

Orexis – ein kooperatives Angebot von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie für anorektische Mädchen

Renate Breithecker, Oliver Freesemann

Esstörungen stellen eine nicht zu unterschätzende Gefahr für junge Menschen dar. Dies gilt besonders für Anorexia nervosa, die durch eine oft lange Behandlungsdauer der Patient*innen, Rückfälle und eine hohe Mortalitätsrate gekennzeichnet ist. Die Erkrankten verbleiben meist über einen sehr langen Zeitraum stationär in der Jugendpsychiatrie, auch weil spezialisierte Angebote der Jugendhilfe häufig fehlen. Die Behandlung und Betreuung von magersüchtigen jungen Menschen stellt somit einen Aufgabenbereich dar, der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) gleichermaßen angeht und im Sinne der Betroffenen eine enge Kooperation beider Systeme fordert. Diesen Ansatz verfolgt Orexis: Seit November 2019 bietet die intensivpädagogische Wohngruppe für Mädchen und junge Frauen mit einer diagnostizierten Anorexia nervosa im Anschluss an die stationäre Behandlung einen mittel- bis langfristigen Lebensort außerhalb der Herkunftsfamilie. Der folgende Beitrag¹ befasst sich insbesondere mit der zwischen den Institutionen stattfindenden Kooperation bei Orexis und arbeitet dabei mit dem Konzept der Reziprozität in Prozessen der Zusammenarbeit.

Das Alter der 13 bisher aufgenommenen Mädchen lag bei Aufnahme zwischen 12 und 19 Jahren. Ihr Verbleib in der Gruppe ist sehr unterschiedlich lang, sie lebten zwischen zwei Wochen und 19 Monaten in Orexis. Nach ihrer Entlassung kehren die meisten zu ihrer Familie zurück. Auffällig ist, dass nur eines der Mädchen einen Migrationshintergrund aufweist und alle ein hohes Bildungsniveau

haben. Orexis wurde vom Zentrum für individuelle Erziehungshilfen (Zefie) und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Klinik) in Karlsruhe gemeinsam konzipiert und wird auch in der Praxis gemeinsam umgesetzt, um eine angemessene interdisziplinäre Versorgung zu gewährleisten.

Dies ist nicht selbstverständlich, vielmehr kommt es zwischen den beiden Hilfesystemen nicht selten zu Missverständnissen und Konflikten (AGJ u. a. 2018), sie folgen unterschiedlichen Handlungslogiken und sind nicht ohne weiteres kompatibel. Gleichzeitig ist eine Zusammenarbeit oft notwendig, weil eine wachsende Zahl von Kindern und Jugendlichen in beiden Hilfesystemen versorgt wird und sich somit Schnittstellen und Übergänge ergeben (vgl. Beck 2016, Tetzler 2015). Diese Erfahrungen teilen auch Zefie und die Klinik, seit langem besteht eine Zusammenarbeit zwischen beiden Einrichtungen, die sukzessive ausgebaut und vertieft wurde. Mit Orexis wurde nun ein gemeinsames Angebot entwickelt, das von der Leitidee getragen ist, dass beide Träger auf Augenhöhe zusammenarbeiten und die Verantwortung teilen.

Damit eine solche Kooperation dauerhaft gelingt, sind bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen, insbesondere müssen beide Partner davon profitieren. Wir nehmen Bezug auf einen reziprozitätstheoretischen Ansatz, wonach stabile Beziehungen nur dann entstehen und fortgesetzt werden, wenn Gaben und Gegengaben

ausgewogen sind (vgl. Stöckinger 2020), und übertragen diesen auf die Kooperation von KJH und KJP. Wir stützen unsere Analyse auf leitfadengestützte Interviews² mit den Leitungsebenen und den Mitarbeiter*innen. Diese wurden im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung und Dokumentation von Orexis von uns durchgeführt. Da es zu Beginn des Projekts viele offene Fragen gab, mit Anpassungen und Änderungen gerechnet wurde, entschieden sich beide Kooperationspartner für dieses Vorgehen.

Anorexia nervosa: „Essen und Gewicht sind immer und überall Thema.“

Magersucht oder Anorexia nervosa gehört neben Ess-Brech-Sucht (Bulimie) und Esssucht (Binge-Eating-Disorder) zu den bekanntesten Essstörungen. Diagnosekriterien sind ein zu niedriges Körpergewicht, wobei der Gewichtsverlust selbst herbeigeführt wurde, weil große Angst besteht, zu dick zu werden und Gewicht und Figur stark verzerrt wahrgenommen werden. Hinzu kommt eine ablehnende Haltung gegenüber jeglicher Behandlung sowie eine fehlende Krankheitseinsicht (vgl. Gerlinghoff et al. 2017, 19 ff.). Betroffen sind überwiegend Mädchen und junge Frauen (90% der Erkrankten, ebd., 29) zwischen 12 und 25 Jahren, die Prävalenz in dieser Altersgruppe liegt bei ca. einem Prozent. Magersucht wird nicht selten von anderen psychiatrischen Störungen begleitet, dazu zählen insbesondere Depressionen, Zwangssymptome und Angststörungen. Hinzu kommen im Krankheitsverlauf vielfältige medizinische Begleiterscheinungen als Folge der Mangelernährung, des Medikamenten-missbrauchs (z. B. Abführmittel) und der übermäßigen körperlichen Bewegung.

Bezüglich der Ursachen für diese Erkrankung 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. 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.

Das macht deutlich, dass die Behandlung und Betreuung von magersüchtigen jungen Menschen sowohl in der Jugendhilfe als auch in der Jugendpsychiatrie erfolgt bzw. erfolgen sollte: Nach dem Abschluss der stationären Behandlung sind sie meist noch nicht so stabil, als dass eine Rückkehr in die Familie sinnvoll erscheint. Um eine weitere Hospitalisierung zu vermeiden, sind daher spezialisierte Wohngruppen notwendig, die eine schrittweise Rückkehr in den Alltag begleiten.

Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie: „Beide Kulturen sollten sich miteinander anfreunden.“

Gemeinsame Projekte und Angebote von KJH und KJP sind eher selten, denn die Beziehungen zwischen beiden Hilfesystemen gestalten sich durchaus spannungsreich. Zwar gibt es gemeinsame historische Wurzeln, aber die Behandlungsansätze, die theoretischen Anbindungen und Verortungen im Wissenschaftssystem unterscheiden sich: 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 ihre Bezugswissenschaften geprägt. Die jeweils eigenen professionellen und beruflichen Sozialisierungen können zu Berufsgruppenvorurteilen (Fegert/Schrappner 2004, 16) führen und so die kollegiale Zusammenarbeit behindern.

Trotz aller Unterschiede besteht eine gemeinsame Grundorientierung: Beide Bereiche richten sich an den Interessen und

Bedarfen ihrer Klient*innen aus und verfolgen das Ziel, für sie eine gute Versorgung zu gewährleisten. Das macht häufig eine enge Zusammenarbeit notwendig, denn „immer mehr Kinder, Jugendliche und ihre Familien sind auf ... eine Kombination von Jugendhilfe und medizinischen und therapeutischen Unterstützungen und Behandlungen angewiesen.“ (DGSF 2018, 1) Dies gilt vor allem für junge Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen, die nach einer stationären Behandlung einen hohen Anschlussbedarf an Jugendhilfemaßnahmen haben (vgl. Beck 2016).

Damit diese Kooperation gelingt, sollten bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein: (a) ein Mindestmaß an gemeinsamen Zielen und Überzeugungen sowie einen gemeinsamen „Gegenstand“; gelingt (b) nur zwischen Gleichen; muss sich (c) für beide Seiten lohnen und ist (d) von Personen abhängig, braucht aber Strukturen und Verfahren, um die Personen zu schützen (vgl. Fegert/Schrappner 2004, 23). Die dritte der genannten Voraussetzungen öffnet einen Bezug zu reziprozitätstheoretischen Überlegungen, welche im späteren Verlauf des Artikels noch ausführlich erläutert werden.

Kooperation im Rahmen von Orexis: „Wir wollen zusammen etwas erreichen.“

Orexis wurde von Zefie und der Klinik gemeinsam entwickelt, ist als Kooperationsprojekt konzipiert und soll in geteilter Verantwortung umgesetzt werden. Der Frage, ob bzw. wie weit dies gelungen ist, wurde im Rahmen von Interviews nachgegangen. Die Auswertung orientiert sich an den genannten Voraussetzungen, wobei wir im folgenden Abschnitt die Aspekte eins, zwei und vier nur kurz streifen und uns dann ausführlich auf den dritten Aspekt konzentrieren (vgl. dazu ausführlich Breithecker/Freesemann 2021).

a. Die Zielgruppe von Orexis – anorektische Mädchen – bildet den gemeinsamen

Gegenstand. Zefie und die Klinik 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 über die Behandlung in der Klinik, die einen „außeralltäglichen“ Bereich darstellt, hinaus Unterstützung, um in den Alltag zurückzufinden.

b. Soll die Kooperation auf Dauer gelingen, müssen sich die Partner als gleichwertig anerkennen und auf Augenhöhe begegnen, die Expertise und Arbeit des anderen wertschätzen sowie die Grenzen der eigenen Disziplin kennen und akzeptieren. Zu Beginn bestanden Vorbehalte, insbesondere die unterstellte bzw. erfahrene Statusungleichheit von Sozialer Arbeit und Psychiatrie führte auf Seiten des Orexis-Teams zur Sorge, nicht als gleichwertig akzeptiert zu werden. Diese Bedenken wurden verstärkt durch die tatsächlich bestehenden Unterschiede hinsichtlich Kompetenz und Erfahrung im Umgang mit anorektischen Mädchen. Während die Klinik seit langem mit diesen Patientinnen arbeitet, waren sie für das Team neu. In den Interviews wurde aber deutlich, dass die Klinikmitarbeiter*innen sich durchweg kooperativ und wertschätzend verhielten. Allerdings gab es im Hinblick auf die Notwendigkeit von stationären Wiederaufnahmen z.T. unterschiedliche Einschätzungen. Da in diesen Fällen die Entscheidung bei der Klinik liegt, fühlt sich das Team nicht als gleichwertig, muss aber die Aufgabenteilung akzeptieren.

d. Der persönlichen Ebene kommt gerade zu Beginn einer Kooperation große Bedeutung zu, auch im weiteren Verlauf zeigt sich immer wieder, wie wichtig ein guter Draht zwischen den Beteiligten ist: Kommt es zu personellen Veränderungen, läuft die Kooperation nicht selten holprig und muss sich neu einspielen. Um so wichtiger ist es, dass diese

strukturell gut verankert ist. Entsprechende Bindeglieder wurden im Rahmen der gemeinsam erarbeiteten Konzeption geschaffen und im Verlauf der Umsetzung ergänzt. Dazu zählen:

- das gemeinsame Aufnahmeverfahren, d. h. Klinik und Orexis entscheiden gleichberechtigt über die Aufnahme neuer Bewohnerinnen;
- die regelmäßige Gewichtskontrolle, die aufgrund des Krankheitsbilds erforderlich ist und in der Klinik durchgeführt wird;
- die ambulante Therapie, die mit einer Ausnahme in der Klinik stattfindet;
- die monatlich stattfindende Visite seitens der Klinik direkt in der Wohngruppe;
- die zugesicherte stationäre (Wieder-) Aufnahme von unter 18-jährigen Bewohnerinnen im Krisenfall durch die Klinik sowie die anschließende Wiederaufnahme in die Wohngruppe;
- gemeinsame Teambesprechungen, Fortbildungen und die Durchführung der Multi-Familien-Therapie.

Diese Bindeglieder sorgen für eine strukturelle Verankerung der Kooperation, sie entlasten und stützen die persönliche Ebene, schaffen durch die Aufgabenteilung in vielen Bereichen Klarheit und betonen zugleich die wechselseitige Verantwortung. Entstanden ist eine dichte, engmaschige Struktur, die aus Sicht der Mädchen allerdings ambivalent ist: Sie bedeutet eine umfassende und in einigen Fällen kontinuierliche medizinisch-therapeutische Betreuung, sie ist mit einer stärkeren Kontrolle verbunden, der sie sich kaum entziehen können.

**Gaben und Gegengaben – ein reziprozitätstheoretischer Blick auf Orexis:
„Ohne die Klinik hätten wir uns nicht so weit vorgewagt.“**

Die dritte von Fegert/Schrappner (2004) genannte Voraussetzung für eine gedeihliche Kooperation besagt, dass sich die-

se für beide Seiten lohnen muss und mit einem materiellen, fachlichen, sozialen und/oder politischen Gewinn verbunden sein sollte. Diese Voraussetzung stellt einen Bezug zu reziprozitätstheoretischen Ansätzen her, die zu einem tieferen Verständnis von erfolgreichen und gescheiterten Kooperationen beitragen können. Soziologische Reziprozitätstheorien gehen davon aus, dass Gaben, Geschenke und andere freiwillige Leistungen, die wir anderen Menschen geben, beziehungsstiftend sein können. Diese Gaben sind i.d.R. bewusst oder unbewusst mit (mindestens zwei) Erwartungen verbunden: Die andere Person nimmt die Gabe an und die gebende Person erhält eine angemessene Gegengabe. Diese Gegengaben können in (1) fürsorglichen, unterstützenden Tätigkeiten; (2) Dankbarkeit und Wertschätzung; (3) materiellen Erwidierungen oder (4) (innerer) Zufriedenheit der gebenden Person selbst bestehen. Die Gegengaben können zudem zeitlich verzögert und von anderen Personen als den Nehmenden gewährt werden. So entstehende Sorge-Beziehungen können zwischen reinem Geben und reinem Nehmen liegen. Wir nehmen aber an, dass eine möglichst gut austarierte Balance zwischen Geben und Nehmen eine wichtige Voraussetzung für stabile, dauerhafte Beziehungen ist. Erfolgt auf die Gabe keine (angemessene) Gegengabe, dann ist die Beziehung nicht ausbalanciert und es besteht das Risiko, dass sie beendet wird (vgl. Breithecker/Stöckinger 2021). Diesen reziprozitätstheoretischen Ansatz übertragen wir auf die Kooperation von Zefie und Klinik: Wenngleich sich deren Unterstützungsleistungen primär auf die anorektischen Mädchen beziehen, gibt es auch bedeutsame gegenseitige Gaben der Kooperationspartner. Werden diese nicht angenommen, nicht wahrgenommen und/oder nicht angemessen beantwortet, droht die Kooperation zu scheitern (vgl. ebd.). Die Interviews machen deutlich, dass Orexis für beide Partner mit einem

Benefit verbunden ist, bezogen auf die vier genannten Formen von Gaben lässt sich feststellen:

(1) Unterstützende Tätigkeiten: Orexis kann zu einer Entlastung der Klinik beitragen, weil es nun eine sichere Aufnahmeperspektive für die Mädchen gibt und eine Kontinuität in der medizinisch-therapeutischen Versorgung gewährleistet ist, die als positiv für den Heilungsprozess angesehen wird (vgl. AGJ 2018, Beck 2016). Andererseits kann die Wohngruppe die Mädchen nur deshalb aufnehmen, weil die Klinik weiterhin die medizinische Verantwortung trägt und im Krisenfall die (Wieder-) Aufnahme der unter 18-Jährigen garantiert. Die Klinik übernimmt aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen in der Behandlung von Essstörungen auch Beratungsaufgaben für das (junge) Team. Durch diese Gaben wird das Betreuungsteam deutlich entlastet, Kontrolle wird ausgelagert, Verantwortung abgegeben und die notwendige Sicherheit geschaffen, damit sich die Mitarbeiter*innen an die „Todeszone“ heranwagen. Im Gegenzug unterstützt das Team die medizinisch-therapeutische Arbeit der Klinik durch umfangreiche Dokumentationen und die Übernahme von Kontrolle (Ernährung, Medikation, Wiege- und Therapietermine).

(2) Dankbarkeit und Wertschätzung sind in den Interviews deutlich zu erkennen: So wird der Erfahrungsvorsprung der Klinik anerkannt und als sehr hilfreich erlebt, Zefie zeigt sich *„extrem dankbar für das Know How“*. Umgekehrt bescheinigt die Klinik dem Team: *„Das sind motivierte junge Leute, die da was Neues beginnen.“* Es gibt aber auch kritische Situationen – etwa, wenn seitens des Teams krisenhafte Entwicklungen wahrgenommen werden, die die Klinik nicht teilt. Dann kann es vorkommen, dass sich das Team im Stich gelassen fühlt, auch wenn die Zusammenarbeit insgesamt als kooperativ erlebt wird.

(3) Gegenseitige materielle Erwidern der Kooperationspartner gibt es nicht. Dennoch können beide in finanzieller Hinsicht von Orexis profitieren, denn durch das Projekt werden neue Stellen geschaffen bzw. bestehende gesichert. Damit sind nicht nur die entstehenden Kosten gedeckt, vielmehr ergeben sich perspektivisch neue Möglichkeiten für weitere Projekte, die in wirtschaftlicher Hinsicht von Interesse sind.

(4) (Innere) Zufriedenheit entsteht u. a. dadurch, dass man sich einem neuen Projekt, einem anderen Thema zuwendet: So ist Orexis für Zefie reizvoll, weil es außerhalb der klassischen Jugendhilfe liegt und eine andere Klientel anspricht. Der innovative Charakter wird immer wieder betont: *„Es gab vorher nichts, was etabliert war.“* Aber auch für die Klinik kann Orexis mit einem Imagegewinn verbunden sein: Ein innovatives Angebot, eine gelungene Kooperation und die Spezialisierung auf eine schwierige Zielgruppe tragen zur Reputation bei.

Die Ausführungen machen deutlich, dass Kooperationen als Austausch von Gaben verstanden werden können: Beide Partner bringen ihre Kompetenzen ein, sie unterstützen und entlasten den anderen und erhalten ihrerseits Gegen Gaben. Dabei kommt es nicht nur auf ein ausgewogenes Verhältnis von Geben und Nehmen an, vielmehr müssen beide Seiten auch ein inneres Gleichgewicht finden, der Aufwand muss sich lohnen, der Gewinn angemessen sein. Für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer ausbalancierten Beziehung ist es wichtig, die Erwartungen an die Kooperation ebenso offen zu legen wie die (Un-)Zufriedenheit mit den erhaltenen Gaben. Zu vermeiden ist ein (wahrgenommenes) Ungleichgewicht zwischen den Partnern, denn es führt – wie Reziprozitätstheorien betonen – zu Instabilität oder zum Abbruch von Beziehungen (Stöckinger 2020, 228).

Ausblick: „Orexis wäre vor fünf Jahren noch undenkbar gewesen.“

Die Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie wird sich in den kommenden Jahren weiter verstärken (müssen). Gerade vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie sind vielfältige Belastungen junger Menschen zu beobachten, die einen Anstieg psychischer Auffälligkeiten vermuten lassen. Und so kann Orexis als Test für weitere Kooperationen von Klinik und Zefie betrachtet werden. Für eine gedeihliche Kooperation beider Bereiche erweisen sich gemeinsame Ziele, gegenseitige Wertschätzung, gute persönliche Beziehungen und eine strukturelle Verankerung als zentrale Voraussetzungen. Von großer Bedeutung für den Aufbau und die stabile Fortführung ist zudem ein ausgewogenes Verhältnis von gewährten und erhaltenen Unterstützungsleistungen sowie die Kommunikation der Erwartungen und Erfahrungen. Bisher ist dies bei Orexis gut gelungen, durch den regelmäßigen Austausch konnten Sorgen offen angesprochen, manche Befürchtungen ausgeräumt und notwendige Anpassungen vorgenommen werden. Orexis bildet damit auch eine Blaupause für die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie: Wenn man die Verantwortung teilt, kann man mehr wagen und die Hilfen gemeinsam weiterentwickeln.

Anmerkungen

- 1 Dieser Text ist eine überarbeitete und gekürzte Fassung des in den „Blättern der Wohlfahrtspflege“, Jg. 167, Heft 2/2022, S. 68-71 veröffentlichten Beitrags.
- 2 Im Text finden sich Passagen aus den Interviews, die jeweils kursiv und in Anführungszeichen gesetzt versehen sind.

Literatur

AGJ – Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe et al. 2018: „Vom Kind und der Familie aus denken, nicht von den Institutionen!“, https://www.agj.de/fileadmin/files/positionen/2018/Von-Kind-u-Familie_aus-denken-nicht-von-Institutionen.pdf, (abgerufen am 28.12.2021)

- Beck, Norbert 2016: Kooperation Jugendhilfe – Kinder- und Jugendpsychiatrie, <http://www.sgbviii.de/files/SGB%20VIII/PDF/S192.pdf>
- Breithecker, Renate/Freesemann, Oliver 2021: Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie: Die Wohngruppe Orexis für Mädchen mit Anorexia nervosa. Dialog Erziehungshilfe 4/2021
- Breithecker, Renate/Stöckinger, Maik 2021: Zwischen Asymmetrie und Balance: Der Blick von Geflüchteten auf bürgerschaftliches Engagement. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 168. Jg., H. 3/2021, 86-89
- DGSF und Fachverbände für Erziehungshilfen 2018: Impulspapier zu den Voraussetzungen einer gelingenden Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen, <https://www.dgsf.org/themen/stellungnahmen-1/impulspapier-voraussetzungen-einer-gelingende-kooperation-zwischen-jugendhilfe-und-gesundheitswesen> (abgerufen am 28.12.21)
- Fegert, Jörg M./Schraper, Christian (Hg.) 2004: Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim/München
- Gerlinghoff, Monika/Backmund, Herbert/Obermeier, Cordula 2017: Essen will gelernt sein. Weinheim/Basel
- Gerlinghoff, Monika/Backmund, Herbert (Hg.) 2019: „Wir waren essgestört, traurig, einsam und leer – heute leben wir, wie es uns gefällt!“ Junge Frauen erzählen ihre Geschichte, Weinheim/Basel
- Stöckinger, Maik 2020: Care anders denken. Vorstellungen junger Erwachsener zur Gestaltung von Fürsorge, Bielefeld
- Tetzer, Michael 2015: Das Spannungsverhältnis zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Weinheim/Basel



Dr. Renate Breithecker ist wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Zefie und führt Praxisforschungsprojekte durch, ihre Schwerpunkte sind (stationäre) Angebote der Jugendhilfe und Bürgerschaftliches Engagement. Kontakt: www.zefie.de



Oliver Freesemann ist Soziologe und bei Zefie für wissenschaftliche Begleitungen und Öffentlichkeitsarbeit zuständig. Kontakt: www.zefie.de