**Zusammenfassung für den DGESS Newsletter: 06.05.2016**

Wohneinrichtungen speziell für Betroffene von Essstörungen, die Mitgliedseinrichtungen im Bundesfachverband Essstörungen (BFE), und sich essstörungsspezialisiert bezeichnen, d.h. ausschließlich von Patientinnen mit Essstörungen belegt sind, gibt es inzwischen in nahezu allen Bundesländern in Deutschland; ausgenommen sind das Saarland, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Bremen.

Der Bundesfachverband Essstörungen hat auf dem DGESS Kongress in Essen seine 2. Wohngruppenerhebung vorgestellt. Wohngruppen sind die zahlenmäßig am schnellsten wachsende Gruppe innerhalb des BFE im Vergleich zu den störungsspezialisiert arbeitenden Kliniken, Beratungsstellen und ambulanten Behandlern. Die Anzahl der Mitgliedseinrichtungen bei den Wohngruppen ist von 19 in 2011 auf 33 in 2015 (damit um 75%) angestiegen, was einem Zuwachs an Wohnplätzen für die Betroffenen um 70% (von 285 auf 487) entspricht. Nach unserer Kenntnis sind nahezu alle spezialisierten Wohneinrichtungen auch Mitglied im BFE, so dass davon auszugehen ist, dass diese Zahlen die Wohngruppen-landschaft in Deutschland (ca. 500 essstörungsspezifische Behandlungsplätze) abbilden. Dies zeigt einerseits den hohen Bedarf an solchen Weiterbehandlungsplätzen nach einer stationären Therapiephase, andererseits sind die Wartezeiten rückläufig (im Durchschnitt aktuell bei 2 Monaten); die Aufenthaltsdauern liegen im Durchschnitt weiterhin bei 2 Jahren. Im Untersuchungszeitraum von 2011-2015 gab es 5 Schließungen von Wohneinrichtungen oder zumindest des Teils der essgestörte Bewohnerinnen/Bewohner aufnimmt.

Bei Jungen/Männern mit Essstörungen ist im untersuchten Zeitraum die Anzahl der Plätze um das 6-fache (von 8 in 2011 auf 47 belegte Plätze in 2015) angestiegen, womit inzwischen 10% der Wohngruppenplätze für Essstörungen von Jungen/Männern belegt werden. In 2011 waren dies noch 3%.

Die Größenverhältnisse der aktuell 33 Wohneinrichtungen haben sich im Vergleich zu 2011 nicht verändert. Weiterhin gibt es eine deutliche Abstufung von relativ großen Einrichtungen (mit 50 – 60 Plätzen) und Einrichtungen mit unter 5 Bewohnern (in der Untersuchung wurden die tatsächlich belegten Plätze abgefragt). 4 Wohneinrichtungen haben inzwischen mehrere Häuser (2-3), die sich entweder von den Krankheitsbildern (nur Adipöse) oder Kostenträgern, bzw. vom Alter der Betroffenen (Unterteilung nach Jugend- oder Sozialhilfe) unterscheiden.

62% der Wohngruppenplätze werden von Pat. mit der Diagnose einer Anorexia nervosa, 22% einer Bulimia nervosa, 5% mit der Diagnose EDNOS, 7% BES mit Adipositas und 4% nur Adipositas allein belegt (wobei sich letzteres nur auf zwei Wohneinrichtungen bezieht, die auch Kinder und Jugendliche nur mit einer Adipositas aufnehmen). Die Altersgrenzen erstrecken sich bei den Essstörungen von 12 Jahren bis keine Altersbegrenzung nach oben (2 Wohneinrichtungen).

Knapp 90% der Wohngruppen definieren inzwischen einen Mindest-BMI für die Aufnahme (in 2011 waren es nur knapp 60%), keine Gewichtsgrenze geben nur noch 12% der WE an im Vergleich zu 41% in 2011. Die Mindest-BMI-Abstufungen für eine Aufnahme in einer betreuten Wohneinrichtung für Essstörungen haben sich allerdings nicht wesentlich verändert: 52% der WE nehmen Bewohnerinnen erst ab einem BMI von mindestens 17,5 auf, dies ist unverändert zu 2011. 30% der WE geben zu beiden Messzeitpunkten an, dass sie Bewohnerinnen ab einem BMI von 16 aufnehmen, nur noch 10% der WE geben in 2015 einen Mindest-Aufnahme-BMI ≥15 an im Vergleich zu noch 20% in 2011 und eine WE (3%) gibt einen Mindest-Aufnahme-BMI ≥14 an.

Als Ausschlusskriterien für eine Aufnahme werden an erster Stelle Suchterkrankungen (in 87%), gefolgt von Suizidalität (66%) und schwerer anderweitiger psychiatrischer Komorbidität (55%) genannt, wobei sich dies kaum von 2011 unterscheidet. Ein Unterschied fand sich in der Aussage „einen Klinikaufenthalt indizierendes Gewicht“ als Grund für eine Nichtaufnahme (Häufigkeit der Nennung um die Hälfte gesunken). 76% der Wohneinrichtungen betreuen Bewohnerinnen mit einer AN/BN/ENOS-Diagnose zusammen mit adipösen Bewohnerinnen mit einer Essstörung. Betreute Mahlzeiten, Kochtraining, vorbereitete warme Mahlzeiten, betreuter Einkauf und Ausgangsbeschränkungen bei Gewichtabnahme/wieder ausgelebter Symptomatik bieten nahezu alle WE an, abgestuft nach der Betreuungsform (Intensiv- oder Verselbständigungsbereich). Einen Ziel-BMI > BMI 18,5 geben inzwischen knapp 70% der Wohneinrichtungen an im Vergleich zu 55% in 2011, individuell sagen nur noch 5% im Vergleich zu 10% in 2011 und keinen Ziel-BMI haben noch 13% im Vergleich zu den früheren 20% der WE. Psychotherapie innerhalb der Wohneinrichtung bieten 2/3 der WE unverändert zu den Vergleichsangaben in 2011 an. Nahezu alle Wohneinrichtungen beziehen die Familien mit ein, wobei dies nach festen Vorgaben und bei Bedarf erfolgt (nur eine WE macht dazu keine Angaben; nur bei Bedarf sagt ein Viertel der WE). Abbrüche erfolgen in 0,5-60% (Mittelwert 20%), wobei 7 WE (etwas über 20%) dazu keine Angaben machen, z.T. auch wegen noch zu kurzer Belegungsdauern. Abbruchgründe sind der Häufigkeit nach: Abbruch durch die Einrichtung, verfrühte Verselbständigung, Übergang in eine andere Einrichtung und ein erneuter Klinikaufenthalt ohne Rückkehr in die Einrichtung.

Dr. W. Wünsch-Leiteritz; M. Haase; A. Schnebel (Vorstand BFE)

