

## **Moderator Hofrat Dr. Krottenthaler: Vorstellung von Herrn Primar Dr. Werner Leixnering**

„Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in Oberösterreich untrennbar mit dem Namen „Leixnering“ verbunden. Prim. Dr. Werner Leixnering ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Psychotherapeut mit individualpsychologischem Schwerpunkt. Nach langjähriger Tätigkeit an der Universität in Wien als Facharzt und Lehrbeauftragter hat Primarius Leixnering seit 2001 die Leitung der Abteilung Jugendpsychiatrie in der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg inne und diese innerhalb einiger Jahre zu einer zentralen Drehscheibe der sozialen und präventiven Psychiatrie des Kindes- und Jugendalter ausgebaut. Primarius Leixnering ist überdies als ärztlicher Leiter des Therapiezentrums „Bienenhaus“ des SOS-Kinderdorfes in der Hinterbrühl tätig. Publikationen, vornehmlich auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder/Jugendneuropsychiatrie, insbesondere interdisziplinäre Fragen der Erziehung entwicklungs- und verhaltensbeeinträchtigter Kinder und Jugendlicher betreffend, seien als prägnanter Teil seiner wissenschaftlichen Arbeiten nur kurz erwähnt. Ich darf Dich, sehr geehrter Herr Primarius, um deine Ausführungen zum Thema: Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte der sozialen Arbeit in Familien ersuchen.“

### **Prim. Dr. Werner Leixnering zum Thema:**

#### **„Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte der sozialen Arbeit in Familien“**

**– eine nur geringfügig bearbeitete Wiedergabe des Referates von der Fachtagung**



„Sehr geehrter Herr Landtagsabgeordneter, lieber Herr Hofrat, meine sehr geehrten Damen und Herren!

Zunächst einmal möchte ich mich ganz herzlich für die Einladung bedanken, verbunden mit meiner besonderen Gratulation für das Jubiläum. Denn es ist für einen Kinder- und Jugendpsychiater schon etwas sehr ehrenvolles, aufgenommen zu werden in die Gruppe jener, die eigentlich alles andere wollen als mit der Psychiatrie zu tun zu haben. Und dieser Gedanke ist einer, der für mich auch Anlass war oder Anlass ist, Ihnen heute einige Überlegungen zu präsentieren.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen medizinischen und nicht-medizinischen Berufsgruppen hat sich gezeigt, dass sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie immer mehr verselbständigt, und

demnächst auch ein eigenes Fachgebiet sein wird. Diese Zusammenarbeit, vor allem mit den nicht-medizinischen Berufsgruppen, ist eigentlich ein Charakteristikum der Jugend- und Kinderpsychiatrie. Speziell dort wo es um die Befassung mit Kindern und Jugendlichen geht, die schwersten Belastungen ausgesetzt sind oder waren. Gerade die Zusammenarbeit mit diesen Berufsgruppen stellt eigentlich eines der vorrangigen Aufgabengebiete unseres Wirkens dar.

Kinder- und Jugendpsychiatrie zu betreiben, ohne diese gleichzeitig unter einem sozialpsychiatrischen Aspekt zu sehen, scheint mir undenkbar. Um so lieber bin ich auch hierher nach Oberösterreich in das „Mekka der Sozialpsychiatrie Österreichs“ gekommen, weil ich wusste, dass dieser Gedanke hier im gesamten psychiatrischen Bereich sehr hochgehalten und sehr entwickelt worden ist.

Nun, Kinder- und Jugendpsychiatrie, unter dem Aspekt der Sozialpsychiatrie, kann also nicht nur ein schmückendes Beiwort sein. Sondern ich würde sagen, eine Kinder- und Jugendpsychiatrie, die keine Sozialpsychiatrie ist, ist keine Kinder- und Jugendpsychiatrie! Denn es gibt keinen Bereich in dem die Befassung mit dem Umfeld eines jungen Menschen nicht erforderlich wäre, wenn wir mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben. Und ich möchte das bewusst auf diese beiden Gruppen verstanden und bezogen wissen.

Kinder sind - gerade auch bei Fragen der Traumatisierung – noch etwas anders zu betrachten als Jugendliche, das wurde heute schon gesagt. Aber auch Jugendliche haben, gerade wenn es um Fragen der Folgen von Traumatisierungen geht, einen ganz besonderen Anspruch darauf, dass man sich auch mit ihrem Umfeld und mit den Personen befasst, mit denen sie zusammenleben – und da bin ich jetzt schon in der Sozialpädagogik.

In diesem Zusammenhang bin ich schon vor vielen Jahren, in Ausübung meiner Tätigkeit in Wien, an das Konzept der Kinderschutzzentren (damals noch unter Herrn Paulischin) und dann im weiteren auch der Kinderschutzgruppen, die ja in den Spitälern zunehmend etabliert worden sind, gestoßen. Dort habe ich miterleben dürfen, wie wichtig die gegenseitige Befruchtung nicht nur des Wissens, sondern auch der Perspektiven, der unterschiedlichen Berufsgruppen ist. Und darauf möchte ich einen besonderen Wert legen: auf die Perspektiven! Denn es ist einfach ein Unterschied, ob man in einem Berufsfeld arbeitet bei dem das Pathologische in den Vordergrund gestellt wird. Oder ob das eine Berufsgruppe ist, die nicht primär vom Pathologischen ausgeht und eigentlich von der Idee der Entwicklung, der wünschenswert regulären Entwicklung, gekennzeichnet ist. Das schärft und verändert die Perspektiven. Und dort sehe ich auch das wirklich Lohnende in dieser interdisziplinären Zusammenarbeit und in den Konzepten der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und anderen Berufsgruppen. Vor allem den Berufsgruppen der sozialen Arbeit. Mir als Außenbetrachter

gefällt diese Entwicklung hin zum Begriff der sozialen Arbeit sehr gut, weil ich immer schon ein bisschen Probleme hatte diesen Bereich all zu sehr zu „filetieren“.

Nun, was sind denn nun im Detail die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

- Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es zunächst, das Problem eines jungen Menschen zu erkennen. Darum rankt sich auch der Begriff der „**Diagnostik**“, der manchmal - mehr als es uns lieb ist - als das Haupt- und Aufgabengebiet des Kinder- und Jugendpsychiaters gesehen wird. Die Medizin soll Diagnosen stellen; dabei handelt es sich jedoch nicht um einen punktuellen Vorgang, sondern um einen sehr differenzierten Prozess, bei dem es wieder der interdisziplinären Zusammenarbeit bedarf.
- Die zweite Aufgabe ist das „**Behandeln**“ – darauf gehe ich später noch näher ein.
- Als dritte ganz zentrale Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird die „**Prävention**“ genannt - das Vorbeugen. Es ist also durchaus auch Anliegen von Medizinern - und zwar ein immer wichtiger werdendes Anliegen, auch in der Gesundheitspolitik - an sich zu verhindern, dass sie überhaupt zuständig und gebraucht werden.
- Die „**Rehabilitation**“, auch darüber werde ich noch reden. Diese Prozesse erfolgen immer häufiger sehr rasch im sozialen Feld und nicht mehr in der medizinischen Institution; dies ist ein besonderes Anliegen in der Psychiatrie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Und letztlich ein Gebiet, das manchmal ein sehr schwieriges und auch belastendes ist: nämlich die „**Begutachtung**“ - vor allem im forensischen Sinn. Also das Tätigwerden des Kinder- und Jugendpsychiaters im Gerichtsauftrag. Auch hier gibt es Berührungspunkte mit Tätigkeiten des Kinderschutzzentrums.

Nun wenn ich auf diese einzelnen Bereiche vielleicht noch ein wenig eingehen darf, so beginne ich noch einmal mit dem „**Erkennen**“. Was heißt denn eigentlich kinder- und jugendpsychiatrisch „Erkennen“? Was heißt es denn eigentlich das Problem eines jungen Menschen zu erfassen? Dieses „Erkennen“ muss deutlich über das hinausgehen, was man Verhaltensbeschreibung bzw. Verhaltensfassung nennt. Natürlich muss diese stattfinden und natürlich gehören wir zu denjenigen Berufsgruppen, die Wert auf eine gewisse systematisierte Erfassung dieser Verhaltensmuster und auch der Erlebensmuster von Kindern und Jugendlichen Wert legen. Aber damit ist ja noch nicht die Diagnose gestellt; diese ist zum Beispiel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch ganz wesentlich auf die Anamnese aufgebaut. Auf das, was das Biographische, das Lebensgeschichtliche von Kindern

betrifft. Und das erfahren wir sehr oft nur in der intensiven Zusammenarbeit mit Angehörigen sozialer Berufe. Es ist einfach so, dass wir uns ein umfassendes Bild machen müssen, und dass wir gerade in Fällen von Kindern, die schwere Traumatisierungen erlitten haben, dieses Wissen gar nicht ausschließlich von Angehörigen bekommen, sondern dass wir es mit anderen Berufsgruppen gemeinsam erarbeiten müssen. Das gilt sowohl für die Sozialarbeit im engeren Sinne als auch für die Sozialpädagogik. Beide Berufsgruppen sind diejenigen, auf deren Know-how und auf deren Erkenntnisse wir nicht verzichten können. Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, um das noch mal so zu sagen, ist also nicht nur ein Prozess, sondern es ist ein interdisziplinärer Prozess. Und ich versuche immer wieder auch unseren Kolleginnen und Kollegen aus anderen Berufen an der Abteilung zu sagen: wir sind *gemeinsam* dabei eine Diagnose zu stellen, und wir sind *gemeinsam* daran, therapeutisch tätig zu sein. Ich habe immer gewisse Schwierigkeiten, die Aufgabe der „Diagnostik“ nur einzelnen Berufsgruppen zuzuordnen. Ich weiß schon, dass das zum Teil vom Gesetzgeber her auch gefordert ist, aber es geht manchmal durchaus an der Realität vorbei.

Das gleiche gilt natürlich auch für das „**Behandeln**“. Kinder- und Jugendpsychiatrie, ohne sozialpädagogische Gedankengänge ist keine Kinder- und Jugendpsychiatrie! Ich wurde zurecht in der Pause daran erinnert, dass ich die Individualpsychologie Alfred Adlers repräsentiere. Und gerade Alfred Adler hat das bereits über die Idee der Erziehungsberatung ganz früh mit seinen engsten Mitarbeitern erkannt: nicht nur die Arbeit mit den Angehörigen, sondern auch die Arbeit mit den Kindern selber, läuft sehr oft über den Alltag. Über gestaltende Prozesse im Alltag und nicht nur im klassischen therapeutischen Einzel-Setting. Die frühe Individualpsychologie hat zum Beispiel sogar die Kühnheit gehabt, die Begriffe „Heilpädagogik und Kinderpsychotherapie“ identisch zu sehen. Das würden wir heute so natürlich nicht mehr sagen können und wollen. Aber man muss manchmal an die Wurzeln zurückgehen, um Wesentliches zu behalten.

### **„Vorbeugen“**

Es ist wohl klar, dass der Kinder- und Jugendpsychiater das Anliegen hat, alle Maßnahmen zu unterstützen, und vielleicht bei solchen mitzuwirken, wo vorbeugende Arbeit geleistet wird. Ich meine hier Maßnahmen der Elternbildung; ich meine hier Maßnahmen der allgemeinen Information über die Sicherung von Gesundheit - um über den Begriff der „Resilienz“, der heute schon genannt worden ist, zu sprechen. Ich möchte in diesem Zusammenhang noch einmal aufgreifen, dass wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie heute sehr gerne von „Entwicklungspsychiatrie“ sprechen. Das heißt, überall dort mitzuwirken und Wissen einzubringen, wo es darum geht, positive Entwicklungen sicherzustellen. Genau dort sehe ich die große Chance der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Natürlich gibt es verschiedene Maßnahmen der Vorbeugung. Sie wissen, es gibt die primäre, die sekundäre und die tertiäre Prävention. Natürlich haben wir nicht nur mit der primären Prävention zu tun. Sondern wir haben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vielfach mit der sekundären, manchmal auch mit der

tertiären Prävention zu tun. Also dort, wo es gilt mitzuwirken, dass bereits erlittenes Unheil, entstandenes Leid bzw. eine entstandene Krankheit sich möglichst nicht noch verschlimmert.

Auch bei der „**Rehabilitation**“ müssen wir klar sagen, dass das nicht ausschließlich und primär eine Aufgabe des Spitals sein kann. Die Rehabilitation ist tatsächlich eine Maßnahme, die in der Psychiatrie zunehmend aus dem Spital herausverlagert worden ist, und das aus gutem Grund. In Oberösterreich werden zum Beispiel von der „Pro mente“ Einrichtungen betrieben, wie die „Blue Box“ oder demnächst für Burschen eine ähnliche Einrichtung, die „Red Box“ heißen wird. Bei Maßnahmen der Rehabilitation wirkt Kinder- und Jugendpsychiatrie zwar mit, aber ein hoher Teil der Arbeit wird aber von Angehörigen anderen Berufsgruppen geleistet. Und die „tragende Begleitung“ ist das eigentlich Heilende. Sie haben heute gehört, wie wichtig es ist, junge Menschen oft langfristig zu begleiten - und je stärker die Traumatisierung war um so eher. Und diese langfristige Begleitung kann man nicht durch einen kurzen medizinisch - interventiven Einsatz sicherstellen, sondern hier geht es auch wieder um das Tagtägliche. Ich glaube überhaupt, dass die Beachtung des Tagtäglichen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen etwas ganz Zentrales ist, und dass wir nicht ausschließlich auf ganz umschriebene Momente eines therapeutischen Aktes fokussieren dürfen. Das ist - glaube ich - sehr wichtig!

Jetzt noch zur **Begutachtung**.

Begutachtung ist eine Notwendigkeit im Auftrag des Gerichtes, um dem Gericht zu helfen „zur Wahrheit zu kommen“. Begutachtung aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht muss aber immer auch bedeuten, die Interessen junger Menschen sicherzustellen. Daher war es kein Zufall, dass der Kinder- und Jugendpsychiater Professor Max Friedrich in Österreich ganz zentral darauf hingearbeitet hat, dass jene Maßnahme, die heute durch Kinderschutzzentren durchgeführt wird, nämlich die Prozessbegleitung, überhaupt etabliert worden ist. Denn auch das ist eine präventive Maßnahme. Sie kennen diesen den Begriff der sekundären Viktimisierung: Was passiert, wenn alles noch einmal – womöglich inadäquat - aufgerollt wird? Wir können uns gottlob heute schon gar nicht mehr vorstellen, dass Kinder und Jugendliche in Gerichtsverfahren nicht kontradiktorisch – also in vom Verhandlungssaal räumlich getrennten Settings - vernommen werden. Das war – und so lange ist das noch gar nicht her - früher überhaupt kein Thema. Ich habe noch erlebt, wie Kinder im Gerichtssaal gestanden sind und dort vor versammelter Menge befragt wurden. In Anwesenheit von mutmaßlichen Tätern. Das heißt nun: die forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie ist hoch interessiert, Begleitmaßnahmen sicherzustellen, die wieder Aufgaben der sozialen Arbeit sind, um Kindern gravierende Folgen, nämlich Zusatzfolgen bereits erlittenen Unrechts und Unheils zu ersparen oder diese zumindest zu mildern. Mir hat eine Feststellung des sehr anerkannten deutschen Kinder- und Jugendpsychiaters und Mentors der deutschsprachigen forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Prof. Reinhard Lempp, immer sehr imponiert, der ein bisschen gewagt war: „Ein Gutachter in der

Kinder- und Jugendpsychiatrie muss in einem gewissen Sinn der Anwalt des Kindes sein.“ Es ist natürlich in juristischer Sicht kaum nachvollziehbar, dass ein Gutachter ein Anwalt ist. Aber vom Anliegen her ist das schon klar. Heute denken wir noch viel weiter. Wir überlegen, ob nicht Kinder überhaupt eine spezielle anwaltliche Vertretung in verschiedenen Verfahrensbereichen brauchen. Vielfach ist hier natürlich der Kinder- und Jugendpsychiater aufgerufen, dies einzumahnen und darauf zu achten.

Sie sehen also, anhand dieser Auflistung des Aufgabengebietes der Kinder- und Jugendpsychiatrie: es gibt keinen Bereich, wo nicht die unmittelbare Zusammenarbeit mit Angehörigen sozialer Berufe eine vorrangige Stellung einnehmen würde. Und daher werden Sie weltweit keine Kinder- und Jugendpsychiatrie finden, wo nicht auch Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen und andere Angehörige sozialer Berufe tätig sind.

Nun ich möchte noch auf einen zweiten Gedanken eingehen, der heute zwar schon angesprochen worden ist, der mir aber in diesem Zusammenhang doch noch einmal sehr wichtig erscheint. Es ist in den letzten Jahren im Verständnis für Psychopathologie bei Kindern und Jugendlichen deutlich die Erkenntnis hinzugekommen, dass es eine große Zahl von jungen Menschen gibt, bei denen eine wichtige Ursache des Auftretens von Psychopathologie die erlittene Traumatisierung ist. Auch dieses Verständnis für das Entstehen und die Bewertung normabweichenden Verhaltens und Erlebens war nicht immer so in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Und wir müssen froh sein, dass dieser Erkenntnisprozess gelaufen ist. Das führte natürlich dazu, dass die Befassung mit der realen Umwelt - und nicht nur mit einer von Kindern gedachten und phantasierten Lebensumwelt, sondern mit der realen Umwelt und den dort stattgehabten Lebensbedingungen - in einen ganz zentralen Fokus kinder- und jugendpsychiatrischen Denkens gerückt ist; und dass natürlich in der Folge ein besonderes Augenmerk auf die Arbeit mit und das Engagement für jene Personen gelegt worden ist, die auch in Zukunft mit dem Kind zusammenleben werden. Ich glaube, dass es nicht nur um therapeutische Verfahren am Kind selbst geht, sondern dass es um Stärkung in der Begleitung von Kindern geht und dass Kinder gerade das brauchen. Kollegin Schuch hat eindrücklich darauf hingewiesen, dass dieses Bedürfnis nach Schutz ein sehr Zentrales ist. Natürlich entsteht aus der Verzweiflung der wichtige Resilienzfaktor, dass ich mich auf mich selber verlassen können muss. Aber das bedeutet für die begleitenden Personen wiederum das zu akzeptieren und das auch in seiner Bedeutung zu erkennen. Denn das heißt ja unter Umständen von einem Kind auch etwas zu akzeptieren, was man so vielleicht gar nicht erwartet hat. Ein gewisses Selbstbewusstsein, das manchmal ein wenig unpassend erscheint. Wir Erwachsene, die mit Kindern und Jugendlichen zusammenarbeiten und mit ihnen zusammenleben - in welchem Kontext auch immer (ob im herkunftsfamiliären, ob im sozialpädagogischen Kontext, ob in bestimmten Aufgaben wie der Erziehungsarbeit in ihren verschiedenen Formen oder in der begleitenden Familienhilfe) - wir müssen lernen diesen Menschen das Know-how zu geben, um

gerade mit diesem auch unerwarteten Verhalten von Kindern und Jugendlichen gut zurecht zu kommen.

Ich darf da vielleicht noch einen Gedanken hineinbringen, der das unterstützen könnte. Es zeigt sich, dass sich die Behandlungsansätze der Kinder- und Jugendpsychiatrie (international gesehen) zunehmend wegbewegen vom klassischen stationären Ansatz. Vor allem bei Kindern. Und eigentlich sollte es dahin gehen, dass wir immer mehr versuchen, tagesklinische Konzepte in den Vordergrund der Behandlung zu stellen, sofern sie sich durchführen lassen. Dabei gibt es Hindernisse: die Überwindung von großen Distanzen, Fragen der Erreichbarkeit, etc. Aber wir sehen, dass vor allem in Fällen, wo letztlich nicht der Aspekt des unmittelbaren Schutzes im Vordergrund steht - der nicht immer von der Kinder- und Jugendpsychiatrie wahrzunehmen ist, sondern von anderen Institutionen - die gleichzeitige Arbeit mit den begleitenden erwachsenen Personen in solchen tagesklinischen Konzepten viel besser gelingt. Und auch das zeigt eigentlich, wie sehr es das Bestreben des Fachgebietes ist, sich mehr oder weniger in das soziale Feld hineinzubegeben.

Auch die Idee des „Home - Treatments“, die in England entwickelt wurde und auch in Deutschland immer wieder umgesetzt wird, geht genau in diese Richtung, Behandlungsansätze in der Lebenswelt der jungen Menschen zu verstärkt einzusetzen. Mir scheint, dass in der Sozialpädagogik der Weg ganz eindeutig dorthin geht, und ich glaube er geht zurecht dorthin. Ich darf selber hier in Linz in einer großen sozialpädagogischen Einrichtung als Konsiliarpsychiater mitwirken, und erlebe dort, welche Möglichkeiten es gibt, und welche Chancen sich auch ergeben - bei Kindern und Jugendlichen, wo man eigentlich fast schon „das Handtuch geworfen“ hätte - trotzdem eine Begleitung sicherzustellen. Teilweise mit unkonventionellen und unerwarteten Mitteln. Aber je älter Jugendliche werden, um so eher muss man dann auch zu solchen Mitteln greifen. Man muss hier auch wirklich sehen, dass die Arbeit mit Kindern eine andere ist als mit Jugendlichen, welche womöglich schon sehr lange Traumatisierungen hinter sich haben, die mehr oder weniger erkannt und ernstgenommen wurden. Dann sind die daraus folgenden psychopathologischen Folgen einfach viel gravierender.

Ich meine also - um jetzt zum Abschluss einen Blick in die Zukunft zu machen - dass die Zukunft der Stärkung der Zusammenarbeit mit dem sozialen Feld zu gelten hat. Die Zukunft in der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und sozialer Arbeit hat, glaube ich, in erster Linie zum Ziel zu haben, gemeinsam die optimalen Betreuungsprojekte zu entwickeln. Und ich möchte nicht davor „warnen“, aber ich möchte sicherstellen, dass man nicht in Zeiten, in denen man sich aus verschiedenen Gründen in den Ressourcen etwas beengter fühlt, sagt: „Das Einfachste ist, wir geben die Kinder und Jugendlichen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie.“ Das ist, glaube ich gerade in diesen Fällen, nicht der Weg der Zukunft. Sondern der Weg müsste vielmehr sein, dass die Ressourcen der Kinder- und Jugendpsychiatrie - die medizinischen und die nichtmedizinischen - vielmehr eingesetzt werden, um ins „Feld“ hinauszugehen. Dorthin, glaube ich, müsste die Planung

und die Umsetzung gehen. Und dafür werden wir uns, nach Maßgabe unserer Möglichkeiten, natürlich auch einsetzen. Ich sage das aus Überzeugung, weil ich schätzen gelernt habe, was Oberösterreich gerade auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie zustande gebracht hat. Ich freue mich besonders, dass Herr Prim. Dr. Aichinger heute hier ist, denn er hat maßgeblichen Anteil gehabt an der Entwicklung dessen, was wir heute fertig stellen konnten. Und ich bin daher zuversichtlich, dass auch künftig in diesem Bundesland Entwicklungen in der skizzierten Form möglich sein werden.

Ich glaube daher - und das soll jetzt der Abschluss werden: Die Zukunft der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und der sozialen Arbeit - oder drehen wir es gerne auch um, der sozialen Arbeit und der Kinder- und Jugendpsychiatrie - muss in der Gemeinsamkeit und in der Prävention liegen. Und es darf nicht passieren, was mir vor vielen, vielen Jahren in Wien widerfahren ist: dass wir in der Not ein bislang psychisch gesundes Kind nach einer schweren Traumatisierung aufgenommen haben und ich mich mit der berechtigten Sorge der Verantwortungsträger auseinandersetzen musste: „Das Letzte, was dieses Kind braucht, ist doch die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dankeschön!“

**Moderator Dr. Krottenthaler:**

„Vielen Dank, Herr Primarius, für die Ausführungen, und natürlich auch für die Bezeichnung, dass Oberösterreich geradezu das „Mekka der Sozialpsychiatrie“ ist. Das macht uns natürlich stolz. Danke auch für diese Brücke, die Du schlägst, zwischen der sozialpädagogischen Arbeit und der sozialpsychiatrischen Arbeit. Sodass also das Eine mit dem Anderen so verquickt ist, dass sie ohne gegenseitige Unterstützung fast nicht denkbar sind.“

**Frage an den Herrn Primarius Leixnering:**

**Fragesteller aus dem Publikum:**

**„Wie sehen Konzepte für eine Prävention in der Realität aus?“**

**Primarius Dr. Leixnering:**

„Es ist sehr wichtig, danach zusehen, wer sind die Anforderer dieser Konzepte? Generell glaube ich, dass es wichtig und schön wäre, wenn man bei Kindern und Jugendlichen, bei denen man noch nicht die Befürchtung hat, dass es sich bereits um eine schwere psychiatrische Störung handelt, bereits den Kontakt zur Kinder- und Jugendpsychiatrie sucht. Und damit Planungsarbeit macht, auch ohne, dass „der Hut schon brennt“. Da gibt es schon Ansätze dazu, das bedingt aber ein Umdenken. Das heißt: Die Kinder –und Jugendpsychiatrie hole ich mir schon herein, bevor ich das Gefühl habe, jetzt



kann ich gar nicht mehr. Denn das ist manchmal unser Problem, dass wir erst zu einem Zeitpunkt mit Kindern und Jugendlichen befasst werden, wo alle anderen schon sagen „jetzt geht es nicht mehr“. Und wenn ich präventiv denke, dann sollte diese Kommunikation zB. zwischen SozialpädagogInnen und uns eigentlich viel früher einsetzen. Das bedarf natürlich eines Ressourcenausbauens, das ist schon klar. Es sollte aber künftig standardmäßig zum Aufgabengebiet von Kinder- und Jugendpsychiatern gehören, Liason- und Konsiliarpsychiatrie zu machen (das wird bei künftigen Personalplanungen zu berücksichtigen sein). Diese spitals-externe Tätigkeit sollte auch bereits in der Ausbildung berücksichtigt sein.“