



## Wie kann man das Ungeheuerliche verstehen?

### Gemeinsame Stellungnahme der Fachgesellschaften DGPPN und DGKJP zur Problematik von Kindstötungen

In den letzten Wochen und Monaten sind in Deutschland eine Reihe von Kindstötungen durch Mütter bekannt geworden. Dabei geht es um zwei psychologisch und kriminologisch unterschiedliche Sachverhalte: zum einen um Tötungen gleich nach der Geburt und zum anderen um die Tötung von Kindern, die bereits Jahre bei ihren Müttern lebten. Unter den Täterinnen waren vereinzelt auch Mütter mit schweren psychischen Erkrankungen. In den Medien und in der Öffentlichkeit ist so oftmals der Eindruck entstanden, psychisch kranke Menschen seien generell gefährlich und stellen eine Bedrohung für ihre Kinder dar. Vor diesem Hintergrund haben die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) eine gemeinsame Stellungnahme erarbeitet, um einer pauschalen Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie einer unbegründeten Einschränkung von deren Freiheit und Rechten entgegenzutreten.

Beide wissenschaftliche Fachgesellschaften plädieren für einen maßvollen Diskurs bei differenzierter Betrachtung der Fakten. Für die Experten von DGPPN und DGKJP ist aus der Erfahrung des klinischen Alltags unbestritten, dass eine sehr kleine Teilgruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zeitweise eine erhöhte Gewaltbereitschaft aufweist. Für diese Menschen gibt es aber in der Regel ein Risikomanagement mit gestuften und gezielten Eingriffen in Krisenzeiten. Generell unterscheiden die Fachgesellschaften in ihrer aktuellen Stellungnahme folgende Phänomene: Erstens: Kindstötungen unmittelbar nach der Geburt; zweitens: die Tötung minderjähriger Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres sowie drittens: die Tötung minderjähriger Kinder nach dem ersten Lebensjahr.

#### Kindstötungen unmittelbar nach der Geburt

stellen häufig das Ende von verheimlichten oder verleugneten Schwangerschaften dar, die die Frauen sich zumeist lange Zeit nicht eingestehen wollten oder vor der Umwelt verbergen mussten. Diese Frauen sind nach den Erfahrungen der Experten überwiegend recht jung, von der Familie abhängig, psychisch unreif, leiden aber nicht unter einer psychischen Erkrankung. Sie haben häufig Persönlichkeitsprobleme mit einer ausgeprägten Fähigkeit, unangenehme Dinge auszublenden oder Probleme zu verleugnen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass sie keine innere Bindung zu dem ungeborenen Kind entwickeln. Nach der Geburt wollen diese Mütter sich des Kindes so schnell wie möglich entledigen. Selbst wenn sie die Idee haben, das Kind in eine Babyklappe zu geben, sind diese Frauen oft nicht dazu in der Lage, diese Absicht aktiv umzusetzen, weil dies, wie etwa beim Schwangerschaftsabbruch, bereits eine Bereitschaft zur aktiven eigenverantwortlichen Situationsbewältigung voraussetzt. Solche Frauen sind auch für Helfer nur schwer zu erreichen. Denn selbst wenn durch das soziale Umfeld der Verdacht auf eine Schwangerschaft geäußert wird, verleugnen viele diese Tatsache.

**dgkjp**

Deutsche Gesellschaft für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und  
Psychotherapie e.V.

#### Präsident:

**Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort**  
Direktor der Klinik und Poliklinik  
für Kinder- und Jugendpsychosomatik  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52, D-20246 Hamburg  
☎ 040 / 4 28 03 – 75 85, ☎ 040 / 4 28 03 - 51 05  
E-mail: [schulte.markwort@uke.uni-hamburg.de](mailto:schulte.markwort@uke.uni-hamburg.de)

#### Stellvertretende Präsidenten:

**Prof. Dr. med. Franz Resch**  
Ärztlicher Direktor  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Universitätsklinikum Heidelberg

**Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand**  
Direktor der Klinik  
für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie  
Rheinische Kliniken Essen  
Universität Duisburg-Essen

#### Schriftführer:

**Prof. Dr. med. Alexander von Gontard**  
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugend-  
psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum des Saarlandes  
Homburg/Saar

#### Schatzmeisterin:

**Prof. Dr. med. Ulrike Lehmkuhl**  
Direktorin der Klinik für Psychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters  
Charité, Campus Virchow-Klinikum  
Universitätsmedizin Berlin

#### Kongresssekretärin:

**Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann**  
Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugend-  
psychiatrie und -psychotherapie  
Universitätsklinikum der RWTH Aachen

#### Ehrenpräsidenten:

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt**  
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugend  
psychiatrie und -psychotherapie  
Klinikum der Philipps-Universität Marburg

**Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt**  
Ehemaliger Direktor der Klinik für Psychiatrie und I-  
rapie des Kindes- und Jugendalters  
Zentralinstitut f. Seelische Gesundheit, Mannheim

#### Kooptierte Mitglieder:

**Prof. Dr. phil. Ulrike Ravens-Sieberer**  
Leitende Forschungspsychologin  
Klinik und Poliklinik  
für Kinder- und Jugendpsychosomatik  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Prof. Dr. med. Frank Häßler**  
Direktor der Klinik für Psychiatrie, Neurologie,  
Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes-  
und Jugendalter, Universitätsklinikum Rostock

**Prof. Dr. med. Renate Schepker**  
Vorsitzende der BAG  
Chefärztin der Abteilung für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Zentrum für Psychiatrie Die Weißenau (ZfP)  
Ravensburg-Weißenau

**Dr. med. Christa Schaff**  
Vorsitzende des BKJPP, Weil der Stadt

#### Geschäftsführer und Pressesprecher

**Dr. phil. Thomas Nesseler**

#### Geschäftsstelle

**Nicole Schardien**  
Reinhardtstraße 14, 10117 Berlin  
☎ 030 / 2809 6519, ☎ 030 / 2809 6579  
E-mail: [geschaeftsstelle@dgkjp.de](mailto:geschaeftsstelle@dgkjp.de)  
Internet: <http://www.dgkjp.de>

Deutsche Apotheker- Ärztebank  
BLZ 100 906 03, Konto 6788564  
16 VR 654, Amtsgericht Marburg

### **Bei der Tötung minderjähriger Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres**

handelt es sich häufig um so genannte erweiterte Suizide, bei der die Mutter z. B. im Rahmen einer schweren Wochenbettdepression ihr Kind mit in den Tod nehmen möchte. Obwohl nach der Entbindung Depressionen recht häufig sind - Experten schätzen, dass nach etwa zehn bis fünfzehn Prozent aller Geburten depressive Symptome auftreten - ist der erweiterte Suizid eine extrem seltene Ausnahme. Eine andere Problemkonstellation in diesem Kontext kann ein aktiver Impulsdurchbruch im Rahmen einer Überlastungssituation darstellen, was in seltenen Fällen dazu führt, dass eine Mutter ihren Säugling bzw. ihr Kleinkind schädigt oder gar tötet. Möglich ist dies etwa bei einer psychisch instabilen Mutter, die wenig Unterstützung durch ihren Partner oder ihre Familie hat oder sogar mit einem gewalttätigen Partner zusammenlebt. Gerade in solchen Fällen ist die Tötung des Kindes nicht selten auch das Ergebnis einer Kindesmisshandlung. Bei etwa einer bis zwei von tausend Geburten kommt es bei der Mutter anschließend binnen weniger Tage zur Entwicklung einer so genannten Wochenbettpsychose. In dieser Verfassung können die Mütter ihr Kind nur schlecht versorgen, in seltenen Fällen kommt es zu aggressiven Handlungen gegen das Kind. Ursache können beispielsweise psychotische Symptome sein, etwa Stimmen hören oder Wahnideen. Wegen der nicht auszuschließenden Gefährdung des Kindes durch die mütterliche Erkrankung ist immer die stationäre Behandlung einer Wochenbettpsychose notwendig.

### **Bei der Tötung minderjähriger Kinder nach dem ersten Lebensjahr,**

jährlich etwa 100 bis 130 Fälle, sind drei Viertel der Täterinnen und Täter Menschen ohne psychische Erkrankungen, die bisweilen sozial verwaorlost sind und vor allem emotionale Defizite aufweisen. Offenbar gibt es Mütter und Väter, die ihr Kind hassen, als Störenfried betrachten oder als Sündenbock für eigene Unzufriedenheit nutzen und ihre Aggressivität an Schwächeren auslassen. Die Erfahrungen belegen, dass Kinder gerade in Partnerschaftskonflikten oder in sozialen und finanziellen Krisensituationen misshandelt werden. Ein weiteres Motiv der Kindestötung kann die Rache am verlassenden Partner sein. Alkohol- und Drogenmissbrauch sind weitere wichtige Risikofaktoren. Bei etwa 25 Prozent der Frauen, die ihre Kinder nach dem ersten Lebensjahr getötet haben, lagen ernste psychische Erkrankungen vor, entweder schwere krankhafte Depressionen mit Suizidgefahr oder akute schizophrene Krankheitszustände. Im Rahmen schwerer Depressionen kommen Mütter zu der wahnhaften Überzeugung, nicht weiterleben und auch die Kinder nicht schutzlos dem Leiden an einer „fürchterlichen“ Welt überlassen zu können. Im Rahmen schizophrener Psychosen können Mütter beispielsweise den bizarren Wahn entwickeln, ihr Kind sei vom Teufel oder von Dämonen besessen und die Seele des Kindes sei nur zu retten, wenn man den Körper des Kindes tötet.

Neben dem Risikomanagement für diese Minderheit psychisch kranker Mütter ist sicherlich auch eine Primärprävention sinnvoll, wie diese derzeit öffentlich diskutiert wird: Eine Kultur des Hinschauens, eine Unterstützung schwacher und gefährdeter schwangerer Frauen und Mütter, eine Vernetzung der Hilfssysteme und deren bessere Bekanntmachung mit gut zugänglicher Verfügbarkeit. Die Fachgesellschaften DGPPN und DGKJP plädieren in ihrer Stellungnahme insbesondere dann für eine engmaschige, fortdauernde, aufsuchende und psychiatrische Betreuung, wenn bereits frühere Gewalttätigkeiten vorgekommen sind oder wenn Gewalt bzw. Selbstmordideen von Müttern mit kleinen Kindern geäußert wurden. Nur so kann man die Behandlungsmotivation bei den betroffenen Menschen verstärken und eine wirksame Behandlung einleiten.

### **Originaltext der Stellungnahmen von DGPPN und DGKJP zur Problematik von Kindstötungen im Internet:**

[http://www.dgkjp.de/de\\_stellungnahmen\\_12.html](http://www.dgkjp.de/de_stellungnahmen_12.html)