterschriftensammlung zur Reform der Psychotherapieausbildung ist die

bisher größte Resolution im Bereich der Psychotherapie und strebt augenblicklich die 20.000ste Unterschrift an. Eine Übergabe im Gesundheitsausschuss wird vorbereitet. Link: <https://tinyurl.com/ybg4mok2>

Weitere Aktivitäten und Konzepte werden zeitnah in einer gemeinsamen, ganztägigen Klausurtagung geplant. Dem „Jungen Forum“ steht hierzu ein Geldbetrag zur Verfügung, der aus den Landesverbänden zur Förderung der Belange des Nachwuchses vor einem halben Jahr zur Verfügung gestellt wurde und nunmehr die bundesweite Arbeit in allen Regionen stärkt und vielfältiger werden lässt.

Schließlich ehrte der Verband Katharina Laban für ihr geduldiges Engagement bei der bvvp-Muster-Honorarklage, die im Oktober 2017 beim BSG verhandelt wurde. Ohne dass einzelne Mitglieder sich für Honorarklagen zur Verfügung stellen, wären die Musterklagen beim BSG nicht möglich und die dadurch erzielten Erfolge und Nachvergütungen für alle PsychotherapeutInnen, die Widerspruch eingelegt haben, nicht erzielt worden. Als Musterklägerin gebührt Katharina Laban der herzliche Dank aller Verbandsmitglieder.

Diese DV war durch die Arbeit an der Organisationsentwicklung besonders arbeits-, ergebnis- und erlebnisreich. Hierauf aufbauend wollen wir weitere Schritte in Richtung Professionalisierung gemeinsam gehen.



Zwischen Datenschutz und Dokumentationspflicht

Die neue EU-Verordnung zum Datenschutz ist wirksam und fordert Psychotherapeuten mehr Sensibilität bei der Dokumentation und Aufbewahrung von Patientendaten ab

Von **Benedikt Waldherr**, Vorsitzender des bvvp

In diesen Tagen endet die zweijährige Übergangsfrist zur Einführung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) der EU, die bereits seit Mai 2016 in Kraft und damit gültig ist. Auch das ebenfalls schon seit Langem gültige Bundesdatenschutzgesetz wird zu diesem Zeitpunkt noch einmal stringenter und verschärft. Zentraler Zweck beider Normen ist es, den sorglosen Umgang mit Daten in einer digitalisierten Informationsgesellschaft zu beenden. Grundsätzlich richten sich diese neuen Normen nicht gegen Ärzte und Psychotherapeuten. Sie haben eigentlich ganz andere Adressaten, etwa große Konzerne und Internetfirmen, die sich immer wieder schwerwiegende Datenskandale leisteten – zuletzt Cambridge Analytica, die via Facebook Einfluss auf die vergangenen US-Wahlen nahmen –, die dem Gesetzgeber recht geben. Der sorglose Umgang mit personenbezogenen Daten muss sich ändern. Aber für unsere Berufsgruppen gilt das alte Prinzip: „Mitgefangen ist gleich mitgegangen.“

In 99 einzelnen Artikeln regelt die Europäische Datenschutz-Grundverordnung wesentliche Neuheiten bei der Erhebung, Sammlung, Speicherung und Weiterleitung von Daten. Ein zentrales Prinzip dabei ist die Zweckgebundenheit der Datenerhebung. Die Erhebung, Speicherung und Weiterleitung ist nur noch innerhalb der engen Grenzen des jeweiligen Zwecks der Aufgabe (zum Beispiel der Kassenabrechnung oder Dokumentation einer Therapiesitzung) gestattet. Ein unspezifisches Horten und Breitband-Sammeln von Daten ist also unzulässig und soll damit künftig verhindert beziehungsweise unterbunden werden. Künftig gelten zwei Prinzipien: erstens „Löschen statt Horten“ und zweitens „Zweck weg, Daten weg“. Im Zweifelsfall ist es sogar besser, ein Datum wie den Hochzeitstag eines Patienten, wenn er für die Therapie unwichtig ist, gar nicht erst zu erfassen beziehungsweise zu dokumentieren.

Dies betrifft uns Psychotherapeuten im Kern unseres Aufgabengebietes, allem

voran bei der Dokumentation einer Psychotherapie. Dabei ist es einerlei, ob die Daten (Sitzungsprotokolle) als digitalisierte Speicherung am PC existieren oder als Papiermitschrift in der Patientenakte in einem Stahlschrank ruhen – die DSGVO gilt auch fürs Papier. Daher gilt künftig: „Weniger ist mehr.“ Zugleich müssen natürlich die Dokumentationspflichten, wie sie in den Berufsordnungen für Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten und im Patientenrechtegesetz abgefasst sind, beachtet und erfüllt werden. Eine nicht ordnungsgemäß dokumentierte Sitzung oder Leistung gilt innerhalb der Abrechnungslogik der Kassenärztlichen Vereinigungen nach wie vor als nicht erbracht und damit als nicht abrechenbar. Nicht dokumentierte Leistungen werden bei einer Prüfung aus der Abrechnung gestrichen.

Dennoch sollte man nur das Notwendige dokumentieren und besonders bei der Dokumentation über Dritte im Geschehen wie beispielsweise (gewalttätige) Ehe-

Die neuen Verordnungen zum Datenschutz kollidieren teilweise mit den Dokumentationspflichten der Psychotherapeuten

männer, Partner, Eltern, Kinder oder Arbeitgeber (Mobbing) von Patienten sehr achtsam sein. Auch diese Dritten, die oft in Zusammenhang mit beispielsweise schwierigen oder gar strafbaren Handlungen gegenüber den Patienten in unserer Arbeit in Erscheinung treten, haben ein Recht auf Datenschutz und Schweigepflicht. Gerade in Befundberichten oder Gutachten an Gerichte haben schon viele Kollegen und Kolleginnen Probleme mit diesen „Dritten“ oder Angehörigen bekommen, zum Beispiel im Rahmen von Sorgerechtsstreitigkeiten.

Wir müssen uns also umstellen. Sorgloses Einsammeln und Festhalten von personenbezogenen Daten gehören deshalb der Vergangenheit an. Nur noch der Zweck und der Auftrag eines „Kunden“ bestimmen den Umfang der zu erhebenden Daten.

Die Europäische Datenschutz-Grundverordnung schreibt auch vor, dass der Patient, noch bevor eine erste Information erhoben wird, darüber zu informieren ist, wofür der Therapeut (oder Kundenbetreuer) die abgefragten Daten benötigt. Der Patient muss vorher einwilligen, und der Therapeut muss diese Einwilligung dokumentieren und auf Verlangen nachweisen können. Also werden wir künftig vor dem Beginn des Erstkontaktes (auch am Telefon) über dieses Faktum aufklären müssen. Ein weiteres Prinzip der neuen Normierungen ist eigentlich ein altes: „Der Patient ist jederzeit Herr über seine Daten.“ Deshalb schreibt die EU-DSGVO umfangreiche Rechte des Patienten/„Kunden“ fest, seine Daten zu korrigieren, zu ergänzen und auf Verlangen auch vollkommen zu löschen. Damit sind natürlich in erster Linie Mark Zuckerbergs Facebook und Larry Pages Google gemeint. Aber es betrifft auch alle anderen Firmen, Freiberufler (Ärzte und Psychotherapeuten) und Vereine. Die Rechte der Person im digitalen Zeitalter sollen ge-

stärkt werden. Das ist an sich eine gute Sache.

Wie weit das Löschungsbegehren eines Patienten im Rahmen einer psychotherapeutischen oder ärztlichen Behandlung mit den Aufbewahrungspflichten des Psychotherapeuten aufgrund anderer Rechtsnormen und untergesetzlicher Regelungen kollidiert, werden die Berufsgerichte, Datenschützer und andere Aufsichtsbehörden zu prüfen haben. Jedenfalls gibt es kein Recht auf Löschung, solange

Datenschutzverstöße werden teuer: Bis zu zehn Millionen Euro oder zwei Prozent des Jahresumsatzes sind als Strafe zu zahlen

andere gesetzliche Aufbewahrungspflichten wie die Zehn-Jahres-Pflicht im BGB für Behandlungsunterlagen bestehen.

Aber neu an der EU-DSGVO ist auch, dass sie mit Abschreckung arbeitet. Das heißt, das Strafmaß und die Bußgelder für Datenschutzverstöße werden empfindlich angehoben. Datenschutzverstöße sind künftig kein Kavaliersdelikt mehr. Die EU-DSGVO droht erhebliche Bußgelder an, die bis zu zehn Millionen Euro oder zwei Prozent des Jahresumsatzes reichen. Bei besonders schweren Datenschutzverstößen wie zum Beispiel bei Gesundheitsdaten können die Bußgelder auf 20 Millionen Euro oder vier Prozent vom Jahresumsatz steigen. Jeder sollte also gewarnt sein.

Dennoch werden wir alle fleißig weiter Daten in unseren Sitzungsprotokollen sam-

eln und speichern, weil wir als Psychotherapeuten an die ausführliche Dokumentation unserer Arbeit gewöhnt sind. Wegen der aktuellen Einführung der TI-Infrastruktur werden wir allerdings nicht mehr elektronische Daten weiterleiten als bisher schon mit der Abrechnung. Was künftig in die elektronische Patientenakte kommen soll, steht derzeit überhaupt nicht fest.

Die Einführung der TI-Infrastruktur dient auch der Datensicherheit, insbesondere bei der Weiterleitung von Diagnosen eines Patienten und seiner Krankenkassendaten. Insofern ergänzen sich TI-Infrastruktur und EU-DSGVO gegenseitig.

Datenverluste, etwa durch Diebstahl (des Laptops) oder durch einen Hackerangriff auf den Praxiscomputer, müssen nach EU-DSGVO übrigens künftig innerhalb von 72 Stunden beim zuständigen Datenschutzbeauftragten der zuständigen Aufsichtsbehörde gemeldet werden. Auch die betroffenen Patienten müssen darüber zeitnah informiert werden, dass ihre Daten in der Praxis gehackt worden sind. Tut man das nicht innerhalb der vorgeschriebenen Fristen, hat man bereits einen Verstoß gegen die EU-DSGVO begangen. Jeder von uns sollte sich also sehr genau über diese neuen Regelungen informieren und seine Praxisstrukturen anpassen. Die 99 Artikel sind nicht so umfangreich, wie es zunächst klingt.

Der bvvp wird jedenfalls für die Nutzer seines q@bvvp-Qualitätsmanagementsystems entsprechende Hilfen in Form von Formularen, Checklisten und Patienteninformationen anbieten. Die neue EU-DSGVO bringt also auch wieder frischen Wind in die Weiterentwicklung des praxiseigenen QM-Systems.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat zur konkreten Umsetzung in den Praxen eine Checkliste sowie verschiedene Muster veröffentlicht, zum Beispiel für Patienteninformationen und das vorzuhaltende Verarbeitungsverzeichnis. _____

Mehr Informationen finden Sie unter: kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Datenschutz_DSGVO.pdf oder: kbv.de/html/datensicherheit.php

**Ein Schwerpunkt
als Spiegel einer Gesellschaft,
in der Überfluss auf die Macht
des Verzichts trifft**



Illustration: Lesprenger

Jenseits des Tellerrands – die Seele isst mit

Wie wir uns ernähren, unsere Einstellungen zum Essen haben kulturelle, kommunikative und psychosoziale Hintergründe und sind eng verknüpft mit unserer Bindungsgeschichte. Das Essen kann in einer Gesellschaft des Überflusses eine nahezu religiöse Kraft entwickeln

Von **Ulrike Böker**, bvvp-Vorstandsmitglied, und **Angelika Haun**, 1. stellvertretende bvvp-Bundesvorsitzende

Im letzten „**Ärztblatt PP**“ war zu lesen, dass es einen deutlichen Anstieg von an Essstörungen erkrankten Menschen gibt. Zahlen aus dem Institut der AOK Nordost sprechen von einer Zunahme um 74 Prozent von 2010 auf 2016, mit einer hohen Dunkelzifferrate. Die Verläufe sind meist chronisch, mit Rückfällen im mittleren Lebensalter bei Krisen. Die Mehrzahl der Menschen mit Essstörungen bleibt unbehandelt, die Behandlungsbereitschaft nimmt außerdem mit zunehmender Krankheitsdauer deutlich ab.

Das ist ein Aspekt unseres Schwerpunkts. Auf der Suche nach den Themen und Autoren hat sich gezeigt, wie umfangreich und vielfältig das Thema ist: von besagten Essstörungen, die im Alltag psychotherapeutischer Praxen eine zentrale Rolle spielen, über Ernährung und die möglichen Auswirkungen auf das körperliche und seelische Befinden bis hin zu kulturellen, gesellschaftlichen und historischen Aspekten der Evolution. Mit dem Grundbedürfnis der Nahrungsaufnahme als Basis des Überlebens verbindet sich unsere früheste emotionale Entwicklung, die Geschichte der Beziehung zur Mutter. Und unser Leben lang bleiben damit soziale und kulturelle Rituale unserer Kommunikation, der Beziehungen und der Liebe verknüpft in einem spannungsreichen Verhältnis gleichzeitig zu Bemächtigung und Vernichtung.

Unser erster Autor, der Ernährungspsychologe **Christoph Klotter**, gibt einen

wunderbaren und umfassenden Überblick über das Thema in seinen ganz unterschiedlichen Facetten. Er berührt Fragen des – mehr oder weniger – wissenschaftlichen Umgangs damit, Aspekte von Hungern und Überfluss jeweils in ihrer evolutionären Entwicklung und vor allem unserem Umgang damit. Er skizziert die Verbindung von Hunger und Liebe seit Beginn unseres Lebens, die sich nie mehr wirklich lösen lässt, um von dort sofort in eine Dynamik der Zerstörung und der damit verbundenen Schuld zu geraten. Er beleuchtet soziologische und kulturwissenschaftliche Aspekte, um von unseren kulturellen Hintergründen auf die allzu naheliegenden Essstörungen zu sprechen zu kommen. Spannend beschreibt er unsere Moralisierung des Essens, den Zusammenhang mit dem Gesundheitswahn und stellt fest, dass sich erste Vorläufer davon schon in der Frühantike finden. Und er leitet schließlich über in kulturell-religiöse Aspekte – ein kurzweilig zu lesender, dicht geschriebener, sehr anregender Artikel.

Diplompädagogin **Liane Hammer** und Diplompsychologe **Andreas Schnebel** schreiben auf Grundlage ihrer großen Erfahrung im Versorgungszentrum Essstörungen ANAD e.V. in München zu Behandlung und Prävention. Sie geben einen Überblick über die Erscheinungsbilder der verschiedenen Erkrankungen, die familiäre Situation und auch hier wieder die soziale Situation, die die Störungen als psychosomatischen Ausdruck von Stress

und emotionaler Regulierungserfordernisse mit Suchtcharakter begreifen. Die Frage nach Präventionsmöglichkeiten, sowohl persönlichen als auch gesellschaftlichen, wird aufgegriffen mit ganz pragmatischen Hinweisen für das Umfeld zum Umgang mit Betroffenen, sowohl für die Prävention als auch den Impuls für eine Behandlung.

Auf ganz andere Weise nähert sich Nervenärztin und Psychoanalytikerin **Christel Böhme-Bloem** über die symbolische Kraft des Märchens mit analytischer Sicht dem Thema Essen und Essstörung. Sie vertieft die frühen Zusammenhänge zwischen Essen und Liebe, Kommunikation und Entwicklung der eigenen Identität. Anhand des Märchens von Schneewittchen deutet sie die verschiedenen Implikationen des Essens in der Mutter-Tochter-Beziehung in ihrer ungelösten Verflechtung miteinander: narzisstischer Konkurrenz, nicht integrierter Sexualität, Aspekte von Bemächtigung und Einverleibung ebenso wie Exkorporation und Erbrechen des Vergifteten. In der verdichteten, symbolischen Sprache des Märchens können wir die dynamische, bulimische Essgeschichte in der Beziehung zwischen Mutter und Tochter erkennen und verstehen. Auch die Schwäche des Vaters als mitbedingendes Agens ist in ihm thematisiert.

Wir wünschen eine anregende Lektüre dieser sehr unterschiedlichen Blickrichtungen auf ein bei Weitem nicht nur in unserer Arbeit ubiquitär präsent Thema. —



Illustration: Lesprenger

Die Psychologie des Essens

Lebensmittel sind für uns so selbstverständlich geworden, dass wir unseren natürlichen Bezug zu ihnen verlieren.

Ein Überblick über die Hintergründe und modernen Formen des Mäßigungsstrebens und darüber, wie Überfluss in einer Kultur der Selbstkontrolle unweigerlich kranke Gesellschaften produziert

Von **Christoph Klotter**

Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, die vielfältigen Rahmenbedingungen unseres Essverhaltens zu umreißen. Der Bezug zur Empirie wird zwar erbracht, steht aber nicht im Vordergrund. Im Sinne Poppers, des Begründers des Kritischen Rationalismus, soll sich Wissenschaft nicht erschöpfen in dem Abrufen empirischer Daten, die bezüglich des Essverhaltens fast immer widersprüchlich sind. Das liegt auch daran, dass in der Regel aus der Vielzahl von Variablen, die mit dem

Essverhalten verbunden sind, zwei herausgegriffen werden, bei denen davon ausgegangen wird, dass sie in einer Ursache-Wirkung-Beziehung miteinander stehen oder korreliert sind.

Hunger

Fast die gesamte Menschheitsgeschichte ist durchzogen von Hunger, Hungersnöten, vom Verhungern. Fast jede Generation erlebte dies. Das wesentliche Ziel der politischen Gestaltung in fast allen mensch-

lichen Gesellschaften bestand darin, den Hunger zu verhindern (Fernand Braudel).

Seit 300 Jahren ist es dagegen in Europa möglich, Lebensmittel in einem Umfang zu produzieren, dass fast alle sich ausreichend ernähren können – mit der Folge, dass die Infektionserkrankungen nahezu ausgestorben sind (McKeown). Der ausgezehnte Körper überlebt einen Infekt kaum. Die Lebenserwartung hat sich daher verdoppelt und steigt immer noch. Das verdanken wir vor allem der viel geschmähten Lebensmittelindustrie.

Auf der psychischen Ebene bedeutet das, dass wir erstens nicht dankbar dafür sind, dass wir genug zu essen haben. Die ausreichende Ernährung ist zur Selbstverständlichkeit geronnen. Zweitens verdrängen wir die Gefahr, dass wir wieder unter Hunger leiden könnten. Die Angst vor Hunger ist nur ansatzweise spürbar am 24. Dezember in den Supermärkten. Drittens leben wir zwar im Schlaraffenland, denken aber nicht daran, darüber glücklich zu sein, sondern fühlen uns von den Aromen, Zusatzstoffen etc. in den Lebensmitteln vergiftet.

Überfluss

Die Menschheitsgeschichte ist nicht nur von Hunger bestimmt, sondern auch von einer sehr schlichten Ernährung. Vor 200 Jahren aßen zum Beispiel in Deutschland 95 Prozent der Bevölkerung tagein, tagaus ein kurzes Leben lang fast immer dasselbe: Kohlehydrate etwa in Form von Kartoffeln, ein bisschen Gemüse und, wenn es gut ging, an Sonn- und Feiertagen Fleisch. Heute dagegen stehen in den Regalen der Supermärkte über 170.000 Lebensmittelprodukte.

Auf der körperlichen Ebene wirkt sich die sogenannte Überflussgesellschaft so aus, dass eine große Anzahl von Menschen gemäß den Gewichtsindikatoren als übergewichtig eingestuft werden kann. Das hat mit unserer genetischen Programmierung zu tun: „Esse, so viel du kannst, wenn Lebensmittel verfügbar sind, vor allem Fett und Süßes (Energieförderer)!“ Ohne diese Programmierung hätte die Spezies Mensch nicht überlebt. Hätten sich unsere Vorfahren an die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DEG) gehalten, wären wir ausgestorben.

Überfluss bedeutet auch, dass Lebensmittel ständig verfügbar sind und konsumiert werden können: im Zug, to go auf der Straße, beim Fernsehen, vor dem Computer. Permanente Verfügbarkeit und Sichtbarkeit veranlassen uns, mehr zu essen. Die Kekse auf dem Tisch bei einem Workshop werden gegessen, auch wenn niemand richtig Hunger hat. Sind die Kekse im Schrank verwahrt, werden sie im geringeren Ausmaß verzehrt.

Überfluss bedeutet auch, dass Essen als Belohnung eingesetzt werden kann. Eine

der ältesten Gehirnregionen, das limbische System, verlangt bedingungslos Belohnung. Es bestimmt unser Denken. „Nach diesem harten Arbeitstag habe ich mir den Kuchen mehr als verdient.“ Der Kuchen ist einfacher verfügbar als ein schöner Abend mit dem Partner/der Partnerin. Mit ihm/ihr kann es Konflikte geben. Mit dem Kühlschrank nicht.

Im Sinne Skinners kann also Essen ein positiver Verstärker sein, auf den nur dann verzichtet werden kann, wenn ich mich



Heute stehen in den Regalen der Supermärkte über 170.000 Lebensmittelprodukte

alternativ verstärkte – mit individuell sehr unterschiedlichen Lösungen. Der eine geht gerne spazieren, die andere legt sich nach der Arbeit auf die Couch und hört Musik etc.

Hunger – Liebe

Das Hungergefühl ist angeboren. Für das Baby ist dies ein unerträglicher Schmerz. Und das ist gut so, weil es nur so gut überlebt. Nach dem es gestillt worden ist, breitet sich auf dem Gesicht des Babys ein seliges Lächeln aus.

Für das Baby sind das Gestillt-Werden und Geliebt-Werden zunächst eine untrennbare totale Erfahrung. Später werden diese Erfahrungen begrifflich zwar getrennt, aber sie bleiben verbunden. So kann aus dieser Verbindung die traditionelle psychosomatische Annahme abgeleitet werden, dass übermäßiges Essen ein Ersatz für Liebe sein kann. Im Einzelfall mag das zutreffend sein, aber diese Annahme kann gewiss nicht generalisiert werden.

Die Verbindung von Hunger und Liebe zeigt sich auch auf der sprachlichen Ebene: Dann wird ein Mann als „süßer Typ“ bezeichnet.

Für Freud ist Hunger ein angeborener Trieb. Die Lerntheorien operieren nicht mit diesem Begriff, setzen ihn aber implizit als existent voraus. Der Speichelfluss des Pawlowschen Hundes basiert auf einem Hungergefühl. Und Essen ist nur dann ein positiver Verstärker im Sinne Skinners, wenn mit Essen der Hunger gestillt werden kann.

So nah sich die Lerntheorien und die Psychoanalyse an diesem Punkt sind, so trennt sie doch auch einiges. Für Freud ist Essen ein oral-sadistischer Akt. Wenn wir überleben wollen, müssen wir Lebewesen vernichten, verkleinern, zerbeißen.

So erweist sich für die Psychoanalyse das Essen als grundlegend paradox organisiert: Es sichert das Überleben und verschafft Lust. Und zugleich ist es der paradigmatische Akt der Zerstörung.

Die naheliegende Schlussfolgerung: Wenn wir essen, machen wir uns prinzipiell schuldig, weil wir andere Lebewesen zerstören. Auch der Vegetarier und die Veganerin machen sich schuldig, auch wenn sie der Illusion aufsitzen, sich nicht schuldig zu machen. Die aus dieser Illusion abgeleitete Überzeugung, den anderen moralisch überlegen zu sein (den „Fleischfressern“ zum Beispiel), ist so mehr als brüchig.

Die entscheidende Frage ist, wie wir mit dieser fundamentalen Schuld umgehen, wenn wir sie nicht verdrängen wollen wie die Vegetarier oder die Veganerinnen. Dafür haben wir doch das Erntedankfest, könnte jetzt jemand sagen. Aber reicht das? Eine Vermutung hierzu könnte lauten, dass wir die Schuld wegschieben, psychoanalytisch gesprochen, verwerfen, indem wir dem Essen keine oder eine geringe Wertschätzung entgegenbringen. Das Geringgeschätzte kann nun doch wirklich keine Schuld erzeugen. Oder? Was soll an der Tüte Chips, die ich vor dem Fernseher verspeise, dran sein, dass ich mich schuldig mache?

Aus soziologischer Sicht wird mit der Schuld beim Essen so umgegangen, dass aus dem egoistischsten Akt, den es gibt – das, was ich esse, kann niemand anderes

verspeisen –, das soziale Ereignis schlechthin kreierte wird: das gemeinsame Mahl.

In kulturwissenschaftlicher Perspektive wurde das Schuldig-Machen mit dem Essen auf zweifache Weise weggeschoben: 1. wurde der Akt des Tötens in der Neuzeit hinter die Kulissen gelegt (Norbert Elias). Die Schlachtung der Tiere findet hinter geschlossenen Türen statt. Das Fleisch ist im Supermarkt in Plastik eingepackt. An der Hähnchenbrust erinnert nichts mehr an das Huhn. Alles was an das Tier erinnern könnte, seine Füße, seine Flügel, kommt nicht mehr in die Tiefkühltruhe, sondern wird nach Afrika exportiert. Die Lebensmittelprodukte werden zudem verkünstlicht. Aus Fisch werden Fischstäbchen. Keine Ahnung, aus was Chips hergestellt werden. Die Milch kommt aus der Milchfabrik. Und in keiner Lebensmittelwerbung für Milchprodukte wird gezeigt, wie Kühe gemolken werden. Schon das würde als zu grausam empfunden werden. 2. wird im Prozess der Zivilisation vom Mittelalter bis heute (Elias) die Gier immer stärker reglementiert. Bersten die Tische des Mittelalters noch vor Speisen, reduziert sich dies deutlich in der italienischen Renaissance. Mit der Nouvelle Cuisine eines Paul Bocuse aus dem 20. Jahrhundert befinden sich auf einem riesigen Teller Mini-Portionen von Fleisch und Gemüse. Die Manieren entstehen seit dem 13. Jahrhundert: Man greift nicht mehr gierig mit den Händen gemeinsam in die großen Schüsseln. Das Essen ist begleitet von Tischgesprächen. Es wird maßvoll gegessen und getrunken. Und wer so vernünftig sich ernährt, der macht sich doch mit dem Essen nicht schuldig. Wer nur das zu sich nimmt, was er/sie braucht, was gesund erhält, der isst doch vorbildlich und lädt keine Schuld auf sich.

Esstörungen

Von dem Prozess der Zivilisation zur Bulimia nervosa ist der Weg nicht weit. Wenn die Affektkontrolle voranschreitet, wenn Selbstkontrolle zur primären Tugend einer Kultur wird, dann provoziert dies Impulsdurchbrüche beim Essen, die im Sinne von Elias hinter die Kulissen gelegt werden, um nach außen als selbstkontrolliert zu erscheinen.

Anorexia nervosa erscheint als geringfügige Übertreibung des Schlankheitsideals unserer Kultur, das sich im 20. Jahrhundert deutlich radikalisiert hat und sich nicht aufgrund gesundheitlicher Bewertungen verändert hat. Im Schlankheitsideal setzt sich die europäische Tugend der Mäßigung fort, begründet in der Frühantike in Athen. Mäßigung bedeutete damals, seine innere Natur im Griff zu haben, um als kontrollierter und vernünftiger



Mäßigung bedeutete in der Antike, seine innere Natur im Griff zu haben, um so die Geschicke des Stadtstaates steuern zu können

Bürger die Geschicke des Stadtstaates steuern zu können. Wer sich nicht mäßigen könne, so die Überzeugung, neige zur politischen Tyrannei. Die römisch-katholische Kirche übernahm die Idee der Mäßigung und fundierte sie über den Begriff der Sünde. Die protestantische Ethik hat diesen Sündenbegriff in radikale Askese überführt (Max Weber). Mit dem Verblässen der beiden christlichen Religionen in den letzten 200 Jahren hat sich die Idee der Mäßigung säkularisiert: mit dem Schlankheitsideal. Wenn eine Zivilisation wie die europäische über Jahrtausende nicht durch Burgen und Schlösser zusammengehalten wird, sondern durch ein Gefüge an Werten, dann erscheint es logisch, dass in relativer Ermangelung christlicher Werte die Mäßigung anders verteidigt werden muss, eben mit dem Schlankheitsideal. Die Anorektikerinnen

bilden so die kulturelle Avantgarde des Mäßigungsstrebens.

Orthorexia nervosa, ein übermäßiges, zwanghaftes, auf Gesundheit zielendes Essverhalten, erscheint wiederum nur als geringfügige Überspitzung der gängigen Ernährungsempfehlungen, die auf der Verwissenschaftlichung der Ernährung seit dem 19. Jahrhundert basieren. In diesem Sinne zielt das Essen auf Gesundheit und quasi Unsterblichkeit. Es gibt jedoch einen Unterschied zu den Ernährungsempfehlungen der DGE. Sollen diese normativ für alle Menschen gelten, so strebt der Orthorektiker ein individuelles Kostregime an, das nur für ihn gelten soll. Dies fußt auf der Möglichkeit und Pflicht in der Moderne, unverwechselbar und einzigartig zu werden (Individualisierung). Mit dem Befolgen der DGE-Empfehlungen ist genau das Gegenteil erreicht: ein Schaf unter vielen zu sein.

Kultur – Soziales – Psyche

Der Anordnung der Worte aus dem Untertitel liegt eine Hierarchisierung zugrunde. In erster Linie entscheidet die Kultur, was wir essen, was wir mögen und nicht mögen. Daher gibt es keine geschmorten Kakerlaken, wenn Freunde zum Essen eingeladen werden. Anschließend entscheidet die soziale Lebenslage, ob Bier und Fast Food konsumiert werden oder italienischer Wein mit Antipasti. Erst an dritter Stelle stehen die individuellen Präferenzen und Aversionen. Essen schafft so kulturelle, soziale und personale Identität, schafft Zugehörigkeit und Abgrenzung. Entscheidend ist, dass sich im Essen auch die Kultur und die soziale Lebenslage ausdrücken. Wir essen dann Christstollen nicht im Sommer im Schwimmbad. Im Mai bei den ersten Sonnenstrahlen rennen wir in die Eisdielen. Mit dem Essen signifizieren wir den Alltag. Popcorn ist dann für das Kino reserviert, der Kuchen für den Besuch bei Oma, das Anstoßen mit dem guten Wein für das Date (Roland Barthes). So ist das Thema „Essen und Psyche“ eine Insel im Meer des kulturellen und sozialen Essens.

Moralisierung des Essens – Gesundheitswahn

Kennzeichnend für unser Essen ist eine Moralisierung des Essens. Wir erweisen

uns dann als gute Bürger und Bürgerinnen, wenn wir Bio kaufen. Falls nicht, können wir moralisch verurteilt werden.

Vorläufer des Gesundheitswahns lassen sich bereits in der Frühantike bei Platon feststellen. Zentral ist hier die Tugend der Sorge um sich. Die Sorge um sich bezieht sich zentral auf die eigene Gesundheit. Heute trägt diese Forderung das Label des „eigenverantwortlichen“ Umgangs mit der eigenen Gesundheit. Eigenverantwortlich meint hier nicht, selbst zu entscheiden, Drogen zu nehmen oder dies zu lassen. Mit „eigenverantwortlich“ ist ein Imperativ verknüpft: „Erhalte deine Gesundheit und tue alles dafür!“ Dieser Imperativ klingt noch nicht nach Gesundheitswahn, aber er kann kippen in ein Zwangssystem.

Platon hat zudem von Pythagoras die Idee der unsterblichen Seele übernommen, die in einem unreinen sterblichen Körper gefangen sein und von diesem beschmutzt werden soll. Daraus leitet sich die Überzeugung ab, dass wir die Seele, aber nicht den Körper nähren sollen. Und schon ist das Konzept einer körperlichen Askese geboren. Und Platon wird nicht müde zu betonen, dass Leib und Seele substanziiell etwas völlig Unterschiedliches sind.

Und schon sind wir mit dem Problem konfrontiert, dass wir aus diesem Leib-Seele-Dualismus gedanklich gar nicht rauskommen. Er bestimmt unser Denken, ob wir wollen oder nicht. Daher ist er über Jahrtausende kulturstiftend und hält – in einer positiven Interpretation – die europäische Zivilisation zusammen.

Ein Böser, der jetzt mutmaßen könnte, dass in das heutige Konzept der abwechslungsreichen Mischkost, die maßvoll eingenommen werden soll, die Platonische Idee der körperlichen Askese mit einfließt; und dass wir heute die Wohlbeleibten massiv diskriminieren, weil sie dem Anschein nach auf körperlichen Verzicht verzichten.

Es gehört zum Wesen von Zivilisationen, dass ihre Werte die ungefähr gleichen bleiben, sie aber unterschiedliche Antlitze haben können. Die Werte tarnen sich gleichsam zeitgemäß.

Das Christentum perpetuiert die Platonische Idee des Leib-Seele-Dualismus in hohem Maße, pocht auf körperliche Askese

und gibt ihrem Gegenteil den Namen Sünde. Das nennt sich dann eine historische Kontinuität.

Erst die protestantische Ethik schafft die Realität einer gelebten radikalen Askese. Aus einer Programmatik wird so rigide Lebensführung. Diese kann unerschwer in einen Gesundheitswahn umkippen.



In modernen, nichtreligiösen Gesellschaften wird der Wert der Mäßigung nicht mehr durch die Idee der Sünde verteidigt, sondern durch ein Schönheitsideal

So müssen wir den Verdacht nähren, dass heutige Ernährungsorganisationen auch dafür geschaffen worden sind, den Wert der körperlichen Askese, entwickelt von Platon vor 2.500 Jahren, in unserer Kultur aufrechtzuerhalten, wo doch die Kirchen schwächeln.

So etwas heckt niemand aus; es gibt hierfür keinen Planer, vielmehr plant eine ganze Kultur auf einer unbewussten Ebene, dass solche Institutionen vielleicht nötig sein könnten – als Wahrer eines Wertes oder eines Wertgefüges. Heute würden wir sagen: als Multiplikator eines Wertgefüges.

Auch wenn das radikale Schlankheitsideal massive Probleme bereiten kann, so steckt in ihm auch eine gute Idee, nämlich die der Mäßigung. Wer sich ausmalen mag, was es bedeutet, seinen inneren Impulsen nicht die Stirn bieten zu können, der wird umgehend ein Hohelied auf die Mäßigung

singen. Menschen, die ihren aggressiven, sexuellen und nutritiven Impulsen hilflos ausgeliefert sind, leiden massiv. Sie sind einfach nicht Herr im eigenen Haus, sondern Sklaven ihrer Triebe.

Die Tugend der Mäßigung hat auch eine politische Dimension. In der Frühantike in Athen zu Zeiten Platons galt die Überzeugung, dass nur der Bürger, der sich kontrollieren kann, ein vernünftiger demokratischer Bürger ist. Dem maßlosen und zum Exzess neigenden Menschen wurde unterstellt, dass er zur Tyrannei neige. Eine Demokratie basiere auf der politischen Zusammenarbeit vernünftiger Menschen.

Die frühantike Idee der Mäßigung, die auch mit Besonnenheit in Verbindung gebracht wurde, hat zudem bei Platon eine eigenartige Interpretation gefunden. Er ging davon aus, dass die breite Bevölkerung zuchtlos sei, sich also aus eigenen Stücken gar nicht mäßigen könne und vor allem nicht wolle. Daher sei es unabdingbar, dass eine Wächterkaste, die selbst soldatisch zu leben habe, sie kontrollieren müsse – mit allen erdenklichen Mitteln. Platon macht unmissverständlich klar, dass die Kontrolle der Bevölkerung nicht dem Einzelnen diene, sondern dem Staat, der Polis. Die Polis möge glücklich sein, nicht der Einzelne. Die Züchtigung der Bevölkerung diene dem Nutzen des Staates, der stärker sein will als andere Staaten. Die Wächterkaste sei für die Gesundheit der Bevölkerung zuständig.

Auf diese Weise wird der Gesundheitswahn nicht vom Einzelnen geschaffen, sondern gesellschaftlich produziert – als rigides Zwangskorsett einer tadellosen Gesundheit, dem sich alle unterwerfen müssen.



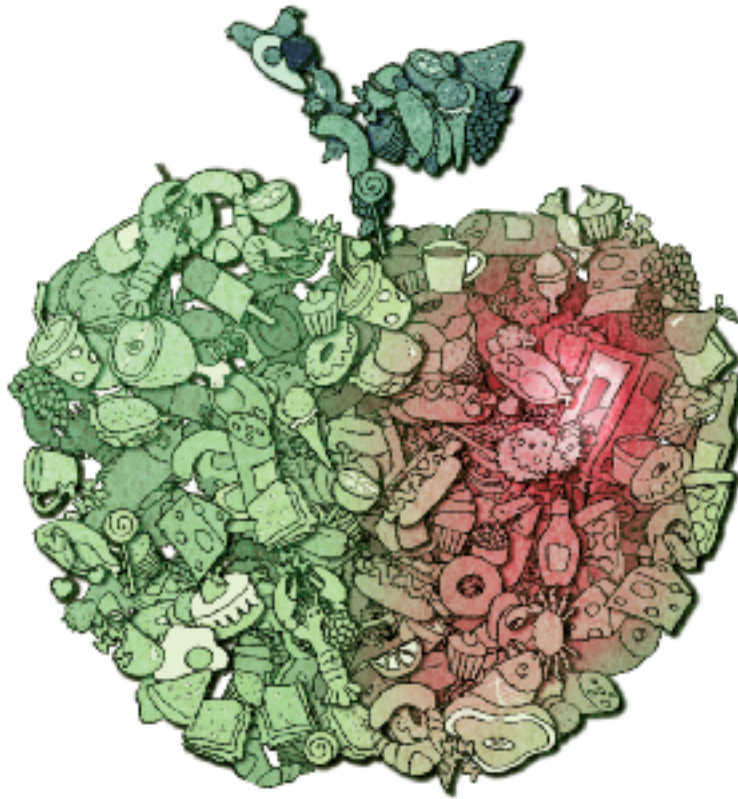
Foto: Privat

Prof. Dr. habil. Christoph Klotter

hat eine Professur für Ernährungspsychologie und Gesundheitsförderung an der HS Fulda inne. Er ist Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker.

Spieglein, Spieglein ...

Illustration: Lesprenger



Die Bedeutung des Essens für die seelische Entwicklung, für Identität und Beziehungsgeschichte – Versuch einer Verdichtung mithilfe eines Märchens

Von **Christel Böhme-Blöem**

___ **Die provokante These** von Ludwig Feuerbach – „der Mensch ist, was er isst“ –, auf dem Scheideweg zwischen philosophischem Idealismus und Materialismus vor über 150 Jahren formuliert, hat für Psychotherapeuten unerwartete Bedeutung bekommen, werden sie doch immer wieder von Menschen aufgesucht, für die das Essen zum Dreh- und Angelpunkt ihres Versuchs der Selbstfindung geworden ist.

Die zentrale Rolle des Essens¹ wird auch dadurch deutlich, dass die meisten Rituale

ums Essen kreisen, dass Sitten und Gebräuche überbordend Essregeln beinhalten und dass die Zahl von Metaphern und Redewendungen, die Essen und Gefühle verknüpfen, unübersehbar ist. Die Liebe geht eben durch den Magen, man hat jemanden zum Fressen gern, bedeckt ihn in Süddeutschland mit Busserln, die den Bisslerln nicht fern sind. Ein Kotzbrocken ist ein gänzlich aversiv besetzter Mitmensch, eine beißende Kritik lässt wenig Gutes übrig. Der Ohrenschmaus, die

Augenweide und das Bad in Milch und Honig zeigen, dass wir mit allen Regionen des Leibes und mit allen Sinnen auf Nahrungssuche sind, um „das Köstlichste von allem“² zu finden.

Die erste Nahrung des Säuglings, die Milch, ist ein Kommunikationsmedium, das gleich nach den intrauterin wahrgenommenen Klängen und der Berührung bedeutsam wird. Die orale Entwicklungszeit, also die Zeit, in welcher der Mund das Organ der hauptsächlichen Triebbefrie-

digung ist, wird als die Zeit der Weichenstellung für die Gefühle eines jeden Menschen angesehen. Der erste Gedanke lautet, so finden wir es sinngemäß bei Sigmund Freud, Wilfred Bion und Wolfgang Loch: „Keine Milch.“ Wenn das befriedigende Objekt zeitweise abwesend ist, beginnt das Kind in enger Verflechtung mit der Mutter den Mangel durch den symbolischen Gedanken zu ersetzen. Dabei gleicht die Beschreibung des seelischen Entwicklungsvorgangs oft, wie bei Bion, dem Verdauungsvorgang, wenn die Mutter als der Container bereitsteht, wenn sie in ihrem Inneren Unverdauliches entgiftet und es dem Kind wieder zur Verfügung stellt. Die Entwicklung des Zeitgefühls spielt bei diesem Prozess eine entscheidende Rolle. Dies können wir im Keim sehen, wenn der gut versorgte Säugling beim erregten Sauggeschäft die Brust für kurze Zeit verliert und die Mutter mit dem „wissenden“ Blick anschaut, wenn er also den Augenblick entdeckt, ein Moment, dem Hermann Beland³ die schöne Bezeichnung „stillendes Verstehen“ gegeben hat.

Die grundlegenden Arbeiten von Sigmund Freud und Karl Abraham über eine sinnvolle Unterteilung der oralen Phase führen weit ins psychoanalytische Theoriegebäude. Essen ist konkretestes Objekt, variationsreichstes Beziehungsmedium und zugleich ideales Gebiet für Verdichtung und Verschiebung – wird doch „durch Hunger und durch Liebe“ (Schiller) das Getriebe der Welt zusammengehalten.

Auf der Suche nach etwas Zeitübergreifendem für das Essen als Kommunikationsmedium, das sowohl der Beziehungsdynamik, der reichen Metaphorik als auch dem Entwicklungsgedanken gerecht wird, bietet sich der Märchenstoff an, der inhaltlich Konkretes vor dem Hintergrund des überindividuell Allgemeingültigen zu den großen Lebensthemen enthält, wobei das bewusst Mitgeteilte wie im Traum immer gleich auf das Unbewusste hinweist – der Märchenstoff als Leitmotiv zur *Conditio humana*.

Essen als Medium

Bei den meisten Märchen geht es um Leben und Tod, um Fantasien von Allmacht und Ohnmacht und um Entwicklungs-

und Reifungsvorstellungen. Eine Verdichtung all dessen und eine dynamische Essgeschichte von fast so grundsätzlichem Gewicht wie der Apfel Evas im Schöpfungsmythos ist das Märchen von Schneewittchen. Wir haben es unserem Bulimie-Buch⁴ vor fast 30 Jahren statt einer Einleitung vorangestellt. Im jetzigen Zusammenhang soll es zeigen, wie Essen als Medium Vielgestaltiges im Entwicklungsgang ausdrücken kann. Im Unterschied zum Mythos geht das Märchen meist gut aus, weil es seinen Helden eine konstruktive Entwicklungschance einräumt, die im Mythos oft fehlt.⁵

Das Erbrechen in seiner befreienden, Grenzen setzenden Bedeutung ermöglicht Schneewittchen den Schritt aus der tödlich bedrohenden Symbiose hin zur Individuation

Im Text der Brüder Grimm lesen wir: „Es war einmal mitten im Winter, und die Schneeflocken fielen wie Federn vom Himmel herab, da saß eine Königin an einem Fenster, das einen Rahmen von schwarzem Ebenholz hatte, und nähte. Und wie sie so nähte und nach dem Schnee aufblickte, stach sie sich mit der Nadel in den Finger, und es fielen drei Blutstropfen in den Schnee. Und weil das Rote im weißen Schnee so schön aussah, dachte sie bei sich: ‚Hätt ich ein Kind so weiß wie Schnee, so rot wie Blut und so schwarz wie das Holz an dem Rahmen.‘“ Wir wissen, dass der Wunsch der Königin in Erfüllung geht, sie aber seine Grandiosität nicht überlebt: Ein Wunschkind, das Unschuld (weiß wie Schnee), Lebensenergie (rot wie Blut) und Weisheit (schwarz wie Ebenholz) allein aus der Einbildung der Mutter in absoluter Vollkommenheit in sich vereinen muss, ohne dass ein Vater gebraucht wird – der Nadelstich

als Selbstdefloration –, entspricht einer solchen Größenidee, dass die Krise vorprogrammiert ist. Übrig bleibt aus dieser narzisstischen Kreation ein Mutter-Tochter-Paar mit einer besonderen spannungsgeladenen Dynamik: Das wunderschöne Schneewittchen und eine Stiefmutter (die böse Seite der Mutterimago), die „bei Tag und Nacht keine Ruhe“ findet, weil Neid und Hochmut in ihrem Herzen „wie ein Unkraut“ immer höher wachsen, als sie das Urteil ihres Spiegels hört, dass ihre Schönheit (gleichbedeutend mit seelischer Sicherheit und Macht über den König) von der Tochter übertroffen werde.⁵

Der gierige Blick der Stiefmutter in den Spiegel zeigt ihren unersättlichen Hunger nach Anerkennung und der Überlebensgarantie durch den König, der sie zur Gemahlin genommen hat „übers Jahr“. Die ab ihrem siebten Jahr für sie bedrohliche Tochter muss vernichtet werden. Ein Jäger, ein wenig konfrontationsfreudiger Ersatzvater, wird mit der Tötung beauftragt. Er soll ihr Lunge und Leber des Kindes bringen zum Zeichen der erfüllten Tat, damit sie sich Wesentliches einverleiben kann und ihrer archaischen Vorstellung zufolge die Eigenschaften der Beneideten in sich aufnimmt. Verschlingen und Zerstören sind da praktisch noch identisch, die häufige Kinderfantasie, dass die Eltern sie fressen könnten, fügt sich ein. Der Jäger lässt sich von Schneewittchen erweichen, stellt sich auf der oral-sadistischen Triebebene vor, dass die wilden Tiere des Waldes seinen Auftrag schon erfüllen werden, und bringt der Königin Lunge und Leber eines Frischlings. Damit stillt diese in oral-kannibalistischer Manier ihre Gier und fühlt sich als Siegerin. Die Symbiose von Mutter und Kind zeigt in diesem Märchen drei Gestalten: die narzisstische Ganzheit und Allmacht, eine Art narzisstischen Urknall und eine neue symbiotisch-parasitäre Vollkommenheit durch das Verschlingen der Rivalin. Trennung und Individuation sind somit nicht leicht – Incorporation und Excorporation, Introjektion und Projektion bewegen die leibliche und die seelische Nahrung im Zentrum der Kommunikation.

Schneewittchen wird von den wilden Tieren nicht gefressen, es durchleidet auf seinem Weg „mutterseelig“ (der Mutter selig, also mutterlos) allein durch den Wald so große Angst, „dass es alle Blätter an den Bäumen ansah“. Der magische Blick mit bannenden Kräften gleicht dem hungrigen Blick der Mutter in den Spiegel, auch die Augen dienen der Aufnahme und der Ausscheidung. In paranoider Panik kann das Kind sich lediglich motorisch äußern wie ein wild strampelnder hungriger Säugling und läuft, so weit die Füße tragen. Das kurze Eintauchen in die ödipale Entwicklungszeit („ach lieber Jäger“) weicht der Regression in die orale Zeit; im Märchen wie im Traum ist die Zeitenfolge aufgehoben. Im Zwergenhaus ist alles klein und bezogen auf die sexuelle Entwicklung ungefährlich; Schneewittchen hat immerhin so viel Triebaufschub zur Verfügung, dass es an jedem Platz nur ein bisschen isst und trinkt, bis es im siebten Bettlein einschläft. Der siebente Zwerg revanchiert sich für diese rücksichtsvolle Verschiebung damit, dass er bei seinen Gesellen schläft, „bei jedem eine Stund, da war die Nacht vorbei“. Der Aufenthalt bei den Zwergen ist ein langes Entwicklungsmoratorium, eine zögerliche ödipale Zeit (sieben kleine Väterchen, nur in der Vielzahl als männliche Repräsentanz zu sehen) – gemäß dem narzisstischen Start ins Leben eine protrahierte, quasi verdünnte ödipale Auseinandersetzung.

Essen als Symbol für Verlangen und Trieb

Bis zur Latenzzeit geht es um den Erwerb von Möglichkeiten zum Triebaufschub im Vertrauen auf spätere Triebbefriedigung. Das Schneewittchen-Märchen zeigt uns, dass dies eine langwierige, von Krisen bedrohte Geschichte ist. Dreimal lässt sich Schneewittchen von den Trieben der Stiefmutter anstecken und verführen: Es erstickt beinahe am Verlangen nach Insignien der Attraktivität (Schnürriemen) und lässt sich durch einen Kamm vergiften, wobei Gift oft für unzeitgemäße Nahrung steht. Auf dieser kindlich-spielerischen ödipalen Ebene können die Zwerge rettend eingreifen und ermahnen das Kind, die Versuchung nicht mehr hereinzulassen.

Als die Stiefmutter jedoch, der pubertären Reifung ihrer Rivalin eingedenk, zu einem Symbol für Lust und Sexualität greift und mit dem „giftigen, giftigen Apfel“ kommt, gerät Schneewittchen über die von der Genitalregion in den Mundbereich (von unten nach oben) verschobene Versuchung in einen Zustand, den die Zwerge in ihrer Asexualität nicht mehr erreichen und rückgängig machen können.

Das gemeinsame Essen des Apfels von Mutter und Tochter ist besonders brisant: Die Köstlichkeit bekommt für die Tochter eine solche Anziehungskraft, dass sie der Suggestion der Erwachsenen erliegt und vor dem Wunsch nach Incorporation ge-

Erstickt und vergiftet: Schneewittchen zeigt, wie schwer der Erwerb von Vertrauen auf spätere Triebbefriedigung ist

leber Sexualität ohnmächtig niedersinkt und wie tot liegen bleibt.

Im gläsernen Sarg muss Schneewittchen der Reife entgegenschlummern – nicht hundert Jahre wie Dornröschen, aber doch so lange, bis der Prinz kommt und seine Diener die notwendige Erschütterung vollbringen, sodass der Apfel aus dem Schlund herausfahren und die genital-orale Verschiebung korrigiert werden kann.

Das Erbrechen in seiner befreienden, Grenzen setzenden Bedeutung ermöglicht der Tochter den Schritt aus der tödlich bedrohenden Symbiose hin zur Individuation.

Bei Schneewittchen finden wir eine motivisch besonders sorgfältige Ausgestaltung der langen Latenzzeit. Drei Vögel beweinen die Schöne am Sarg: zuerst die Eule, der Vogel der Weisheit nimmt trauernd identifikatorischen Besitz, dann der Rabe – Bettelheim denkt an die kognitive Reifung – und schließlich die Taube, Symbol für Frieden und Liebe, Zeichen für eine umfassende Entwicklung der Persönlichkeit, die nach der Befreiung von der oralen

Fixierung reif wird für Partnerschaft und eigene Mutterschaft. Bis zum glücklichen Ende beim Hochzeitsmahl müssen zuvor noch die destruktiven Persönlichkeitszüge unter Kontrolle gebracht werden. Diese erscheinen im Handlungsverlauf allein in die Stiefmutter projiziert, gehören jedoch, wie bei der Projektion üblich, immer zur Gesamtpersönlichkeit. Dabei räumt das Märchen bekanntlich gründlich auf, oft mit den gleichen Waffen wie denjenigen, die während des Entwicklungskampfs eingesetzt worden sind. Die unersättlich gierige, eitle, eifersüchtige Königin muss sich in rot glühenden Schuhen zu Tode tanzen, der Tanz hier als Metapher für die Lust am Zeigen der eigenen Schönheit und der zur Unzeit gelebten Sexualität.

Kinder brauchen Märchen – und wir Psychotherapeuten auch! Im Märchen begegnen wir uns selbst und unseren Mitmenschen auf allen Ebenen. —

- 1) **Böhme-Bloem, Christel** (2002): „Der Mensch ist, was er isst.“ – Ess-Störung als Ausdruck gestörter Identität und mangelnder Symbolbildung. In: Mathias Hirsch (Hrsg.), *Der eigene Körper als Symbol?* Gießen, Psychosozial Verlag, S. 93–114
- 2) **Liebs, Elke** (1988): *Das Köstlichste von allem.* Zürich, Kreuz Verlag
- 3) **Beland, Hermann** (1988): Vorwort zu Donald Meltzer, *Traumleben.* München, Wien, Verlag Internationale Psychoanalyse
- 4) **Schulte, Michael** und **Böhme-Bloem, Christel** unter Mitarbeit von **Trempler, Volker** (1990): *Bulimie, Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht.* Stuttgart, New York, Thieme
- 5) **Bettelheim, Bruno** (1975/80): *Kinder brauchen Märchen.* Stuttgart, dtv



Foto: Privat

Dr. med. Christel Böhme-Bloem

ist Nervenärztin und Ärztin für Psychotherapeutische Medizin. Nach langjähriger Arbeit an der Universität Kiel

(Oberärztin und stellvertretende Leiterin der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik) ging sie in die freie Praxis als Psychoanalytikerin. Sie ist Lehr- und Kontrollanalytikerin der DPV/IPV und der DGPT. Schwerpunkte ihrer wissenschaftlichen Veröffentlichungen sind Psychosomatik, psychoanalytische Konzepte sowie Musik und Psychoanalyse.



Hunger nach Anerkennung

Über die Hintergründe von Essstörungen, ihre Heilungschancen und Möglichkeiten der Prävention

Von **Andreas Schnebel** und **Liane Hammer**

___ **Essstörungen sind weit mehr** als nur ein Problem mit der Nahrungsaufnahme. Sie sind der Versuch, mit Essen, beziehungsweise dem Nicht-Essen, Lebenskrisen in den Griff zu bekommen. Essstörungen haben psychische Hintergründe, die sich körperlich auswirken und dabei in vielen Aspekten einer Suchterkrankung ähnlich sind. Daher werden die Essstörungen auch als psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter bezeichnet.

Psychologen und Psychotherapeuten ist bekannt, dass Überlastung und Überforderung häufige Auslöser für psychosomatische Beschwerden sind. Körperliche Warnsignale werden überhört, negative Gefühle ignoriert und weggedrückt, sodass in der Folge der Nährboden für psychische oder psychosomatische Erkrankungen bereitet ist. Betroffene haben häufig nicht rechtzeitig gelernt, ihre Grenzen zu erkennen und diese zu wahren, und nehmen Grenzüberschreitungen – von der Arbeits-

überlastung bis hin zum sexuellen Missbrauch – in Kauf. Abhängig von der individuellen Resilienz kann der Mensch seelischen Stress kompensieren und aushalten. Ist die Grenze der Belastbarkeit allerdings erreicht oder gar überschritten, entstehen psychosomatische Erkrankungen. Darunter die Anorexie, die Bulimie, die Binge-Eating-Störung und weitere, untypische Essstörungen, von denen sich viele chronifizieren und einige sogar tödlich enden.

Entstehung und Ursachen von Essstörungen

Bei der Entwicklung einer Essstörung spielen unterschiedliche und zugleich stets mehrere Faktoren eine Rolle. Diskutiert werden der Einfluss verschiedener Hormone und Neurotransmitter sowie eine genetische Disposition. Das gilt jedoch als weniger gesichert als der Einfluss familiärer Kontexte und individueller Lernerfahrungen. In den Familien von Essgestörten wird

oft übermäßig viel Wert auf eine schlanke und sportliche Figur gelegt, außerdem lässt sich häufig eine „emotionale Diät“ beobachten, das heißt: Innerhalb der Familie können Gefühle nicht angemessen geäußert und benannt werden, Betroffene können Emotionen nicht erspüren und ihnen nicht Ausdruck verleihen – bis sie schließlich im Hunger (ich brauche, ich muss kontrollieren), dem Erbrechen (ich habe zu viel), dem Abführen (ich muss loswerden) oder dem Sport (ich muss kompensieren) Ausdruck finden. Viele der an einer Essstörung erkrankten Menschen sind perfektionistisch veranlagt und wenig selbstbewusst. Sexuelle und körperliche Gewalterfahrungen kommen in zahlreichen Patientenhistorien vor. Gesellschaftlicher Einfluss und die Anforderung des Schönheitsideals westlicher Gesellschaften tun ihr Übriges: Schön, schlank, sportlich, sexy und erfolgreich soll Frau heute sein – auch noch als Mutter und im höheren Alter.

Essen wird zum Lifestyle-Event

Aber nicht nur Mädchen und Frauen sind betroffen, die dem Gefühl von Anerkennung durch Erreichen eines Schönheitsideals nacheifern. Auch immer mehr junge Männer entwickeln ein gesundheitsgefährdendes Ernährungs- und Sportverhalten. Außerdem befördert der Trend, dass mehr denn je zum Lifestyle gehört, was und wie viel auf den Tisch kommt, die zunehmende Entwicklung von Essstörungen. Die Punktprävalenz für Frauen im Risikualter (15 bis 35 Jahre) beträgt 0,4 Prozent für Anorexia nervosa, 1 Prozent für Bulimia nervosa und circa 2 Prozent für die Binge-Eating-Störung. Es ist jedoch zusätzlich von einer hohen Anzahl an subklinischen und nicht erfassten Fällen (Dunkelziffer!) auszugehen.

Ob Veganismus, Super-Food oder die laktofreie Ernährung – die Versprechen der medienwirksamen Ernährungstrends sind immer dieselben: Wer mitmacht, so heißt es, ist fit, schön, gesund und zudem noch politisch korrekt oder umweltbewusst. Kurzum: anerkannt diszipliniert und vorbildlich.

Einfach Essen ohne schlechtes Gewissen scheint nicht mehr möglich. Für gesunde Menschen muss das in einem vernünftigen

Trauma, mangelndes Selbstwertgefühl, unzureichende Konfliktfähigkeit, familiäre oder identitäre Probleme werden mit Essstörungen kompensiert

Rahmen nicht problematisch sein, jedoch sind diese Diäten für jemanden, der eine Essstörung hat oder ein essgestörtes Verhalten aufweist, ähnlich wie Alkohol für einen Alkoholiker: Die Gefahr, wieder in die Essstörung zu rutschen, ist sehr hoch!

Ähnlich verhält es sich mit dem Thema Bewegung. Dank Instagram, Youtube und Co. werden uns permanent neue Sporttrends

vorgestellt, die den perfekten Body versprechen. Mit Spaß und Hobby hat das nichts mehr zu tun, Bewegung dient mehr und mehr nur noch dem Zweck, Anerkennung und Selbstwert durch das perfekte Äußere zu gewinnen. Dass verschiedene Leistungssportler, beispielsweise Tänzer, Skispringer oder Eiskunstläufer, zur Risikogruppe gehören, sowohl was das Thema Essstörungen als auch Überlastungssyndrome wie Burnout und Depressionen angeht, verwundert nicht und ist bekannt. Aber auch im Breitensport zählt die „Performance“ immer mehr. Männer wie auch Frauen müssen eine Balance zwischen gesundem Sport – der auch wichtig für die Emotionsregulation ist – und exzessiver, körperlicher Überforderung finden.

Der Schönheitswahn bekommt Gegenwind

Filme wie die australische Dokumentation „Embrace“ oder das US-Drama „To the Bone“ schieben eine kontroverse Auseinandersetzung zum Thema „extremer Schönheitswahn“ an. Ebenso zahlreiche Bücher, darunter der im Jahr 2015 erschienene Titel „Warum seh' ich nicht so aus? Fernsehsendungen im Kontext von Essstörungen“, herausgegeben vom Internationalen Zentralinstitut für das Jugend- und Bildungsfernsehen (IZI), dem BFE und ANAD e. V. Grundlage dieses Buchs ist eine gleichnamige Studie aus dem Jahr 2014, deren Essenz klar zeigt, dass Fernsehsendungen wie „Germany's Next Topmodel“ das Essverhalten von jungen Mädchen und Frauen beeinflussen können. Neben manchen Medienmachern versucht auch die Politik zunehmend Gegenmaßnahmen gegen den krankhaften Schönheitswahn zu ergreifen. Beispielsweise wurde in Frankreich der Mindest-BMI für Laufstegmodels (>18,5) beschlossen. Diskutiert wird aktuell auch die Kennzeichnungspflicht von nachbearbeiteten Fotos, die ein falsches Ideal vermitteln.

Wie kann Prävention greifen?

Wie bereits ausgeführt, handelt es sich bei der Entstehung einer Essstörung um ein multifaktorielles Zusammenspiel. Die erste und sicher naheliegende Präventionsmaßnahme besteht in der elterlichen Vorbildfunktion und einem regelmäßigen und angenehmen „Ess-Ritual“. In Familien von

Betroffenen weisen häufig noch andere Mitglieder ein auffälliges Ernährungs- oder Bewegungsverhalten auf. Man kann zu dem Schluss kommen, dass vorgelebtes Verhalten nachgeahmt wird. Zudem spielt eine Rolle, in welchem Rhythmus und in welcher Atmosphäre Mahlzeiten zu Hause eingenommen werden. Familienprobleme etwa sollten nicht während des Abendessens besprochen werden. Hierfür sollte ein anderer Zeitraum gefunden werden, in dem man offen aufeinander zugeht, hin- und zuhört und respektvoll miteinander spricht.

Neben der Pflege einer familiären, positiven Esskultur sind weitere Ansätze:

- regel-, aber nicht übermäßige Bewegung
- andauernde Stärkung des Selbst-Vertrauens
- Förderung der Konfliktfähigkeit (beispielsweise: Nein-Sagen ist erlaubt)
- positives Feedback und Anerkennung
- Förderung der Kompetenz, mit Kritik und Versagen angemessen umzugehen
- Feedback zum Verhalten (was war gut? Woran muss noch gearbeitet werden?)
- Befähigung zum Umgang mit Gefühlen wie Frustration, Schmerz und Kränkung
- kritische Reflexion perfektionistischer Leistungsantreiber
- Erlernen von Kommunikationsfähigkeit
- die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität
- Aufbau eines festen Freundeskreises

Im gesellschaftlichen Kontext geht es aber noch um weitere Aspekte, etwa um das Leben in Leistungsgesellschaften oder den Umgang mit Medien. In den ANAD-Wohngruppen haben wir die Erfahrung gemacht, dass Kinder und Jugendliche durchaus in der Lage sind, hinter die Kulissen einer Castingshow zu schauen. Sie erkennen, dass es hierbei um Quoten und Produktmarketing geht. Diese Erkenntnis hilft ihnen dabei, sich von den jeweiligen Fernsehshows zu distanzieren und ihren kritischen Blick darauf zu schärfen. Es muss festgehalten werden, dass der Konsum entsprechender Sendungen eine triggernde wie auch abschreckende Wirkung hat. Kindern und Jugendlichen sollte schon im frühen Alter die entsprechende Medienkompetenz vermittelt werden.

Als Resümee bleibt festzuhalten – und das gilt nicht nur für Essstörungen: Wenn

Prävention ist möglich. Wir müssen hier in den Familien der Betroffenen ansetzen – und bei gesamt- gesellschaftlichen Idealen und Leistungsprinzipien

Prävention greifen soll, müssen verschiedene Faktoren und Einflüsse berücksichtigt werden. Deshalb ist zu unterscheiden, was jeder Einzelne in seinem System dazu beitragen kann und welche Maßnahmen sich gesamtgesellschaftlich als möglichst niederschwellig und hilfreich erweisen.

Essstörungen sind heimliche Erkrankungen, deshalb sind vor allem Hausärzte, Kinderärzte, Zahnärzte und auch Apotheker mit ihrer Aufmerksamkeit gefragt. Sie bemerken nicht selten als Erste die Symptome, wie beispielsweise Gewichtsverlust, zunehmenden Abfuhrmittelkonsum, schlechten Gesundheitszustand oder Zahnschäden bei den Betroffenen.

Wie kann Unterstützung aussehen?

Wichtig ist, Kontakt anzubieten und der betroffenen Person zu signalisieren: „Ich mache mir Sorgen und nehme deine Probleme ernst.“ Geben Sie keine Ratschläge, sondern motivieren Sie dazu, vorhandene Hilfsangebote wahrzunehmen. Handlungsanweisungen bekommen viele Betroffene mehr, als ihnen lieb ist. Doch diese beschränken sich oft auf eine reine Umstellung des Ernährungsverhaltens und zeugen von wenig Verständnis für das Ausmaß und die Hintergründe der Erkrankung. Wir empfehlen, nicht die vermutete Essstörung oder entsprechende Symptome direkt anzusprechen, sondern die Gesamtsituation: „Ich glaube, es geht dir schlecht.“ Oder: „Du wirkst so bedrückt.“

Lässt sich der oder die Betroffene auf ein Gespräch ein, so können Sie ihm beziehungsweise ihr erste Informationen mitgeben, einen Artikel über Essstörungen etwa oder einen Flyer. Einen niederschweligen Einstieg bieten Online-Beratungen. Hier werden anonyme Beratungen per E-Mail

oder via moderierte Chats für Betroffene und Angehörige, Lehrer und Ärzte offeriert, zum Beispiel unter www.anad.de oder www.bundesfachverbandessstoerungen.de. Gelingt der erste Schritt aus der Heimlichkeit heraus, ist der erste Schritt aus der Erkrankung erreicht. Von dort aus kann mit Unterstützung von Fachleuten alles Weitere in die Wege geleitet werden.

Therapeutische Angebote gibt es viele. Im stationären Sektor bieten hoch spezialisierte Kliniken ein bewährtes und Erfolg versprechendes Behandlungskonzept. Im Anschluss an die stationäre Behandlung können Wohngruppen, wie sie auch ANAD anbietet, die Lücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung schließen. Hier werden intensive Therapien mit Alltagsstrukturen verbunden, sodass die Gefahr eines Rückfalls minimiert und die Stärkung der Konflikt-, Kommunikations- und Reflexionskompetenz nachhaltig gefördert werden.

In der ambulanten Versorgung ist es von Vorteil, wenn der Therapeut regelmäßig Patienten mit Essstörungen behandelt. Erfahrene Therapeuten sind häufig sehr gut vernetzt und kennen die Probleme und Bedürfnisse der Patienten. Spezialisierte Therapeuten oder Praxen, wie beispielsweise das auf Essstörungen spezialisierte MVZ CoMedicum Lindwurmhof in München, bieten Therapie nach den aktuellen S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Sind Essstörungen heilbar?

Die Antwort ist ein klares Ja. Rund die Hälfte der Betroffenen überwindet ihre Essstörungssymptomatik komplett, bei Jugendlichen ist die Genesungsrate sogar noch höher. Bei bis zu 20 Prozent der Betroffenen chronifiziert die Essstörung, beim Rest tritt eine Besserung, aber keine vollständige Heilung ein.

Geduld ist nötig: Essstörungen entstehen über viele Jahre und überdauern viele Jahre, entsprechend sind meist auch Monate bis Jahre nötig, um wieder zu einer konstruktiven Problembewältigung und einem ausgewogenen Essverhalten zurückzukehren. Doch die Mühe lohnt sich, denn die Essstörung bietet auch eine Chance: die Gelegenheit, problematische Verhaltensmuster und Beziehungen zu verändern und sich weiterzuentwickeln – als Einzelperson und als Familie.

Die bekanntesten Essstörungen

Die **Anorexia nervosa** wird auch Mager-sucht genannt. Die Betroffenen sind stark untergewichtig, fühlen sich dennoch zu dick und haben panische Angst zuzunehmen. Tagelangem Nicht-Essen folgen Heißhungerattacken, die durch Erbrechen, exzessive sportliche Betätigung oder Abfuhrmittel kompensiert werden. Essanfälle mit anschließenden gegenregulierenden Maßnahmen sind auch Kernsymptomatik der **Bulimie**. Allerdings bewegt sich das Gewicht zumeist im Normalbereich, somit kann die Erkrankung oft jahrelang geheimgehalten werden. Die **Binge-Eating-Störung** ist ebenfalls durch Essanfälle gekennzeichnet, jedoch werden gegenregulierende Maßnahmen nicht eingeleitet. Viele Betroffenen sind übergewichtig.



Foto: Privat

Dipl.-Psych. Andreas Schnebel

ist Geschäftsführender Vorstand von ANAD e. V. Versorgungszentrum Essstörungen, Vorstandsvorsitzender des Bundesfachverbandes Essstörungen e. V. und Leiter des MVZ CoMedicum Lindwurmhof.



Foto: Privat

Diplom-Pädagogin Liane Hammer

macht die Bereichsleitung „Minderjährige Jugendliche“ von ANAD e. V. Versorgungszentrum Essstörungen.

ANAD e. V.

berät, betreut und behandelt seit über 30 Jahren Menschen mit Essstörungen und anderen psychischen Problemen. In den intensivtherapeutischen Wohngruppen finden Mädchen, junge Frauen und Männer ab 18 Jahren Platz. Weiterhin bietet ANAD e. V. ambulantes betreutes Wohnen und die Betreuung in der eigenen Wohnung an. Die Wohnangebote werden durch ein umfangreiches Beratungs-, Fortbildungs- und Workshop-Angebot flankiert. www.ANAD.de

Die Magersucht als Comicfigur

Die kanadische Künstlerin Lesley Fairfield zeichnet ein Bild der Essstörung wie niemand sonst: Tyranna heißt ihre geheime Gestalt, die die Jugendliche Anna machtvoll in die Magersucht reißt

Von **Ariadne Sartorius**

„**Du musst dünn sein** – Anna, Tyranna und der Kampf ums Essen“ von Lesley Fairfield erschien im Patmos Verlag. In diesem Buch wird die persönliche Geschichte einer jungen Frau geschildert, die an Anorexie erkrankt ist. Als Darstellungsform wählte die selbst betroffene Künstlerin und Kinderbuchgestalterin den Comic.

Bildhafte Gestaltungen kennen wir vorrangig aus der Kinderbuchliteratur, für Jugendliche und (junge) Erwachsene ist diese Form der Biografiearbeit oder psychoedukativen Literatur eher selten. Daher stellt dieses Buch eine Bereicherung dar für alle Betroffenen, Angehörigen oder Interessierten, die sich von einer visuellen Darstellung eher angesprochen fühlen als durch das Lesen längerer Texte. So ist dieses 120 starke Buch in einer guten halben Stunde gelesen, und damit die Kurzdarstellung der Krankheitsgeschichte einer an Anorexie erkrankten jungen Frau.

Die Autorin beschreibt retrospektiv und in Ichform geschrieben den Weg der jugendlichen Anna in die Anorexie, beschreibt dabei die Symptomatik, sowohl auf der psychischen Ebene als auch die somatische Ebene betreffend. Die durchgängig in Schwarz-Weiß gezeichneten Bilder des Comics sind ansprechend und ausdrucksstark. Die Vielfalt der Bilder bezüglich der Formate und Ausschnitte, der begleitenden Texte und Kommentare ist äußerst gelungen.

Tyranna, die eines Tages in das Leben von Anna tritt, übernimmt dabei die Funk-

tion, die kognitiven Verzerrungen und insbesondere die Körperschemastörung darzustellen. Tyranna ist der externalisierte Krankheitsanteil in Anna, der gewichtspobisch das Essen untersagt und Hunger und Nahrungsaufnahme als Versagen definiert und immer wieder Annas Leben aus den Fugen geraten lässt, sobald sie Versuche einer Stabilisierung unternimmt.

Anna reduziert in der Geschichte ihr Gewicht auf 38 Kilo, es werden zwei Klinikaufenthalte mit kurzen Ausschnitten aus Therapien dargestellt. Der Tod einer ebenfalls erkrankten Freundin wird genauso wenig verschwiegen wie die soziale Isolation, in die Anna gerät, die Pro-Ana-Seiten im Internet, in denen Anna sich verliert, und die somatischen Symptome wie beispielsweise Bradykardie, Konzentrationsstörungen und Haarausfall.

Auch wenn das Buch als psychoedukatives Buch in der Praxis genutzt werden kann, ist dieses nur als eine Verlaufsform der Anorexie zu verstehen und kann als zusätzliche Lektüre, gegebenenfalls auch gemeinsam in der Therapie, empfohlen werden. Jeder Krankheitsverlauf und jede Betroffene ist individuell zu begreifen, und insbesondere die Auseinandersetzung mit den innerpsychischen Entwicklungen, die zur Erkrankung geführt haben, werden in diesem Buch etwas schwach beschrieben.

Jüngeren Patientinnen oder Patienten, die sich mehr von visuellen Darstellungen als von längeren Texten angesprochen fühlen, kann diese Buch gegebenenfalls

als Einstieg in die Auseinandersetzung mit der Erkrankung angeboten werden.

Bei der Darstellung der Wege aus der Erkrankung ist zu bedenken, dass die Autorin in Kanada lebt und das von ihr beschriebene dortige Hilffsystem mit dem deutschen nicht vergleichbar ist. Beispielsweise werden in dem Comic keine Psychotherapeuten, sondern ausschließlich Psychiater erwähnt, keine ambulante Psychotherapie und auch sonst keine psychosoziale Hilfen außer einer Selbsthilfegruppe. Insofern kann dieses Buch mit seinen eindrucksvollen Bildern zwar einen guten Beitrag leisten, die Krankheit und einen individuellen Verlauf darzustellen, sollte aber nur als Ergänzung im Rahmen der Psychoedukation in der psychotherapeutischen Praxis genutzt werden. Die Erläuterung von Therapie- und Hilfsangeboten für Menschen mit Anorexie, in denen die Auseinandersetzung mit der Entwicklung der Erkrankung in einem Gesundungsprozess einen unverzichtbaren Teil darstellt, kann dieses Buch nicht ersetzen.

Lesley Fairfield:
Du musst dünn sein
Anna, Tyranna und der
Kampf ums Essen

Patmos Verlag, 2011
120 Seiten, 12,90 Euro
ISBN-13: 978-3843600279



Hilfe für Helfer

Auf einer fünfstündigen Lern-DVD lässt Manfred Prior an Praxisübungen teilhaben, die Klienten auf besondere Weise befähigen – und Kollegen zur Achtsamkeit inspirieren

Von **Peter Stimpfle**

Der renommierte Psychotherapeut Manfred Prior hat für all jene, die gerne die von ihm entwickelten therapeutischen Interventionen erlernen möchten, einen ganztägigen Workshop aufzeichnen lassen: 300 Minuten Film füllen ganze drei DVDs, unterteilt in sechs Kapitel, die so strukturiert sind, dass man sie abschnittsweise lernen kann – zum Beispiel die von Prior entwickelte Methode des grafisch unterstützten Verstehens. Im Dokumentations-Workshop beschreibt ein Klient seine Probleme, und Prior malt mit Schwarz alles, was eine sachliche Information ist, auf ein Blatt, etwa Personen, Gegenstände, und zwar als ganz simple Strichfiguren. Wenn der Klient Probleme beschreibt, etwa dass er Angst vor etwas hat, bekommen diese Ängste eine zeichnerische Form in Rot. Lösungsideen werden mit Grün aufs Blatt gezeichnet.

So werden Zusammenhänge und Konflikte präzise „bezeichnet“, was der Übersicht und damit dem Verständnis dient. Die Methode ist elegant und erfordert seitens des Behandlers keine besonderen zeichnerischen Fähigkeiten.

Die klare Struktur der didaktisch aufgearbeiteten Lerneinheiten erleichtert das Lernen. Nebenbei erhält man eine Wiederholung zur Mini-Max-Intervention, die

unter Therapeuten bestens bekannt ist. Diese Aufnahme wurde speziell dafür geschaffen, dass man die Methodik durch den Film lernen kann. In seiner Rolle als Referent achtet Prior im Film darauf, dass die Klienten, die Beispiele einbringen, geschützt werden. Der Zuschauer kann von Grund auf wichtige Details lernen, etwa wie wichtig Augenkontakt mit dem Patienten ist, dass eine Erlaubnis fürs Zeichnen eingeholt werden sollte und eine parallele Sitzanordnung günstig ist.

Was Prior hervorragend immer wieder demonstriert, ist: systemisches Schweigen – unabdingbar für jeden, der seinen Klienten dahin bewegen möchte, selbst eine Lösung für seine Probleme zu finden.

Besonders viel lernen kann man von Prior und seiner Methode, Klienten in die Beobachterperspektive zu bringen. Seine DVDs zeigen ganz praktisch, wie man Menschen in die Position versetzt, selber Experte ihrer Probleme und Lösungen zu werden. Die Bedeutung von beobachtbaren Modellen für praktische Arbeit wie die der Psychotherapeuten wird betont, denn alle Theorie ist bekanntlich grau.

Wer Prior kennt, freut sich außerdem, wieder seiner auflockernden Art zwischen schwäbischer Sparsamkeit und halbironischen Kommentaren folgen zu können. Zum Beispiel erklärt er, er habe seine bunten Stifte derart „hypnotisiert“, dass diese von nun an all jene, die mit diesen Stiften arbeiten, von selbst anleiten, Probleme mit Rot zu malen und Lösungen mit grünem Stift zu finden. Lernen und Lachen – diese Kombi bietet nur Prior.

Erfrischend wirkt er auch, weil er sich bei seiner Arbeit nicht drängen lässt. Das

ist eine Inspiration für jeden Helfer, der ob seiner intensiven Ausbildung und dem Praxisalltag in schnellen Lösungen probat ist – bis hin zum eigenen Burn-out. In vielen Seminaren trainieren Psychotherapeuten andere Herangehensweisen, die man im Alltag allzu häufig nicht mehr praktisch übt und die daher in Vergessenheit geraten. Die DVDs bieten den Vorteil, dass man sie immer wieder anschauen und erneut lernen kann.

Das Wirtschaftlichkeitsprinzip, das allerorten Platz greift, hat mit der sogenannten Reform der Psychotherapie-Richtlinien nun auch Einzug in die Psychotherapie gefunden. Viele Psychotherapeuten haben daher berechtigte Angst vor Überarbeitung und Druck. Prior kann an dieser Stelle ein Supervisor sein, der dabei unterstützt, nicht allzu schnell auszubrennen, was im Sinne aller sein dürfte, denn zum Wohle der Patienten soll auch für das Wohl der Psychotherapeuten gesorgt werden. Daher empfehle ich diese DVD-Sammlung, die ebenso wie das Mini-Max-Buch – und gern aus ganz egoistischen Motiven der Inhaber – Teil der Ausstattung jeder Praxis sein sollte.

Dem Klienten aus dem Demonstrations-Workshop übrigens wird nichts übergestülpt, sondern er wird immer wieder gefragt: „Habe ich Sie richtig verstanden?“ Am Ende fühlt er sich bestens verstanden und intensiv angeschaut – durch eine Methode, in der nicht der Therapeut der allmächtige Wissende ist, sondern der Patient ein Experte für sich und seine Lösungen. Diesen Effekt muss man filmisch abbilden, seine Beobachtung berührt und inspiriert auf vielfache Weise.

Manfred Prior:
**Punkt, Punkt, Komma,
Strich – fertig ist die
Lösungssicht**
Eintägiger Workshop mit
Demonstrationen und
Übungen

Prior Productions, 2018
19,99 Euro, <https://tinyurl.com/y7f2z4ab>



Hier könnte Ihre Anzeige stehen!

**Werben Sie in
Projekt
Psychotherapie,
und erreichen Sie
über 6.000
interessierte Leser.**

Fordern Sie jetzt
Ihre Mediadaten
mit Preislisten und
Erscheinungsterminen
an unter:

**anzeigen@projekt-
psychotherapie.de**

Ausblick auf das nächste Heft Projekt Psychotherapie 03/2018

Nach sechs Jahren hat der Wissenschaftliche Beirat sein Urteil gefällt und der Humanistischen Psychotherapie (HPT) nicht nur das Merkmal eines Verfahrens abgesprochen, sondern ihr auch die wissenschaftliche Anerkennung vorenthalten und zu alledem noch die 2002 ausgesprochene wissenschaftliche Anerkennung der Personzentrierten Psychotherapie (GPT) – als eine Methode im HPT-Spektrum – nachträglich wieder entzogen. Stoff genug für kontroverse Kritik und Forderungen nach Änderung der Spruchpraxis. In der kommenden Ausgabe können Sie in *Projekt Psychotherapie* lesen, wie sich Vertreter des betroffenen Verfahrens zu dem Thema äußern, wie ein Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, Prof. Thomas Fydrich, in einem Interview das Vorgehen und die Entscheidung des WBP erläutert – und warum der bvvp Letztere bedauert.



Illustration aus
Projekt Psychotherapie,
Heft 1/2014,
„Wachsen lassen –
Humanistische
Psychotherapie“

Marktplatz

**Ärztlicher Kassenarztsitz im
S-Bahn-Bereich München**
kann zum 30.12.2018 zu 50 %, später
ganz übernommen werden.
PSYCHOSOMATIK, PSYCHO-
THERAPIE, PSYCHOANALYSE
(+ KJP). Tel. 08136/99254



Ihre Kleinanzeige auf dem Marktplatz in Projekt Psychotherapie

Bis 200 Zeichen 40 Euro.
Schicken Sie Ihren Anzeigentext an:
marktplatz@projekt-psychotherapie.de
oder per Fax an: **030/39 835 188-5**
Chiffre-Anzeigen werden derzeit
nicht angeboten.

Termine Juni bis November 2018

1. bis 2. Juni

43. Potsdamer Psychotherapie-Tagung Nachtseiten der Seele: Schlaf – Traum – Therapie

Ob der Traum als chaotisches Zufallsprodukt, hirnelektrisches Gewitter, psychische Verarbeitung oder göttlicher Fingerzeig verstanden wird – er steht als verblassende Erinnerung zwischen Schlaf und Tag, also immer am Beginn. Da ist es kein Wunder, dass auch die Behandlung von psychischen Krankheiten an diesen Punkt kommen muss, dass sich Therapeuten auch für die Träume ihrer Patienten interessieren. Für die Teilnahme sind zehn Fortbildungspunkte beantragt. Weitere Infos: Dr. Antje Beronneau post@nervenarzt Potsdam.de www.bgppmp.de

Ort: Avendi Hotel am Griehnitzsee, Potsdam

15. bis 18. Juni

Verhaltenstherapiewochen 2018

Eröffnungsthema: Emotionsregulation. Weitere Informationen finden Sie unter: www.vtwoche.de

Ort: Lübeck

21. bis 24. September

Verhaltenstherapiewochen 2018

Eröffnungsthema: Scham, die tabuisierte Emotion. Weitere Informationen finden Sie unter:

www.vtwoche.de

Ort: Freiburg

9. bis 11. November

Verhaltenstherapiewochen 2018

Eröffnungsthema: Nutzen und Schaden von psychotropen Substanzen in der Psychotherapie. Weitere Informationen finden Sie unter:

www.vtwoche.de

Ort: München

Impressum

Herausgeber: Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.
Württembergische Straße 31 · 10707 Berlin
Tel.: 030/88 72 59 54 · Fax: 030/88 72 59 53
bvvp@bvvp.de · www.bvvp.de

Redaktion: Martin Klett (V. i. S. d. P.)
Ulrike Böker und Angelika Haun

Autoren: Christel Böhme-Bloem, Ulrike Böker, Norbert Bowe, Liane Hammer, Angelika Haun, Christoph Klotter, Ariadne Sartorius, Andreas Schnebel, Eva Schweitzer-Köhn, Peter Stimpfle

Verlag: Medienanker Marketing & Kommunikation e.K.
Chausseestraße 11 · 10115 Berlin
Fon: 030.39 835 188-0 · Fax: 030.39 835 188-5

Textchef: Jens Wiesner

Projektleitung: Nicole Suchier

Artdirektion/Illustration: Lesprenger

Druck: Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG

Anzeigen: anzeigen@projekt-psychotherapie.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom 01.01.2015

ISSN: 2193-3766

Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 14,80 Euro.
Abonnement 49,50 Euro inkl. Versand (4 Ausgaben).
Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer Mitgliedschaft kostenfrei.

Info und Bestellung:

bvvp-Bundesgeschäftsstelle: bvvp@bvvp.de

Periodizität: Quartal

Copyright: Alle Rechte vorbehalten. Zitate nur mit Quellenangabe. Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wieder. Bei Einsendungen von Manuskripten wird, sofern nicht anders vermerkt, das Einverständnis zur Veröffentlichung vorausgesetzt.

So wird Therapie lebendig!

»Verhaltenstherapiebuch der Superlative«
Deutsches Ärzteblatt



Lehrbuch und DVD vermitteln das Handwerkszeug moderner Verhaltenstherapie und ihrer aktuellen Weiterentwicklungen – auf über 1.000 Seiten und mit über 10 Stunden Videomaterial!

- Ideal zum Nachschlagen und Auffrischen sowie für Berufseinsteiger
- Wissenschaftlich erwiesene Methoden werden in die Praxis übertragen
- Mit vielen anschaulichen Fallbeispielen und Therapiedialogen
- Von Eva-Lotta Brakemeier und Frank Jacobi (Hrsg.)

Lehrbuch: 1.009 Seiten. Gebunden. € 89,- D

ISBN 978-3-621-28447-9

Auch als **E-Book** erhältlich

3 DVDs: Laufzeit 625 Min. € 129,-

ISBN 978-3-621-28348-9

Sparen
Sie jetzt
40 Euro

Buch + DVD im Set
€ 178,- (statt € 218,-)
Bestell-Nr. 895967
Nur auf www.beltz.de

Leseproben und Trailer unter www.beltz.de



BELTZ

Benebelt, bekifft, auf Diät, immer online – was, wenn dein Kind sich zerstört?



Sonja Vukovic hat als Journalistin mit Schwerpunkt Biografie, Gesellschaftskritik und Sozialpolitik u. a. für DIE WELT, STERN.DE und SPIEGEL geschrieben. Sie wurde mit dem GRIMME ONLINE AWARD und dem AXEL-SPRINGER-PREIS ausgezeichnet.



Auch als E-Book erhältlich

Viele Eltern fühlen sich gefordert und ratlos: Das Internet nimmt immer mehr Raum im Leben ihres Kindes ein, Kiffen und Essstörungen scheinen heutzutage ganz normal zu sein, Alkohol ab 13 kein Grund mehr, sich aufzuregen. Aber was ist noch liberal, was fahrlässig? Wie viel Autorität muss sein? Welche Verbote machen es schlimmer? In ihren Fallgeschichten lässt Vukovic Menschen zu Wort kommen, die keine Lobby haben und fast nirgendwo Gehör finden: Väter und Mütter suchtkranker Kinder. Sie zeigt das Leid der Familien – und wie sie heilen.