

Konzepte Modelle Projekte

Renate Breithecker | Oliver Freesemann

Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie: Die Wohngruppe Orexis für Mädchen mit Anorexia nervosa

Kurztext:

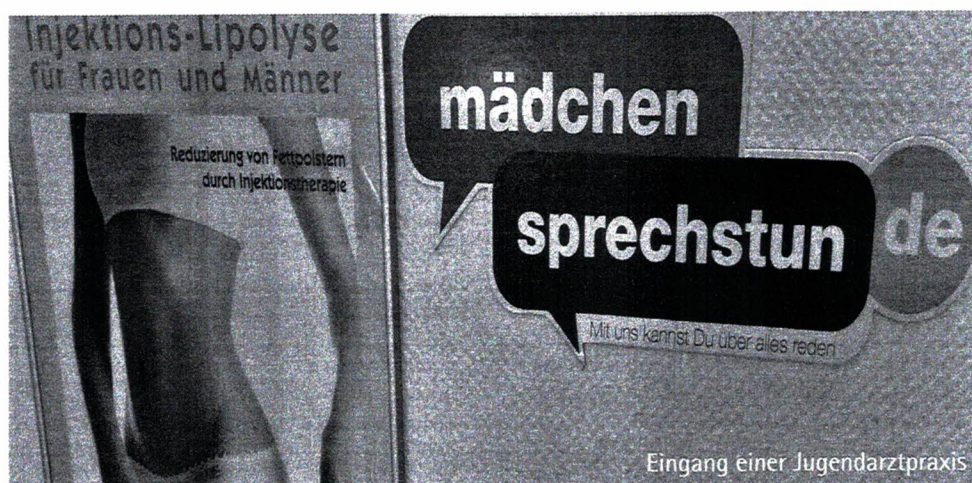
Die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie ist nicht immer einfach, aber im Sinne der Kinder und Jugendlichen wichtig. Mit Orexis beschreiten Zefie und die Jugendpsychiatrie Karlsruhe einen neuen Weg der Kooperation, um für anorektischen Mädchen eine bestmögliche Betreuung zu schaffen.

Die Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe einerseits und Kinder- und Jugendpsychiatrie¹ andererseits schaut auf eine lange und nicht durchgängig harmonische Geschichte zurück. Wenngleich eine Zusammenarbeit häufig erforderlich ist, weil zahlreiche Kinder und Jugendliche in beiden Hilfesystemen versorgt werden und sich somit Schnittstellen ergeben, kommt es nicht selten zu Missverständnissen und Konflikten, denn es handelt sich um unterschiedliche Hilfesysteme, die nicht ohne weiteres kompatibel sind (vgl. Beck 2016, Tetzner 2015).

Diese Erfahrungen teilen auch das *Zentrum für individuelle Erziehungshilfen* (Zefie) und die *Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (Klinik) in Karlsruhe: Kinder und Jugendliche, die in der stationären Jugendhilfe leben, haben aufgrund der starken Belastungen, denen sie ausgesetzt waren, häufig einen Bedarf an psychiatrischer Versorgung. Daher besteht seit langem eine Zusammenarbeit zwischen beiden Einrichtungen, die sich zunächst auf Einzelfälle bezog und ab 2018 im Rahmen einer Kooperationsver-

einbarung für eine intensivpädagogische Wohngruppe verstetigt wurde. Nun gehen Zefie und Klinik noch einen Schritt weiter: Mit *Orexis* wurde ein gemeinsames Angebot für Mädchen und junge Frauen² mit diagnostizierter Anorexia nervosa entwickelt.

gen zu treffen, wurden in zwei Wellen 26 leitfadengestützte Interviews mit den Leitungsebenen und den Mitarbeiter*innen durchgeführt, auf deren Auswertung im Folgenden Bezug genommen wird.



Es ist getragen von der Leitidee, dass beide Träger auf Augenhöhe zusammenarbeiten und die Verantwortung teilen. Im November 2019 startete die intensivpädagogische Wohngruppe, sie bietet sechs Plätze für Mädchen ab zwölf Jahren im Anschluss an die stationäre Akutbehandlung. Ein multi-professionelles Team betreut die Mädchen in enger Kooperation mit der Klinik und schafft einen mittel- bis langfristigen Lebensort außerhalb der Herkunftsfamilie.

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit in der Praxis? Welche Strukturen haben sich entwickelt? Da es zu Beginn viele offene Fragen gab, mit Anpassungen und Änderungen gerechnet wurde, war die Begleitung und Dokumentation von *Orexis* den Kooperationspartnern ein besonderes Anliegen. Um empirisch fundierte Aussa-

Anorexia nervosa

Bei Essstörungen wird unterschieden zwischen Magersucht (Anorexia nervosa), Ess-Brech-Sucht (Bulimie) und Esssucht (Binge-Eating-Disorder), sie alle stellen eine nicht zu unterschätzende Gefahr für junge Menschen dar. Dies gilt besonders für Magersucht, die eine hohe Mortalitätsrate aufweist. Dazu tragen auch die ablehnende Haltung gegenüber jeglicher Behandlung sowie eine fehlende Krankheitseinsicht bei. Betroffen sind ganz überwiegend Mädchen und junge Frauen (90 % der Erkrankten) zwischen 12 und 25 Jahren, die Prävalenz in dieser Altersgruppe liegt bei ca. einem Prozent. Essstörungen werden nicht selten von anderen psychiatrischen Störungen begleitet, dazu zählen insbesondere Depressionen, Zwangssymptome und Angststörun-

gen. Hinzu kommen im Krankheitsverlauf vielfältige medizinische Begleiterscheinungen als Folge der Mangelernährung, des Medikamentenmissbrauchs und der übermäßigen körperlichen Bewegung. (vgl. Gerlinghoff et al. 2017: 19ff.).

Es gibt nicht *die* Ursache für die Erkrankung, vielmehr wird von einem multidimensionalen Entstehungsmodell ausgegangen, in dem biologische, psychosoziale und soziokulturelle Faktoren eine Rolle spielen, ganz unterschiedliche Anlässe und persönliche Probleme können zu einer Essstörung führen (vgl. dazu auch die Berichte von Betroffenen in Gerlinghoff/Backmund 2019). Ein zentrales Merkmal dieser Erkrankung ist ihre Hartnäckigkeit, d.h. die Behandlung ist langwierig, häufig kommt es zu Rückfällen und einem chronischen Verlauf, auch zum Wechsel hin zur Bulimie oder zu einem verstärkten Auftreten anderer psychischer Störungen und Krankheiten. Wenngleich das Krankheitsbild schon lange bekannt ist und die Behandlung mit unterschiedlichen Ansätzen erfolgt, gibt es keine Behandlungsmethode, die einen Erfolg garantiert.

Diese Erfahrungen machte auch die Jugendpsychiatrie in Karlsruhe. Die dort behandelten Mädchen verbleiben oft sehr lange stationär in der Klinik (nicht selten ein Jahr und länger) und sind bei ihrer Entlassung meist noch nicht so stabil, als dass eine Rückkehr in die Familie sinnvoll erscheint, sofern diese überhaupt angeraten ist. Zugleich fehlen spezialisierte Wohngruppen, die eine schrittweise Rückkehr in den Alltag zu begleiten. Vor diesem Hintergrund entstand die Idee, eine intensivpädagogische Wohngruppe in Karlsruhe zu schaffen.

Zusammenspiel von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Wenngleich Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie auf gemeinsame historische Ursprünge zurückschauen können, gab und gibt es eine Auseinandersetzung darüber, welches

der beiden Systeme „zuständig“ ist, wer junge Menschen mit Auffälligkeiten am besten behandeln und in ihrer Entwicklung unterstützen kann. Hinzu kommen andere Behandlungsansätze, theoretische Anbindungen und Verortungen im Wissenschaftssystem. Während sich die KJP als Teil der Medizin an deren Forschungs- und Wissensbestand sowie deren Standards und Methoden orientiert, war die Soziale Arbeit lange Zeit durch die Bezugswissenschaften geprägt und noch heute kämpft die Sozialarbeitswissenschaft um die Anerkennung als eigenständige wissenschaftliche Disziplin.

Die unterschiedlichen Entwicklungslinien spiegeln sich auch in der Gesetzgebung wider, wobei die „gesetzlichen Regelungen zuweilen differierenden Logiken folgen, die die Akteure in ihrer Arbeit binden, und die nicht immer im jeweils anderen Bereich bekannt sind.“ (AGJ 2018: 2) Damit verbunden sind andere Leistungen, Entscheidungen über die Leistungsberechtigung sowie Abrechnungsmodalitäten (AGJ 2018: 6). Die jeweils eigenen professionellen und beruflichen Sozialisationen können schließlich auch zu Berufsgruppenvorurteilen führen (Fegert 2004: 16).

Doch trotz aller Differenzen bleibt im Zentrum die gemeinsame Grundorientierung: Beide Bereiche richten sich an den Interessen und Bedarfen der Kinder und Jugendlichen aus und verfolgen das Ziel, für sie eine gute Versorgung zu gewährleisten. Die dazu notwendige Kooperation ist für eine wachsende Zahl von Kindern und Jugendlichen von Bedeutung, die auf die Hilfe beider Systeme angewiesen sind, regelmäßig finden Übergänge zwischen den Bereichen statt. Dies gilt auch für junge Menschen mit einer Anorexia nervosa. Damit die Zusammenarbeit beider Hilfesysteme gelingt, sollten bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Gedeihliche Kooperation

- erfordert ein Mindestmaß an gemeinsamen Zielen und Überzeugungen sowie einen gemeinsamen „Gegenstand“;

- gelingt nur zwischen Gleichen;
- muss sich für beide Seiten lohnen, mit einem materiellen, fachlichen, sozialen und/oder politischen Gewinn verbunden sein;
- ist von Personen abhängig, braucht aber Strukturen und Verfahren, um die Personen zu schützen und unabhängig von der persönlichen Ebene zu funktionieren (vgl. Fegert/Schraper 2004: 23; Darius/Hellwig 2004: 510f.).

Weiterhin ist bei Kooperationen die Unterscheidung zwischen der persönlichen, der strukturellen und der systemimmanenten Ebene hilfreich, um die Ursachen von Konflikten zu identifizieren und abzubauen.

Kooperation im Rahmen von Orexis

Orexis wurde gemeinsam von Zefie und der Klinik als Kooperationsprojekt entwickelt und soll in geteilter Verantwortung umgesetzt werden. Der Frage, ob bzw. wie weit dies gelungen ist, wurde im Rahmen von Interviews nachgegangen. Zunächst zu den Voraussetzungen gedeihlicher Zusammenarbeit:

- ❖ Den gemeinsamen **Gegenstand** von Zefie und Klinik bildet die Zielgruppe: Mädchen und junge Frauen mit einer diagnostizierten Magersucht. Beide verfolgen das **Ziel**, die Klientinnen in ihrer Gesundheit zu unterstützen und ihnen einen Weg zurück in ein „normales“ Leben zu ermöglichen. Dabei teilen sie die **Überzeugung**, dass die erkrankten Mädchen nicht alleine gelassen werden dürfen. Vielmehr benötigen sie auch über die Behandlung in der Klinik, die einen „außeralltäglichen“ Bereich darstellt, hinaus Unterstützung, um in den Alltag zurückzufinden.
- ❖ Soll die Kooperation auf Dauer gelingen, müssen sich die Partner als gleichwertig anerkennen und auf **Augenhöhe** begegnen, die jeweilige Expertise anerkennen und der Arbeit der anderen mit Wertschätzung begegnen. Zu Beginn bestanden hier noch Vorbehalte und

Zweifel auf Seiten des Orexis-Teams. Insbesondere die unterstellte bzw. erfahrene Statusungleichheit von Sozialer Arbeit und Psychiatrie führte bei ihnen zur Sorge, nicht als gleichwertig akzeptiert zu werden. Dies wurde verstärkt durch die tatsächlich bestehenden Unterschiede hinsichtlich Expertise und Erfahrung mit Magersucht. Während die Klinik seit langem mit diesen Patientinnen arbeitet, waren sie für das (junge) Team neu. Aber bereits in der ersten Erhebungsrunde, noch deutlicher in der zweiten zeigte sich, dass die Sorgen der Mitarbeiter*innen weitgehend unbegründet waren: *„Die Klinik präsentiert sich nicht überheblich, sondern kooperativ und wertschätzend.“* (Int. 22) Die Kooperation auf Augenhöhe zeigt sich besonders deutlich im gemeinsamen Aufnahmeverfahren sowie in der Akzeptanz von Entscheidungen des Kooperationspartners. Allerdings gab es auch divergierende Einschätzungen z.B. im Hinblick auf die Frage, ob im konkreten Fall eine erneute stationäre Behandlung erforderlich ist, die zu Irritationen und „Unterlegenheitsgefühlen“ (Darius/Hellwig 2004: 511) führten.

- ❖ Da Kooperation immer auch mit Kosten verbunden ist, muss sie sich **für beide Seiten lohnen**. Worin also besteht der Gewinn von Orexis? Zunächst einmal werden neue Stellen geschaffen bzw. bestehende gesichert. Für Zefie besteht der Benefit darin, ein innovatives Angebot zu machen, das ohne diese Zusammenarbeit nicht möglich wäre. Seitens der Klinik war die oft sehr lange Behandlungsdauer von Patientinnen ein wesentlicher Anlass für die Entwicklung von Orexis. Durch den Übergang in diese Wohngruppe sollte die Hospitalisierungsphase verkürzt, die professionelle Versorgung sichergestellt und die Kontinuität in der medizinisch-therapeutischen Versorgung gewährleistet werden, die als positiv für den Heilungsprozess angesehen wird (vgl. AGJ 2018, Beck 2016). Tatsächlich zeigte sich im ersten Jahr, dass nur wenige Mädchen direkt

von der Klinik zu Orexis wechseln. In der Folge entstand bei Zefie die Sorge, dass sich das Projekt für die Klinik „nicht lohne“ und sie die Kooperation beenden könnte. Dieser Sicht widersprechen die Interviewten der Klinik ganz deutlich. Das zeigt, wie wichtig es ist, die Erwartungen und Anforderungen an die Kooperation offen zu legen. Und es bestätigt, dass alle Beteiligten „sich einen Gewinn versprechen“ müssen, weil sonst „die Kooperation abhängig und ungleich“ wird (Darius/Hellwig 2004: 511).

Ein weiterer Gewinn für beide Partner geht über das konkrete Projekt hinaus: Wenn es gelingt, eine gemeinsame Fallverantwortung zu realisieren, dann führt dies zu einer Entlastung beider Partner und stärkt die Kooperation, die ja auch in vielen anderen Bereichen und Fällen erforderlich ist. Und schließlich kann mit Orexis ein Imagegewinn verbunden sein: Ein innovatives Angebot, eine gelungene Kooperation und die Spezialisierung auf eine schwierige Zielgruppe. Orexis übernimmt eine Vorreiter-Rolle, im Rahmen dieses „Pilotprojekts“ wird eine neue Form der Kooperation getestet.

- ❖ Schließlich bedarf es der **strukturellen Verankerung** der Zusammenarbeit, die im Rahmen der gemeinsam erarbeiteten Konzeption erfolgte und im Verlauf der Umsetzung ergänzt wurde. Damit ist eine der drei Ebenen der Kooperation angesprochen, die nachfolgend behandelt werden.

Persönliche Ebene

Hier kommt es auf Wertschätzung und gute persönliche Beziehungen an, dies zeigt sich auch bei Orexis. Die bestehenden persönlichen Kontakte zwischen den Leitungsebenen von Klinik und Zefie haben das Projekt entscheidend vorangebracht. In der praktischen Umsetzung erwiesen sich dann die Corona-bedingten Einschränkungen als hinderlich. Persönliche Begegnungen zwischen den Mitarbeiter*innen beider Einrichtungen waren lange Zeit

kaum möglich, dies betraf sowohl informelle Formen des Kennen-Lernens als auch gemeinsame Teamsitzungen, gegenseitige Hospitationen sowie die Fortbildung in Multi-Familien-Therapie. Lediglich im Rahmen der Aufnahmegespräche, der Visite und der gelegentlichen Teilnahme von Klinikmitarbeiter*innen an den Teamsitzungen kam es zu direkten Kontakten. Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen hat sich die Zusammenarbeit verstetigt und nach den Lockerungen können nun Vorhaben wie die gemeinsame Fortbildung umgesetzt werden.

Strukturelle Ebene

Die Kooperation sollte strukturell abgesichert sein, um auch unabhängig von (wechselnden) Personen zu funktionieren. Daher wurden von Beginn an klare Vereinbarungen zur Zusammenarbeit und zur Aufgabenverteilung getroffen sowie strukturelle Bindeglieder entwickelt:

a. Aufnahmeprocedure

Über die Aufnahme neuer Bewohnerinnen entscheiden Klinik und Orexis gemeinsam. Kommen die Mädchen aus anderen Kliniken, findet ein Vorstellungsgespräch unter Beteiligung von Klinik und Orexis statt, zudem gibt es vorab einen Austausch zwischen den Kliniken. Diese gemeinsame Entscheidungsfindung ist wichtig, denn beide arbeiten anschließend mit den Klientinnen. Aber sie verläuft nicht immer konfliktfrei: So verweisen die Orexis-Mitarbeiter*innen auf zu frühe Aufnahmen, so dass die ursprüngliche Konzeption nicht umgesetzt, die Mädchen vielmehr weiter stark kontrolliert und „aufgepäppelt“ werden mussten. In diesen Fällen kam es nicht selten zu Abbrüchen und Re-Hospitalisierungen, zudem haben sie einen negativen Einfluss auf die „alten“ Bewohnerinnen. Daher sollte zu Beginn eine möglichst realistische Prognose seitens der Kliniken abgegeben werden bzw. die Aufnahmekriterien sollten überdacht werden, um Fehleinschätzungen zukünftig zu vermeiden.

b. Wiegen und körperliche Untersuchung

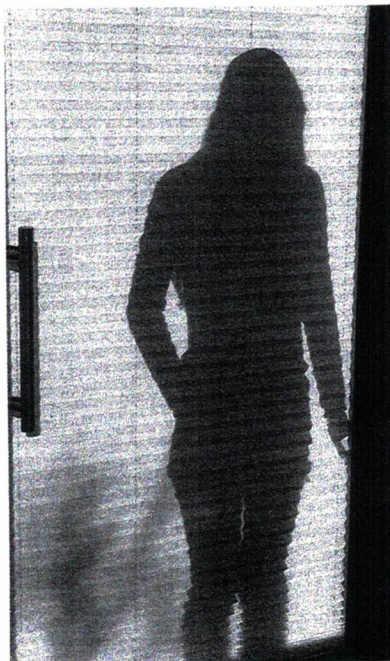
Das Krankheitsbild macht eine regelmäßige Gewichtskontrolle in der Klinik erforderlich, zusätzlich findet einmal im Monat eine körperliche Untersuchung durch die zuständige Oberärztin statt. Das Wiegen stellt ein wichtiges Bindeglied dar und sorgt für einen kontinuierlichen Kontakt, es wird aber durchaus als „schwierig“ erlebt. Für die Mädchen stellt es eine emotionale Belastung dar, bedeutet Kontrolle und schränkt ihre Autonomie ein. Allerdings konnte beobachtet werden, dass mit der Dauer des Aufenthalts das Gewicht an Bedeutung verliert und andere Themen in den Vordergrund rücken. Wenngleich es auch organisatorische Reibungsverluste gab, steht die fachliche Zuständigkeit der Klinik für das Wiegen nicht in Frage. Aus sozialpädagogischer Sicht kann dies auch als „Outsourcing von Kontrolle“ und damit als Entlastung des Teams gedeutet werden, um den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen zu den Mädchen nicht zusätzlich zu erschweren.

c. Ambulante Therapie

Alle Bewohnerinnen machen eine ambulante Therapie, die mit einer Ausnahme in der Klinik stattfindet. Daher ist die Zusammenarbeit mit der Klinik-Therapeutin zentral, sie nimmt – soweit dies unter Corona-Bedingungen möglich war bzw. ist – an den Teamsitzungen und den Visiten teil. Ihr kommt somit eine Schlüsselrolle in der Kooperation zu, sie sichert den regelmäßigen Austausch und trägt Anliegen „hin und her“. Dadurch werden Kommunikationsprobleme vermieden, gute Absprachen gelingen.

d. Visite

Ein für die Jugendhilfe ungewohntes Element stellt die monatlich stattfindende Visite dar, an der der Chef- oder der Oberarzt, die Therapeutin und eine Orexis-Mitarbeiter*in teilnehmen. Nach einer Vorbesprechung zum aktuellen Stand finden Einzel-



gespräche mit den Bewohnerinnen statt, für sie stellen die Visiten eine Herausforderung dar. Oft zeigen sie Angst, sind unsicher und machen sich Sorgen, dass sie evtl. wieder in die Klinik müssen. Daher versuchen sie zu „entweichen“ und die Visiten zu vermeiden. Für das Team bieten die Visiten die Möglichkeit nachzufragen und sich kompetent zu informieren. Im Hinblick auf die Kooperation zeugt die Visite vom hohen Engagement der Klinik, die Leitung nimmt sich Zeit, Orexis wird ernst genommen und die geteilte Verantwortung ist spürbar

e. Teambesprechungen

An den wöchentlich stattfindenden Teambesprechungen nehmen neben dem Team auch die Fachberaterin von Zefie sowie die Therapeutin der Klinik teil, zu Beginn war auch die Leitungsebene der Klinik vertreten. Aufgrund der Corona-Beschränkungen war die Klinik für längere Zeit nur per Telefon „zugeschaltet“, das schränkte die Kommunikation ein.

f. Multi-Familien-Therapie

Die Multi-Familien-Therapie war als gemeinsame Fortbildung und daran anschließend als gemeinsames Angebot geplant. Aufgrund der Corona-Beschränkungen

konnte die Schulung erst in 2021 starten. Damit entfiel über einen langen Zeitraum dieses Angebot, das als zentrales Element der Elternarbeit vorgesehen war.

g. Ernährungsberaterin

Vorgesehen war, dass die Ernährungsberatung durch eine Mitarbeiterin der Klinik erfolgt. Dies konnte nicht realisiert werden, so dass seit Frühjahr 2020 eine Ernährungsberaterin als Honorarkraft bei Orexis beschäftigt ist, die die Speisepläne erstellt. Sie entlastet das Team in zweifacher Hinsicht: zum einen zeitlich, zum anderen hat die externe Aufstellung des Speiseplans den Vorteil, dass es in der Gruppe keine Diskussionen mehr darüber gibt. Das trägt zu einer Normalisierung des Essens bei, aber das ursprünglich angestrebte gemeinsame Erlebniskochen und genussvolle Essen liegen noch in weiter Ferne, viele Lebensmittel werden weiterhin abgelehnt.

h. Kooperationsheft

Ein neues Instrument der Zusammenarbeit ist das „Kooperationsheft“. Darin werden seitens der Klinik die Wiegedaten, das Gewicht, die Medikation sowie Termine und andere wichtige Informationen eingetragen. Die Idee stammt von der Klinik, die das Heft auch entwickelt und gestaltet hat. Ziel ist es, die Kommunikation zu verbessern und dafür zu sorgen, dass wichtige Informationen nicht verloren gehen. Jede Bewohnerin erhält ein solches Heft, damit wird Transparenz, aber auch eine stärkere Kontrolle geschaffen.

Diese vielfältigen Bindeglieder sorgen für eine strukturelle Verankerung der Kooperation, sie entlasten und stützen die persönliche Ebene. Nach anfänglichen Problemen hat sich die Kommunikation deutlich verbessert, die Abläufe haben sich eingespielt und die Zuständigkeiten sind klarer, entstanden ist eine dichte, engmaschige Struktur. Für die Mädchen ist diese enge Zusammenarbeit ambivalent: Sie bedeutet

eine umfassende und in einigen Fällen auch eine kontinuierliche medizinisch-therapeutische Betreuung, sie ist aber auch mit einer stärkeren Kontrolle verbunden, der sie sich kaum entziehen können.

Systemimmanente Ebene

Zur systemimmanenten Ebene zählen u.a. die institutionellen Strukturen und Abrechnungsmodalitäten, bevorzugte Methoden und prägende Arbeitsweisen. Diese unterschiedlichen Grundlagen können die Zusammenarbeit erschweren und waren auch bei Orexis spürbar. Eine gute Lösung gelang im Bereich der Finanzierung. Hier werden die ambulante Therapie über die Krankenkasse, die Kosten der intensivpädagogischen Wohngruppe sowie die Visiten und das Wiegen über die Jugendhilfe abgerechnet. Schwieriger stellt sich die Situation bezüglich der Altersgrenzen und des Umgangs mit Krisen dar:

- Während in der Jugendhilfe junge Menschen bis 21 Jahre und in begründeten Fällen auch darüber hinaus Leistungen erhalten können, gibt es in der Jugendpsychiatrie eine harte Altersgrenze bei 18 Jahren, danach ist eine stationäre Aufnahme nicht mehr möglich. Da bedeutet konkret, dass die Mädchen zwar über das 18. Lebensjahr hinaus bei Orexis betreut werden können und – immerhin – die ambulante Therapie in

der Klinik weitergehen kann. Sollte aber eine stationäre Aufnahme erforderlich sein, kann diese nicht in der Jugendpsychiatrie erfolgen. Die Suche nach einer passenden Erwachsenenpsychiatrie erweist sich bisher als sehr schwierig.

- Die unterschiedlichen professionellen Ansätze werden auch im Verständnis von und im Umgang mit Krisen deutlich (Fegert 2004: 17; Darius/Hellwig 2004: 506f.): Krisen können als Situationen definiert werden, in denen man schnell handeln und gravierende Entscheidungen treffen muss. Aber wann genau ist das der Fall? Während die Jugendhilfe, d.h. Orexis eine Krise konstatiert und die Hilfe der Jugendpsychiatrie anfordert, kommt diese nicht selten zu einer anderen Einschätzung. Denn während Krisen in der KJH eher eine außergewöhnliche Situation darstellen, sind sie in der KJP alltägliche Normalität. Dies gilt noch stärker für die Erwachsenenpsychiatrie, die weniger „fürsorglich“ orientiert ist und die Autonomie der Patient*innen, ihre Entscheidungsfreiheit hoch bewertet, so dass eine stationäre Aufnahme gegen ihren erklärten Willen kaum möglich ist.

Diese unterschiedlichen Rahmenbedingungen sind in der alltäglichen Arbeit zu berücksichtigen, sie führen nicht selten zu Konflikten in der Zusammenarbeit und können doch wenig beeinflusst werden. Wichtig ist es daher, diese Aspekte von

Beginn an im Blick zu haben und immer wieder zu reflektieren, um in kritischen Situationen eine persönliche Zuschreibung zu vermeiden.

Fazit und Perspektive

Mit Orexis schaffen Zefie und die Klinik eine neue Form der Zusammenarbeit. Anorektische Mädchen werden hier auf ihrem oft langen und nicht selten von Rückfällen geprägten Weg in den Alltag unterstützt. Grundlage ist die Überzeugung, dass dies nur gemeinsam gelingen kann. Diese geteilte Verantwortung zeigt sich auf der persönlichen Ebene und in der strukturellen Verankerung des Projekts mit gemeinsamen Entscheidungen und klarer Aufgabenteilung. In der Umsetzung erwiesen sich vor allem die Corona-bedingten Maßnahmen als äußerst hinderlich, die die persönlichen Begegnungen stark eingeschränkten. Trotz dieser schwierigen Rahmenbedingungen haben sich das Angebot und die Kooperation positiv entwickelt. Orexis „ist etwas ganz Neues und noch im Fluss“ (Int. 24) und bildet zugleich ein positives „Testgelände“ für weitere Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie.

Weiterentwicklungen sind perspektivisch vor allem für über 18-Jährige notwendig, denn ihre stationäre Aufnahme ist in Krisensituationen nicht gesichert.

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen – Neue Infoplattform

„ich bin alles“ ist ein neues digitales Infoportal zum Thema Depression und psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. Es richtet sich an Kinder und Jugendliche mit Depression, nicht erkrankte Kinder und Jugendliche, die sich zu dem Thema informieren oder vor einer Erkrankung schützen möchten, sowie Eltern. Das deutschlandweit einzigartige Projekt informiert über die Symptomatik, Diagnostik, Ursachen, Verlauf und Behandlung von Depression sowie den Erhalt psychischer Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. Langfristig wollen die Kooperationspartner Beisheim-Stiftung und die Kinder- und Jugendpsychiatrie des LMU Klinikums München mit der Plattform in Deutschland zentrale digitale Anlauf- und Informationsstelle für psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen werden. „ich bin alles“ setzt an der Stelle an, an der Kinder und Jugendliche am besten erreicht werden: im digitalen Raum als Webseite und durch Social-Media-Kanäle (TikTok, Instagram und Co.). Es werden Videos und Podcasts in zielgruppen- und altersgerechter Sprache angeboten. Wissenschaftliche und in der Praxis bewährte Erkenntnisse und Erfahrungen zu Diagnostik, Therapie und Prävention werden leicht verständlich „übersetzt“. Ein separater Bereich informiert Eltern und Angehörige und gibt Hilfestellungen. Das Infoportal wurde vorab auf seine Wirkung evaluiert.

www.ich-bin-alles.de

Informationsmail der Otto-Beisheim-Stiftung vom 28.10.2021

Hier – wie auch in anderen Bereichen – sollte die Transitionspsychiatrie gestärkt werden, d.h. es sollte spezielle Angebote für junge Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und psychischen Störungen im Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenpsychiatrie geben (vgl. Banaschewski et al. 2019). In eine ähnliche Richtung gehen Forderungen nach Kompetenzzentren, um gerade bei langwierigen Erkrankungen wie der Magersucht einem institutionellen Wechsel im Krankheitsverlauf zu vermeiden, der sich als nachteilig für den Behandlungserfolg erweist (vgl. Gerlinghoff/Backmund 2019: 220). Daher sollten bereichs- und altersübergreifende Angebote entwickelt und die Kooperation zwischen Jugendhilfe, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie gestärkt werden.

Anmerkungen:

- ¹ Im Folgenden wird abkürzend von Jugendhilfe oder KJH und von Jugendpsychiatrie oder KJP gesprochen.
- ² Im Weiteren wird vereinfachend von Mädchen gesprochen, wenngleich einige der Bewohnerinnen über 18 Jahre alt sind.

Literatur

AGJ - Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe et al. (2018): „Vom Kind und der Familie aus denken, nicht von den Institutionen!“ Ein gemeinsames Positionspapier zur Zusammenarbeit von Kinder- und Jugend-

psychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe, verfügbar unter: www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2018/Von-Kind-u-Familie_aus-denken-nicht_von-Institutionen.pdf

Banaschewski, T., Fegert, J.M., Freyberger, H., Karow, A., Reif, A., Schaff, C., et al. (2019): Transitionspsychiatrie – Herausforderungen und Lösungsansätze. Fortschritte der Neurologie • Psychiatrie, 87(11), 608-615.

Beck, N. (2016): Kooperation Jugendhilfe – Kinder- und Jugendpsychiatrie, veröffentlicht unter <http://www.sgbviii.de/files/SGB%20VIII/PDF/S192.pdf>

Darius, S., Hellwig, I. (2004): Zur Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, in: Fegert, J.M., Schrappner, C. (Hrsg.), 505-516

Fegert, J.M., Schrappner, C. (Hrsg.) (2004): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim und München: Juventa

Gerlinghoff, M., Backmund, H. und C. Obermeier (2017): Essen will gelernt sein. Weinheim und Basel: Beltz

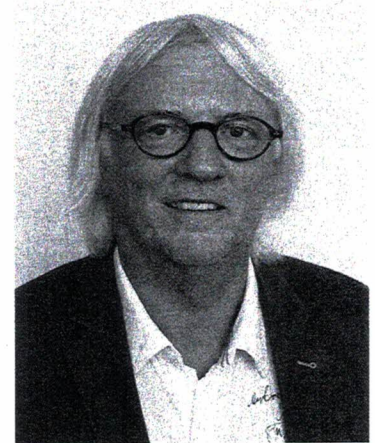
Gerlinghoff, M., Backmund, H. (Hrsg.) (2019): „Wir waren essgestört, traurig, einsam und leer – heute leben wir, wie es uns gefällt!“ Junge Frauen erzählen ihre Geschichte, Weinheim und Basel: Beltz

Späth, K. (2004): Rechtliche Grundlagen für Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie im SGB IX, in: Fegert, J.M., Schrappner, C. (Hrsg.), 499-504

Tetzer, M. (2015): Das Spannungsverhältnis zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Weinheim und Basel: Beltz



*Dr. Renate Breithecker, Soziologin
Zefie – Zentrum für individuelle
Erziehungshilfen
Ochsendorferstr. 19 • 76227 Karlsruhe
www.zefie.de*



*Oliver Freeseemann, Soziologe
Zefie – Zentrum für individuelle
Erziehungshilfen
Ochsendorferstr. 19 • 76227 Karlsruhe
oliver.freeseemann@zefie.de
www.zefie.de*

Arbeitshilfe „Damit gute Ernährung in der Jugendhilfe gelingt“

Ein Projekt in Sachsen beschäftigte sich mit der Frage, wie mit dem zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln gesunde Ernährung in stationären Einrichtungen gelingen kann. Im Ergebnis entstand eine Arbeitshilfe mit praxistauglichen Warenkörben und Rahmenkriterien. Diese wurden gemeinsam mit pädagogischen und hauswirtschaftlichen Fachkräften entwickelt und erprobt. Die altersangepassten, mahlzeitenorientierten Warenkörbe sind eine besondere Hilfestellung und können bei der alltäglichen Versorgung unterstützen. Den Fachkräften bieten sie einen Überblick zu tatsächlichen Ernährungsbedarfen bei Kindern und Jugendlichen. Nicht zuletzt können die Warenkörbe als eine wichtige Grundlage für Verhandlungen mit Kostenträgern hinsichtlich der Verpflegungspauschale dienen.

<https://parikom.de/projekte/ernaehrung-in-jugendhilfeeinrichtungen>