

# Zur Problematik von Kindstötungen

Gemeinsame Stellungnahme der

Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

sowie der

Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

In den letzten Monaten sind in Deutschland ein Reihe von Kindstötungen durch Mütter bekannt geworden. Es geht dabei um zwei psychologisch und kriminologisch unterschiedliche Sachverhalte: zum einen um Tötungen gleich nach der Geburt, zum anderen um die Tötung von Kindern, die bereits Jahre bei ihren Müttern lebten. Darunter waren vereinzelt auch Mütter mit schweren psychischen Erkrankungen, so dass der Eindruck entstehen könnte, psychisch kranke Menschen seien generell gefährlich, speziell für ihre Kinder. Dies ist sicherlich falsch. Um eine pauschale Stigmatisierung psychisch Kranker und eine unbegründete Einschränkung ihrer Freiheitsrechte zu vermeiden, ist eine differenzierte Betrachtung der Fakten unerlässlich. Dabei soll nicht bestritten werden, dass es eine sehr kleine Teilgruppe von psychisch Kranken gibt, die zeitweise eine erhöhte Gewaltbereitschaft aufweisen; für diese gibt es aber ein Risiko-Management mit gestuften und gezielten Eingriffen in Krisenzeiten, das weiter verbessert wird. Wichtig ist zunächst die Musterung der kriminologischen und psychiatrischen Fakten in diesem Feld:

- **Kindstötungen *unmittelbar nach der Geburt*** sind in der Regel das Ende von **verheimlichten oder verleugneten Schwangerschaften**, welche die Frauen sich zumeist lange nicht eingestehen wollten und vor der Umwelt verbargen. Die Frauen sind überwiegend recht jung, von der Familie abhängig, psychisch unreif, leiden aber nicht unter einer psychischen Krankheit. Sie haben häufig Persönlichkeitsprobleme mit einer ausgeprägten Fähigkeit, unangenehme Dinge auszublenden, Probleme zu verleugnen und sich passiv zu verhalten. Sie entwickeln keine innere Bindung zu dem ungeborenen Kind und nach der – nicht selten für die Betroffenen überraschend – eingetretenen Geburt wollen sie sich schließlich möglichst schnell des Kindes entledigen. Selbst wenn sie die Idee haben, dieses Kind in eine Babyklappe zu geben, sind sie nicht in der Lage, diese Absicht umzusetzen, weil dies (wie auch ein Schwangerschaftsabbruch) bereits eine Bereitschaft zur aktiven, eigenverantwortlichen Situationsbewältigung voraussetzt. Solche Frauen sind schwer zu erreichen, denn selbst wenn durch das soziale Umfeld der Verdacht auf eine Schwangerschaft geäußert wird, verleugnen viele ihre Schwangerschaft. Nur wenn es gelingt, die Schwangerschaft rechtzeitig zu erkennen, können diese Frauen ermutigt und dabei unterstützt werden, sich aktiv und konstruktiv mit ihrer Lage auseinander zu setzen.

- Bei der **Tötung minderjähriger Kinder *innerhalb des ersten Lebensjahres*** handelt es sich häufig um sogenannten **erweiterte Suizide**, bei der die Mutter im Rahmen einer schweren **Wochenbettdepression** ihr Kind mit in den Tod nehmen möchte. Obwohl nach der Entbindung auftretende Depressionen recht häufig sind (nach etwa 10 bis 15 % aller Geburten treten depressive Symptome auf) ist der erweiterte Suizid ebenfalls eine extrem seltene Ausnahme. Die beste Vorbeugung ist in diesen Fällen eine frühzeitige Erkennung und angemessene Behandlung der insgesamt gutartigen Depressionen, z.B. mit Antidepressiva und Psychotherapie. ). Eine andere Problemkonstellation, bei der in seltenen Fällen eine Mutter ihren Säugling bzw. ihr Kleinkind schädigt oder sogar tötet, kann ein **akuter Impulsdurchbruch** im Rahmen einer **Überlastungssituation** darstellen, z.B. bei einer psychisch eher 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 von Kindesmisshandlung, Vorbeugend kann hier nur die Erkennung von Müttern aus problematischen Lebenssituationen und deren konsequente Unterstützung durch die bestehenden Hilfesysteme wirken (s. unten).

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 Einzelfällen kommt es zu aggressiven Handlungen gegen das Kind. Ursache können – ähnlich wie weiter unten dargestellt - beispielsweise psychotische Symptome sein, wie etwa Stimmenhören 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 sind es etwa 100 - 130 Fälle - sind drei Viertel der Täterinnen und Täter Menschen ohne psychische Krankheit, die bisweilen sozial verwaorlost sind und vor allem emotionale Defizite aufweisen. Offenbar gibt es Mütter und Väter, die ihr Kind hassen, als Störenfried betrachten, als Sündenbock für eigene Unzufriedenheit nutzen und ihre Aggressivität an Schwächeren auslassen. Kinder werden misshandelt in Partnerschaftskonflikten, in sozialen und finanziellen Konfliktsituationen, sie werden als unerwünscht ausgegrenzt, und ein weiteres Motiv der Kindstötung ist die Rache am verlassenden Partner. Alkohol- und Drogenmissbrauch sind hier weitere wichtige Risikofaktoren. Bei etwa 25 % der Frauen, die ihre Kinder nach dem ersten Lebensjahr getötet haben, lagen ernste psychische Erkrankungen zugrunde, insbesondere schwere krankhafte Depressionen mit Suizidalität sowie akute schizophrene Krankheitszustände. Im Rahmen schwerer Depressionen kommen Mütter zu der wahnhaften Überzeugung, nicht weiterleben zu können und auch die Kinder

nicht schutzlos dem Leiden an einer fürchterlichen Welt überlassen zu können. Im Rahmen schizophrener Psychosen entwickeln Mütter beispielsweise bisweilen den bizarren Wahn, ihr Kind sei vom Teufel oder von Dämonen besessen, und die Seele des Kindes sei nur zu retten, wenn man den Körper abtötet. Unter tausenden von Psychosekranken (1% der Bevölkerung erkrankt im Laufe des Lebens an Schizophrenie, das sind 800.000 Menschen in Deutschland) wird nicht einmal jede tausendste schizophrene Mutter gewalttätig gegen ihr Kind.

Gleichwohl gibt es Risikosituationen, die erkennbar sind und die von den entsprechenden Fachdiensten stützende und schützende Eingriffe verlangen (im § 8a SGB VIII ist der Schutzauftrag des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdung festgelegt). Insbesondere dann, wenn früher bereits Gewalthandlungen vorgekommen sind, wenn Gewalt- oder Selbstmordideen von Müttern mit kleinen Kindern geäußert werden, wenn die Kinder wahnhaft für besessen und gefährlich gehalten werden sowie wenn begleitend ein Alkohol- oder Drogenmissbrauch vorliegt (vorwiegend mit Cannabis), ist eine engmaschige, fortdauernde, aufsuchende psychiatrische Betreuung erforderlich, um eine Behandlungsmotivation zu stärken, eine wirksame Behandlung einzuleiten sowie zugespitzte Krisensituationen rechtzeitig zu erkennen. Oft ist eine gewisse Zeit stationärer Behandlung, um in das Stadium einer wirksamen Therapie einzutreten, sowie passager der Aufbau einer zusätzlichen Betreuung für die Kinder unerlässlich.

Neben diesem Risikomanagement für die Minderheit psychisch kranker Mütter ist sicherlich auch eine Primärprävention für alle sinnvoll, wie sie jetzt weithin diskutiert wird: eine Kultur des Hinschauens, eine Unterstützung schwacher und gefährdeter schwangerer Frauen und Mütter, eine Vernetzung der Hilfesysteme (Jugendhilfe, Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder und Jugendpsychiatrie, sozialpsychiatrische Dienste, Erwachsenen-Psychiatrie) und deren bessere Bekanntmachung und niedrigschwellige Verfügbarkeit. Wichtig und hilfreich sind Telefon-Hotlines, die Festschreibung der Verbindlichkeit von Untersuchungen sowie die Verkürzung und Ausweitung der Untersuchungsintervalle. Maßnahmen zur Primärprävention sind schließlich das frühzeitige Erkennen und die Bekämpfung von emotionaler Vernachlässigung, die oft unerlässlich zu gravierenden Spätfolgen führt.

## Literatur

- Bourget D, Bradfort JM (1990) Homicidal parents. *Canadian Journal of Psychiatry* 35:233-238
- Hodgins S (2006) Gewalt und Kriminalität bei psychisch Kranken – Neue Erkenntnisse erfordern neue Lösungen. *Neuropsychiatrie* 20:7-14
- Kröber H-L (2008) Kann man die akute Gefährlichkeit schizophrener Erkrankter erkennen? *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie* (Jahrgang 2 Heft 2, im Druck, erscheint Juni 2008)
- Rohde A (2007) Neugeborenenentötung durch die Mutter - wirken Babyklappen und anonyme Geburt präventiv? *Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien*. 1:44-50
- Rohde, A., et al., *Infanticide: sociobiographical background and motivational aspects*. Arch Womens Ment Health, 1998. 1 (3): p. 125-30.
- Schanda H (2006) Untersuchungen zur Frage des Zusammenhangs zwischen Psychosen und Kriminalität/Gewalttätigkeit. Studiendesigns, methodische Probleme, Ergebnisse. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 74:85-100
- Schläfke D, Häßler F (2008) Infantizide – Erfahrungen aus gutachterlicher Sicht. In: Häßler F, Schepker R, Schläfke D (Hrsg) *Kindstod und Kindstötung*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 185-223
- Steinert T (1998) Schizophrenie und Gewalttätigkeit: Epidemiologische, forensische und klinische Aspekte. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 66:391-401
- Trautmann-Villalba P, Hornstein C (2007) Die Tötung des eigenen Kindes in der Postpartalzeit. *Der Nervenarzt* 78:1290-1295

### Kontakt zur Vermittlung von Experten:

**Geschäftsstelle DGPPN und DGKJP**  
**Reinhardtstraße 14**  
**10117 Berlin**  
**Tel.: 030/2809-6601**  
**Fax: 030/2809-3816**  
**Email: [sekretariat@dgppn.de](mailto:sekretariat@dgppn.de)**

Stand: 9. Mai 2008