

Zehn Jahre ärztlicher Kinderschutz in Düsseldorf

Bei Gerichtsverfahren werden mißhandelte Kinder häufig zum zweiten Mal Opfer

von **Eugen E. Jungjohann***

Es war Mitte der 80er Jahre, als sich unter Frauengruppen, Sozialwissenschaftlern und Angehörigen sozialer Berufe etwa den Begründern des Kinderschutzzentrums Berlin, zunehmend ein Bewußtsein entwickelte zu besonderen kinderschädigenden Verhaltensweisen von Erwachsenen. Dieses Bewußtsein führte zu den ersten – wenn auch nicht flächendeckenden – Strukturen von Beratungsstellen und vereinzelt stationären Einrichtungen für mißhandelte Kinder wie das „Kind im Zentrum“ in Berlin.

Vielleicht führte die enge berufliche Beziehung der Kinderpsychiatrie mit diesen Berufen und den Jugendämtern mit ihrem gesetzlichen Auftrag zum Kinderschutz dazu, daß in dieser Zeit Ärzte begannen, sich diesen existentiellen Problemen der Kinder zu öffnen mit der sich daraus ergebenden Notwendigkeit der Diagnostik und der verletzungsspezifischen Folgen. Die Folgen der körperlichen, seelischen und sexuellen Mißhandlung von Kindern und die immer noch äußerst vernachlässigte Diagnose der Vernachlässigung in ihren körperlichen und seelischen Formen rückten ins Blickfeld der Ärzteschaft.

In diesen Jahren entwickelte sich die Planung für die Ärztliche Kinderschutzambulanz vor dem Hintergrund entsprechender Wahrnehmungen während der Arbeit bei der Diagnostik und mit den

Biographien der Kinder im Kinderzentrum Aprath der Bergischen Diakonie.

Bakterien in der kindlichen Seele

Dies hatte auch mit dem entstehenden Konzept zu tun, daß das gewalttätige Verhalten Erwachsener Kinder krank macht. Das erlaubte die Analogie, daß dieses Verhalten gleich einem Bakterium sich einbettet in die Seelen der Kinder und zum Krankheitsherd wird für Entwicklungsstörungen, Neurosen, dissoziale Entwicklungen, Schulentwicklungsstörungen und Psychosen, zu Selbstmord und gelegentlichem Totschlag des schädigenden Erwachsenen führt. Besonders letzteres weist auf die komplexe Vernetzung der Ursachen hin und gleichzeitig auf die bis dahin gängigen und auch jetzt noch wesentlichen gesellschaftlichen Reaktionen im Rahmen des Jugendwohlfahrtsgesetzes und des Strafgesetzbuches. Zu diesem wollten wir aber damals medizinische Versorgungsstrukturen hinzufügen.

Keine Pflichtstrafanzeige

Aus der zunehmenden Kenntnis zum psychosozialen Syndrom der Kindesmißhandlung aus der ambulanten und klinischen Arbeit im Kinderzentrum Aprath sowie Besuchen ausländischer Einrichtungen wurde klar, daß eine derartige Ambulanz einem Krankenhaus mit stationären

Kindereinrichtungen angegliedert sein sollte. Auch war eine Vernetzung notwendig mit den regionalen Beratungsstellen für Eltern und Kinder, zu den regionalen Jugendämtern und den Kinderärzten im Versorgungsbereich. Äußerst hilfreich zur vernetzten Arbeit war der regionale psychosoziale Arbeitskreis. Des weiteren war abzusehen, daß eine kooperative Beziehung zur regionalen Strafverfolgungsbehörde zu entwickeln war, auch wenn für den Arzt keine Pflichtstrafanzeige nach § 138 StGB besteht und für eine solche Ambulanz nicht bestehen sollte, wie sich im Laufe der Arbeit im vergangenen Jahrzehnt eindeutig bestätigt hat.

Eine dergestalt strukturierte Ärztliche Kinderschutzambulanz zur Diagnostik, Beratung von Kind und Familie, zur Therapie von Opfern und Tätern und der Begleitung sozialer Interventionen war das Ergebnis dieser Planungen. Die Verwirklichung dieser Strukturen hatte sich nach den Ursachen, also den verschiedenen Ätiologien zu richten, und diese waren soziale, psychosoziale, psychiatrische und organmedizinische.

Über 3000 Behandelte in zehn Jahren

Auf das Jahrzehnt der Arbeit der Ärztlichen Kinderschutzambulanz Düsseldorf zurückblickend bin ich sicher, daß viele Kinder und Jugendliche, die als Mißhandelte und sexuell Mißbrauchte diese Ambu-

* Dr. med. Eugen E. Jungjohann ist Arzt für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Er ist Begründer der Ärztlichen Kinderschutzambulanz Düsseldorf am Evangelischen Krankenhaus in Düsseldorf.

Vorschläge zur Veränderung der Rolle des kindlichen Opferzeugens in der Strafprozeßordnung

- Das Verständnis der Mitteilungsbehinderung eines Kindes muß Grundlage sein des ärztlichen Verhaltens bei der Diagnostik während der Eröffnungsphase eines Kindes über „seine Not und seine Verletzung“ einer Mißhandlung oder des sexuellen Mißbrauchs, aber besonders, wenn dieses sich in der Familie ereignet hat.
- Die Diagnostik erfolgt in einem Untersuchungsraum, das völlig kindorientiert dessen sensorischen und psychologischen Bedürfnissen entspricht.
- Ein „Technik-Zimmer“ erlaubt jede moderne audiovisuelle Dokumentation und Kommunikation zum Untersucher und nach außen.
- Die durch syndromversierte Untersucher durchgeführte Diagnostik kann beobachtet und audiovisuell gelenkt werden durch Vertreter der Strafverfolgung und Verteidigung im Technik-Zimmer.
- Die Diagnostik des Kindes wird somit gleichzeitig Beweisaufnahme, kontrolliert durch beide Seiten der Prozeßbeteiligten.
- Die audiovisuelle Dokumentation der gesamten diagnostischen Ergebnisse wird Grundlage a) der weiteren ärztlichen, therapeutischen und sozialen Interventionen und b) dient als Grundlage der Beweislage vor Gericht.
- Eine derartige Untersuchungstechnik verhindert wiederholte Befragungen des kindlichen Opferzeugen zu verschiedenen Zeiten an verschiedenen Orten durch unterschiedliche Personen, wie immer noch üblich.
- Als vorläufiger erster Schritt, um die Würde und die Verletztheit des kindlichen Opferzeugen zu schützen, wäre die Einrichtung eines „Video-Link“ zwischen dem Gerichtssaal und einem gesonderten Untersuchungsraum anzubieten, in dem der Vorsitzende Richter die Beweisaufnahme vornimmt mit audiovisueller Interventionsmöglichkeit durch die Verteidigung.

lanz besuchten – es sind bis heute über 3000 – sich bei den Menschen, die die Ambulanz ermöglichten, bedanken würden.

Die Notwendigkeit des Angebotes dieser Ärztlichen Kinderschutzambulanz ergibt sich daraus, daß in den Jahren von 1988 bis 1992, also zu Beginn der Arbeit, 1067 Kinder und Jugendliche aus 887 Familien aus der Region Düsseldorf wegen psychischer und körperlicher Verletzungen durch Mißhandlung die Ambulanz besuchten, davon mehr als 50 Prozent wegen sexuellen Mißbrauchs, und davon wiederum 52 Prozent im Alter zwischen 0 und 7 Lebensjahren. Wie außerordentlich schwierig und kompliziert diese Arbeit nicht nur für die Ärzte, Psychologen und Therapeuten in der Ambulanz und den übrigen nichtmedizinischen Beratungsstellen ist, sondern mehr noch für die Familien der Kinder, ergibt sich daraus, daß die Schädiger/innen dieser Kinder zu 40 Prozent Eltern und Lebensgefährten eines Elternteils waren und zu 32 Prozent Verwandte, Bekannte und Nachbarn.

Aus diesen Arbeitsergebnissen der ersten Jahre der Ambulanz leitet sich folgendes ab:

- a) Mißhandlung und sexueller Mißbrauch geschieht weitgehend

in einem Zusammenlebenssystem wie einer Familie oder einer Institution.

- b) Ärztliche Befunde sind nicht durch Unfälle oder Fremdeinwirkung verursacht, wie die verantwortlichen Erwachsenen meist behaupten, sondern meist durch chronischen Verlauf.
- c) Die Mißhandlung ist nicht nur durch bewußte, sondern auch durch unbewußte psychische Abläufe bedingt und damit nicht zufällig.

Das Dilemma des Kindes

So lebt auch das mißhandelte und sexuell mißbrauchte Kind in einem derartigen Zusammenlebenssystem wie der Familie, die es sich erhalten muß, „um trotz der vielfältigen Zwiespältigkeiten und Polaritäten“, so definierte Erik Erikson seine ontogenetisch festgelegten

Entwicklungsbedürfnisse, „eine flexible und auch stabile Persönlichkeit und Identität zu entwickeln“.

Das Dilemma des Kindes ist damit umschrieben. Die dauernden Grenzüberschreitungen im erzieherischen Alltag durch den Erwachsenen, durch körperliche und seelische Strafen, führen zu einer primären Schädigung oder zur primären Viktimisierung des Kindes. Kommt es nun zur Eröffnung dieser Störungen des Familiensystems oder gar des (Familien-)Geheimnisses des Inzestes, dann resultiert dieses in der Veröffentlichung des Namens nicht nur des Täters, sondern auch der Familie. In der Regel hat das Kind im zeitlichen Verlauf der Mißhandlung adaptive Mechanismen entwickelt, und seine Mitteilungen sind ungenau oder sie werden in ihrer Gänze zurückgenommen, auch wegen eigener paradoxer Schuldgefühle oder aus der Angst, die Familie zu verlieren.

Es kommt zu den Fragen der Glaubwürdigkeit hinsichtlich der Aussagen des Kindes, sowohl innerhalb der Familie als auch bei den forensisch Verantwortlichen. Nun ist das Dilemma des Kindes komplett. Es ist primär Opfer des Mißbrauchs, oder anders gesagt, der Ausbeutung seiner Abhängigkeiten durch den Erwachsenen. Es fühlt sich schuldig und deshalb bestrafungsbedürftig. Es ist verletzt und gestört in seinem altersgemäßen Wachstum. Es stört die Ordnung der Erwachsenen, und diese muß wiederhergestellt werden.

Ist, um dieses zu erreichen, eine juristische Regelung durch Anzeige nach § 223 b und § 176 StGB auf den Weg gebracht worden, dann bedarf es der gutachterlichen Feststellung der Zeugenfähigkeit und

Stellung des kindlichen Opferzeugen

Ein Kind, auch ein etwa 7-jähriges Kind, muß wegen der Regel der Unmittelbarkeit aussagen, wenn ein Vater, angeklagt wegen Inzest, diese meist „fortgesetzte Handlung“ ableugnet.

Das Kind muß, „auch bei fortgesetzter Handlung“, einzelne konkrete Handlungen beschreiben mit Zeiten und zusätzlichen Ereignissen. Erleichternd ist erlaubt, seine Zeugenaussage „in camera“ zu machen oder bei Ausschluß des Angeklagten nach § 247 StPO. Im Regelfall muß sich ein Kind (nicht der Angeklagte) einem Glaubwürdigkeitsgutachten stellen.

Fortbildungen zum Thema „Gewalt gegen Kinder“

Leitung: Dr. E. Jungjohann und Dr. E. Motzkau und spezielle Fachleute aus der Pädiatrie, Gynäkologie und der Gerichtsmedizin.

Die Veranstaltungen finden am 8. und 22. Mai, 5. Juni und 14. August jeweils um 10 bis 16 Uhr in den Nordrheinischen Akademie in Düsseldorf statt. Die Teilnehmergebühren betragen insgesamt 200 Mark. Siehe auch Seite 31 und „Meinung“ Seite 3.

Neben dem sexuellen Mißbrauch werden alle Mißhandlungsformen Minderjähriger in den Seminaren behandelt. Hierbei werden epidemiologische, diagnostische, therapeutische und juristische Aspekte dargestellt, Fragen der Begutachtung, Glaubwürdigkeit und zum richtigen Vorgehen bei Verdachtsfällen bilden weitere Schwerpunkte.

der Glaubwürdigkeit des kindlichen Zeugen. Diese Anforderungen an das Kind als Zeuge durch die Strafprozeßordnung erzeugt außerordentliche Zweifel am Schutzzweck der genannten Paragraphen für das Kind, denn „das Kind ist im Rahmen der Strafprozeßordnung nur insoweit erheblich, als es in der Lage ist, die Interessen der Allgemeinheit im konkreten Falle zu artikulieren“, so das Landgericht Essen in einer Einlassung im Jahre 1992.

Sekundäre Viktimisierung durch Gerichtsverfahren

Die sich ergebende sekundäre Viktimisierung wird von Schneider „als eine Verschärfung der Opferwerdung durch Fehlreaktionen des sozialen Nahraumes und der Instanzen der Sozialkontrolle“ bezeichnet, „und dieses geschieht meist unwillkürlich, häufig unbewußt und manchmal fahrlässig“ ergänzt Baurmann 1983.

Genau dieses haben wir bei mehr als einer erträglichen Anzahl von Kindern im Laufe der Jahre erlebt, die wir zu Prozessen vor Amts- und Landgerichten in unserer Region in Nordrhein-Westfalen begleitet haben. Darüber haben wir in Büchern und Artikeln berichtet und scheinen nichts weiter erreicht zu haben, als daß wir uns einreihen in die wachsende Fülle entsprechender Untersuchungen. Einem kürzlichen explorativen Gespräch mit der Staatsanwaltschaft konnte ich keine grundlegende Änderung der Stellung des kindlichen Opferzeugen in der Strafprozeßordnung und damit im Gericht entnehmen.

Seit Anfang der 90er Jahre gibt es im Ausland Bemühungen zur Verringerung der sekundären Viktimisierung der durch Mißhandlung primär geschädigten Kinder, hierzu lande seit etwa 1996 nach einigen langwierigen, aber medienwirksamen Prozessen in Münster, Worms und Mainz. Das Ziel ist dabei, die Rolle des kindlichen Opferzeugen in der Strafprozeßordnung zu verändern mittels kinderpsychiatrisch und kinderpsychologisch geprägter Konzepte der Zeugenfähigkeit, der Glaubwürdigkeit und der Suggestibilität. Des weiteren ist dem Kinde außerordentlich nützlich, daß die Beweisaufnahme und der Prozeß zeitlich gestrafft sind, um die Mechanismen der Verdrängung und der Abspaltung nicht prozeßentscheidend werden zu lassen.

Eine Veränderung der Strafprozeßordnung gemäß der gemachten Vorschläge (*siehe Kasten S. 25 oben*) gibt es seit Anfang der 90er Jahre in San Diego, Kalifornien, und im australischen Bundesstaat New South Wales sowie besonders manifestiert im Israelischen Modell (Harmon, E., 1989). Ermöglicht wurde dieses durch partnerschaftlich definierte Beziehungen zwischen der Justiz, den sozialen Berufen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Es bedarf einer Auflockerung der systeminhärenten Rigidität. Dazu meinte 1981 die erste Ombudsfrau in der Geschichte der Kindheit, Frau Grude Flekky in Oslo: „Die Erwachsenen haben im Gegensatz zu den Kindern stets die Möglichkeit, die öffentliche Meinung und Entscheidungen zu beeinflussen.“ Könnte sich das ändern?