

Die Tötung von Kindern durch die eigenen Eltern
(Infantizid)
Retrospektive Untersuchung für den Zeitraum 1994-2007

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Sophia Marie Hömberg

aus Lüdenscheid

2011

Angefertigt mit der Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Anke Rohde
2. Gutachter: PD Dr. Franziska Geiser

Tag der Mündlichen Prüfung: 18.03.2011

Aus dem Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Direktor: Prof. Dr. med. W. Kuhn

in Kooperation mit dem Institut für Rechtsmedizin
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Direktor: Prof. Dr. med. Madea

Inhaltsverzeichnis

1 DAS PHÄNOMEN DER KINDSTÖTUNG: EINLEITENDER ÜBERBLICK UND FRAGESTELLUNG	7
1.1 Begriffsklärung.....	7
1.2 Definition und Klassifikation in der Literatur	8
1.3 Aktuelle Situation zur Tötung von Kindern.....	10
1.3.1 Deutschland.....	10
1.3.2 International	11
1.4 Exkurs: Geschichte	13
1.5 Todesumstände und mögliche Täter/innen.....	15
1.5.1 Neonatizid	15
1.5.2 Exkurs: Negierte Schwangerschaft	16
1.5.3 Tod als Folge von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung.....	17
1.5.4 Tötung bei Überforderungssyndrom (Impulsdurchbruch).....	18
1.5.5 Erweiterter Suizid.....	18
1.5.6 Altruistische Tötung.....	19
1.5.7 Exkurs: Tötung von schwer behinderten Kindern	19
1.5.8 Tötung aus Rache: Medea-Syndrom.....	20
1.5.9 Tötung unter dem Einfluss produktiv-psychotischer Symptomatik.....	20
1.5.10 Geschlechtsspezifische Tötung	21
1.6 Risikofaktoren	21
1.6.1 „Schwierige Kinder“	21
1.6.2 Psychische Störungen.....	21
1.6.3 Psychosoziale Umstände.....	23
1.6.4 Rolle der Väter	24
1.6.5 Psychodynamik	24
1.6.6 Bindungsfähigkeit	26
1.7 Recht.....	27
1.7.1 Gesetzeslage in Deutschland – Änderung 1998.....	28
1.7.2 Schuldfähigkeit	29
1.7.3 Exkurs: Recht International.....	30
1.8 Lösungsansätze.....	30
1.8.1 Warnsignale.....	31
1.8.2 Babyklappe.....	31
1.8.3 Anonyme Geburt.....	32
1.8.4 Notrufnummern / Ansprechpartner / Frauenhaus	33
1.8.5 Adoption.....	33
1.8.6 Präventive Begleitung von Schwangeren.....	34

1.9	Resultierende Fragestellung	35
2	MATERIAL UND METHODEN	36
2.1	Auswertung der Daten hinsichtlich der Todesopfer	36
2.2	Kategorisierung der Fälle	37
2.3	Auswertung der Daten hinsichtlich der verantwortlichen Elternteile/Täter	38
2.4	Auswertung der Daten hinsichtlich des Urteils und der Strafe	39
3	ERGEBNISSE: AUSWERTUNG DER DATEN HINSICHTLICH DER TODESOPFER	40
3.1	Übersicht aller Todesfälle	40
3.1.1	Geschlechtsverteilung	40
3.1.2	Altersverteilung	40
3.1.3	Todesjahr	41
3.1.4	Todesart	42
3.2	Todesfälle ohne Elternverantwortung	42
3.2.1	Plötzlicher Säuglingstod	44
3.2.2	Tod durch Unfall	46
3.2.3	Tod infolge von Krankheit und Operationen	49
3.2.4	Suizid	51
3.2.5	Drogentod	52
3.2.6	Tötungsdelikte	52
3.2.7	Todesfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt	54
3.3	Todesfälle mit Elternverantwortung	55
3.3.1	Todesumstände	56
3.3.2	Täterinnen und Täter	57
3.3.3	Opfer	58
3.4	Elternverantwortung ungeklärt	63
4	ERGEBNISSE: AUSWERTUNG DER DATEN HINSICHTLICH DER VERANTWORTLICHEN ELTERNTEILE / TÄTER/INNEN	64
4.1	Die verantwortlichen Elternteile	65
4.1.1	Alter und körperliche Erkrankungen	65
4.1.2	Soziale Lage	67
4.1.3	Familiäre Beziehungen	69
4.1.4	Psychiatrische Begutachtung und Schuldfähigkeit	71
4.1.5	Psychiatrische Diagnosen und Suizidalität in den einzelnen Gruppen	74
4.1.6	Strafrechtliche Vorgeschichte	77

4.2	Herkunftsfamilie der Täter und Täterinnen	77
4.2.1	Kindheit der Täterinnen und Täter	77
4.2.2	Herkunftsfamilie	79
4.3	Schwangerschaft mit dem Opfer	80
4.4	Tatablauf.....	90
4.4.1	Tatzeitpunkt.....	90
4.4.2	Besonderheiten des Opfers am Tattag.....	90
4.4.3	Motiv und Tatauslöser.....	91
4.4.4	Methoden der Tötung.....	94
4.4.5	Rettungsversuche und Umgang mit der Leiche	96
4.5	Interventionen	96
4.5.1	Warnsignale.....	96
4.5.2	Einschätzung der Tat durch die Täter/innen	100
4.6	Partner der Täter/innen	101
4.7	Urteil und Bestrafung	104
4.7.1	Beurteilung der Schuldfähigkeit	104
4.7.2	Bestrafung	105
5	ÜBERBLICK ÜBER DEN ZEITRAUM VON 1970-1993	107
5.1	Häufigkeit und Todesart der Gesamttodesfälle	107
5.2	Elternverantwortung	107
5.2.1	Todesfälle ohne Elternverantwortung	108
5.2.2	Todesfälle mit Elternverantwortung	108
5.3	Täterinnen und Täter – verantwortliche Elternteile	109
5.3.1	Soziale Lage	110
5.3.2	Psychische Situation.....	111
5.4	Tatablauf.....	113
5.4.1	Motiv und Tatauslöser.....	113
5.4.2	Warnsignale.....	113
5.5	Urteil und Bestrafung	114
6	DISKUSSION.....	116
6.1	Aktualität des Themas	116
6.2	Vergleich mit dem Zeitraum von 1970-1994	118
6.3	Die Opfer.....	119

6.4 Die Täterinnen und Täter	120
6.4.1 Täterprofil und psychische Situation der Täter/innen.....	121
6.4.2 Soziale Lage.....	124
6.4.3 Herkunftsfamilie.....	125
6.4.4 Bindungsaufbau zum Opfer.....	126
6.4.5 Beziehung zwischen Täter/in und Partner/in.....	128
6.5 Die Partner der Täterinnen und Täter	130
6.6 Tatablauf und Vermeidbarkeit der Taten	132
6.6.1 Motiv und Tatauslöser.....	132
6.6.2 Vermeidbarkeit.....	133
6.6.3 Fehleinschätzungen.....	137
6.6.4 Die Babyklappe als Lösungsansatz.....	138
6.7 Schuldfähigkeit und Bestrafung	139
6.8 Abschließende Gedanken	141
7 ZUSAMMENFASSUNG	143
FALLBEISPIEL-VERZEICHNIS	146
LITERATURVERZEICHNIS	147
DANKSAGUNG	152

1 Das Phänomen der Kindstötung: Einleitender Überblick und Fragestellung

Gewalt an Kindern und Tötung von Kindern durch die elterliche Hand hat es in allen Epochen der Menschheitsgeschichte gegeben. In unserer Gesellschaft, die wir als zivil und aufgeklärt bezeichnen, stellt sich die Frage: Warum kommt es heute noch dazu? Auf jeden Einzelfall reagieren Presse und Öffentlichkeit in großem Ausmaß, die Bestrafung der Täter/innen wird verfolgt und gefordert. Diskutiert wird, wie Kinderleben zu retten gewesen wären: In diesem Zusammenhang sind Babyklappen ein populäres Beispiel für das Bestreben der Gesellschaft, Leben zu retten. In dieser Arbeit soll versucht werden aufzuzeigen, wie selten und zugleich vielgestaltig die Tötung von Kindern durch die eigenen Eltern heutzutage ist. Jede Tat ist ein Einzelfall, hinter dem eine Geschichte steht: Die Geschichte des tötenden Elternteils, dessen Persönlichkeit und psychosozialem Hintergrund.

1.1 Begriffsklärung

Es gibt mehrere Begriffe, die die Tötung von Kindern durch die eigenen Eltern beschreiben. Sie werden zum Teil synonym, zum Teil von Autor zu Autor unterschiedlich verwendet. Gründe für diese uneinheitliche Begriffsverwendung sind, dass das Thema aus verschiedenen Perspektiven und von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen untersucht wird: Juristen, Psychologen, Soziologen und Mediziner sind gleichermaßen am Werk, selbst innerhalb der einzelnen Fachrichtungen herrscht nicht immer Einigkeit. Deshalb werde ich über die verwendeten Begriffe einen kurzen Überblick geben:

Infantizid

- Tötung eines Kindes durch die eigenen Eltern in den ersten 12 Monaten (FRIEDMAN et al., 2005; RESNICK, 1970)
- Tötung eines eigenen Kindes unabhängig vom Alter (SWIENTEK, 2004)
- Mord an einem Kind (PITT und BALE, 1995)

Neonatizid

- Tötung eines Neugeborenen in den ersten 24 Stunden nach der Geburt, unabhängig vom rechtlichen Status (RESNICK, 1970)

Filizid

- Mord an einem eigenen Kind (PITT und BALE, 1995)

Fetozid

- Töten eines Fötus im Mutterleib

Homizid

- Mord oder Totschlag

Kindstötung

- umgangssprachlich: die Tötung eines Neugeborenen oder Säuglings
- juristisch: die Tötung eines unehelichen Neugeborenen unter der Geburt bzw. 24 Stunden danach (diese Definition war von 1871-1998 juristisch relevant)

Kindsmord

- umgangssprachlich: wie Kindstötung
- juristisch: Tötung eines ehelichen Kindes jedweden Alters

Kindesmisshandlung

- Gewalt gegen Kinder oder Jugendliche, die sowohl physischer als auch psychischer Art sein kann.

In dieser Arbeit werden die Begriffe Kindstötung und Infantizid synonym für die Tötung von eigenen Kindern jedweden Alters verwendet, daneben Neonatizid für die Tötung des eigenen Kindes in den ersten 24 Stunden nach der Geburt.

1.2 Definition und Klassifikation in der Literatur

Verschiedene Wissenschaftler, die sich mit der Tötung von Kindern durch ihre Eltern beschäftigen, versuchten eine allgemeingültige Klassifikation für die verschiedenen Todesumstände zu erstellen. RESNICK (1969) war der erste, der eine solche Klassifikation vornahm. Er untersuchte in seiner Studie 131 Fälle, in denen ein Elternteil sein Kind getötet hatte, und teilte sie in 5 Kategorien ein:

1. Altruistische Tötung
2. Akut Psychotischer Filizid
3. Tötung eines unerwünschten Kindes
4. Tötung aus Versehen bei Misshandlung

5. Tötung aus Rache.

D'ORBAN (1979) untersuchte 89 Frauen im Gefängnis und stellte bei seiner Kategorisierung die Mütter, die ihr Kind getötet hatten, in den Vordergrund:

1. Misshandelnde Mütter (impulsive Taten)
2. Psychisch kranke Mütter
3. Mütter, die ihr Neugeborenes töten (Neonatizide)
4. Mütter, die sich am Partner rächen wollen: Aggression gegen den Partner wird gegen das Kind gerichtet
5. Mütter von ungewollten Kindern
6. Mütter, die ihr Kind vor Leid schützen wollen (Altruistische Tötung)

BOURGET und BRADFORD (1990) schlugen eine klinische Zusammenfassung vor, da sie Probleme hatten, einen Fall eindeutig einer Kategorie zuzuordnen:

1. Pathologischer Filizid: erweiterter Suizid, altruistische Tötung
2. Tötung aus Versehen: als Folge von Misshandlung und anderen Ursachen
3. Tötung aus Rache
4. Neonatizide, Beseitigung ungewollte Kinder
5. Väterlicher Filizid

MEYER und OBERMANN (2001) berücksichtigten in ihrer Kategorisierung auch soziale, kulturelle, und individuelle Variablen. Allerdings ist sie nur auf Mütter anwendbar:

1. Verdrängte oder verheimlichte Schwangerschaft mit Neonatizid
2. Filizid als Folge von körperlicher Misshandlung (nicht beabsichtigt)
3. Filizid als Folge von Vernachlässigung (nicht beabsichtigt)
4. Filizide durch beide Elternteile
5. Filizide, bei denen die Mutter allein und in Tötungsabsicht handelte.

ROHDE (2007a) unterteilte die Infantizide nach den häufigsten Motiven der Täter/innen, die zur Tötung ihres Kindes führen:

1. Folge psychotischer Symptomatik
2. Erweiterter Suizid
3. Folge von Kindesmisshandlung
4. Überforderungssyndrom (Impulsdurchbruch)

5. Altruistische Tötung
6. Aus Rache (Medea-Syndrom)
7. Wegen des Geschlechts („missing females“)
8. Neonatizid

Es wird deutlich, dass die verschiedenen Todesumstände unter verschiedenen Gesichtspunkten kategorisiert werden können, die sich zum Teil überschneiden. In dieser Arbeit wurden die Kategorien in Anlehnung an (ROHDE, 2007a) verwendet.

1.3 Aktuelle Situation zur Tötung von Kindern

1.3.1 Deutschland

Die Tötung von Kindern durch ihre Eltern ist selten: In Deutschland werden jährlich etwa 100 Kinder von ihren Eltern getötet (KLOTZBACH et al., 2003). Schätzungsweise sind darunter etwa 30 Neugeborene (BOTT et al., 2009). Die Zahl der Neonatizide hat damit einen historischen Tiefpunkt erreicht, was an der liberalen Abtreibungspraxis und der Verbreitung von Verhütungsmitteln liegen mag. In den letzten Jahrzehnten hat die Zahl der ausgesetzten oder getöteten Neugeborenen nicht zugenommen, dennoch wurden seit 1999 von privaten Betreibern Babyklappen und Angebote der Anonymen Geburt eingerichtet (MOYSICH, 2008). Daraufhin entbrannte eine Diskussion über das Problem der anonymen Kindsabgabe in der Gesellschaft und in Fachkreisen.

Es gibt keine bundesweite Statistik, die Fälle von Kindstötungen erfasst, sie werden in der Kriminalstatistik unter der Gesamtheit der Totschlag-Delikte gezählt. So ist es schwer, sich ein Bild zu machen, wie die aktuelle Situation und der Trend in Deutschland sind. Schätzungen von ROHDE et al. (1998) bezüglich der Tötungen von Kinder führten zu einer Zahl von 1 zu 25.000 Geburten, was einer Inzidenz von 4/100000 entspricht. Von einer Dunkelziffer ist auszugehen, da wahrscheinlich nicht alle Babyleichen gefunden werden, und manche Todesfälle als „plötzlicher Kindstod“ oder als Unfall fehl eingeschätzt werden (SCHLANG, 2006).

Verfolgt man die aktuelle Presse, entsteht jedoch der Eindruck, dass die Tötung von Kindern durch die eigenen Eltern ein häufiges Delikt ist. Dazu trägt wahrscheinlich bei, dass die Öffentlichkeit auf jeden Einzelfall mit Empörung und Entsetzten reagiert, und Verantwortliche gesucht

werden - neben den Eltern kommen andere Familienangehörige, Nachbarn, der Kinderarzt und das Jugendamt in Betracht. Jeder Fall wird auf den Titelseiten der Boulevardzeitungen ausgeschlachtet, in Dossiers ernstzunehmender Zeitungen wird darüber berichtet, in Talkshows wird diskutiert. Die Stellungnahme des Ethikrats zum Problem der anonymen Kindsabgabe (ETHIKRAT, 2009) hat dazu beigetragen, dass Politiker Position beziehen (entgegen der Empfehlung des Ethikrats meistens *pro* Babyklappe) und uns das Thema fast täglich in der Presse begegnet.

1.3.2 International

Insgesamt sind die Zahlen in den Ländern der westlichen Welt vergleichbar. Im Zeitraum 1978-1993 war die Inzidenz für Infantizide in **England** 4,5/100000 (MARKS und KUMAR, 1996), in **Kanada** ist die Inzidenz für Infantizide an Säuglingen 2,9/100000 (FRIEDMAN et al., 2005). Die **USA** haben unter den entwickelten Ländern die höchste Inzidenz für Infantizide: 8,0/100000 für Säuglinge, 2,5/100000 für Vorschulkinder (1-4 Jahre) und 1,5/100000 für Schulkinder (5-14 Jahre) (FRIEDMAN et al., 2005).

In einigen **Entwicklungs- und Schwellenländern** stellt sich die Situation ganz anders dar. Einerseits gibt es mehr Schwangerschaften, die entweder gewollt oder ungewollt eintreten, zum Beispiel wegen mangelnder Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln. Es gibt weniger Abtreibungen und mehr Geburten. Die Tötung eines Neugeborenen wird manchmal noch als „Familienplanung“ genutzt. In manchen Ländern ist die geschlechtsspezifische Diskriminierung von großer Bedeutung, da in den patriarchalischen Gesellschaften Frauen eine untergeordnete Rolle spielen. In manchen Ländern sind Mädchen unerwünscht, während Jungen willkommen sind. Die UNICEF berichtet, dass in **Südostasien** statistisch gesehen 100.000 Frauen „fehlen“, wenn man die Bevölkerungszahlen mit den zu erwartenden Zahlen vergleicht. Unter natürlichen Umständen sind pro 1000 Männer 1024 Frauen zu erwarten (UNICEF, 1998; ALLAHBADIA, 2002).

In **China** dürfen Familien seit der Einführung der Ein-Kind-Familienpolitik 1979 nur ein Kind bekommen, sonst sind sie dem Staat gegenüber zu Zahlungen verpflichtet, und auch andere Strafen drohen. Unter diesen Umständen scheint es vielen Chinesen „günstiger“, einen Sohn zu bekommen, da er arbeiten und Geld verdienen wird. Daraus resultierte, dass sich das unter natürlichen Bedingungen zu erwartende Geschlechterverhältnis veränderte, und sich in den letzten Jahrzehnten verzerrt hat: Während unter natürlichen Umständen unter den Geburten ein Verhältnis

von 100:106 Jungen zu Mädchen erwartet wird, veränderte sich dieses Verhältnis zwischen 1979 und 1984 auf 116:100. Ursachen waren geschlechtsspezifische Abtreibungen und Infantizide an Mädchen. Nachdem die Gesetze der Ein-Kind-Politik gelockert wurden und Infantizide und geschlechtsspezifische Abtreibungen härter bestraft wurden, lag das Verhältnis 1995 bei 108:100 Jungen zu Mädchen (HESKETH und ZHU, 1997).

Ein anderes Beispiel ist **Indien**: Dort werden Söhne bevorzugt, da sie für die Familie Geld erwirtschaften werden, während Töchter durch die Aussteuer und das Verlassen des Elternhauses nach der Heirat Kosten verursachen. Töchter werden deshalb nicht selten benachteiligt und oft getötet (SUMNER, 2009). Welche Ausmaße die Geschlechterdiskriminierung annehmen kann, beschreibt VISHWANATH (1996). Während von der Bevölkerungsgruppe der Kallar das erste Kind nie getötet werde, weil die Eltern fürchten, sie könnten ohne Nachkommen bleiben, werden viele nachfolgend geborene Mädchen getötet: von 600 Mädchen, die jährlich im untersuchten Krankenhaus zur Welt kamen, verschwanden 570 mit ihren Müttern von der Station. Nach Angaben des Krankenhauses werden 80 % von ihnen getötet (VISHWANATH, 1996).

Dass Krankheit und Tod in anderen Kulturen einen anderen Stellenwert und eine andere Bedeutung haben als bei uns und demzufolge auch mit Tötungen und Vernachlässigung von Kindern anders umgegangen wird, zeigt ein Beispiel aus **Peru**. In einer Bevölkerungsgruppe in den Peruanischen Anden gibt es verschiedene Beerdigungsriten für Kinder verschiedenen Alters: Ganz kleine Kinder bekommen am wenigsten Aufmerksamkeit und Aufwand, denn sie sind am wenigsten wert. Kinder unter einem Jahr und besonders Mädchen unter einem Jahr werden häufiger krank als ältere Kinder, was auf eine Diskriminierung schließen lässt. Mädchen gelten als weniger wert, weil sie weniger Geld verdienen werden und weniger „Sozial-Potenzial“ haben. Mädchen gelten außerdem als unempfindlicher gegen Krankheiten, weswegen man ihre Gesundheit nicht so sehr schützen muss. Ein wichtiges Beispiel für das Denken der Bevölkerung mag dieses sein: Man nimmt an, dass kleine Kinder noch eine lockere Verbindung zwischen Seele und Körper haben, deswegen sind sie anfälliger für Krankheiten, aber auch weniger menschlich (LARME, 1997). Was nun zuerst da war, die Unerwünschtheit von Mädchen und das Hinnehmen des Sterbens vieler Kinder oder die Vorstellung über die Verbindung zwischen kindlichem Körper und Seele, ist unklar. Sicher ist, dass in dieser peruanischen Bevölkerungsgruppe Todesfälle von Kindern derart anders bewertet werden als bei uns, dass ein Vergleich unmöglich ist.

Im interkulturellen Vergleich wird bereits an diesen wenigen Beispielen deutlich, dass es gesellschaftliche Gründe für Kindstötungen geben kann, die bei uns gar keine Rolle spielen.

1.4 Exkurs: Geschichte

Die Tötung von Neugeborenen wurde in vielen Kulturen über viele Jahrhunderte als Methode der Geburtenregelung eingesetzt. In der Antike bestimmte der Familienvater, ob er ein Kind annehmen, aktiv töten lassen oder es annehmen wollte.

Während bei der armen Bevölkerung ökonomische Gründe im Vordergrund standen und weitere Kinder vielleicht nicht ernährt werden konnten, töteten Reiche solche Kinder, die ihre Erbschaftspläne störten.

Mit der Verbreitung des Christentums ab dem 5. Jahrhundert in Europa wurden Strafen gegen Abtreibung, Tötung und Aussetzung eingeführt. Mit Hilfe der Kirche gab es ab dem 9. Jahrhundert „Drehladen“ (eine Art Babyklappe) für Findelkinder und Findelhäuser, während die Kindstötung an sich sehr hart bestraft wurde.

Im 15. und 16. Jahrhundert gab es zahlreiche Gesetze zur Kindstötung, die 1532 in der „Carolina“ (Constitutio criminalis Carolina), dem ersten deutschen Strafgesetzbuch, zusammengefasst wurden.

Die Verheimlichung einer Schwangerschaft war nun strafbar, ebenso die Schwangerschaft von unverheirateten Frauen. Seit dem 16. Jahrhundert mussten Schwangerschaften von ledigen Frauen dem Magistrat gemeldet werden. Der Magistrat suchte die Väter auf und verpflichtete sie zur Zahlung. Frauen, die ihre Schwangerschaft nicht meldeten, standen unter dem Verdacht, ihr Kind abtreiben oder töten zu wollen. Man hatte damals erkannt, dass das Bekanntwerden der Schwangerschaft eine Frau davon abhält, ihr Kind zu töten. Heute haben die meisten Frauen, die ihr Neugeborenes töten, nicht über ihre Schwangerschaft gesprochen (SWIENTEK, 2004).

Der Infantizid zählte in der „Carolina“ zu Mord. Darauf folgende Formen der Todesstrafe waren Pfählen, Lebendig Begraben, Ertränken, Säcken (mit Tieren in einem Sack ertränkt werden); als mildere Strafform kam die Enthauptung in Betracht (GEYER-KORDESCH, 1993). Unverheiratete Frauen mussten ihren Grundherren und dessen Söhnen sexuell zur Verfügung stehen. Wurden sie schwanger, mussten sie einen Ehemann finden, denn Abtreibung und Kindstötung standen unter Todesstrafe und ledige Mütter wurden geächtet. Über die Tötung von Kindern durch verheiratete

Mütter ist so gut wie nichts überliefert. Die Väter oder „Schwängerer“ werden nicht erwähnt - sie standen im Schutz der Staats- und Kirchenmacht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass vom 5. bis ins 18. Jahrhundert Frauen nicht außerehelich schwanger werden durften und die Tötung eines (eigenen) Kindes als schweres Verbrechen galt. Die Täterinnen entsprechend schwer bestraft und geächtet wurden.

Mit dem Beginn der Epoche des Sturm und Drang um 1770 änderte sich die Einstellung zu „Kindsmörderinnen“ grundlegend. Man begann, sich mit ihnen zu identifizieren und Mitleid zu empfinden. Es entstanden zahlreiche sozialkritische Dramen zum Thema Infantizid und Menschenliebe, die Debatten über den Umgang mit Kindstötungen und deren Bestrafung auslösten. Frauen wurden als Opfer dargestellt: Jung, schön und unschuldig wurden sie von unverantwortlichen Männern verführt; schwanger waren sie anschließend dem Druck der Gesellschaft und der Strafe des Gerichts ausgeliefert. Das Publikum sollte sich mit der „schönen Kindsmörderin“ identifizieren. Exemplarisch dafür stehen Schillers Gedicht „Die Kindsmörderin“ und Goethes Drama „Faust“.

Auch die Gesetzgeber blieben von der sich ändernden gesellschaftlichen Meinung nicht unberührt. Man erkannte, dass die Täterinnen aufgrund des großen sozialen Drucks verzweifelt waren und zum Neonatizid getrieben wurden. Mit der Zeit änderten sich die Strafen für „Kindsmord“. Er wurde nicht mehr mit der Todesstrafe bestraft, sondern wurde als „privilegiertes Verbrechen“ behandelt und milder bestraft (GEYER-KORDESCH, 1993). Schließlich wurde 1871 der §217 Kindstötung in das Strafgesetzbuch eingeführt und in Anlehnung an Goethes Drama umgangssprachlich „Gretchenparagraph“ genannt.

Als Lösungsalternative wurde in Wien auf Wunsch Kaiser Josephs II. 1784 ein „Gebehrhaus“ eröffnet, in dem Frauen anonym entbinden konnten – ähnlich zu der heute teilweise praktizierten anonymen Geburt. Am Tor läutete die Schwangere eine Glocke und ein Pförtner stand rund um die Uhr bereit, sie einzulassen. Hatte sie die Schwelle übertreten, konnte in keiner Klage gegen sie ein rechtsgültiger Beweis über ihre Schwangerschaft geführt werden. Nach der Geburt stand es der Mutter frei, ihr Kind mitzunehmen oder es ins Waisenhaus überbringen zu lassen.

1854 wurde das „Gebehrhaus“ geschlossen; der Zeitgeist hatte sich geändert und „das Mutterbild „eines edlen Sinnes und Herzens“ begann von dem „einer gefühllosen Seele“ abgelöst zu werden“, was die abgebende Mutter betraf (SCHALLER, 1995, S. 157).

Im 19. Jahrhundert entstand die Ideologie der Mutterliebe, und die Einstellung zur Tötung von Kindern änderte sich ein weiteres Mal. Eine Mutter, die ihr Kind nicht liebte, beging ein Verbrechen (BONNET, 1993).

Am Ende des 20. Jahrhunderts wurde das deutsche Recht der veränderten gesellschaftlichen Situation angepasst, nicht-eheliche Kinder wurden ehelichen Kindern gleichgestellt. In diesem Zusammenhang wurde 1997 der §217 aus dem Strafgesetzbuch gestrichen (siehe Kap. 1.8.1).

1.5 Todesumstände und mögliche Täter/innen

Es gibt ganz verschiedene Umstände, unter denen Kinder von ihren Eltern getötet werden. Dabei kommen den beiden Elternteilen unterschiedliche Rollen zu. Die folgende Unterteilung entstand in Anlehnung an ROHDE (2003) und MARNEROS, (2003).

1.5.1 Neonatizid

Ein Neonatizid ist die Tötung eines Kindes in den ersten 24 Stunden nach der Geburt. Die Neonatizide bilden mit 43,3 Prozent die größte Gruppe unter den Infantiziden (Raič, 1995). Die meisten Kinder, die kurz nach der Geburt getötet werden, werden von der Mutter getötet und nicht im Krankenhaus geboren (OVERPECK et al., 1998).

Die Täterinnen sind häufig jung und die Schwangerschaft war unerwünscht, außerdem liegt in vielen Fällen eine Persönlichkeitsproblematik im Sinne von fehlender Reife und mangelnden Bewältigungsmechanismen vor. So kommt es in vielen Fällen zur Verleugnung der Schwangerschaft: Frauen „merken nicht“, dass sie schwanger sind und werden von der Geburt „überrascht“. In dieser Situation sieht die Mutter keine andere Möglichkeit mehr, mit dem „Problem Kind“ umzugehen, als es zu töten - sei es durch Aussetzen / Nicht-Versorgen oder durch aktive Tötung (ROHDE, 2007b). Nach FRIEDMAN et al. (2005) sind die Täterinnen oft jung, arm, unverheiratet und erhielten keine Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen. Ein wichtiges Persönlichkeitsmerkmal ist Passivität: Sie unterscheidet Frauen, die Neonatizid begehen, von solchen, die abtreiben (PITT and BALE 1995). BEIER et al. (2008) untersuchten 40 Fälle von Frauen, die im Zeitraum von 1992 bis 2005 Neonatizide begangen hatten. Drei Viertel dieser Frauen waren jung, unverheiratet und ohne kriminelle oder psychiatrische Vorgeschichte.

1.5.2 Exkurs: Negierte Schwangerschaft

Ein ungewöhnliches Phänomen, das zum Neonatizid führen kann, ist die Negierung der Schwangerschaft. SCHLOTZ et al., (2009) unterteilen verschiedene Formen der negierten Schwangerschaft nach dem Grad des bewussten Wissens um die Schwangerschaft:

Im Fall einer **nicht wahrgenommenen Schwangerschaft** hat die werdende Mutter ihren Umstand nicht bemerkt. Sie selbst und ihr Umfeld sind davon überzeugt, dass sie nicht schwanger ist. Die Schwangerschaft bleibt außerhalb jeglicher bewusster Wahrnehmung und die Geburt beginnt dementsprechend vollkommen überraschend. Einsetzende Geburtswehen werden mit Bauch- oder Rückenschmerzen verwechselt. Nach Marneros' Definition von negierter Schwangerschaft müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

1. Subjektive Gewissheit der Schwangeren, nicht schwanger zu sein.
2. Fehlen von Schwangerschaftszeichen oder subjektive hinreichende Umdeutung von vorhandenen Schwangerschaftszeichen.
3. Unbefangenheit in sozialen Situationen, die zur Aufdeckung führen könnten.
4. Unverändertes Sexualverhalten.
5. Verkennung der einsetzenden Wehen und Überraschtwerden von der Geburt (MARNEROS, 1998), S. 177).

WILLE und BEIER (1994) nennen als zusätzliche Kriterien:

6. Zu keinem Zeitpunkt Gedanken an einen Schwangerschaftsabbruch
7. Jegliches Fehlen von Geburtsvorbereitungen.

Das Phänomen der nicht wahrgenommenen Schwangerschaft kommt erstaunlich häufig vor: WESSEL und BUSCHER (2002) befragten 1995-1996 alle Krankenhäuser und Geburtshäuser in Berlin, wie oft negierte Schwangerschaften vorgekommen waren und zu welchem Zeitpunkt der Schwangerschaft diese erkannt wurden. Hochrechnungen ergaben, dass eine von 475 Schwangerschaften bis zur 20. Woche oder länger unbemerkt bleibt. Eine von 2455 Schwangerschaften wird erst bei der Geburt des Kindes erkannt (WESSEL et al., 2003). Viele Geburtshelfer haben also schon einmal erlebt, dass eine vermeintlich nicht schwangere Frau ein Kind entbindet. Betroffen sind meistens Frauen mit einer mangelnden Körperwahrnehmung, die beispielsweise einen unregelmäßigen Zyklus oder eine mehrmonatige Amenorrhö nicht außergewöhnlich finden. Wenn klassische Schwangerschaftszeichen wie Gewichtszunahme, ein

dicker werdender Bauch, Übelkeit oder Kindbewegungen nicht ganz ausbleiben, werden sie mühelos uminterpretiert (SCHLOTZ et al., 2009). Einzelne Fälle solcher nicht wahrgenommener Schwangerschaften enden mit einem Neonatizid.

Davon abzugrenzen ist die **verleugnete Schwangerschaft**, bei der die Schwangere im Verlauf der Schwangerschaft diese wahrnimmt oder ahnt, den Zustand aber nicht aufklärt. Sie verdrängt die Schwangerschaft, bis sie schließlich überzeugt ist, nicht schwanger zu sein. In dieser subjektiven Gewissheit, nicht schwanger zu sein, sind die betreffenden Frauen oft sehr unbefangen im Umgang mit ihrem Körper bei Arztbesuchen, sexuellen Aktivitäten und in sozialen Situationen. In diesen Fällen ist die Entbindung eine sehr kritische Situation, da sie oft nicht im Krankenhaus stattfindet und eine enorme Anpassungsleistung erfordert (SCHLOTZ et al., 2009). Verleugnete Schwangerschaften können zum Neonatizid führen, insbesondere wenn die Mutter bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie Unreife und mangelnde Bewältigungsmechanismen mitbringt (ROHDE, 1998).

Bei der **ignorierten Schwangerschaft** weiß die Schwangere, dass sie schwanger ist. Dieses Wissen wird aber konsequent ignoriert und jeder Gedanke daran beiseite geschoben. Die Frauen wollen nicht schwanger sein, wollen die Schwangerschaft nicht wahr haben und verhalten sich auch dementsprechend. Zum Beispiel wird meistens weder der Alkohol- noch Nikotinkonsum eingestellt noch werden Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Wenn die Geburt in einer Klinik stattfindet, wird die Mutterschaft oft vor den Angehörigen verheimlicht oder abgelehnt, zum Beispiel mit dem Plan, das Kind zur Adoption freizugeben oder es in eine Babyklappe zu legen (SCHLOTZ et al., 2009).

1.5.3 Tod als Folge von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

Stirbt ein Kind an den Folgen von Misshandlung oder Vernachlässigung, ist es oft das Ende eines langen Prozesses. Dabei ist der Tod des Kindes nicht unbedingt geplant. Häufig liegt eine komplizierte Familiensituation mit finanziellen Schwierigkeiten, jungen, überforderten Eltern und Konflikten in der Beziehung der Eltern vor (ROHDE, 1998). Die Mütter haben Schwierigkeiten, unterstützende Beziehungen außerhalb der Familie aufzubauen und zu unterhalten. Sie erleben ihr soziales Umfeld als wenig unterstützend, ihre Partner als wenig hilfreich (BISHOP, 1999). Aggressionen werden über einen langen Zeitraum am Kind ausgelassen oder das Kind wird, im Fall einer Vernachlässigung, über die eigenen Probleme der Eltern „vergessen“. Auch in diesen

Fällen sind die Mütter eher jung und unreif im Vergleich zu anderen Infantizidtäterinnen (ROUGE-MAILLART et al., 2005).

In dieser Kategorie kommen als Täter aber auch die Väter infrage, sowie die Stiefväter beziehungsweise die neuen Partner der Mutter. In der Studie von RAIČ (1995) waren unter den Fällen der Kindesmisshandlung in 54 Prozent Väter die Täter, während insgesamt nur in 18 Prozent der Fälle der Vater der Täter war. Da Misshandlung und Vernachlässigung im familiären Kontext und über einen längeren Zeitraum stattfinden, stellt sich immer die Frage nach einer Mittäterschaft des Partners oder der Partnerin.

Todesfälle in Folge von Kindesmisshandlung hatten in der Studie von Rohde et al. (1998) einen Anteil von 18,3 Prozent an den Infantiziden, OVERPECK et al. (1998) gehen sogar von über 80 Prozent aus.

1.5.4 Tötung bei Überforderungssyndrom (Impulsdurchbruch)

Beim Überforderungssyndrom sind Täter/innen chronisch überfordert mit der Alltagssituation - zum Beispiel sind allein erziehende Mütter mit mehreren Kindern und bereits bestehender emotionaler Labilität und Tendenz zu Impulsdurchbrüchen bei Borderline-Persönlichkeitsstörung gefährdet (ROHDE, 2006). Im Rahmen von Eskalationen der angespannten Alltagssituation kann es zu Kindesmisshandlungen kommen, im Einzelfall kann es zu tödlichen Übergriffen auf das Kind kommen.

1.5.5 Erweiterter Suizid

Beim erweiterten Suizid nimmt der Täter einen oder mehrere andere Menschen ohne deren Wissen und deren Zustimmung mit in den Tod, wie schon NAECKE (1908) definierte. Oft findet er im familiären Kontext statt, manchmal kommen dabei Kinder ums Leben. Im Kontext der Kindstötung beschließt meistens die Mutter, sich selbst zu töten und will ihr Kind nicht alleine zurücklassen (ROHDE, 2007a). Ein erweiterter Suizid geschieht meist im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung wie einer Depression, einer Psychose oder einer Persönlichkeitsstörung (ROHDE, 2007a). Das betreffende Elternteil entscheidet sich zum Suizid, weil ihr oder ihm das eigene Leben nicht lebenswert erscheint. Weil für die Mutter oder den Vater nicht in Frage kommt, das Kind allein auf dieser nicht lebenswerten Welt zurückzulassen, tötet er oder sie das Kind zuerst und daran anschließend sich selbst.

Abzugrenzen ist der erweiterte Suizid von der altruistischen Tötung. Beim erweiterten Suizid steht nämlich der „egoistische“ Gedanke des Täters, nicht mehr Leben zu wollen, im Vordergrund. Nicht aus Altruismus, sondern aus der Abscheu, jemand anderem zu schaden, wird auch das Kind getötet, das ja sonst allein und unversorgt auf der Welt zurückbleiben würde. (MARNEROS, 1997).

In der Studie von Raič (1995) waren die Täterinnen des erweiterten Suizids immer weiblich, im Gegensatz dazu steht die Untersuchung von BUTEAU et al. (1993), laut der die Täter meistens männlich sind und mit dem Opfer zusammengelebt haben. Erweiterte Suizide hatten einen Anteil von 21,7 % an den Filiziden (Raič, 1995).

1.5.6 Altruistische Tötung

Bei der altruistischen Tötung können ein Elternteil oder beide Eltern das Leid ihres Kindes nicht ertragen und töten es aus Mitleid, zum Beispiel bei einer schweren Erkrankung oder Behinderung des Kindes (ROHDE, 2007a). Da der Täter nicht bereit ist, die Konsequenzen der Tötung zu ertragen, tötet er sich anschließend selbst. Er nimmt also den Suizid in Kauf, dieser war aber ursprünglich nicht seine Intention (MARNEROS, 1997). Diese Art der Kindestötung kommt sehr selten vor, in der Studie von Raič (1995) kam sie gar nicht vor.

1.5.7 Exkurs: Tötung von schwer behinderten Kindern

Mit dem Fortschritt der Pränataldiagnostik gibt es immer mehr Möglichkeiten, Defekte und Krankheiten früh in der Schwangerschaft zu erkennen. Es gibt Kinder, die ohne intensivmedizinische Hilfe nicht überleben können und auch dann eine schlechte Prognose haben: ein Leben in Behinderung, ein kurzes Leben, lebenslange medizinische Intensivversorgung. Bei einer solchen Diagnose und Prognose müssen die Eltern entscheiden, wie sie mit der Schwangerschaft umgehen: ob sie eine pränatale Behandlung versuchen wollen, ob sie gar nicht in den Verlauf der Schwangerschaft eingreifen wollen, oder ob sie die Schwangerschaft durch eine Spätabtreibung oder einen Fetoizid beenden wollen.

Da ab der 22. Woche ein Fetus prinzipiell lebensfähig ist, bei einer Spätabtreibung also außerhalb des Mutterleibs überleben könnte, wird in diesen Fällen der Fetus im Mutterleib getötet: Dies nennt man einen Fetoizid. Alternativ wird das schwer behinderte Neugeborene nach der eingeleiteten Geburt nicht versorgt und auf seinen Tod gewartet, was von manchen Autoren, zum

Beispiel HONTELA und REDDON (1996) als Euthanasie bezeichnet wird. Fetozide und Euthanasie werden von manchen Autoren als Formen des Infantizids gewertet. Diese Formen des Infantizids werden in dieser Arbeit jedoch außen vorgelassen, da sie eine völlig eigene Problematik darstellen.

1.5.8 Tötung aus Rache: Medea-Syndrom

In dieser Konstellation, die auch Medea-Syndrom genannt wird, tötet ein Elternteil ein oder mehrere Kinder, um sich am Partner zu rächen. In manchen Fällen tötet er oder sie sich anschließend selbst. Dennoch handelt es sich nicht um eine Form des erweiterten Suizids. Namenspatin ist Medea aus der griechischen Mythologie: Medea war von Eifersucht geplagt, weil ihr Mann sie betrog, und rächte sich durch die Ermordung ihrer beiden gemeinsamen Kinder an ihrem untreuen Ehemann. In unserer Gesellschaft kommen eher Väter als Mütter als Täter bei der Tötung aus Rache in Frage (BOURGET und GAGNÉ, 2002; BOURGET et al., 2007).

1.5.9 Tötung unter dem Einfluss produktiv-psychotischer Symptomatik

Im Rahmen einer Psychose oder schweren psychotischen Depression kann es dazu kommen, dass eine Mutter an produktiv-psychotischer Symptomatik leidet. Dann hört sie vielleicht imperative Stimmen, die ihr Befehle geben, ihr Kind zu töten, hat Verfolgungsideen oder sie ist der Überzeugung, dass ihr Kind ausgetauscht ist, zum Beispiel gegen den Satan. Von solchen Ideen kann sie fest überzeugt sein und als „Rettung“ nur die Tötung des Kindes, also zum Beispiel des vermeintlichen Satans, sehen.

Die psychotische Symptomatik kann durch die geburtsbedingte Hormonumstellung sowie seelische Prozesse ausgelöst werden („Wochenbettpsychose“). Auslöser im psychosozialen Umfeld scheint es nicht zu geben (SWIENTEK, 2004). Eine bereits bestehende Symptomatik kann sich im Rahmen der Geburt verschlimmern oder wieder auftreten, ein wichtiges Warnzeichen für eine drohende Pathologie im Wochenbett ist also in der Patientengeschichte zu suchen: Die Wiederholungswahrscheinlichkeit einer Wochenbettdepression oder –Psychose liegt bei 20-50 Prozent. Sie kann durch eine rechtzeitige Prophylaxe mit antipsychotischen Medikamenten, Stimmungsstabilisatoren oder Antidepressiva verringert werden (SPINELLI, 2004). Häufig sind bei psychotischer Symptomatik eines Elternteils ältere Kinder betroffen, die Symptomatik steht dann nicht im Zusammenhang mit Geburt und Wochenbett.

Da nicht jede psychisch kranke Mutter ihr Kind tötet, vermuten PAPAPIETRO und BARBO (2005), dass eine bestimmte Psychodynamik zu solchen Psychosen führt und entsprechende Taten möglich macht. Sie sind der Meinung, dass der Filizid ein komplexes Zusammenspiel aus Umweltfaktoren und der Psychodynamik der einzelnen Täter ist.

1.5.10 Geschlechtsspezifische Tötung

Die geschlechtsspezifische Tötung und die Tötung von Neugeborenen aus ökonomischen Gründen sind in Deutschland nicht mehr zu erwarten. Wenn in Einzelfällen „ökonomische Gründe“ für die Tötung des eigenen Kindes angegeben werden, steht meist eine andere Dynamik im Hintergrund, die unabhängig vom Geschlecht des Neugeborenen ist.

1.6 Risikofaktoren

Bestimmte Merkmale oder Ereignisse erhöhen das Risiko, dass es zu einer Kindstötung kommt. Diese „Risikofaktoren“ sind besonders im Kontext postpartaler psychischer Störungen, bei Impulsdurchbrüchen und Kindesmisshandlungen von Bedeutung.

1.6.1 „Schwierige Kinder“

Manche Kinder stellen für ihre Eltern eine besonders große Herausforderung dar: Zum Beispiel, wenn sie als Zwilling geboren werden, wenn sie viel krank sind und deshalb viel schreien, wenn sie schlecht trinken oder, warum auch immer, „Schreibabys“ sind. Auch Unerwünschtheit scheint eine Rolle zu spielen. Kinder, die unerwünscht zur Welt kommen, haben ein höheres Risiko, von ihren Eltern vernachlässigt oder misshandelt zu werden als „Wunsch Kinder“ (HÄSING und JANUS, 1994). Gerade bei Kindesmisshandlungen und Impulsdurchbrüchen finden sich solche Konstellationen in der Vorgeschichte.

1.6.2 Psychische Störungen

Die Zeit nach der Entbindung birgt die Gefahr einer postpartalen Störung, wie dem „Babyblues“, einer „Wochenbettdepression“ oder einer „Wochenbettpsychose“ (ROHDE und MARNEROS, 2006). Der „Babyblues“ ist recht bekannt. Es ist die Bezeichnung für die traurig-depressive Verstimmtheit im Wechsel mit Glücksgefühlen, die manche Frauen am 2.-5. Tag nach der

Entbindung haben – umgangssprachlich auch „Heultage“ genannt. Zum Teil sind sie begleitet von Insuffizienzgefühlen, Verzweiflung und Weinen. Durch die Hormonumstellung und die neue Situation als Mutter kann die seelische Verfassung der Wöchnerin sehr empfindlich sein. Der „Babyblues“ gilt als nicht-pathologische Folge dieser Hormonumstellungen. Nach der Entbindung sinken die Konzentrationen verschiedener Geschlechts- und Schwangerschaftshormone rapide ab, was wiederum Einfluss auf verschiedene Neurotransmittersysteme hat.

Die sogenannte „Wochenbettdepression“ oder postpartale Depression kann bis zu zwei Jahren nach der Geburt entstehen, typisch ist eine schleichende Entwicklung. Symptome sind Antriebsmangel, Traurigkeit, inneres Leeregefühl, Schuldgefühle, ambivalente Gefühle dem Kind gegenüber, allgemeines Desinteresse, Teilnahmslosigkeit, Hoffnungslosigkeit, bis hin zu Suizidgedanken auf sich und eventuell auch auf das Kind bezogen. Aus den Symptomen wird deutlich, dass eine schwere „Wochenbettdepression“ im Extremfall durchaus zu einer Gefahr für das Kind werden kann.

Die sogenannte „Wochenbettpsychose“ ist eine schwere Störung, die vorwiegend in den ersten beiden Wochen nach der Entbindung entsteht, sich aber auch aus einer Depression heraus entwickeln kann. Auftreten können sowohl eine starke Antriebssteigerung mit motorische Unruhe, Verworrenheit, Größenwahn, gehobene Stimmungslage mit Euphorie, Enthemmung und ein vermindertes Schlafbedürfnis. Eine Gefährdung resultiert in diesen Fällen durch einen falschen Umgang mit dem Kind bzw. eine Störung der allgemeinen Urteilsfähigkeit. Es können auch Angstzustände, Antriebs-, Bewegungs- und Teilnahmslosigkeit auftreten. Im Extremfall zeigt sich die Psychose durch Halluzinationen und Wahnvorstellungen: Die betroffene Frau hört Stimmen oder sieht Dinge, die nicht existieren. Sieht sie die Gefahr in ihrem Kind, tötet sie das Kind, um sich dem „Bösen“ zu entledigen. Sieht sie die Gefahr für das Kind, tötet sie es, um das Kind zu schützen.

Auch außerhalb von postpartaler psychischer Symptomatik können psychotische Symptome wie imperative Stimmen und Wahnideen Risikofaktoren sein, wenn sie sich thematisch mit dem Kind bzw. mit der Bedrohung der Familie beschäftigen.

1.6.3 Psychosoziale Umstände

Als **Risikotage** für die Tötung eines Kindes im Rahmen eines Impulsdurchbruchs oder einer Kindesmisshandlung sind Feiertage und Wochenenden zu nennen, an denen Ansprechpartner wie zum Beispiel der vertraute Kinderarzt fehlen, und an denen die meisten Hilfseinrichtungen geschlossen sind. Laut SCHMIDT et al. (1996) ist die typische Konstellation einer Kindstötung, dass eine Mutter ihren Sohn am Wochenende in den frühen Abendstunden zu Hause tötet. In der Untersuchung von SCHMIDT et al. an 25 Kindstötungen im Raum Köln im Zeitraum von 1985-1994 wird nicht zwischen verschiedenen Todesumständen unterschieden.

Anders als oft vermutet spielen **psychosoziale Umstände** bei der Tötung des Kindes direkt nach der Geburt nur eine untergeordnete Rolle. Laut SWIENTEK (2004) unterscheiden sich Neonatizid-Täterinnen hinsichtlich der soziobiographischen Daten nicht von Frauen, die ihr Kind nicht töteten. Das Bildungsniveau unterscheidet sich nicht vom Durchschnitt der Frauen (als Täterin kommt nicht unbedingt die „schwachsinnige“ Mutter in Betracht), das Alter erfasst die gesamte Bandbreite des fruchtbaren Alters, bei über 50 Prozent der Fälle befinden sich die Frauen in einer Beziehung mit dem Kindsvater, wobei sich über die Harmonie in der Beziehung keine Aussage machen lässt.

Hingegen fand SMITHEY (1997) bei ihren Probandinnen ein Zusammenspiel von drei nicht-psychologisch und nicht-psychiatrischen Dimensionen. Sie führte 1994 15 Interviews mit Müttern, die ihre eigenen Kinder unter verschiedenen Umständen getötet hatten und vom Gericht für voll schuldfähig befunden wurden, um soziale Ursachen für Infantizide herauszuarbeiten. Die drei Dimensionen waren:

1. Die Sozialisierung: Wurden während der eigenen kindlichen Entwicklung Erfahrungen mit psychischer und emotionaler Gewalt gemacht, neigten die Probandinnen dazu, auf Angst, Stress und Frust mit Gewalt zu reagieren. Sie hatten kaum unterstützende Beziehungen, vorhandene Beziehungen waren eher destruktiv. Die Väter unterstützten die Frauen nicht und waren zum Teil beleidigend oder feindlich gestimmt.
2. Die Ökonomische Situation: Alle Probandinnen waren finanziell nicht gesichert und hatten kaum eine Möglichkeit, für ihr Kind aufzukommen. Die Kindsväter kümmerten sich nicht.

3. Der Substanzmissbrauch: Um die schlechten Gefühle und das schlechte Selbstbild zu verdrängen, neigten die Probandinnen zu Substanzmissbrauch. Das führte dazu, dass die eigenen Handlungen falsch eingeschätzt wurden.

1.6.4 Rolle der Väter

Bezogen auf die Tötung von Kindern insgesamt wurde deutlich, dass eher Mütter als Täterinnen in Betracht kommen. Anders bei der Kindesmisshandlung: Väter kommen sowohl als Täter, oder, wenn sie nicht Täter sind, als Mittäter infrage. Laut SWIENTEK (2004) ist die Rolle des Vaters bei der Tötung von Kindern nicht zu unterschätzen: Stehe er zu Frau und Kind, käme es kaum zu Aussetzung, Adoption und Tötung. Bei 50 % der Schwangerschaftsabbrüche sei der Vater ausschlaggebend, bei Adoptionsfreigaben sogar in fast 100 %.

Es stellt sich die Frage, welche Rolle die Väter bei den verschiedenen Konstellationen einnehmen – und ob sie Verantwortung für Mutter und Kind tragen. Das Phänomen der negierten Schwangerschaft ist nicht nur aus der Perspektive der werdenden Mutter interessant. Bei negierten Schwangerschaften, die mit einem Neonatizid enden, gehen die Schwangeren oft unbefangen mit ihrem Körper um und haben bis kurz vor der Geburt Geschlechtsverkehr. Fraglich ist, ob und warum es einem Mann nicht auffällt, dass seine Partnerin schwanger ist und dass sich ihr Körper verändert. In Fällen, bei denen es nach der Geburt zu psychischen Störungen der Mutter kommt, zum Beispiel zu Depressionen oder Wahnvorstellungen, ist anzunehmen, dass die Personen im nahen Umfeld davon mitbekommen. Wieder stellt sich die Frage nach dem Partner, ob er die veränderte Stimmung der Mutter wahrgenommen hat und diese vielleicht auch Dinge gesagt hat, die auf ihren krankhaften Zustand hinweisen. Erweiterte Suizide werden häufig angekündigt und auch im Rahmen von Konflikte in der elterlichen Beziehung angedroht, wieder stellt sich die Frage nach der Verantwortung des Partners, hier in Bezug auf das Ernstnehmen solcher Drohungen.

1.6.5 Psychodynamik

Im Rahmen von psychiatrischen Gutachten, die auf Anordnung des Gerichts über die Täter erstellt werden, werden bei manchen Tätern psychiatrische Krankheiten oder Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Solche Krankheitsbilder können organisch bedingt, auf der Ebene von Hormonen oder Neurotransmittern, entstehen. Einige Autoren sind der Ansicht,

dass die psychische Störung allein nicht der Grund für die Tötung eines Kindes ist, sondern dass auch die psychodynamische Entwicklung der Täterin oder des Täters zu berücksichtigen ist (PAPAPIETRO und BARBO, 2005). Die Täter seien durch ihre Charakterstruktur bereits anfällig, durch die Geburt eines Kindes seien sie psychischem und physischen Stress ausgesetzt, den sie nicht kompensieren könnten und der in der Psychose ein Ventil finde. Auch CARTWRIGHT (2002) weist darauf hin, dass Umweltfaktoren im Tatvorfeld sowie psychische Eigenschaften („premorbid intrapsychic qualities“) der Persönlichkeit beachtet werden müssen, wenn man die Tat als Ganzes verstehen will. Diese psychischen Eigenschaften müssten verstanden werden als Traumata, Verluste und Frustrationen aus der Kindheit, die nie bewältigt und überwunden werden konnten. Ungelinderter Frust (über die eigenen Eltern) werde zu Ärger, und Ärger werde zu Wut über das frustrierende Objekt (die Eltern), die aber unterdrückt und außerhalb des Bewusstseins bleibe. Psychodynamisch gesehen breche diese Wut später in Form einer Psychose oder Depression und speziell im Akt des Mordes oder Suizides aus.

Psychodynamische Modelle

An dieser Stelle sollen einige Theorien zum psychodynamischen Vorfeld von Kindstötungen vorgestellt werden:

DE MAUSE (1994) vermutet, dass Eltern ihr Kind töten, „weil sie das Kind in diesem Moment hassen, sein Dasein ihnen unerträglich ist, weil sie das Kind als Bedrohung für ihre Existenz und ihr psychisches Gleichgewicht erleben“. Im Idealfall einer guten elterlichen Versorgung fangen die Mutter und/oder Vater die Gefühlsspannungen des Kindes auf. Sie beruhigen es, wenn es schreit, und vermitteln dem Kind, dass die Welt nicht so bedrohlich ist, wie es befürchtet. Bei unreifen Müttern ist das Verhältnis anders herum: Sie missbrauchen ihr Kind (im übertragenen Sinne), indem sie aggressive Phantasien auf es projizieren, um ihre eigenen Gefühlsspannungen lösen. Wenn in einer solchen Beziehung das Kind schreit, fühlt die Mutter sich unter Umständen nicht geliebt - und schlägt das Kind (im Sinne einer Misshandlung), von dem sie die Liebe erwartet, die sie an anderer, adäquater Stelle nicht bekommt.

WIESE (1993) beschreibt diese Konstellation als Tötung aus gestörter Identifikation. Als weitere Facette der gestörten Identifikation nennt Wiese den „pathologischen Kinderwunsch“: Zum Beispiel dass eine Frau schwanger wird, um sich von der eigenen Mutter zu lösen. Jeder

Kinderwunsch stehe im Positiven wie im Negativen immer in Bezug zur eigenen Mutter, so WIESE.

Auch VON LÜPKE (1994) sieht in der Entstehung der Schwangerschaft das Problem, da seiner Ansicht nach Täterinnen aus eigenen Bedürfnissen heraus schwanger werden, um einem Mangel abzuweichen: Zum Beispiel dem Verlust einer Bezugsperson oder um einer hochambivalenten abhängigen Beziehung zur eigenen Mutter zu entkommen. Manche Frauen würden auch schwanger, um ihre Beziehung zu erhalten, oder die Trennung vom Partner führe zu einer Schwangerschaft, als könne diese das Gute der Beziehung konservieren oder wiederherstellen.

GAMBAROFF (1994) vermutet, dass eine Schwangerschaft an sich Spannungen verschärft und die Geburt zum Ausbruch von Konflikten führen kann. Es sei unter psychodynamischen Gesichtspunkten davon auszugehen, dass Schwangerschaft und Geburt als ganz elementare, spezifisch weibliche, körperlich wie psychische Erfahrungen für sich allein auf das intensivste den gesamten Erlebnisbereich mobilisieren, den eine Frau als Tochter ihrer eigenen Mutter hat, wodurch entscheidende Etappen ihres jeweiligen Weges zur Weiblichkeit aktualisiert werden können.

WIESE (1993) nennt als weitere Konstellationen, in denen Mütter ihre eigenen Kinder töten: Die Tötung als Selbsttötung (in Rahmen eines erweiterten Suizids oder als reine Kindstötung, wobei das Kind als Teil der Mutter selbst erlebt wird). Außerdem beschreibt sie die Tötung als Beziehungsstörung (Ambivalenzen können nicht ertragen werden) und die Tötung als weiblicher Widerstand gegen die Natur- und Kulturgegebene Mutterschaft.

1.6.6 Bindungsfähigkeit

Die Fähigkeit, Bindungen aufzubauen und zu erhalten, ist im Zusammenhang mit Infantiziden unter verschiedenen Aspekten wichtig. Einerseits scheint es natürlich einfacher, ein Kind zu töten, wenn man keine Bindung zu ihm hat. Der Aufbau einer Bindung kann andererseits zur Akzeptanz des Kindes führen VON LÜPKE (1994). Außerdem sind Eltern weniger gefährdet, psychische Erkrankungen zu entwickeln und in schwierige familiäre Situationen zu kommen, wenn sie in ihrer Lebensgeschichte stabile Bindungen aufgebaut haben und so Unterstützung aus ihrem Umfeld bekommen, wenn sie diese brauchen (PAPAPIETRO und BARBO, 2005). In der Schwangerschaft stecke ein Potenzial, dass eine Bindung zwischen Mutter und Kind entsteht, wobei der Gesamtverlauf dieses Prozesses wesentlicher ist als die Beziehung zu einem

bestimmten Zeitpunkt, so VON LÜPKE (1994). Zum Beispiel könne die Wahrnehmung von Kindsbewegungen die Beziehung ändern, 85-90 % der Frauen würden dann die Schwangerschaft akzeptieren, auch wenn sie diese vorher abgelehnt hatten.

Werden in der Kindheit keine Fähigkeiten zur Objektbindung entwickelt, ist später das Bindungsverhalten an andere Personen beeinträchtigt. Das wiederum verschlechtert den Umgang mit Stress und Angst, woraus Persönlichkeitsprobleme resultieren (BOWLBY, 1975). Diese Persönlichkeitsdefizite führten im Erwachsenenalter oft zu psychischen Erkrankungen. Da weiterhin schlecht Bindungen zu anderen Personen aufgebaut werden könnten, bekämen die Betroffenen auch wenig Unterstützung und Zuspruch aus ihrem Umfeld. Und wegen der eigenen schlechten Eltern-Kind-Erfahrung haben sie wenig Vorstellung davon, wie ihr eigenes Kind zu erziehen und zu versorgen sei. Vielleicht können sie auch eine intensive Beziehung zum Kind nicht ertragen und in der Psychose fällt dann die Schranke zum Filizid (PAPAPIETRO und BARBO, 2005).

1.7 Recht

Immer wieder kommt es vor, dass auf Müllkippen, in Wasseraufbereitungsanlagen oder im Wald Babyleichen gefunden werden – wenn Eltern ihre eigenen Kinder töten und die Tat verheimlichen wollen, sind praktisch immer Neugeborene betroffen. Einige dieser Kinder werden nie identifiziert und die Taten nie aufgeklärt.

Doch nicht immer wird die Tat so gut verschleiert, manchmal entsteht gar der Eindruck, dass sich nicht so viel Mühe bei der Vertuschung der Tat gegeben wurde. Oftmals wird Jahre nach einer Tat eine Kindsleiche (oder mehrere) gefunden, und erst so der oder die Täter/in überführt und angeklagt. Typische Fundorte sind Dachboden, Keller, Garten oder Balkon des Wohnhauses. Werden die Taten dann bekannt und die Täter/innen angeklagt, drängt sich die Frage auf, warum die Kindsleiche/n nach der Tat nicht „entsorgt“ wurden. Der oder die Täter/in kann es für die sicherste Lösung gehalten haben, nicht entdeckt zu werden. Aber vielleicht wollte er oder sie das Kind auch in ihrer/seiner Nähe behalten? Wartet er oder sie geradezu darauf, dass die Tat entdeckt wird? Oder ist er/siesie einfach nicht fähig, die Konsequenzen abzusehen und die Tat „vernünftig“ zu verdecken? Manchmal geschieht die Aufdeckung des Falles bei einem Umzug, bei dem die Leiche/n im alten Wohnhaus „vergessen“ werden - doch wurden sie wirklich einfach

vergessen, oder ist die Tat einfach vollkommen verdrängt worden und nicht mehr im Bewusstsein? Der Spiegel berichtete 2003 über einen Fall, bei dem eine Mutter zwei Säuglinge direkt nach der Geburt tötete. Von den Leichen gibt es keine Überreste, sie wurden in der Müllverbrennungsanlage verbrannt. Einzige Spur waren „die hellblauen Bändchen, die ihnen angelegt wurden, mit Namen, Gewicht und Kopfumfang, und ihren Fußabdruck auf den Glückwunschkarten der Kliniken“ (FRIEDRICHSEN, 2003).

1.7.1 Gesetzeslage in Deutschland – Änderung 1998

1871 wurde im Strafgesetzbuch der § 217 zur Kindstötung eingeführt: Tötete eine Mutter ein uneheliches Kind unter der Geburt oder in den ersten 24 Stunden, war das ein minderschweres Delikt als die Tötung eines ehelichen oder älteren Kindes (Kindsmord), welche nach §§ 212/213 StGB zu Totschlag/minder schwerer Fall des Totschlags bestraft wurden. Man ging davon aus, dass die Geburt eines unehelichen Kindes eine außerordentliche Belastung für eine Frau darstellte und die Tat insofern minderschwer war.

1998 wurden nichteheliche Kinder ehelichen Kindern durch das neue Kindschaftsrecht gleich gestellt. In diesem Zusammenhang wurde der § 217 StGB ersatzlos gestrichen. Jegliche Tötung von Kindern wird seither nach den Paragraphen zu Mord und Totschlag geahndet. Nicht verheiratete Mütter wurden also verheirateten gleich gestellt, indem sie wie alle anderen Menschen bestraft werden, wenn sie jemanden töten: Mord mit lebenslänglicher Haft, Totschlag mit mindestens fünf Jahren Haft (höchstens 15 Jahre, Totschlag in einem minder schweren Fall mindestens ein Jahr, höchstens zehn Jahre). Wenn eine nicht verheiratete Mutter bei der Geburt besonders verzweifelt ist, käme jetzt der minder schwere Fall in Betracht. In manchen Fällen wird das Jugendstrafrecht angewendet.

Im Vorfeld der Abschaffung des § 217 StGB diskutierten Wissenschaftler mit verschiedenen Positionen. Unter anderem gab es den Vorschlag, den Paragraphen zu erhalten, aber an die gesetzliche Regelung der Schweiz und Österreichs anzugleichen: In beiden Ländern spielt die Nichtehelichkeit keine bedeutende Rolle, vielmehr wird die verminderte Zurechnungsfähigkeit auf die Einwirkung durch den Geburtsvorgang zurückgeführt (RAUCH et al., 1997).

Rechtsprechung und Strafzumessung

Inwieweit die Strafen „gerecht“ oder vergleichbar ausfallen, ist schwer zu beurteilen, da sich die Taten so sehr voneinander unterscheiden. Erstaunlich ist, dass es sehr unterschiedliche Strafzumessungen und Rechtsprechungen gibt, zum Teil scheine die Bestrafung relativ wirr und vom Richter abhängig zu sein, so TRUBE-BECKER (1987). SWIENTEK (2004) kommt zu dem Schluss, dass „die Urteile tatsächlich willkürlich und in ihrer Bandbreite schwer nachvollziehbar sind“.

Nicht nur zwischen den Richtern und Gerichten variiert der Strafraumen zum Teil erheblich. Väter werden im Durchschnitt härter bestraft als Frauen (PITT UND BALE, 1995; KLOTZBACH et al., 2003). Im Gegensatz dazu gibt es auch Untersuchungen die zeigen, dass Frauen längere Haftstrafen erhalten als Männer (TRUBE-BECKER, 1987). In vielen Fällen würden die Partner, oft die Väter, gar nicht mit angeklagt, manchmal nicht einmal als Zeugen geladen.

1.7.2 Schuldfähigkeit

Wird ein Täter oder eine Täterin wegen Totschlag oder Mord angeklagt, ist nach deutschem Recht auch zu klären, ob er oder sie nach den Vorgaben in den §§ 20/21 StGB schuldfähig, vermindert schuldfähig oder schuldunfähig war. Grundsätzlich soll geklärt werden, ob beim Täter psychische Störungen vorliegen, die die Schuld mindern oder aufheben könnten. Ein psychiatrischer Gutachter wird damit beauftragt, ein Gutachten zu erstellen, und im Rahmen eines oder mehrerer explorativer Gespräche die Schuldfähigkeit des Täters zu beurteilen. Diese Gutachten variieren stark in Ausmaß und Qualität. Es gibt auch Fälle, in denen die Anfertigung eines Gutachtens nicht beantragt wird, ohne dass das begründet wird.

Mütter oder Väter, die ihre Kinder im Zusammenhang mit einer Psychose getötet haben, bei der sie beispielsweise Stimmen gehört haben, die befahlen, das Kind zu töten, sind in der Regel als vollständig schuldunfähig einzuordnen. Eine eingeschränkte Steuerungsfähigkeit kommt zum Beispiel beim Impulsdurchbruch infrage, bei dem es im Einzelfall in einer Akutsituation zu Übergriffen auf das Kind kommen kann (ROHDE, 2006).

1.7.3 Exkurs: Recht International

In **Österreich** und der **Schweiz** gibt es, anders als im deutschen Recht, Paragraphen zur Kindstötung. Laut dieser kann eine verminderte Zurechnungsfähigkeit durch die Einwirkungen des Geburtsvorgangs vorliegen. Bei einer Tötung nach der Geburt ist dann zu untersuchen, ob die Mutter noch unter dem Einfluss des Geburtsvorganges stand (RAUCH et al., 1997).

Demgegenüber werden in den **USA** Mütter, die ihr Kind getötet haben, oft sehr hart bestraft und bekommen zum Teil kein Gutachten zur Klärung der Frage, ob eine psychische Erkrankung vorliegt, und dementsprechend auch keine Behandlung einer solchen. Ein Bild davon, wie hart eine Strafe in den USA ausfallen kann, zeichnet SPINELLI (2004) in einem Bericht über eine psychotische Mutter, die ihre fünf Kinder tötete und deswegen zu einer lebenslangen Haftstrafe verurteilt wurde. Die Staatsanwaltschaft hatte die Todesstrafe gefordert.

1.8 Lösungsansätze

„Letztlich können Gewalt gegen Kinder (...) nur dann aufhören, wenn Erwachsene in ihren Ursprungsfamilien genügend Liebe erfahren haben, um die Verwendung von Kindern als Gift-Containern überflüssig zu machen“ (DE MAUSE, 1994). Dies verweist auf einen Kreislauf der Gewalt, der nur mit gesellschaftlicher Anstrengung und Veränderung zu durchbrechen ist. Dennoch sind konkrete Lösungsansätze zu überlegen, zu überprüfen und zu diskutieren, die allerdings auf die sehr unterschiedlichen Konstellationen von Infantiziden abgestimmt sein müssen. Aktuell diskutierte Lösungsansätze beziehen sich in erster Linie auf frühe Hilfe für Familien, um Kindesmisshandlungs- und Vernachlässigungsfälle zu vermeiden; und - sehr kontrovers diskutiert - Strategien, um die Tötung von Neugeborenen zu verhindern, wie Babyklappe und anonyme Geburt.

Auf Abtreibung als Lösungsansatz bei einer unerwünschten Schwangerschaft wird im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen, da davon ausgegangen wird, dass sie für die betreffenden Frauen nicht infrage kommt. Entweder ist bei Bekanntwerden der Schwangerschaft der legale Zeitraum (12 Wochen in Deutschland) einer Abtreibung überschritten (negierte Schwangerschaft) oder die Problematik begann erst mit der Geburt (Depression, Psychose) oder noch später (Misshandlung, Tötung aus Rache). Wenn es zu einem Neonatizid kommt, weil die Schwangerschaft verdrängt

oder verheimlicht wurde, liegt bei der Täterin meist eine passive Charakterstruktur vor und Lösungen werden nicht aktiv gesucht.

1.8.1 Warnsignale

Im Nachhinein von Infantiziden werden natürlich „Warnsignale“ gesucht, die vielleicht überhört oder übersehen wurden, um die Frage der Vermeidbarkeit der Tat zu klären. Viele psychisch kranke Täter/innen geben an, dass sie im Vorfeld der Tat gespürt haben, dass „etwas Schlimmes“ passieren könnte oder passieren wird, sie senden sozusagen Warnsignale an sich selber.

Interessant sind solche Warnsignale, die an die Umwelt gesendet werden. Wenn solche Warnsignale vorhanden sind, ist eine Intervention möglich. Infrage kommen Aussagen und Ankündigungen der Täter/innen, die die Tat konkret benennen, aber durchaus auch Aussagen die auf eine Überforderung hinweisen, wie zum Beispiel „Ich kann nicht mehr“. Des Weiteren können das Verhalten der Täter/innen und ihr Umgang mit dem Kind Warnsignal sein. In Fällen der negierten Schwangerschaft können Schwangerschaftszeichen wie der wachsende Bauch, der von der Mutter ignoriert wird, ein Warnsignal an die Umwelt sein. Wenn solche Warnsignale an die Umwelt, zum Beispiel Verwandte, Kinderarzt oder Nachbarn gesendet werden, ist entscheidend, dass diese Signale aufgenommen und ernst genommen werden. Es versteht sich von selbst dass auf Warnsignale adäquat im Sinne einer Intervention reagiert werden muss.

In der Studie von RAIČ (1995) hatte es in 61 % aller Fälle Warnsignale gegeben, nur in 15 % hatte es mit Gewissheit keine Warnsignale gegeben. Fälle ohne Warnsignale waren vor allem in der Gruppe der Neonatizide vertreten (in 57 % keine Warnsignale).

1.8.2 Babyklappe

Die fehlenden Warnsignale bei Neonatiziden sind ein Grund, warum Babyklappen sehr umstritten sind. Die Babyklappe ist ein Versuch, die Zahl ausgesetzter und getöteter Neugeborener zu vermindern. Die private Initiative Sternipark e.V. richtete im Jahr 2000 in Hamburg die ersten beiden „Babyklappen“ Deutschlands ein: Krippen, in die Mütter, die keinen anderen Ausweg sehen, anonym ihr Baby legen können. Zeitverzögert wird ein Alarm ausgelöst, das Kind wird versorgt und einer Adoption zugeführt. Zurzeit gibt es in Deutschland über 90 Babyklappen (BOTT et al., 2007; STERNIPARK, 2008). In Deutschland werden Babyklappen betrieben und

anonyme Geburten durchgeführt, obwohl die gesetzliche Grundlage für beide bisher fehlt (BENTHEIM, 2008).

Befürworter argumentieren, so würden Kinderleben gerettet - Mütter, die ihr Kind sonst töten oder woanders aussetzen würden, könnten es hier ablegen (MOYSICH, 2008). Kritiker bemängeln, die Kinder würden in den Babyklappen ausgesetzt und so zu Findelkindern gemacht (z.B. SWIENTEK, 2001a; SWIENTEK, 2007a, ROHDE, 2007b). Dabei werde ihnen das Recht auf die Kenntnis ihrer Abstammung und Identität genommen. Außerdem würde es „nicht nur einer Duldung, sondern faktisch der ethischen Anerkennung eines Verhaltens gleichkommen, das von einem größeren Teil der Bevölkerung zumindest als fragwürdig, wenn nicht als verwerflich angesehen wird“ (BALMACEDA-HARMELINK et al., 2002). Des Weiteren befürchten die Kritiker, dass die diejenigen Frauen, die ihre Schwangerschaft verdrängen oder verheimlichen, eben nicht aktiv nach Lösungen suchen und demzufolge die Babyklappe gar nicht in Anspruch nehmen (ROHDE, 2007a; SWIENTEK, 2007a). Denn für die Benutzung einer Babyklappe sind selbst bei Verzweiflung ein planvolles Vorgehen und die Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft Voraussetzung, und genau das sei oft nicht gegeben. Des Weiteren würden die Väter der abgegebenen Kinder ungefragt ihrer Rechte und Pflichten am Kind entbunden (ROHDE, 2007a; WOLF, 2007).

Der deutsche Ethikrat empfiehlt in einer Stellungnahme zur anonymen Kindsabgabe (ETHIKRAT, 2009) die vorhandenen Babyklappen aufzugeben.

1.8.3 Anonyme Geburt

Ebenfalls als Möglichkeit, Neonazide zu verhindern, wird von Befürwortern die anonyme Geburt propagiert. Eine anonyme Geburt ist in Deutschland an manchen Krankenhäusern möglich. Sie geht insofern über die Babyklappe hinaus, als dass sie Mutter und Kind eine Geburt mit fachlicher Versorgung und Betreuung ermöglicht, ohne dass die Mutter ihre Identität preisgibt. Die Argumente der Kritiker gegen anonyme Geburten sind mit denen gegen Babyklappen vergleichbar. Auch bezüglich der Angebote anonymer Geburten empfiehlt der deutsche Ethikrat die Aufgabe (ETHIKRAT, 2009), allerdings verbunden mit dem Hinweis, dass natürlich im Einzelfall die medizinische Betreuung bei einer Entbindung einer Frau nicht verweigert werden darf, auch wenn sie ihre Identität nicht preisgibt.

In Frankreich kann jede Frau „geheim“ entbinden und das Kind anschließend zur Adoption freigeben. Diese Regelung rührt aus der Nachkriegszeit. Sie bewähre sich heute für Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen und ihr Kind nicht behalten wollen, und so eine Alternative zum Neonatizid haben, so BONNET (1993). Heute erwachsene Betroffene haben allerdings große Probleme mit ihren fehlenden bzw. unbekanntem Wurzeln, und in Frankreich plädiert diese „Generation X“ dafür, das Gesetz abzuschaffen. Auch in Deutschland treten übrigens Betroffenenverbände, wie zum Beispiel die Bundesarbeitsgemeinschaft Adoptierter (BARGEA), gegen die Legalisierung von Babyklappen und anonymer Geburt ein, da sie diese Angebote wegen der fehlenden Kenntnis der Abstammung für „menschenunwürdig“ halten (LIESE, 2007).

1.8.4 Notrufnummern / Ansprechpartner / Frauenhaus

Viele Betreiber von Babyklappen haben darüber hinaus Notrufnummern für schwangere Frauen eingerichtet, über die eine anonyme, telefonische Beratung erfolgt. Außerdem gibt Ansprechpartner in sozialen Einrichtungen wie Junge Hilfe, Pro Familia, Familienberatungsstellen und Frauenhäuser. Das sind unterstützenswerte Angebote, die vielen Frauen große Hilfe leisten. Dennoch ist davon auszugehen, dass bei Täterinnen des Neonatizids meist passive Charakterstrukturen vorliegen und Lösungen nicht aktiv gesucht werden. Für andere Gruppen gefährdeter Mütter und Väter kommen solche Einrichtungen als Ansprechpartner sicherlich in Frage. Hierbei ist allerdings wichtig, dass professionelle Angebote publik gemacht werden und dort geschultes sensibilisiertes Personal zur Verfügung steht. Am ehesten sind solche Angebote wahrscheinlich im Kontext mit Kindesmisshandlungen zu fordern.

1.8.5 Adoption

In Deutschland können Eltern ihr Kind zur Adoption freigeben. Eine endgültige Zustimmung zur Adoption darf frühestens acht Wochen nach der Geburt erfolgen und auch der Vater des Kindes muss der Adoption zustimmen. Die Vermittlungsakte wird vom Jugendamt 60 Jahre lang aufgehoben, auch aus dem Geburtseintrag beim Standesamt gehen Angaben über die leiblichen Eltern hervor. Beides kann von adoptierten Jugendlichen ab 16 Jahren eingesehen werden, die Vermittlungsakte bei Zustimmung der Adoptiveltern auch schon früher. Nach einer erfolgten Adoption ist eine in der Regel einjährige Adoptionspflege vorgesehen, in der Adoptiveltern und –Kind vom Jugendamt begleitet werden und auf das Kindeswohl geachtet wird. Eine Adoption kann auch „inkognito“ stattfinden, ohne dass die abgebenden Eltern Namen und Adresse der

Adoptiveltern kennen. Des Weiteren gibt es eine „halboffene“ Variante, bei der das Jugendamt den Kontakt von Eltern und Adoptiveltern und –Kind aufrecht erhält und es so zum Austausch von Briefen, Fotos etc. kommt. Bei der „offenen“ Variante sind sich Eltern und Adoptiveltern bekannt und je nach Verlauf des Kontakts kommt es zu einem oder mehreren Treffen. Es wird deutlich, dass eine Adoption für alle Beteiligten einen Aufwand bedeutet und die Auseinandersetzung mit dem Thema, dem Kind und dem Jugendamt mit sich bringt.

BONNET untersuchte im Zeitraum von 1987-1989 22 Frauen in Frankreich, die ihr Kind zur Adoption freigegeben hatten. Sie kam zu dem Schluss, dass der Entscheidung psychologische und nicht ökonomische Ursachen zugrunde lagen (BONNET, 1993). Laut SWIENTEK (2001, 2004) spielt der Kindsvater bei Adoptionen eine entscheidende Rolle: In fast 100 % sei er und seine Einstellung zu Frau und Kind ausschlaggebend.

Für heranwachsende Kinder und Jugendliche ist die Kenntnis ihrer Herkunft von großer Relevanz. Bei der Suche nach den leiblichen Eltern spielt „das elementare Bedürfnis nach der Rekonstruktion der eigenen, nicht gelebten und nicht bewusst erfahrenen (Familien-)Geschichte“ eine große Rolle (BOTT, 2005). Einerseits sei die Frage der Identität lebenslang von Bedeutung, andererseits könne das Wissen, von den eigenen Eltern weggegeben oder zurückgelassen worden zu sein, zu Vertrauensverlust bis hin zu lebenslangen Bindungsproblemen führen. Möglicherweise ist das darauf zurück zu führen, dass schon ein Neugeborenes Kind den Bruch registriert, wenn die Mutter, die neun Monate über Herzschlag etc. vertraut war, plötzlich nicht mehr da ist (WIEMANN, 2007).

1.8.6 Präventive Begleitung von Schwangeren

Verdrängte Schwangerschaften und jeder Hinweis darauf müssen Ernst genommen werden. In Fällen, in denen eine Schwangere nach einer Abtreibung nach einer Spätabtreibung fragt, obwohl es keine medizinische Indikation gibt, in Fällen, in denen die Schwangerschaft sehr spät diagnostiziert oder sie vor der Familie und Freunden versteckt wurde, in Fällen, bei denen die Schwangere Abstoßungsgedanken gegenüber dem Kind hat sollte ihr eine psychologische Beratung angeboten werden und ihr ggf. eine fachliche Betreuung zukommen. Nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz hat jede Schwangere ein Recht auf eine anonyme Beratung, und derzeit gibt es bundesweit fast 2000 Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen (ETHIKRAT, 2009). Gleichzeitig müssen sich Psychiater und Psychologen der Möglichkeit postpartaler

Störungen bewusst sein und diese bei der Behandlung von Frauen im gebärfähigen Alter ansprechen. Diagnostische Leitlinien für Wochenbettpsychosen könnten laut SPINELLI (2004) für das Krankheitsbild sensibilisieren, zu früherer Erkennung der Betroffenen führen und im Endeffekt Infantizide verhindern. PAPAPIETRO und BARBO (2005) gehen davon aus, dass hinter einer psychiatrischen Erkrankung, die zur Tötung eines Kinds führt, eine komplexe Psychodynamik steht, die sich aus der Geschichte und der Entwicklung der jeweiligen Täterin ergibt. Die psychotherapeutische Begleitung von schwangeren Frauen muss daher besonders sensibel und feinfühlig erfolgen.

1.9 Resultierende Fragestellung

Resultierend aus dem dargestellten Literaturstudium ergaben sich folgende Fragen für die eigene Untersuchung:

- Wie häufig kam es im Untersuchungszeitraum zu Infantiziden und um welche Form von Infantiziden handelte es sich?
- Gibt es Kinder, die speziell gefährdet sind, Opfer von Infantiziden zu werden?
- Wer war die Täterin bzw. der Täter?
Gibt es einen „typischen Täter“ bzw. eine „typische Täterin“?
- Welche Rolle spielen psychische Erkrankungen und schichtspezifische Merkmale der Täterinnen und Täter?
- Wie sind die Täterinnen mit ihrer Schwangerschaft umgegangen? Ist der Umgang mit dem schwangeren Bauch ein Indikator für den Umgang mit dem Kind?
- Welche Rolle spielen die Partner der Täter/innen?
- Welche Aussagen lassen sich über den Tatzeitpunkt treffen?
- Gab es Warnsignale? Wären Taten vermeidbar gewesen?
- Welche Interventions- und Präventionsmaßnahmen sind erforderlich?
- Wie wurde die Schuldfähigkeit der Täterinnen und Täter von psychiatrischen Gutachtern und Richtern beurteilt? Wie wurden die Täter/innen bestraft?

2 Material und Methoden

Die Untersuchung wurde methodisch in Anlehnung an die Studie von RAIČ (1995) geplant, in welcher die Todesfälle am Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn im Zeitraum von 1970-1993 Gegenstand waren. Die Arbeit von RAIČ (1995) ist ebenfalls unter der Leitung und Betreuung von Anke Rohde entstanden (damals noch Klinik für Psychiatrie; erster Gutachter war Prof. Andreas Marneros). Für die eigene Studie war ein Ziel, den Untersuchungszeitraum kontinuierlich zu verlängern und auszuweiten, um schließlich Daten über einen Zeitraum von 37 Jahren auswerten zu können.

Für die eigene Untersuchung wurden zunächst alle Todesfälle von Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 20 Jahren im Zeitraum von 1994-2007 erfasst. Grundlage für diese Arbeit war das Obduktionsgut des Institutes für Rechtsmedizin der Universität Bonn, das neben Fällen aus Bonn auch solche aus Koblenz, Siegen und Köln umfasst. Wegen des nicht fest definierten Einzugsgebiets der Rechtsmedizin Bonn ist der Bezug der Zahlen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe nicht möglich. Somit ist auch die Hochrechnung auf Gesamtdeutschland nicht möglich.

Anhand der Sektionsprotokolle konnte eine erste Statistik erstellt werden, wie sich die Todesursachen der unter 20-Jährigen verteilen.

2.1 Auswertung der Daten hinsichtlich der Todesopfer

Die benötigten Daten der Todesopfer wurden anhand eines Erhebungsbogens (siehe Anhang) aus den Sektionsprotokollen ermittelt und nach folgenden Merkmalen ausgewertet:

- Geschlecht
- Todesjahr
- Alter
- Todesart
- Tod durch Fremd- oder Selbstverschulden, Medizinischer Grund
- Bei Tod durch Fremdverschulden: Ist der Täter bekannt?
- Mutmaßliche Elternverantwortung: ja oder nein

Die Ergebnisse für die Gesamtzahl der Todesfälle folgen in Kap. 3.1.

Anschließend erfolgte die Einteilung aller Opfer in zwei Gruppen:

- Todesfälle mit Elternverantwortung
- Todesfälle ohne Elternverantwortung

Die Todesfälle ohne Elternverantwortung wurden nach Todesarten untergliedert und nach den Merkmalen Geschlecht, Alter und Todesjahr ausgewertet (Kap. 3.2.).

Einsicht in die Ermittlungs- und Strafsakten

Für die Fälle, bei denen eine mutmaßliche Elternverantwortung am Tod des Kindes vorlag oder vermutet wurde, wurden entsprechende Akten der Staatsanwaltschaften Bonn, Koblenz, Siegen, Köln bereitgestellt und ausgewertet. Die gewonnenen Daten wurden sowohl in Bezug auf die Opfer als auch in Bezug auf die Täter und eventuelle Mittäter ausgewertet, der Tathergang sowie das Urteil wurden untersucht.

Die Ermittlungsakten umfassen je nach Delikt und Ausgang des Verfahrens einige Seiten bis hin zu mehreren Aktenordnern. Eine vollständige Ermittlungsakte beinhaltet: Anzeige, Polizeilicher Ermittlungsbericht und Vernehmungsprotokolle, evtl. Fahndungsunterlagen, Totenschein, Sektionsprotokoll und ggf. Rechtsmedizinisches Gutachten, Haftbefehl, Presseberichte, ggf. Psychiatrisches Gutachten und/oder testpsychologisches Gutachten, ggf. Jugendhelferbericht, Anklageschrift, Urteil, Revisionsanträge und –Entscheidungen, ggf. Haftberichte und persönliche Briefe der Täterin oder des Täters.

In 20 Fällen konnte die Gerichtsakte eingesehen und ausgewertet werden. In zwei Fällen bestand die Akte nur aus Fahndungsunterlagen, da die Fahndung bisher erfolglos war. In einem Fällen konnte die Akte nicht zur Verfügung gestellt werden.

2.2 Kategorisierung der Fälle

Die Todesfälle mit Elternverantwortung wurden in fünf Gruppen unterteilt:

- Neonatizid
- Erweiterter Suizid
- Tod infolge von Kindesmisshandlung
- Sonstige (z.B. Impulsdurchbruch)

- Negierte/verdrängte Schwangerschaft mit Totgeburt (Elternverantwortung umstritten)
(es handelt sich um Fälle, bei denen das Kind nach einer negierten Schwangerschaft unter der Geburt starb oder tot geboren wurde. Da diese Fälle von der Staatsanwaltschaft als Totgeburt gewertet wurden, wurden sie nicht weiter strafrechtlich verfolgt. Aus psychiatrischer Sicht ist eine Elternverantwortung im Sinne eines verhinderten Neonatizids aber durchaus zu diskutieren)

Die Opfer wurden (bis auf die der letzten Gruppe) gleichermaßen nach den Merkmalen Geschlecht, Alter und Todesjahr der Opfer ausgewertet, darüber hinaus wurden, soweit möglich, in Anlehnung an das multiaxiale Klassifikationssystem untersucht:

- psychiatrische Diagnosen
- Entwicklungsstörungen und Teilleistungsschwächen, Entwicklung des Opfers
- Intelligenz
- Körperliche Diagnosen
- Psychosoziale Umstände, Risiko- und Schutzfaktoren

Ziel bei der Auswertung dieser Parameter war, den Einfluss von Geschlecht, Alter, Geschwisterposition sowie von Erkrankungen, Störungen auf die Häufigkeit von tödlich verlaufender elterlicher Gewalt zu untersuchen.

2.3 Auswertung der Daten hinsichtlich der verantwortlichen Elternteile/Täter

Die Daten über die verantwortlichen Elternteile stammen aus den gerichtlichen Akten, vor allem aus Urteilen und Gutachten, aber auch aus Vernehmungen und Briefen.

Ausgewertet wurden sie analog dem Schema für die Opfer nach:

- psychiatrische Diagnosen
- Entwicklungsstörungen und Teilleistungsschwächen, frühkindliche Entwicklung des Täters
- Intelligenz, Schulbildung, Beruf, berufliche Stellung zum Tatzeitpunkt
- Körperliche Diagnosen, Medikamenteinnahme, Drogen
- Schwangerschafts- und Geburtsverlauf in Bezug auf die Mutter-Kind-Bindung
- Psychosoziale Umstände, Risiko- und Schutzfaktoren
- Strafrechtliche Vorgeschichte

Es wurde versucht, den Auswertungsbogen einerseits auf die Täterin/den Täter anzuwenden, andererseits auf den Partner/die Partnerin. Das war wegen der eingeschränkten Daten zu den Partner/innen nur begrenzt möglich.

Besondere Beachtung fand die Herkunftsfamilie der Täterin/des Täters als mögliche Quelle biographischer Risikofaktoren. Hier wurde die Familiensituation untersucht hinsichtlich

- Geschwisterzahl, Stellung in der Geschwisterreihe
- Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit
- Schichtzugehörigkeit
- psychischer Erkrankungen und Kriminalität in der Familie

Der Tatablauf wurde auf folgende Merkmale untersucht:

- Datum, Wochentag, Uhrzeit als externe Faktoren
- Besonderheiten des Opfers am Tattag
- Motiv, Stimmung des Täters, konkreter Tatauslöser
- Warnsignale, Vermeidbarkeit der Tat
- Einschätzung des Täters der Tat

Die Ergebnisse bezogen auf die verantwortlichen Elternteile/Täter, ihrer Partner und Herkunftsfamilien sowie den Tatablauf finden sich im Kapitel 4.

2.4 Auswertung der Daten hinsichtlich des Urteils und der Strafe

Schließlich wurden die vorhandenen psychiatrischen Gutachten und gerichtlichen Urteile nach den Merkmalen untersucht:

- Einschätzung des Gutachters von Schuldfähigkeit und Steuerungsfähigkeit
- Einschätzung des Gerichts von Schuldfähigkeit und Steuerungsfähigkeit
- Strafe und Unterbringung

Auch hier wurde, wenn vorhanden, Urteil und Strafe des Partners/der Partnerin erfasst.

3 Ergebnisse: Auswertung der Daten hinsichtlich der Todesopfer

3.1 Übersicht aller Todesfälle

Während der Jahre 1994-2007 wurden im Bonner Institut für Rechtsmedizin 439 Todesfälle von Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 20 Jahren verzeichnet. In diesem Kapitel 3.1 werden die Gesamttodesfälle nach den Merkmalen Geschlecht, Alter, Todesjahr und Todesart ausgewertet. Außerdem werden zwei Untergruppen gebildet, nämlich die Todesfälle mit Elternverantwortung und die Gruppe der Todesfälle ohne mutmaßliche Elternverantwortung. Die Todesfälle mit Elternverantwortung werden im Kapitel 3.3 vorgestellt. In einigen Fällen konnte die Frage der Elternverantwortung nicht abschließend geklärt werden. Sie werden als letzte, kleine Untergruppe erwähnt.

3.1.1 Geschlechtsverteilung

Unter den Todesfällen von Kindern und Jugendlichen befinden sich deutlich mehr verstorbene Jungen (n=281) als Mädchen (n= 158). Die Todesopfer waren zu 64 % männlich und zu 36 % weiblich. In den folgenden Kapiteln wird unter anderem gezeigt, wie die Geschlechtsverteilung in den verschiedenen Untergruppen ist und wie diese Gesamtgeschlechtsverteilung zustande kommt.

3.1.2 Altersverteilung

Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen starben innerhalb des ersten Lebensjahres (n=177), siehe Abb. 1. Es gab 13 Totgeburten. Diese ausgenommen verstarben 10 Säuglinge während der ersten 24 Lebensstunden. Auffällig hoch ist die Zahl der Verstorbenen ebenfalls in der Gruppe der 16- bis 20-Jährigen Jugendlichen mit 128 Todesfällen. Die wenigsten Kinder starben zwischen 6 und 10 Jahren (n=20).

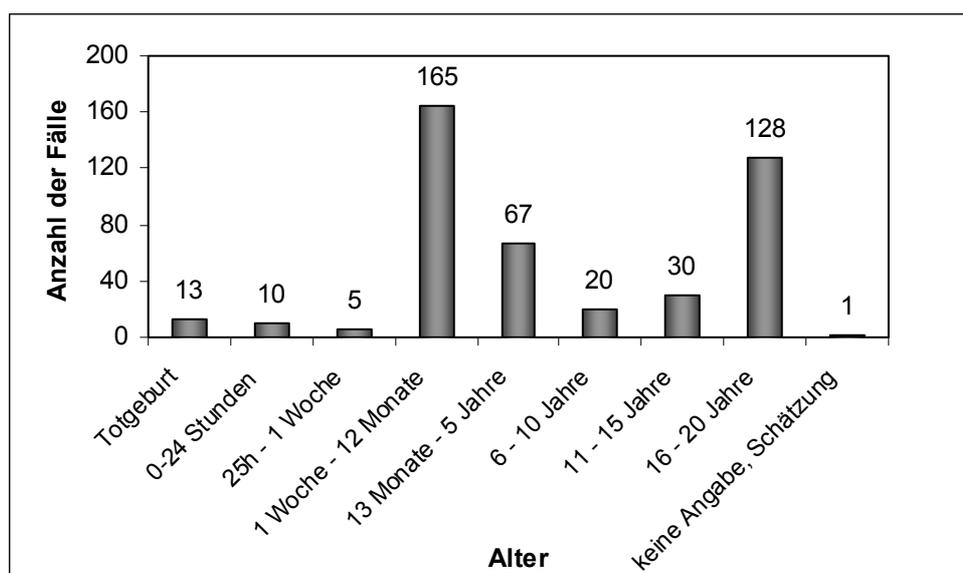


Abb. 1: Altersverteilung der Gesamttodesfälle (n=439) im Zeitraum 1994-2007 (eigene Erhebung)

3.1.3 Todesjahr

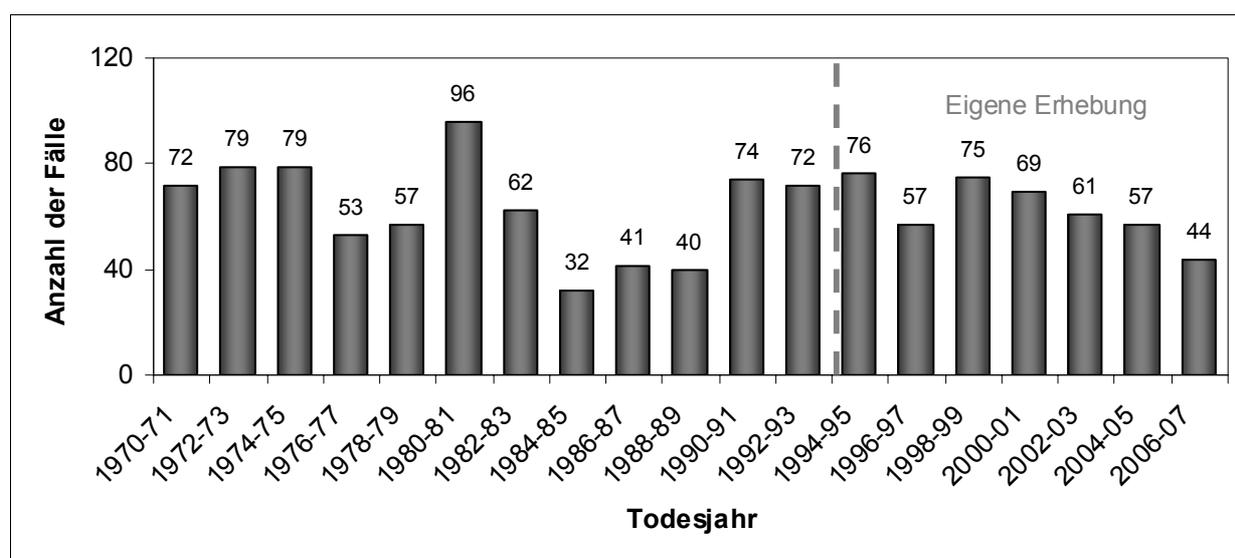


Abb. 2: Anzahl der Todesfälle von Kindern und Jugendlichen im Raum Bonn im Zeitraum 1970-2007 (n=1196) (Quelle: RAIČ 1995 (n=757) und eigene Erhebung (n=439))

Im Untersuchungszeitraum 1994-2007 gab es starke Schwankungen bei der Jahresverteilung der Todesfälle (n=439). 1995 gab es die meisten Todesfälle (n=43). Die wenigsten Todesfälle wurden 2007 verzeichnet (n=21). Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Todesfälle über den Zeitraum von 1970-2007 unter Einbeziehung der Studie von RAIČ (1995). Der Mittelwert der Todesfälle pro Jahr während der eigenen Untersuchung betrug 31,4. Während der Jahre 1970-1993 betrug er 31,5 Todesfälle pro Jahr.

3.1.4 Todesart

Die Mehrzahl der Kinder starb aus natürlicher Ursache (n=201) als Folge einer Krankheit oder Operation, als Folge einer angeborenen Behinderung oder Störung, oder unerwartet aus scheinbar völliger Gesundheit (siehe Abb. 3).

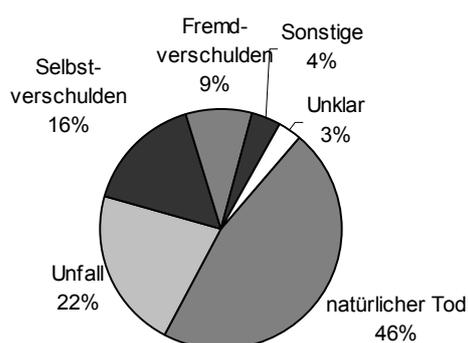


Abb. 3: Todesart der Gesamttodesfälle (n=439) im Zeitraum 1994-2007 (eigene Erhebung)

Eine große Untergruppe (28 %, n=123) bilden die Kinder, die am plötzlichen Säuglingstod verstarben (siehe auch Kapitel 3.2.1). Etwa ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen starb infolge eines Unfalls (22 %, n= 96). Eine weitere Gruppe der Kinder und Jugendlichen verschuldete ihren Tod selbst durch Suizid (9 %, n=39) oder einer Überdosis an Drogen (7 %, n=31). Von allen verstorbenen Kindern und Jugendlichen starben 9 % durch Mord oder Totschlag (n=38). Dabei handelte es sich um Fremdverschulden durch Fremde (5,6 %) oder die eigenen Eltern (4,3 %). Auf die Untergruppe der von den Eltern getöteten Kinder wird im Kapitel 3.3 genau eingegangen. In 15 Fällen (3 %) konnte die Todesursache nicht geklärt werden.

3.2 Todesfälle ohne Elternverantwortung

Die 439 Todesfälle können in Bezug auf die Elternverantwortung in drei Untergruppen unterteilt werden. Den mit Abstand größten Anteil haben die 408 Todesfälle, in denen nach Obduktionsprotokoll und gerichtlicher Aktenlage die Eltern nicht oder nicht mutmaßlich für den Tod verantwortlich waren (92,9 %). In 19 Fällen lag eine klare Elternverantwortung vor (4,3 %)

(siehe Kap. 3.3. ff). In zwölf Fällen blieb die Elternverantwortung ungeklärt (2,7 %) (siehe Kap. 3.4).

Die Todesfälle ohne Elternverantwortung (n=408) wurden folgendermaßen unterteilt:

1. Plötzlicher Säuglingstod,
2. Tod durch Unfall,
3. Tod in Folge von Krankheit oder operativen Eingriffen,
4. Suizid,
5. Drogentod,
6. Mord/Totschlag
7. Sonstige Ursachen,
8. Todesursache ungeklärt.

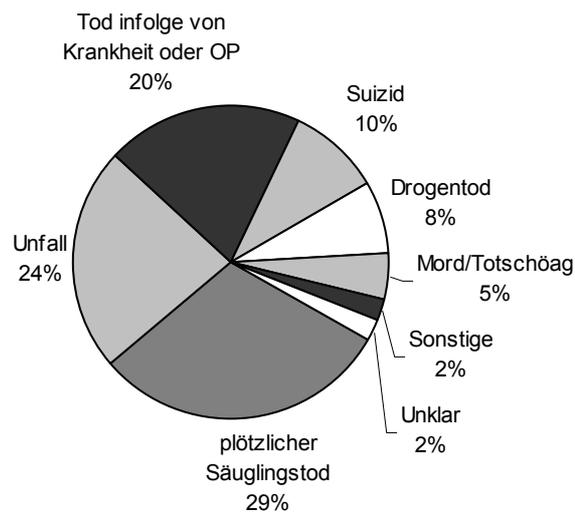


Abb. 4: Art der Todesfälle ohne Elternverantwortung (n=408) im Zeitraum 1994-2007 (eigene Erhebung)

Die häufigste Todesursache war der plötzliche Säuglingstod, er wurde im Untersuchungszeitraum von 1994-2007 123 mal festgestellt und machte damit 29 % der Fälle aus (siehe Abb. 4). Durch Unfälle kamen 96 Kinder und Jugendliche ums Leben (24 %), infolge einer Krankheit oder Operation verstarben 82 Kinder und Jugendliche (20 %). Die nächst häufigen Todesarten waren Suizid (n=39, 10 %), Drogentod (n=31, 8 %), Mord und Totschlag durch andere als die Eltern (n=19, 5 %), sonstige Todesursachen (n=10, 2 %). In 9 Fällen blieb die Todesursache unklar, es gab jedoch keine Hinweise auf eine Elternverantwortung(2 %).

3.2.1 Plötzlicher Säuglingstod

Der „Plötzliche Säuglingstod“ oder „Sudden infant death syndrome (SIDS)“ kommt in Deutschland etwa einmal auf 2000 Geburten vor, der Altersgipfel liegt zwischen 2 und 4 Monaten (UNIV. ERLANGEN, 1998). Er ist in Europa die häufigste Todesursache im Säuglingsalter nach dem 6. Lebenstag. Die Inzidenz liegt bei 1-2 % (SATERNUS et al., 1998). Die Ursache für den plötzlichen Tod der Säuglinge ist nicht geklärt, der Begriff „Plötzlicher Säuglingstod“ beschreibt nur das Phänomen, dass ein Säugling überraschend plötzlich tot aufgefunden wird. Als Risikofaktoren für den plötzlichen Säuglingstod gelten Schlafen in Bauchlage, gemeinsames Schlafen mit den Eltern auf dem Sofa oder in einem Bett, viele Kissen und Bettdecken im Bett des Kindes sowie Rauchen der Eltern (BLAIR et al., 2009).

Der plötzliche Säuglingstod ist unter Umständen nicht von einer Kindstötung zu unterscheiden. Die Diagnose „plötzlicher Säuglingstod“ ist eine Ausschlussdiagnose. Die äußeren Anzeichen von tödlicher Gewalteinwirkung sind aber bei Säuglingen und Kleinkindern oft nur schwach ausgeprägt oder können ganz fehlen. Zum Beispiel kann ein Ersticken unter einer weichen Bedeckung unentdeckt bleiben. Mit einer gewissen Dunkelziffer an Kindstötungen unter den vermeintlichen SIDS-Fällen ist also zu rechnen. In einer Untersuchung von CHESNE et al. (1997) wurden über einen Zeitraum von fünf Jahren im Raum Münster 274 Kinderleichen obduziert, bei denen im Vorfeld kein Verdacht auf ein Tötungsdelikt bestanden hatte. Acht davon (3 %) waren Tötungsdelikte, in der Obduktion wurde der Verdacht erhoben und die Eltern gestanden anschließend.

Im Untersuchungszeitraum starben 123 Kinder nach rechtsmedizinischer Einschätzung am plötzlichen Säuglingstod, darunter waren 72 Jungen (59 %) und 51 Mädchen (41 %). Die meisten Kinder, die am plötzlichen Säuglingstod verstarben, waren zwischen einer Woche und zwölf Monaten alt. Nur vier Kinder (3 %) waren jünger als eine Woche (Abb. 5).

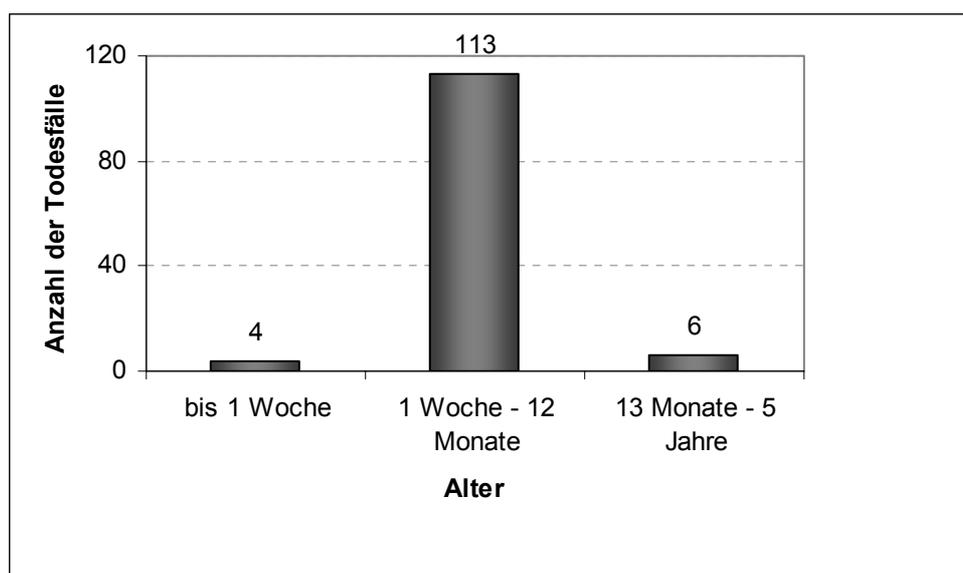


Abb. 5: Altersverteilung beim plötzlichen Säuglingstod (n=123) im Zeitraum 1994-2007 (eigene Erhebung)

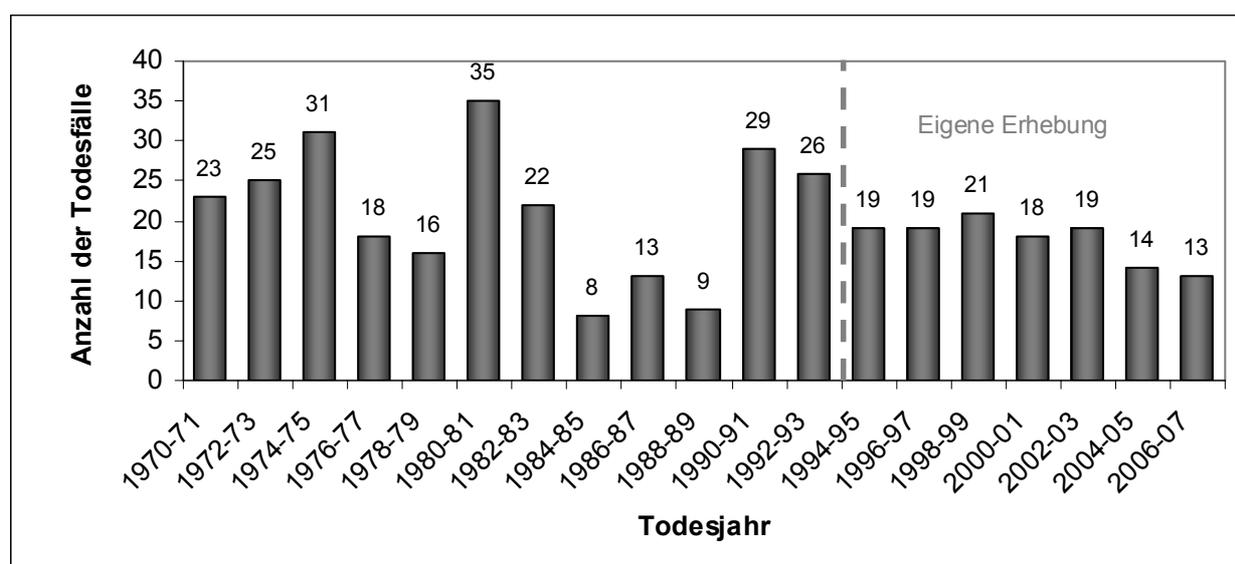


Abb. 6: Plötzlicher Säuglingstod im Zeitraum 1970-2007 (n=378) (Quelle: RAIČ 1995 (n=757) und eigene Erhebung (n=439))

Die jährlichen Häufigkeiten des plötzlichen Säuglingstodes schwankten während des Untersuchungszeitraums, insgesamt kam er während der eigenen Untersuchung 123 mal vor. Die meisten Todesfälle mit elf Fällen wurden in den Jahren 1996 und 1999 verzeichnet, in den Jahren 2005 und 2006 kamen mit jeweils sechs Fällen die wenigsten plötzlichen Kindstode vor. Im Untersuchungszeitraum von 1970-1993 gab es 255 Fälle des plötzlichen Säuglingstodes. In Abbildung 6 ist das jährliche Vorkommen über den Zeitraum von 1970-2007 dargestellt.

3.2.2 Tod durch Unfall

Ein Unfall ist ein schädigendes Ereignis, das plötzlich und unerwartet auftritt, an dem niemand mutmaßlich Schuld trägt. Unfälle sind die zweithäufigste Todesursache ohne Elternverantwortung, sie kamen in 24 % der Fälle vor (n=96). Unter den Unfallopfern befanden sich mehr männliche (n= 66) als weibliche (n=30), die männlichen Opfer überwogen die weiblichen mit 68 % zu 32 %. Da die Unfälle einen großen Anteil der Gesamttodesfälle bilden, ist davon auszugehen, dass die Geschlechterverteilung für diese Todesursache das Gesamtbild der Geschlechterverteilung über alle Todesursachen prägt.

Der Altersgipfel der Unfallopfer liegt mit 41 % bei der Gruppe von 13 Monaten bis fünf Jahren (n=39), siehe Abb. 7. In dieser Gruppe waren Spielunfälle wie Ertrinken und Strangulieren häufig. Die zweitgrößte Gruppe wird mit n=28 von den 16- bis 20-Jährigen gebildet (29 %). In dieser Gruppe kamen viele Verkehrsunfälle vor.

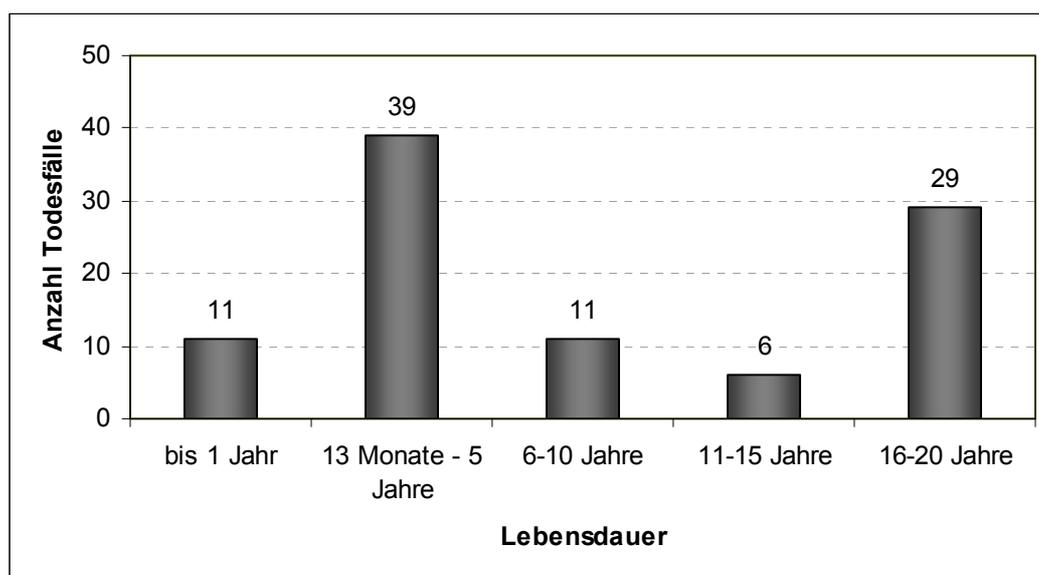


Abb. 7: Altersverteilung bei Todesfällen durch Unfall (n=95) im Zeitraum 1994-2007 (eigene Erhebung)

Eine Auflistung der Unfallzahlen pro Jahr (Abb. 8) zeigt, dass die Gesamtzahlen der Unfallopfer (n=96) im Untersuchungszeitraum schwanken. Die meisten Unfälle ereigneten sich in den Jahren 1994 und 95 mit zehn bzw. elf Todesopfern. Die wenigsten Unfälle gab es im Jahr 2004 mit nur zwei Todesfällen. Abb. 8 zeigt die Zahl der jährlichen Unfallopfer über den Zeitraum von 1970-2007.

In der eigenen Untersuchung fielen zwei dramatische Fälle auf: Ein Vater fuhr unter Drogeneinfluss Auto und verursachte einen Unfall, bei dem sein Kind verstarb. Ein anderer Vater

war von Beruf Bademeister und im Schwimmbad anwesend, als sein Kind ertrank. Beide Fälle wurden von den jeweiligen Staatsanwaltschaften und somit auch in dieser Untersuchung als Unfall gewertet wurden.

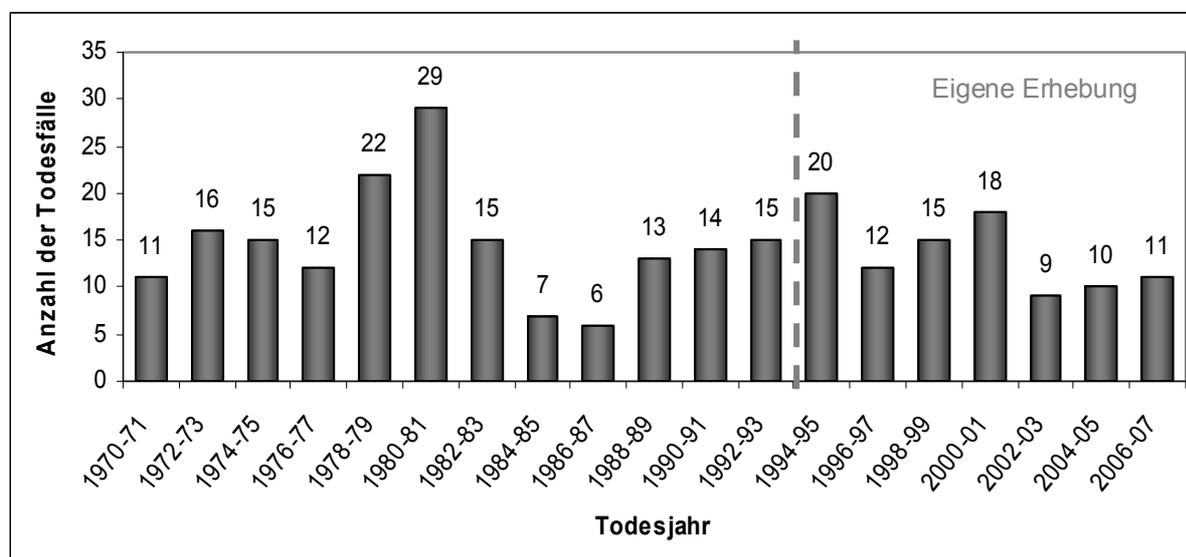


Abb. 8: Verteilung der Todesfälle durch Unfall zwischen 1970 und 2007 (n=270) (Quelle: RAIČ 1995 (n=757) und eigene Erhebung (n=439))

Unfallart der Todesopfer

Die verschiedenen Unfallarten sollen anhand von Tabelle 1 verdeutlicht werden. Ertrinkungsunfälle waren mit 26 % am häufigsten (n=25). Kinder waren versehentlich in Gewässer gefallen, zum Beispiel in ein Schwimmbad, einen Fluss oder See, aber auch zu Hause in die Badewanne. Ein Fremdverschulden konnte jeweils nicht nachgewiesen werden. Jugendliche waren unter Alkoholeinfluss ebenfalls in Gewässer gefallen.

Die zweite große Gruppe wird mit 19 % von den Brandopfern gebildet (n=18). Meistens entstanden die Brände in der eigenen Wohnung, oft wurden sie von unbeaufsichtigten Kerzen oder mit Feuer spielenden Kleinkindern ausgelöst. Bei Unfällen im Straßenverkehr verstarben 18 % der Kinder und Jugendlichen (n=17). Es gab viele Zusammenstöße zwischen Fußgängern und PKWs sowie zwischen Zweiradfahrern und PKWs. Außerdem waren einige nicht angeschnallte Kleinkinder betroffen.

Unfallart	Anzahl	
	abs.	in %
Ertrinken	25	26,0
Brand	18	18,8
Verkehrsunfall	17	17,7
Spielunfall	10	10,4
Sturz	7	7,3
Arbeitsunfall	4	4,2
Erhängen	4	4,2
Stromunfall	3	3,1
Zugunglück	3	3,1
Ersticken	2	2,1
Sportunfall	2	2,1
Vergiftung	1	1,0
Summe	96	100,0

Tabelle 1: Anzahl der Unfallarten absolut und in Prozent (n=96)

Beispiele für beim Spielen verunglückte Kinder (11 %, n=10) sind zahlreich. Zwei Kinder wurden bei einem Massentauchen zerquetscht, einige fielen vom Baum, aus der Baumhütte, oder von Spielgeräten auf dem Spielplatz. Manche Kinder wurden auch von Möbeln erschlagen, auf die sie zu klettern versuchten, ein Kind wurde beim Spielen von einem Gabelstapler überfahren. Sieben Kinder kamen durch einen Sturz ums Leben (7 %). Es waren hauptsächlich kleine Kinder betroffen, die aus dem Fenster, vom Balkon oder die Treppe herunter fielen. Ein Jugendlicher stürzte unter Alkoholeinfluss vom Balkon. Bei Arbeitsunfällen kamen vier Jugendliche ums Leben (4 %). Einer wurde beim Militär tödlich verletzt, zwei wurden vom Bagger bzw. LKW überfahren. Tod durch Erhängen kam viermal vor (4 %). Drei kleine Kinder haben sich im Laufgeschirr oder am Bettchen aufgehängt und strangulierten sich selbst. Ein junger Mann strangulierte sich selbst im Rahmen eines autoerotischen Zwischenfalls. Insgesamt kamen elf Kinder durch Stromtode, Zugunglücke, Ersticken, Sportunfälle und versehentliche Vergiftung ums Leben.

3.2.3 Tod infolge von Krankheit und Operationen

Der Tod infolge von Krankheit oder Operationen betraf 82 Kinder und Jugendliche und bildet somit die dritthäufigste Todesursache ohne Elternverantwortung. 34 Todesopfer infolge von Krankheit waren weiblich (42 %), 48 männlich (58 %). Die männlichen Kinder und Jugendlichen überwiegen auch hier die weiblichen, diese Gruppe trägt deutlich zur Geschlechtsverteilung der Gesamttodesfälle bei.

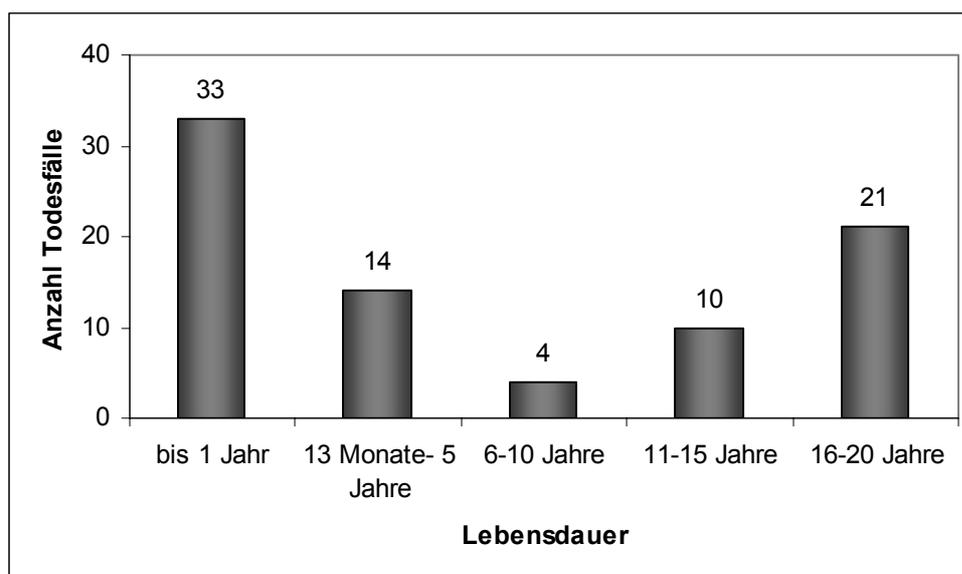


Abb. 9: Altersverteilung bei Todesfällen infolge von Krankheit (n=82) im Zeitraum 1994-2007 (eigene Erhebung)

Betrachtet man die Altersverteilung der an einer Krankheit verstorbenen Kinder und Jugendlichen, so wird deutlich, dass die Gruppe der Kinder unter einem Jahr am häufigsten, die Gruppe der Jugendlichen von 16-20 Jahren am zweithäufigsten betroffen ist (siehe Abb. 9).

Abb. 10 zeigt die Anzahl der infolge von Krankheit verstorbenen Kinder und Jugendlichen im Zeitraum von 1970-2007. Dabei wird deutlich, dass in den 90er Jahren und zu Beginn des Jahrtausends die Zahlen tendenziell stiegen. Im Untersuchungszeitraum von 2004-2007 lag der Mittelwert bei sechs Todesfällen infolge von Krankheit oder Operation pro Jahr. Möglicherweise spiegelt sich hier eine andere Politik hinsichtlich der Obduktionen in der Rechtsmedizin wieder.

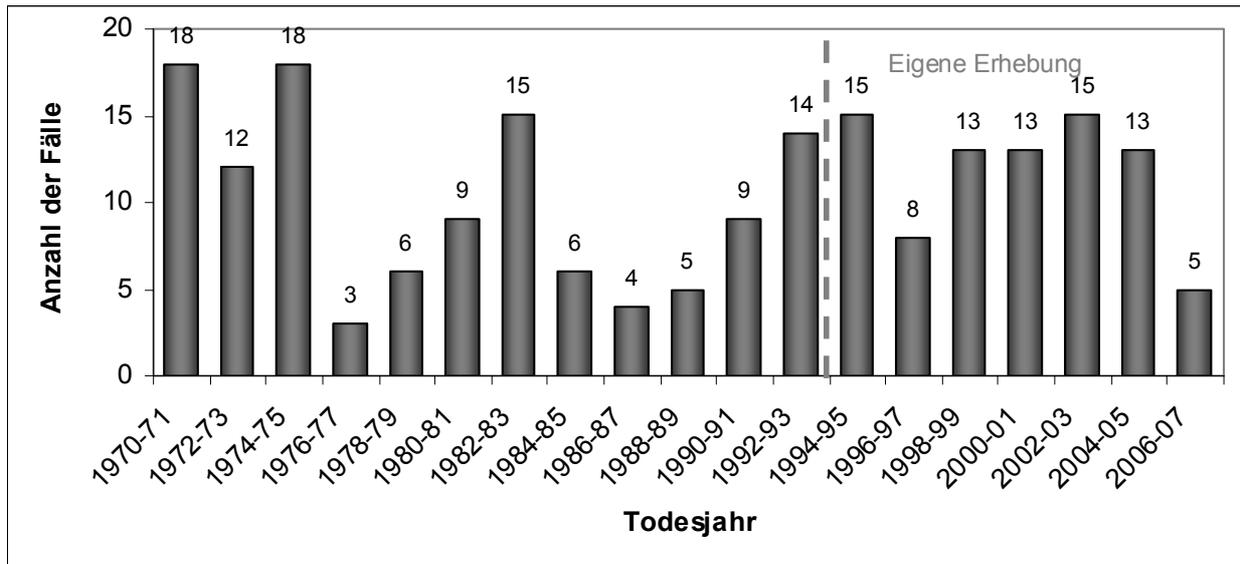


Abb. 10: Verteilung der Todesfälle infolge von Krankheit zwischen 1970 und 2007 (n=201) (Quelle: Raič 1995 (n=757) und eigene Erhebung (n=439))

Art der Erkrankung

Erkrankung	Anzahl	
	abs.	in%
Infekt	24	29
Herzerkrankung	17	21
Fehlbildung	14	17
Epilepsie	10	12
intra- oder postoperativ	4	5
Geburtstrauma	3	4
sonstige	2	2
Hirnschädigung	2	2
Ileus	1	1
Lungenembolie	1	1
M. Crohn	1	1
M. Menkes	1	1
Muskeldystrophie	1	1
Tumor	1	1
Summe	82	100

Tabelle 2: Todesursachen bei Todesfällen infolge von Krankheit (n=82)

Wie in Tabelle 2 verdeutlicht, waren die häufigsten Todesursachen bei den an Krankheit verstorbenen Kindern und Jugendlichen Infekte bakterieller oder viraler Genese (29 %, n=24),

gefolgt von Herzerkrankungen (21 %, n=17), Fehlbildungen (17 %, n=14), und Epilepsie (10 %, n=10). Geburtstraumata führten in drei Fällen zum Tod (4 %). Unter den vier Kindern, die im Rahmen einer Operation ums Leben kamen, starben zwei postoperativ nach einer Tonsillektomie und zwei Kinder starben intraoperativ an Herzversagen.

3.2.4 Suizid

Im Untersuchungszeitraum töteten sich 39 Kinder und Jugendliche selbst. Die meisten Suizidenten waren älter als 16 Jahre (n=30, 80 %). In der Altersgruppe 6-10 Jahre gab es drei Suizidfälle (8 %), bei den 11-bis 15-Jährigen sechs Fälle (15 %).

Ein außergewöhnlicher Fall war der eines zehnjährigen Mädchens. Nachdem sie ihre Tante um 10 DM bestohlen hatte, wurde sie von ihrer Mutter zur Rede gestellt und zur Strafe verprügelt. Während die Mutter die jüngere Schwester ins Bett brachte, schrieb das Mädchen einen Abschiedsbrief, in dem sie sich für ihr Verhalten entschuldigte. Anschließend erhängte sie sich. Dies ist ein sehr spezieller Fall, der zeigt, dass Eltern auch indirekt zur Tötung ihres Kindes beitragen können, ohne direkt dafür verantwortlich zu sein. Zwei junge Männer erhängten sich in der Jugendvollzugsanstalt, nachdem sie von Mithäftlingen in der Gemeinschaftszelle misshandelt und vergewaltigt worden waren.

Die Geschlechtsverteilung bei den Todesfällen durch Suizid ist ungleich: 7 Mädchen (18 %) töteten sich selbst, im Gegensatz dazu 32 Jungen (82 % der Suizidenten).

Tötungsarten bei Suizid

Abbildung 11 gibt eine Übersicht über die Suizidmethoden. Von allen 39 Suizidanten wählten 18 den Tod durch Erhängen, unter ihnen die drei Jüngsten mit jeweils 10 Jahren. Die zweithäufigste Suizidmethode war das Vergiften mit Tabletten, Alkohol, oder auch Abgasen/CO (n=5). Die nächst häufigen Suizidformen mit jeweils vier Fällen waren Erschießen, Sprung oder Sturz in die Tiefe sowie vor den Zug.

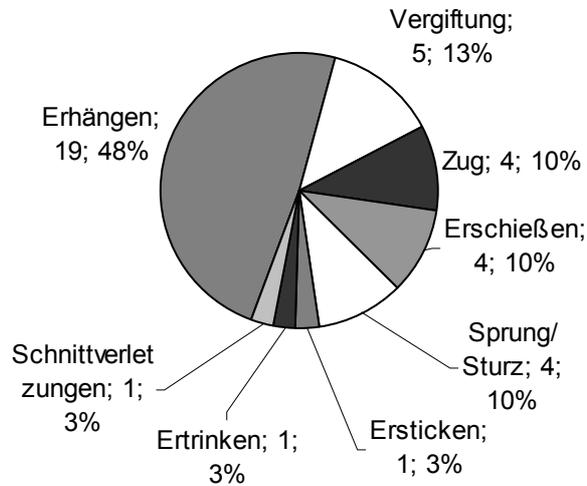


Abb. 11: Tötungsarten bei Suizid (n=39)

3.2.5 Drogentod

Der selbstverschuldete Drogentod kam 31 mal, also in 8 % der Fälle der ohne Elternverantwortung verstorbenen Kindern und Jugendlichen vor. Die Opfer starben an Überdosen verschiedener Drogen und Betäubungsmittel oder an Mischintoxikationen. Der Drogenkonsum der Opfer war meistens schon längere Zeit bekannt gewesen. Nur fünf Drogentote waren weiblich (16 %), dagegen 26 männlich (84 %). Alle 31 Drogentoten starben im Alter von 16-20 Jahren. Unter den 16-bis 20-Jährigen ist somit der Drogentod mit knapp einem Viertel (24 %) aller Todesfälle die häufigste Todesursache (gefolgt von Unfällen mit 22 %). Die Anzahl der Todesfälle durch Drogen pro Jahr schwankte zwischen keinem Fall 1996 und fünf Fällen 1998 und 1999. Der Mittelwert lag bei 2,4 Fällen pro Jahr.

3.2.6 Tötungsdelikte

Insgesamt kamen 38 Kinder und Jugendliche durch Tötungsdelikte wie Mord und Totschlag ums Leben. In 19 Fällen waren die Täter nicht die Eltern (50 %). Diese 19 Fälle werden in diesem Kapitel untersucht, es sind 5 % der Todesfälle ohne Elternverantwortung. In der Geschlechterverteilung der Opfer von Tötungsdelikten ohne Elternverantwortung waren mehr Mädchen (63 %, n=12) als Jungen (37 %, n= 7) betroffen. Die Altersverteilung zeigt, dass vor allem ältere Kinder von Tötungsdelikten durch andere als die eigenen Eltern betroffen sind. Am

häufigsten waren Jugendliche der Gruppe von 16-20 Jahren betroffen, sie machten 63 % aller Fälle aus (siehe Abb. 12).

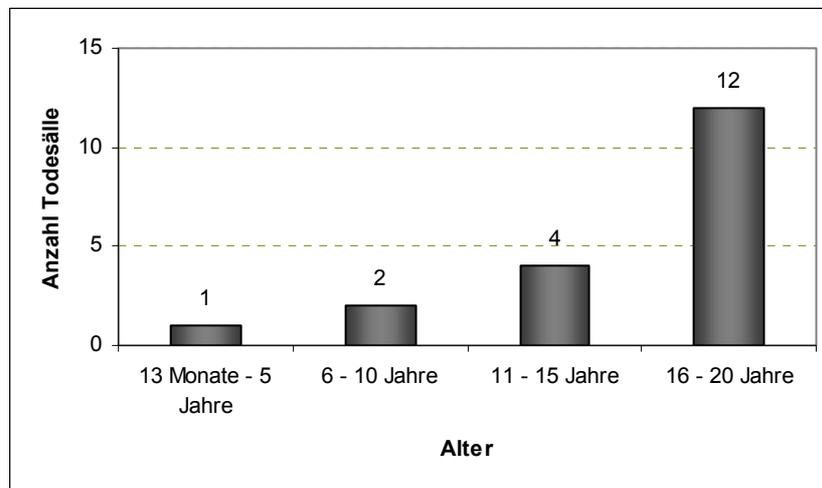


Abb. 12: Altersverteilung bei Opfern von Tötungsdelikten ohne Elternverantwortung (n=19)

Täter

In den meisten Fällen kannten Täter und Opfer sich schon lange (74 %). In zwei Fällen tötete ein Ex-Freund seine Ex-Freundin. In einem tragischen Fall tötete ein achtjähriger Spielkamerad seinen neunjährigen Freund, als die beiden mit den Waffen des Vaters spielten. Ein junger Mann wurde in der JVA von den Mitinsassen in seiner Zelle erhängt. In einem Fall tötete ein Familienmitglied, und zwar wurde ein Mädchen aus Glaubensgründen von ihrem älteren Bruder erschossen, der die Ehre der Familie durch sie befleckt sah.

Ganz fremd waren sich Opfer und Täter in 16 % der Fälle: Eine junge Frau wurde im Rahmen einer Sexualstraftat getötet, ein anderes Mädchen wurde von einem Fremden erstochen; und ein junger Mann wurde von Fremden getötet. In zwei Fällen (10 %) blieb der Täter unbekannt.

Tötungsarten bei Tötungsdelikten ohne Elternverantwortung

In den meisten Fällen wurden Tötungsdelikte durch Erstechen (32 %, n=6) und Erschießen (26 %, n=5) verübt. Mord durch Erwürgen kam zweimal vor (11 %). Ersticken, Erdrosseln, Erhängen und stumpfe Gewalt kamen jeweils einmal vor (je 5 %). In zwei Fällen konnte die Todesursache trotz Obduktion nicht abschließend geklärt werden.

3.2.7 Todesfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt

Über die bisher aufgezählten Todesursachen hinaus wurden 15 Fälle unter der Kategorie „Todesfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt“ zusammengefasst. Von diesen 15 Kindern waren sieben weiblich (44 %) und zehn männlich (56 %). Abbildung 13 gibt einen Überblick über die verschiedenen Todesursachen bei den Todesfällen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt.

Den größten Anteil machten die Totgeburten mit insgesamt 75 % aus (n=12). Unter den Totgeburten befanden sich fünf Fälle, die nach negierten oder verdrängten Schwangerschaften zu Hause stattgefunden hatten. In diesen Fällen wurde zwar strafrechtlich ermittelt, eine Elternverantwortung im strafrechtlichen Sinne wurde dann aber ausgeschlossen. Die Fälle wurden, soweit möglich, trotzdem untersucht, da negierte oder verdrängte Schwangerschaften in Bezug auf die Mutter von Interesse sind. Sie werden in Kap. 4.1 erläutert.

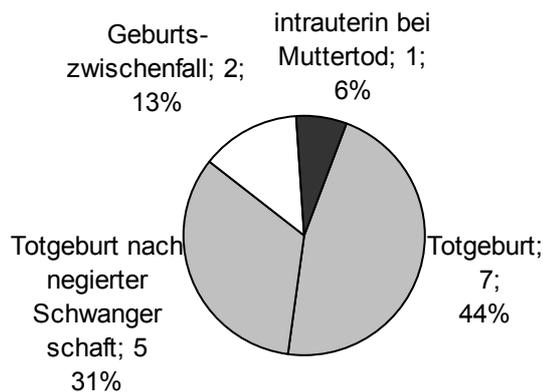


Abb. 13: Todesursachen bei Todesfällen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt (n=15)

Es gab eine Totgeburt, die zu Hause stattfand, da die Eltern des Kindes nicht versichert waren und kein Geld für die Schwangerschaftsvorsorge und das Krankenhaus aufbringen konnten. Diese Schwangerschaft war geplant und innerhalb des Freundeskreises kein Geheimnis. Des Weiteren kamen zwei Kinder bei einem Geburtszwischenfall ums Leben (13 %), ein Kind verstarb intrauterin beim Tod der Mutter.

3.3 Todesfälle mit Elternverantwortung

Das folgende Kapitel handelt von denjenigen Kindern, für deren Tod ihre eigenen Eltern verantwortlich waren. Ausgenommen sind die Kinder, die im Rahmen eines Unfalls ums Leben kamen, für den vielleicht ein Elternteil verantwortlich war, jedoch keine Elternverantwortung im strafrechtlichen Sinne vorlag.

Zunächst soll ein Überblick gegeben werden, wie groß der Anteil der Todesfälle mit Elternverantwortung war und wie er sich zusammensetzt. Abbildung 14 zeigt, dass der Anteil der Todesfälle mit Elternverantwortung mit 19 Fällen relativ gering ist (4,3 %). In 413 Fällen lag keine Elternverantwortung vor (92,9 %), in 12 Fällen blieb die Frage der Elternverantwortung ungeklärt (2,7 %).

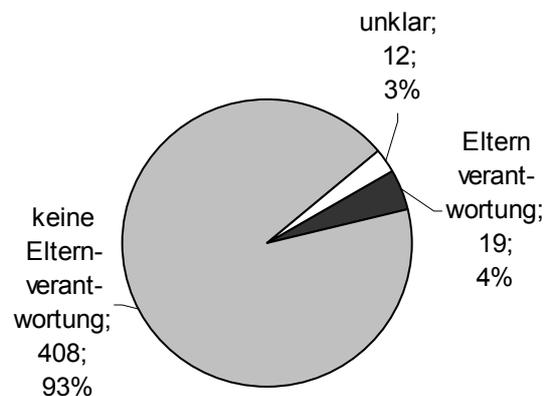


Abb. 14: Anteil der Todesopfer mit Elternverantwortung (n=439)

Im Folgenden werden die Fälle mit Elternverantwortung (n=19) in Todesumstände unterteilt. Die Opfer werden auf die Merkmale Geschlecht, Alter und Todesjahr untersucht. Anschließend sollen die Opfer auf weitere Merkmale untersucht werden. Es gilt herauszufinden, ob manche Kinder besonders gefährdet sind, Opfer zu werden. Da die Anzahl der Opfer sehr gering ist und nicht für alle betroffenen Kinder die gleichen Daten vorlagen, wird dieser Teil einen deskriptiven Charakter haben.

3.3.1 Todesumstände

Die Gruppe der 19 getöteten Kinder konnte nach den Todesumständen in die vier Untergruppen unterteilt werden: Neonatizid, erweiterter Suizid, Tod infolge von Kindesmisshandlung und Sonstige Todesumstände (Abb. 15). Die Kategorisierung wurde in Anlehnung an RAIČ (1995) und ROHDE et al. (1998) vorgenommen. Ich beziehe mich bei der Kategorisierung auf die theoretischen Überlegungen in Kap. 1.5. Auf die Täter wird im Kapitel 4 ausführlich eingegangen.

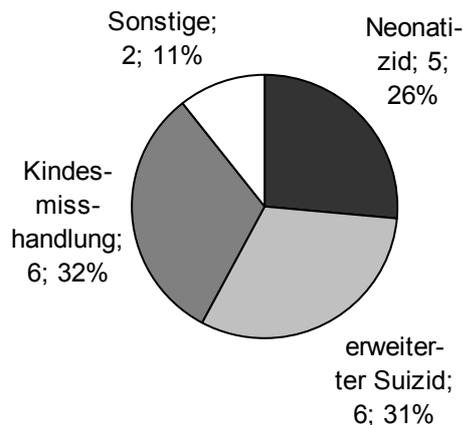


Abb. 15: Todesumstände bei Todesfällen mit Elternverantwortung (n=19)

Als Neonatizid bezeichnet man die Tötung eines Kindes innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt, siehe Kap. 1.1. Neonatizide kamen fünfmal, also in 26 % der Fälle vor (zwei Fälle ohne bekannte/n Täter/in). Als erweiterter Suizid wird die Selbsttötung bezeichnet, der die Tötung einer geliebten Person, hier eines Kindes, vorangeht. Er kam in der Untersuchung fünfmal vor. Da einmal Geschwisterkinder betroffen waren, kamen durch erweiterten Suizid sechs Kinder ums Leben (31 %). In dieser Kategorie befinden sich zwei versuchte erweiterte Suizide, das heißt, dass das Kind getötet, der eigene Suizid wurde jedoch überlebt wurde. Drei Fälle, bei denen nicht abschließend zu klären war, inwieweit der Täter den erweiterten Suizid aus Verzweiflung oder aus Rache verübt hatte – dies würde einem Medea-Syndrom entsprechen – wurden ebenfalls in diese Kategorie aufgenommen. Tod infolge von Kindesmisshandlung kam sechsmal vor (31 %). Unter den zwei sonstigen Fällen befindet sich ein Fall, in dem der Vater das ohnehin vernachlässigte Kind unbeaufsichtigt in der Badewanne ließ und es ertrank, sowie eine Impulstat einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.

3.3.2 Täterinnen und Täter

An den 19 Todesfällen waren insgesamt 18 Täterinnen und Täter beteiligt. Alle führten die Tat alleine aus, ohne dass das andere Elternteil an der Tat beteiligt war. Mütter waren häufiger Täterinnen (n=9) als Väter (n=6). In einem Fall tötete der neue Freund der Mutter in der Rolle des Stiefvaters ein Kind. Ein Vater tötete seine beiden Kinder. Tabelle 3 verdeutlicht, in welchen Gruppen welche Täter vorkamen.

Täter	Todesumstand				Gesamt	
	Neonatizid	erweiterter Suizid	Kindsmisshandlung	Sonstige	ges.	in %
Mutter	3	2	3	1	9	47
Vater	0	4	1	1	6	32
Sonstige	0	0	1	0	1	3
unklar	2	0	1	0	3	18
Gesamt	5 (26%)	6 (32%)	6 (32%)	2 (2%)	19	100

Tabelle 3: Täter bei Todesfällen mit Elternverantwortung bezogen auf die einzelnen Gruppen (n=19, da ein Vater zwei Kinder tötete)

Nicht in allen Fällen konnten die Täterinnen und Täter überführt und verurteilt werden. Es gab drei Fälle, in denen die Elternverantwortung als gesichert gilt, aber bisher kein Täter identifiziert worden ist. In zwei Fällen wurden Säuglingsleichen gefunden, die kurz nach der Geburt getötet oder ausgesetzt wurden. Jedoch fehlt vom Täter oder der Täterin bisher jede Spur. Es ist anzunehmen, dass es sich bei den Täterinnen wie bei den anderen drei Neonatiziden um die Mütter dieser Kinder handelt. Von einem Fall mit Hinweisen auf Kindesmisshandlung durch die Eltern konnte keine Akte zur Einsicht zur Verfügung gestellt werden.

Beim erweiterten Suizid waren Väter häufiger Täter (n=3) als Mütter (n=2). Ein Vater tötete seine beiden Kinder, sodass vier Opfer durch ihre Väter getötet wurden. Während alle drei Väter die Tat nicht überlebten, blieb es bei den beiden Müttern beim Suizidversuch. Von den sechs Opfern, die durch Misshandlung starben, wurden drei von ihrer Mutter, eins vom Vater und eins vom Stiefvater getötet. In einem Fall ist der Täter unbekannt geblieben, obwohl von der Tatverantwortung eines Elternteils ausgegangen wurde.

Es bestätigen sich die Erkenntnisse aus der Literatur, dass es bestimmte Frauentaten zu geben scheint: Das sind einerseits die Neonatizide und andererseits Tötungen im Rahmen von psychischen Erkrankungen. Psychische Erkrankungen lagen in der eigenen Untersuchung zum

Beispiel bei den beiden Täterinnen der versuchten erweiterten Suizide vor. Typische Männertaten sind erweiterte Suizide aus Rache (Medea-Syndrom). In der eigenen Untersuchung waren Väter in den Gruppen erweiterter Suizid, Kindesmisshandlung und sonstige Tötung Täter. Tötung durch Kindesmisshandlung wird von beiden Geschlechtern begangen. Während in manchen Studien häufig die Stiefväter als Täter in Betracht kommen, war hier nur ein Stiefvater beteiligt, wobei die Gruppe insgesamt klein ist. Die Auswertung zu den Persönlichkeiten der Täter/innen wird im nächsten Kapitel ausführlich vorgestellt.

3.3.3 Opfer

Im Folgenden werden die 19 Opfer auf die Merkmale Geschlecht, Alter, Todesjahr, Diagnosen, Intelligenz, Ernährungs- und Pflegezustand, Geschwisterposition, sowie Risiko- und Schutzfaktoren untersucht.

Geschlecht und Alter

Von den 19 Opfern waren sieben Kinder weiblich (36,8 %) und zwölf männlich (63,2 %). Innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt wurden 26 % der Opfer getötet (n=5). Bei diesen Fällen handelte es sich um Neonatizide. Im Alter von einer Woche bis zwölf Monaten und im Alter von 1-5 Jahren wurden jeweils 32 % der Opfer getötet (n=6). 11 % der Opfer verstarben im Alter von 11-15 Jahren (n=2). Die Kindesmisshandlungen kamen hauptsächlich in der Gruppe der unter Einjährigen vor, während erweiterte Suizide bei den Kleinkindern bis fünf Jahren und den 11-bis 15-Jährigen vorkamen. Abbildung 16 zeigt die Altersverteilung der Opfer. Keine Todesfälle durch Elternverantwortung gab es in den Altersgruppen ein Tag bis eine Woche, 6-10 Jahre und 16-20 Jahre.

Erwähnenswert ist noch der Zusammenhang zwischen dem Alter des Opfers und dem Geschlecht der Täter/innen. Während jüngere Kinder eher von der Mutter getötet wurden (siehe Tab. 5), töteten Väter eher ältere Kinder.

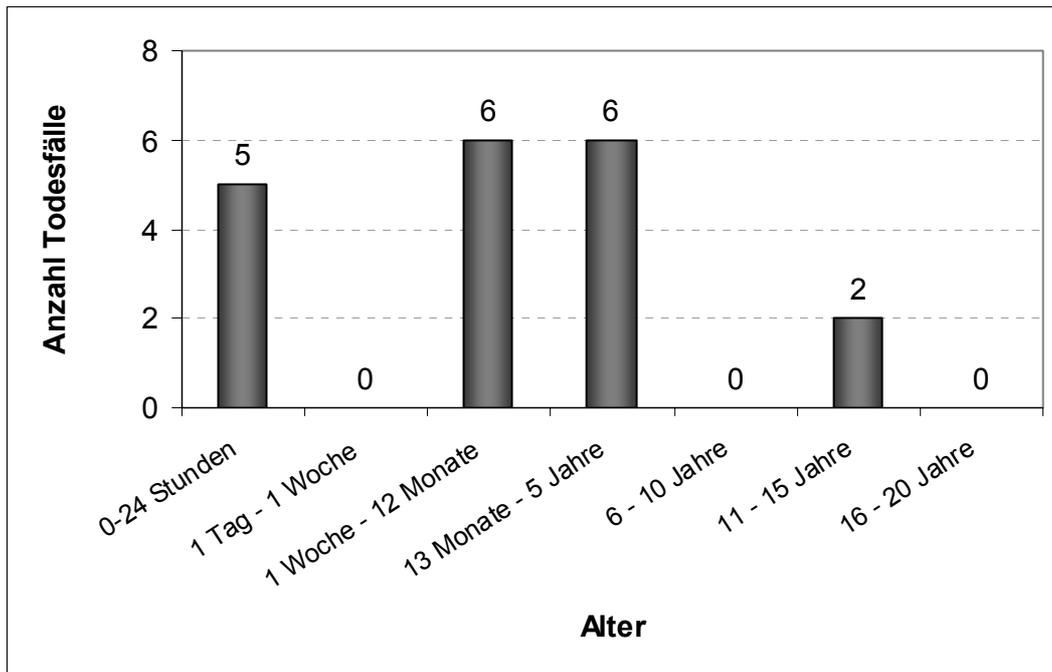


Abb. 16: Alter der Todesopfer mit Elternverantwortung zum Tatzeitpunkt (n=19)

Täter	Alter					Gesamt
	0-24 Stunden	1 Woche – 12 Monate	13 Monate – 5 Jahre	11 -15 Jahre	16 -20 Jahre	
Mutter	3	3	2	1	0	9
Vater	0	2	3	0	1	6
Stiefvater	0	0	1	0	0	1
Elternteil unbekannt	2	0	0	0	0	2
Gesamt	5	5	6	1	1	18

Tabelle 4: Täter bezogen auf das Alter des Opfers (n=18, da in einem Fall das Alter nicht bekannt war)

Todesjahr

Die Verteilung der Todesfälle mit Elternverantwortung zeigt in der eigenen Untersuchung einen Häufigkeitsgipfel von fünf Todesfällen im Jahr 1998, der allerdings eine Ausnahme war. Der Mittelwert lag im Untersuchungszeitraum von 1994-2007 bei 1,4 Todesfällen pro Jahr. Abbildung 17 stellt die Verteilung der Todesfälle von 1970-2007 dar.

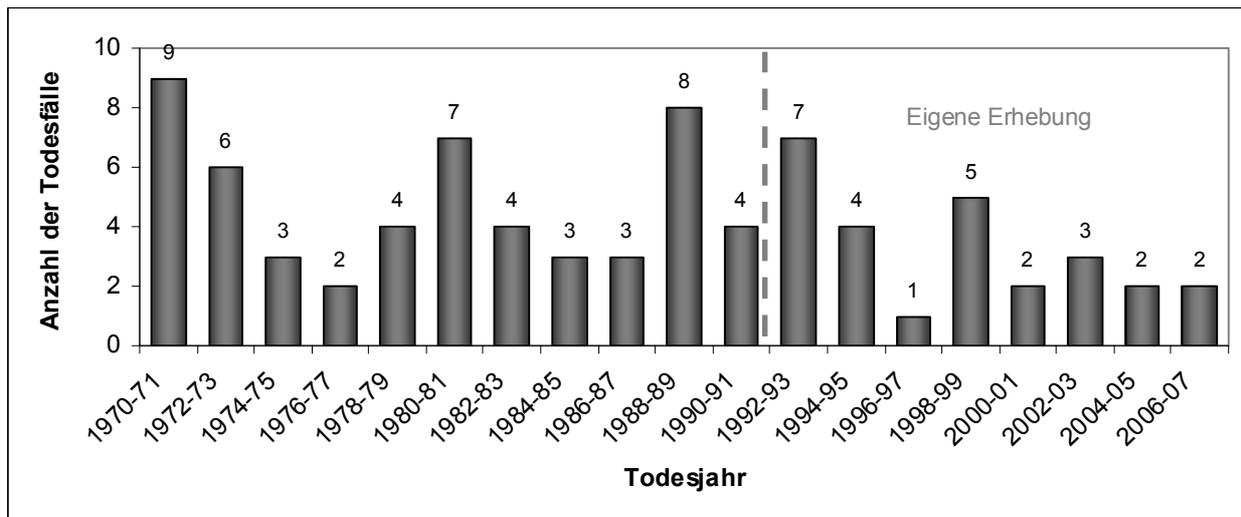


Abb. 17: Verteilung der Todesfälle mit Elternverantwortung zwischen 1970 und 2007 (n=19) (Quelle: RAIC 1995 (n=757) und eigene Erhebung (n=439))

Psychiatrische und körperliche Diagnosen, Teilleistungsschwächen, Intelligenz

Keines der Kinder hatte eine psychiatrische Diagnose gestellt bekommen. 26 % der Kinder waren auf verschiedene Weise auffällig gewesen: Unter den Betroffenen gab es zwei Schreikinder, von denen eines zusätzlich rezidivierende Infekte hatte. Ein Kind litt an einer langwierigen Beinenzündung, eines hatte eine verzögerte Sprachentwicklung, und eines hatte eine Geburtsverletzung. Bei 47 % der Kinder war keine Auffälligkeiten in der Entwicklung bekannt bzw. sie waren zu jung für eine solche Problematik gewesen (n=9). Zu 26 % der Opfer gab es keine Angaben (n=5).

Zur Intelligenz der Kinder wurden bis auf eine Ausnahme, bei der von „guter Intelligenz“ die Rede war, keine Angaben gemacht. Der Ernährungszustand war bei allen 19 Kindern gut. Der Pflegezustand war bei drei Kindern unzureichend bzw. auffällig.

Geschwisterposition

32 % der Opfer hatten ein oder mehrere Geschwister (n=6). Darunter war in zwei Fällen der Abstand zum nächsten Geschwisterkind geringer als 18 Monate, wobei es sich in einem Fall um die Zwillingsschwester handelte. Ein geringer Abstand zwischen Geschwisterkindern gilt wegen der besonderen Belastung für die Eltern als Risikofaktor. Ein Kind hatte zahlreiche Pflege- und Halbgeschwister. Währenddessen hatten 52 % der Kinder hatten keine Geschwister (n=10) und in 12 % der Fälle gab es keine Angabe (n=3).

Ein Opfer hatte ein Jahr in einer Pflegefamilie gelebt, zog dann zurück zur Mutter und deren neuem Freund. Der Freund der Mutter tötete das Kind, er hatte die Rolle des Stiefvaters inne (siehe Fallbeispiel 17). Ein weiteres Kind hatte vorübergehend in einer Pflegefamilie gelebt, war aber auf eigenen Wunsch in seine Herkunftsfamilie zurückgekommen. Dieses Mädchen wurde von der Mutter getötet (siehe Fallbeispiel 10).

Risikofaktoren	Anzahl
Niedriger sozioökonomischer Status	3
Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr	2
Schlechte Schulbildung der Eltern	1
Große Familie bei geringem Wohnraum	-
Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“	5
Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils	4
Chronische Disharmonie/ Beziehungspathologie in der Familie	3
Psychische Störung der Mutter/ des Vaters	4
Schwere körperliche Erkrankung der Mutter/des Vaters	-
Unerwünschtheit	6
Allein erziehende Mutter	2
Autoritäres väterliches Verhalten	-
Sexueller und/oder aggressiver Missbrauch	-
Verlust der Mutter	-
Häufig wechselnde frühe Beziehungen	1
Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen	-
Altersabstand zum nächsten Geschwisterkind < 18 Monate	3
Uneheliche Geburt	10
Hoher Gesamtrisiko-Score	-
Genetische Disposition	-
Jungen	10

Tabelle 5: vorhandene Risikofaktoren bei den Opfern (n=16) nach HOFFMANN und HOCHAPFEL (1999)

Risiko- und Schutzfaktoren

Pathogene Konflikte entstehen unter bestimmten psychosozialen Bedingungen, die auch von der experimentellen Forschung bestätigt wurden. HOFFMANN und HOCHAPFEL (1999) erarbeiteten biographische Risiko- und Schutzfaktoren für die Entstehung solcher pathogener Konflikte.

In Tabelle 5 werden die Risikofaktoren aufgelistet. Soweit Informationen vorhanden waren (n=18), wurden diese Risiko- und Schutzfaktoren für die Opfer erhoben, eine Mehrfachzählung war möglich. Einschränkend muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass nur die in der Gerichtsakte vorhandenen Informationen berücksichtigt werden konnten und keine systematische Überprüfung dieser Faktoren möglich war.

Von 18 Kindern, über die Informationen vorhanden waren, hatte eines keine Risikofaktoren. Alle anderen Kinder hatten mindestens einen Risikofaktor vorzuweisen. Neben dem häufigsten Risikofaktor „Jungen“ kam Unerwünschtheit des Kindes sechsmal vor. Des Weiteren waren viele Kinder unehelich geboren, ein Elternteil war kriminell oder dissozial, und es gab häufige Kontakte mit der „sozialen Kontrolle“.

Schutzfaktoren gab es deutlich seltener, sieben Kinder hatten gar keinen und viele nur einen. Am häufigsten gab es eine große Familie oder andere kompensatorische Elternbeziehungen, die die Mutter entlasten konnten. Die Schutzfaktoren und ihr Vorkommen sind in Tabelle 6 aufgelistet.

Schutzfaktoren	Anzahl
Dauerhafte, gute Beziehung zu einer primären Bezugsperson	2
Großfamilie/kompensatorische Elternbeziehungen/Entlastung der Mutter	8
Insgesamt attraktives Mutterbild	2
Gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust	-
Mindestens durchschnittliche Intelligenz	-
Robustes, aktives, kontaktfreudiges Temperament	1
Soziale Förderung (Jugendgruppen, Schule, Kirche)	1
Verlässlich unterstützende Bezugsperson	1
Lebenszeitlich späteres Eingehen „schwer auflösbarer Bindungen“	-
Geringere Risikogesamtbelastung	-
Mädchen	4

Tabelle 6: vorhandene Schutzfaktoren bei den Opfern (n=18) nach Hoffmann und Hochapfel (1999)

3.4 Elternverantwortung ungeklärt

In 2,7 % der Fälle konnte nicht geklärt werden, ob ein Elternteil für den Tod seines Kindes verantwortlich war (n=12). Grund dafür war, dass in fünf Fällen von der Staatsanwaltschaft keine Akteneinsicht gewährt wurde und aus den rechtsmedizinischen Akten keine Hinweise auf einen Täter hervorgingen. In einem Fall konnte die Akte nicht eingesehen werden, aus rechtsmedizinischer Sicht gab es Hinweise auf eine Kindesmisshandlung. In zwei Fällen war die Akte der Staatsanwaltschaft bereits vernichtet. In vier Fällen gab es aus rechtsmedizinischer Sicht Hinweise auf einen natürlichen Tod, die genauen Umstände blieben jedoch unklar.

4 Ergebnisse: Auswertung der Daten hinsichtlich der verantwortlichen Elternteile / Täter/innen

Nachdem die Opfer genauer untersucht wurden, werden nun die Untersuchungsergebnisse hinsichtlich der verantwortlichen Elternteile vorgestellt. Dabei geht es primär um die Täterin oder den Täter. Doch auch der Partner wurde, soweit möglich, in die Untersuchung mit einbezogen, da sich immer wieder die Frage stellt, warum er oder sie nicht interveniert hat (siehe Kap. 4.2.).

Neben den 18 Tätern, die bereits in Kap. 3.3.2 angesprochen wurden, gab es fünf Todesfälle nach verdrängter oder negierter Schwangerschaft. Sie tauchen nicht in der obigen Statistik auf, da diese Kinder nicht aktiv getötet wurden. Um mehr über das Phänomen Kindstötung zu erfahren, werden in diesem Kapitel die betreffenden Eltern mit untersucht, für diese Fälle wird die Kategorie „negierte/verdrängte Schwangerschaft mit Totgeburt oder Tod unter der Geburt“ gebildet (siehe Abb. 18).

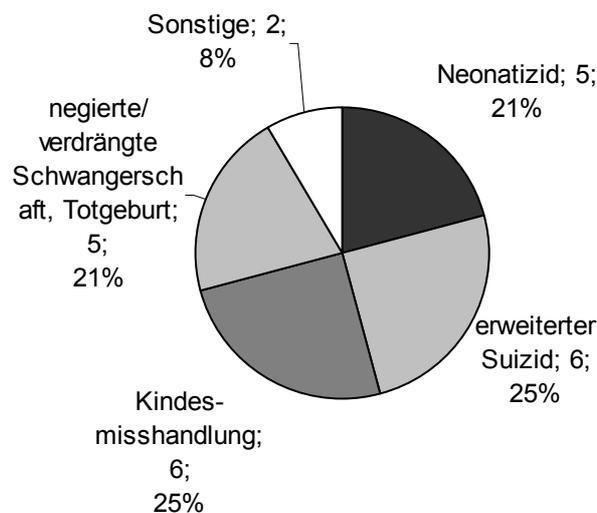


Abb. 18: Todesumstände (n=23) einschließlich der Todesfälle nach negierter oder verdrängter Schwangerschaft

Bei den fünf Fällen handelt es sich um folgende Begebenheiten: In drei Fällen kam es nach einer negierten Schwangerschaft zu einer Totgeburt und den Müttern wurde bezüglich des Todes des Kindes nichts vorgeworfen. Einer Mutter, deren Kind auf dem Hausmüll gefunden wurde, wurde eine Ordnungswidrigkeit gegen das Bestattungsrecht vorgeworfen, die Tatsache der Totgeburt wurde nicht in Zweifel gezogen. In zwei Fällen starben die Kinder an Sauerstoffmangel unter der Geburt. In beiden Fällen entbanden die Mütter, überrascht von der Geburt, auf der Toilette. In

einem dieser beiden Fälle kam es nicht zur Anklage, da als Todesursache ein „medizinischer Grund“, nämlich der Sauerstoffmangel, festgestellt wurde. Im anderen Fall kam es zur Anklage gegen den herbeigerufenen Notarzt, der Vorwurf lautete „unterlassene Hilfeleistung“. Im Folgenden werden diese fünf Mütter als „Täterinnen“ bezeichnet, auch wenn sie juristisch so nicht beurteilt worden sind, da die Gesamtkonstellation (insbesondere der beiden letztgenannten Fälle) der eines Neonatizids nach negierter Schwangerschaft ähnelt.

Zu 20 Täter/innen der 23 Fälle liegen Daten vor. Drei Fälle konnten nicht genauer untersucht werden, da die Ermittlungen noch nicht abgeschlossen oder erfolglos waren oder weil keine Akteneinsicht gewährt wurde. Bei der Auswertung ist zu beachten, dass die Studie aufgrund der kleinen Fallzahl einen deskriptiven Charakter besitzt und ein Vergleich mit größeren Kollektiven nur begrenzt möglich ist.

4.1 Die verantwortlichen Elternteile

Von den 20 untersuchten Täter/innen waren 70 % Kindesmütter (n=14) und in 25 % Väter (n=5) sowie ein Stiefvater (5 %), siehe auch Kap. 3.3.2.

4.1.1 Alter und körperliche Erkrankungen

Die Altersverteilung der Täterinnen und Täter wird in Abb. 19 dargestellt. Die größte Gruppe wird mit 40 % von den 21- bis 25-Jährigen gebildet (n=8), gefolgt von den Täterinnen und Tätern über 41 Jahren (20 %, n=4). In den Gruppen der unter 20-Jährigen und der 31- bis 35-Jährigen kamen jeweils 15 % der Taten vor (jeweils n=3), in den Altersgruppen 26-30 Jahre und 36-40 Jahre gab es jeweils nur 5 % der Taten (jeweils n=1). Im Mittel waren die Täterinnen und Täter 30,3 Jahre alt, die Jüngste war 17, der Älteste 55 Jahre alt.

Erwähnenswert ist der Zusammenhang zwischen Alter der Täter/in und Art des Delikts. Während Neonatizide in verschiedenen Altersgruppen vor kamen, tendenziell jedoch bei jüngeren Frauen, gab es verdrängte Schwangerschaften nur bei jungen Frauen: Viermal in der Altersgruppe von 21-25 Jahren, einmal bei einer unter 20-Jährigen. Die Fälle von Kindesmisshandlungen kamen auch eher bei jüngeren Eltern vor, während der erweiterte Suizid von älteren Eltern begangen wurde, nämlich viermal von Tätern, die älter als 41 Jahre waren und einmal von einer Täterin aus der Gruppe der 36- bis 40-Jährigen (Siehe Tab. 4).

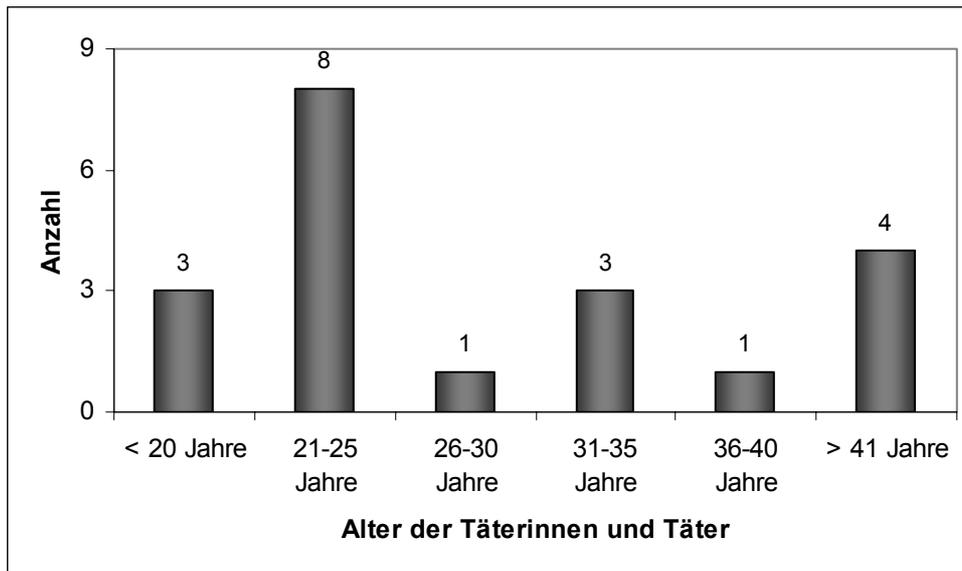


Abb. 19: Alter der Täterinnen und Täter zum Tatzeitpunkt (n=20)

Alter Tatzeit- punkt	Todesumstand					Gesamt
	Neonazid	erweiterter Suizid	Kindes- misshandlung	negierte/ verdrängte Schwanger- schaft	andere	
< 20 Jah- re	1	-	1	1	-	3 (15 %)
21-25 Jahre	1	-	2	4	1	8 (40 %)
26-30 Jahre	-	-	1	-	-	1 (5 %)
31-35 Jahre	1	-	1	-	1	3 (15 %)
36-40 Jahre	-	1	-	-	-	1 (5 %)
> 41 Jah- re	-	4	-	-	-	4 (20 %)
Gesamt	3	5	5	5	2	20 (100 %)

Tabelle 7: Alter der Täter/innen zum Tatzeitpunkt in Abhängigkeit vom Todesumstand (n=20)

Bei etwa einem Drittel der Täter/innen lag eine körperliche Diagnose vor (n=6), es handelte sich bei allen um chronische Erkrankungen wie Allergien, Asthma, Psoriasis, Schilddrüsenhormonmangel. Ein Täter hatte einen alkoholtoxischen Leberschaden in Folge von Alkoholabhängigkeit. Ein weiteres Drittel der Täter/innen hatte keine körperliche Erkrankung (n=7), zu einem Drittel gab es keine Angaben (n=7).

4.1.2 Soziale Lage

Anhand des Kulturkreis, Familienstand, Schulabschlusses, Beruf und Ökonomischer Situation soll die soziale Lage der Täterinnen und Täter zum Tatzeitpunkt umrissen werden.

Religion und Staatsangehörigkeit

Alle Täterinnen und Täter waren Deutsche, niemand stammte aus einem anderen Kulturkreis. Zur Religion gab es kaum Angaben, zwei Täterinnen bezeichneten sich selbst als Christen.

Familienstand

Die Mehrheit (55 %) der Täterinnen und Täter war ledig, 30 % waren verheiratet und 10 % getrennt, in 5 % der Fälle konnte der gesetzliche Familienstand nicht eruiert werden.

Schulabschluss

Das höchst erreichte Niveau der Schulbildung wurde erfasst und mit dem Ziel der Vergleichbarkeit analog zu MARNEROS et al. (1991) und RAIČ (1995) in folgende Kategorien aufgeteilt:

1. sehr niedriges Schulbildungsniveau:
 - Sonderschule
 - Hauptschule ohne Abschluss
2. niedriges Schulbildungsniveau:
 - Hauptschule mit Abschluss
 - Realschule ohne Mittlere Reife
3. mittleres Schulbildungsniveau:
 - Realschule mit Mittlerer Reife oder gleichwertiger Abschluss an einer Handelsschule
 - Gymnasium ohne Abitur
4. hohes Schulbildungsniveau:
 - Abitur, Fachabitur, Hochschulstudium, Abschluss an einer Höheren Handelsschule oder Fachoberschule

Die Hälfte der Täterinnen und Täter hatte ein niedriges oder sehr niedriges Schulbildungsniveau erreicht (50 %, n=10). 15 % der Täter/innen erreichten ein mittleres Schulbildungsniveau (n=3),

eine Täterin hatte ein hohes Schulbildungsniveau (5 %), in sechs Fällen gab es keine Angaben (30 %). Betrachtet man das Bildungsniveau in den einzelnen Gruppen, fällt auf, dass vor allem bei der Kindesmisshandlung schlechter gebildete Täter/innen involviert waren. Insgesamt ist die Verteilung auf die einzelnen Gruppen jedoch schwer zu deuten, da zu oft keine Angaben vorhanden waren.

Berufliche Stellung zum Tatzeitpunkt

Hierbei wurde die Berufstätigkeit zum Tatzeitpunkt erfasst und in Anlehnung an MARNEROS et al. (1991) und RAIČ (1995) in folgende Kategorien unterteilt:

- Arbeitslose/r
- Hausfrau/mann
- in Ausbildung: Schüler/in, Lehrling oder Student/in
- Arbeiter/in (ohne abgeschlossene Lehre in anerkanntem Lehrberuf)
- Facharbeiter/in (mit abgeschlossener Lehre im entsprechenden Beruf)
- Angestellte oder Beamte

Es wurde jeweils die Berufstätigkeit des Täters bzw. der Täterin bis zum Tatzeitpunkt erfasst. Wie in Abb.20 ersichtlich ist, waren die meisten Täter/innen zum Tatzeitpunkt arbeitslos (20 %) oder Hausfrau/mann (20 %).

Ökonomische Situation zum Tatzeitpunkt

Die Hälfte der verantwortlichen Elternteile hatte zum Tatzeitpunkt finanzielle Probleme: 20 % waren verschuldet, 20 % lebten von Sozialhilfe beziehungsweise Harz IV, und 10 % verfügten zwar über ein regelmäßiges Einkommen, hatten aber dennoch Geldsorgen. Im Gegensatz dazu waren 35 % der Täter/innen finanziell gesichert. In 15 % der Fälle gab es keine Angaben zur finanziellen Situation.

Beim Versuch, einen Zusammenhang zwischen der ökonomischen Situation und dem Todesumstand herzustellen, fiel auf, dass unter den Neonatizid-Täterinnen zwei von drei Geldsorgen hatten, während unter negierten Schwangerschaften zwei Mütter in finanziell gesicherten Verhältnissen lebten und eine Geldsorgen hatte (zweimal gab es keine Angaben). Erweiterte Suizide kamen in finanziell gesicherten Verhältnissen wie in Familien mit Geldsorgen

gleich verteilt vor. Unter den misshandelnden Elternteilen waren zwei Täter/innen finanziell gesichert, während in drei Fällen Geldsorgen bestanden.

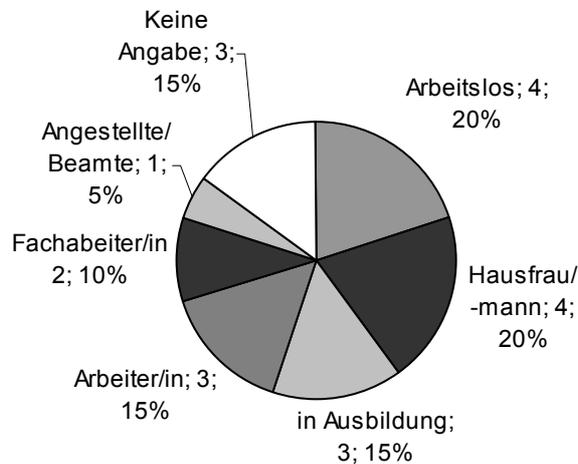


Abb. 20: Berufliche Situation der verantwortlichen Elternteile bis zum Tatzeitpunkt (n=20)

4.1.3 Familiäre Beziehungen

Die Situation in der Herkunftsfamilie wird in Kap. 4.3 ausführlich beschrieben, dort wird auch auf die Beziehungen zu den eigenen Eltern eingegangen.

Partnerschaftliche Dauerbindung

Es wurde gefragt, ob die Täterinnen und Täter in ihrem Leben grundsätzlich zu einer „stabilen Partnerschaft“ fähig gewesen waren. Dazu galt als Kriterium, dass sie mindestens eine partnerschaftliche Beziehung über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten geführt hatten (MARNEROS et al., 1991; RAIČ, 1995). Alle Täterinnen und Täter konnten dieses Kriterium erfüllen. Zwei Täterinnen waren Borderline-Persönlichkeiten und führten ihre Beziehungen entsprechend instabil und impulsiv. Bei zwei Tätern war die Beziehung zwar partnerschaftlich und dauerte länger als sechs Monate, hatte aber einen unreifen Charakter.

Partnerschaft zum Tatzeitpunkt

Da der gesetzliche Familienstand (s.o.) nicht viel über die tatsächliche partnerschaftliche Bindung aussagt, wurde eine weitere Einteilung bezüglich der Partnerschaft um Tatzeitpunkt unternommen. Es wurde unterteilt in Paare, die zusammen leben, und solche, die nicht zusammen

leben. Der gesetzliche Familienstand (verheiratet oder nicht) wurde an dieser Stelle außer Acht gelassen, ebenso die Wohnsituation (bei Eltern oder allein). 15 Täter/innen hatten zum Tatzeitpunkt eine mehr oder weniger intakte Partnerschaft (75 %). Bei zwei Tätern, die erweiterten Suizid (bzw. Medea-Syndrom) begingen, war die Trennung von der Frau oder Freundin gerade aktuell. Drei Täter/innen waren schon länger getrennt. Tabelle 8 verdeutlicht den jeweiligen Familienstand der Täter/innen in den verschiedenen Gruppen.

Familienstand	Todesumstand					Gesamt
	Neonatizid	erweiterter Suizid	Kindesmiss-handlung	negierte/verdrängte Schwangerschaft mit Totgeburt	andere	
Beziehung leben nicht zusammen	1	-	-	2	-	3 (15 %)
Beziehung leben zusammen	2	1	5	2	2	12 (60 %)
Trennung aktuell	-	2	-	-	-	2 (10 %)
getrennt	-	2	-	1	-	3 (15 %)
Gesamt	3	5	5	5	2	20 (100 %)

Tabelle 8: Familienstand zum Tatzeitpunkt in den einzelnen Gruppen (n=20)

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Partnerschaft und Todesumstand, fällt auf, dass Kindesmisshandlungen nur unter Paaren stattfanden, die zusammenlebten. Auch Neonatizide und negierte/verdrängte Schwangerschaften ereigneten sich fast immer in Beziehungen (zusammenlebend oder nicht) – in beiden Gruppen muss also die Frage nach der Rolle des Partners bei der Tat und nach einer Mitverantwortung gestellt werden. Währenddessen finden sich erweiterte Suizide insbesondere unter den Getrennten oder sich gerade in der Trennung befindlichen Paaren.

Beziehungsprobleme

Unabhängig vom Familienstand gaben 50 % der Täterinnen und Täter an, Beziehungsprobleme zu haben (n=10). Als Beziehungsprobleme wurden genannt: „Eifersucht“, „Geldsorgen“ bzw.

„finanzielle Probleme“, „schwierige Persönlichkeit des Partners“ (gemeint war sein Verschwinden), „eigene Unausgeglichenheit“, „Sprachprobleme mit den Eltern des Partners“, „Beziehung zu den Eltern des Partners“, „Streits wegen Hausarbeit“, „Streits wegen Zeit am Computer und mit Freunden“, „Alkoholabusus“ und „Misshandlung des Kindes durch den Partner“. In 35 % der Fälle gab es in den Augen der Täter/innen keine Beziehungsprobleme (n=7), in 15 % (n=3) gab es keine Angaben dazu.

Ein **Neonazid** fand in einer relativ stabilen Partnerschaft mit mehreren Kindern statt, die Täterin nannte als einziges Beziehungsproblem die Geldsorgen der Familie, wenn auch von weiteren Beziehungsproblemen auszugehen ist, wie im Fallbeispiel 1 deutlich wird:

Fallbeispiel 1: Frau A. hatte ihre 4. Schwangerschaft zwar kurz bemerkt, dann jedoch verdrängt. Ihr Ehemann bemerkte sie nicht - schon die Schwangerschaft mit dem letzten Kind hatte er erst „im Kreißsaal bemerkt“. Beide wollten kein weiteres Kind, „wenn du noch einmal schwanger wirst, schlag ich dich tot“, hatte der Ehemann einmal gedroht. In der 40. Schwangerschaftswoche setzten die Wehen ein, und Frau A. gebar das Kind zu Hause auf der Wohnzimmercouch, während die ganze Familie schlief. Anschließend erdrosselte sie das Kind, wickelte es in ein Bettlaken und versteckte die Leiche in einem Wasserbottich im Keller. Wegen anhaltender Blutungen wurde Frau A. ins Krankenhaus eingewiesen, wo man feststellte, dass sie vor kurzem entbunden haben musste.

Während der Gutachter die Schuldfähigkeit aufgrund einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung für aufgehoben hielt, wurde Frau A. vom Richter als vermindert schuldfähig eingestuft und wegen Totschlags verurteilt. Ihre Persönlichkeit wurde als sehr gehemmt, unsicher, introvertiert und kontaktscheu beschrieben.

Während die beiden Frauen in der Gruppe des **erweiterten Suizids** keine Beziehungen und dementsprechend auch keine Beziehungsprobleme hatten, hatten die drei Männer Streit mit ihren Freundinnen. In diesen drei Fällen spielte Eifersucht eine große Rolle, in zwei Fällen waren die Paare gerade dabei, sich zu trennen. In drei von fünf **Kindesmisshandlung**-Fällen gaben die Täter/innen an, dass es keine Beziehungsprobleme gab - also auch keinen Konflikt über den Umgang mit dem Kind.

4.1.4 Psychiatrische Begutachtung und Schuldfähigkeit

In der psychiatrischen Begutachtung geht es vor allem um die Beurteilung der Schuldfähigkeit (§§ 20 und 21 StGB) und gegebenenfalls um die Beurteilung der Sozial- und Kriminalprognose

(§§ 63, 64 und 66 StGB). Da es im Ermessen des Richters liegt, ob in einem Strafverfahren ein psychiatrischer oder psychologischer Sachverständiger hinzugezogen wird, liegt nicht zu allen strafrechtlich verfolgten Täterinnen und Tätern ein psychiatrisches Gutachten vor (siehe Tabelle 9). Außerdem ist anzumerken, dass die Gutachten quantitativ und qualitativ sehr unterschiedlich ausfallen, was die Auswertung erheblich beschwerte.

In zehn von 13 Fällen, bei denen es zu einer Anklage kam, gab es ein psychiatrisches Gutachten. Es fiel auf, dass es in einem Fall der Kindesmisshandlung kein Gutachten gab und in einem Fall der Vernachlässigung nur ein Bericht der Jugendgerichtshilfe über die Mutter des Opfers existierte, während es über den Vater/Täter kaum Angaben gab. In sieben Fällen gab es keine Anklage: In drei Fällen waren die Täter verstorben (erweiterter Suizid) und bei den fünf Frauen aus der Gruppe negierte/verdrängte Schwangerschaft, bei denen eine Totgeburt angenommen wurde, lag kein Tatbestand vor.

Psychiatrische Diagnosen

In Tabelle 9 sind neben dem Vorhandensein von Gutachten auch die Diagnosen in den einzelnen Gruppen aufgeführt. Bei sieben der Täter/innen mit Gutachten war eine psychiatrische Diagnose gestellt worden (70 %). Davon hatten vier Täter/innen eine Diagnose, zwei hatten zwei Diagnosen und bei zwei Täter/innen wurden drei Diagnosen gestellt, sodass insgesamt 14 Diagnosen in die Auswertung eingingen.

Am Häufigsten wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, sie kam in fünf Fällen vor. Darunter waren: zwei emotional Instabile Persönlichkeiten vom Borderline-Typ (ICD-10: F60.31), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0), eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (DSM-4: 301.7) und eine „depressive“ Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3). Jeweils in drei Fällen (15 %) wurde eine Depression (ICD-10: F32) diagnostiziert, sowie in jeweils zwei Fällen eine Dysthymie (ICD-10: F34.0). Eine akute Belastungsreaktion (F43.0), eine leichte geistige Behinderung (ICD-10: F70), eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10) und eine Anorexie (ICD-10: F50) kamen in jeweils einem Fall (8 %) vor, diese Fälle sind in Tabelle 9 unter „sonstige“ Aufgelistet. Eine Psychose kam nicht vor.

Gutachten	Todesumstand					Gesamt
	Neonatizid	erweiterter Suizid	Kindesmiss- handlung	negierte/ verdrängte Schwanger- schaft	Sonstige	
vorhanden	3	2	4	-	1	10
Depression	-	2	1	-	-	3
Dysthymie	-	2	-	-	-	2
Persönlichkeitsstörung	-	3	2	-	1	5
Psychose	-	-	-	-	-	-
andere	1	-	2	-	-	3
keine Störung	2	-	1	-	-	3
nicht vorhanden	-	3	1	5	1	10

Tabelle 9: Vorhandensein von Gutachten und Diagnosen in den verschiedenen Gruppen (n=20, Mehrfachzählung möglich)

80 % der Täterinnen und Täter mit psychischen Störungen (n=7) waren weiblich, 20 % männlich. Jeweils bezogen auf die Anzahl der Täterinnen (n=15) und Täter (n=5) hatten 53 % der Täterinnen und 40 % der Täter psychische Störungen.

Schuldfähigkeit

In 70 % der begutachteten Fälle, also in 35 % der Gesamtfälle, befanden die Gutachter die Schuldfähigkeit für vermindert oder aufgehoben. Abb. 21 zeigt eine Übersicht der 13 Fälle, bei denen es zu einer Anklage gekommen war. Laut Gutachter war in 15 % der Fälle die Schuldfähigkeit aufgehoben (§ 20 StGB) (n=3), und zwar bei einem Neonatizid und in den beiden Fällen des versuchten erweiterten Suizids. In 20 % der Fälle war die Schuldfähigkeit vermindert (§ 21 StGB) (n=4), dies betraf einen Fall aus der Gruppe der Neonatizide, zwei Kindesmisshandlungen und einen sonstigen Fall. Als voll schuldfähig wurden 15 % der Täter/innen eingestuft (n=3), es handelte sich um zwei Täter der Kindesmisshandlung und einen Neonatizid. Wie die jeweiligen Richter über Schuldfähigkeit und Strafe befanden, wird in Kapitel 4.7.2 erläutert.

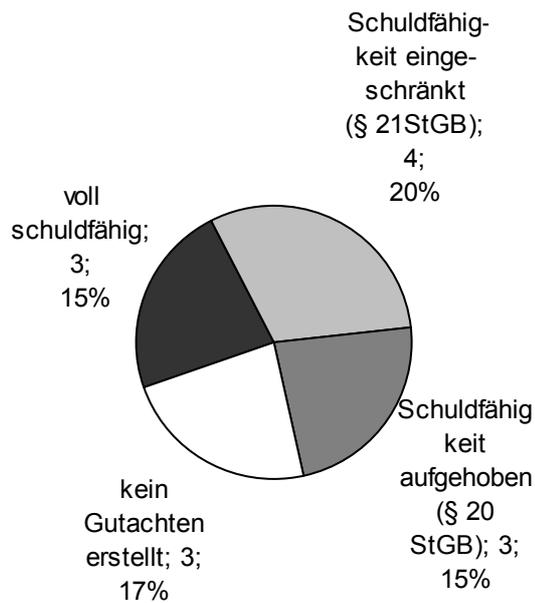


Abb. 21: Urteil der psychiatrischen Gutachter über die Schuldfähigkeit der Täterinnen und Täter (n=13)

4.1.5 Psychiatrische Diagnosen und Suizidalität in den einzelnen Gruppen

Unter den drei **Neonatiziden** wurde in einem Fall die Diagnose „akute Belastungsreaktion“ gestellt, zweimal gab es keine Diagnosen. Suizidversuche hatte es nicht gegeben.

Fallbeispiel 2: Frau B. hatte ihre Schwangerschaft bemerkt, dann aber solche Angst verspürt, dass sie sie verdrängte. Die zierliche Frau wurde von zahlreichen Bekannten auf eine mögliche Schwangerschaft angesprochen, stritt jedoch immer entschieden ab. Ihr Freund, mit dem sie seit einem Jahr zusammen war und mit dem sie zuletzt zehn Tage vor der Geburt Geschlechtsverkehr hatte, bemerkte die Schwangerschaft nicht. Sie gebar spät am Abend in der Dusche des elterlichen Hauses ihr Kind und war zunächst ratlos, was sie machen sollte, da sie von der Geburt überrascht worden war. Da sie aber niemanden im Haus wecken wollte, beschloss sie, das Baby auf dem unbewohnten Nachbargrundstück abzulegen. Sie legte es unbekleidet in den Hof, der von der Straße nicht eingesehen werden konnte. Das Kind starb an Unterkühlung. Am nächsten Morgen schaute Frau B. noch einmal nach ihrem Kind, das sich nicht mehr bewegte, ließ es aber liegen. Frau B. wurde von ihrem Gutachter als abhängige, unselbständige Persönlichkeit mit Gefühlshemmung beschrieben, die großen Wert auf die Einhaltung sozialer Regeln legt. Sie wurde als voll schuldigfähig eingestuft und wegen Totschlags verurteilt.

Dieses Fallbeispiel ist typisch für eine verleugnete Schwangerschaft: Obwohl Frau B ihre Schwangerschaft bemerkt, kann sie sie soweit verdrängen, dass sie sich schließlich subjektiv sicher ist, nicht schwanger zu sein und sich überhaupt nicht auf die Geburt vorbereitet.

Über die fünf Frauen, die ihre Schwangerschaft verdrängten oder verheimlichten und bei denen es zu einer Totgeburt kam, existieren keine entsprechenden Angaben.

Von den beiden Frauen, die einen **erweiterten Suizid** versuchten, hatte eine eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, beide hatten eine Depression und eine Dysthymie. Beide Frauen hatten vorher Suizidgedanken gehabt, aber noch keinen Suizidversuch unternommen. Eine Täterin hatte drei Tage vor der Tat die Idee, die andere war kurz vorher in einer Klinik als suizidal eingestuft worden und hatte nach eigenen Angaben „oft daran gedacht“, sich umzubringen. Die drei Täter suizidierten sich im Rahmen der Tat, deswegen ist über ihre Persönlichkeiten nicht viel bekannt. Suizidversuche in der Vorgeschichte waren bei keinem vorgekommen. Während einer sehr verzweifelt war über den Streit mit seiner Freundin, und er die Vorstellung, nach der Trennung seinen Sohn nicht ständig sehen zu können, nicht aushielt, töteten die beiden anderen Täter ihre Kinder in einer Mischung aus Rache, Eifersucht und Verzweiflung bezogen auf die Situation mit der (Ex-) Freundin.

Unter den fünf **misshandelnden** Täter/innen hatten 60 % psychische Auffälligkeiten. Eine Täterin hatte eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, sie ritzte sich regelmäßig und hatte auch einen Suizidversuch hinter sich. Eine weitere Täterin hatte eine Anorexie, auch sie hatte Suizidgedanken, unter anderem in der Schwangerschaft. Der misshandelnde Stiefvater hatte eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, eine leichte geistige Behinderung und litt zudem unter Alkoholabusus. Die weiteren beiden Täter/innen hatten weder psychiatrische Diagnosen noch Suizidversuche in der Vorgeschichte.

Eine von beiden **sonstigen Taten** beging eine psychiatrische Patientin, sie tötete ihr Kind im Rahmen einer Impulstat und war eine bekannte Borderline-Patientin. Die Täterin war drei Monate vor der Tat in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen, damals hatte sie Angst gehabt, sich oder ihrem Sohn etwas anzutun. Zwei Wochen vor der Tat war sie erneut in stationärer Behandlung: unter anderem wegen ihrer Angst, ihrem Sohn könne etwas passieren. Sie verließ die Station eine Woche vor der Tat auf eigene Verantwortung. Über den Vater, der sein vernachlässigtes Kind unbeaufsichtigt in der Badewanne ertrinken ließ, existieren keine Informationen.

Testpsychologische Angaben

Persönlichkeitstests waren in acht Fällen vorhanden (40 %). Da sehr unterschiedliche Testverfahren verwendet wurden, ist die Vergleichbarkeit eingeschränkt. An dieser Stelle soll ein Überblick bezogen auf die einzelnen Gruppen gegeben werden. Bemerkenswert ist, dass die meisten Täterinnen und Täter nach den Testergebnissen keine aggressiven Persönlichkeiten waren.

Unter den **Neonazid**-Täterinnen wurden zwei getestet und als emotional gehemmt, unsicher und unselbständig beschrieben. Von einer hieß es außerdem, sie habe ein niedriges Aggressionspotenzial. Die beiden getesteten Täterinnen des **erweiterten Suizids** wurden als introvertiert beschrieben. Während eine als sozial verantwortlich, offen und hilfsbereit mit fatalistischer Weltsicht galt, hieß es von der anderen, sie sei selbstunsicher und schizoid. Die drei getesteten **misshandelnden** Elternteile waren emotional instabil und überfordert, außerdem unzufrieden. Eine Täterin aus der Gruppe der **sonstigen Todesumstände** war nur gering belastungs- und leistungsfähig, zudem wurde ihre Persönlichkeit als leicht paranoid beschrieben.

Intelligenz

In 30 % war ein Intelligenztest vorhanden (n=6). Die getesteten Täter/innen hatten zu 50 % Intelligenzquotienten im Bereich der leichten Debilität (IQ 70-79) (n=3), und zu jeweils 16 % Intelligenzquotienten im schwachen, normalen und guten Intelligenzbereich. Viermal gab es globale Angaben, diese lauteten in drei Fällen „Normbereich“ und einmal „untere Norm“. In zehn Fällen gab es gar keine Angaben zur Intelligenz. Mehrheitlich hatten die Täter/innen also eine normale Intelligenz (60 %), während 40 % unter der Norm angesiedelt waren.

Medikamente und Drogen

Unter den verantwortlichen Elternteilen tranken 10 % regelmäßig Alkohol in größeren Mengen (n=2). Weitere 10 % konsumierten regelmäßig illegale Drogen. Es gab neun starke Raucher (22 %). 15 % der Täter/innen nahmen regelmäßig Medikamente ein, darunter waren Atosil, Thomapyrin und Baldrian. Fünf Täter/innen nahmen keine Medikamente ein und zwölf Fälle waren diesbezüglich ohne Angabe.

Drogen und Medikamente zum Tatzeitpunkt

Nur in einem Fall eines Neonatizids hatte die Täterin Schmerzmittel (Tomapyrin) eingenommen, sonst waren alle Täter/innen nüchtern und standen nicht unter Alkoholeinfluss. Auch die Täter, die regelmäßig Alkohol konsumierten bzw. bei denen eine Abhängigkeit bestand, waren zu Tatzeitpunkt nüchtern.

4.1.6 Strafrechtliche Vorgeschichte

Während 80 % der Täter/innen vor der Tat strafrechtlich nicht in Erscheinung getreten waren (n=16) und es über einen Täter keine Angaben gibt (5 %), waren drei Täter wegen einem oder mehrerer Delikte vorbestraft (15 %). Die begangenen Delikte fielen in die Bereiche Verkehrsdelikte, Diebstahl und Körperverletzung. Den Tätern wurde Fahrerflucht, fahrlässige Körperverletzung, Gewalt gegen die Ex-Freundin und Alkohol am Steuer vorgeworfen. Diese Vergehen wurden mit Geld- und Freiheitsstrafen geahndet. Sexual- und Tötungsdelikte kamen nicht vor. Die drei vorbestraften Täter waren alle männlich, zwei hatten das Opfer misshandelt, einer hatte sein Kind vernachlässigt (sonstige Todesfälle).

4.2 Herkunftsfamilie der Täter und Täterinnen

Besondere Beachtung fand die Herkunftsfamilie der Täterin/des Täters als mögliche Quelle biographischer Risikofaktoren. 20 Täterinnen und Täter gingen in die Untersuchung ein. Zur Herkunftsfamilie gab es in 65 % der Fälle Angaben (n=13), in den restlichen sieben Fällen gab es in der Akte keine Hinweise auf die Situation in der Herkunftsfamilie (35 %).

4.2.1 Kindheit der Täterinnen und Täter

Schwangerschaft und Geburt

In vielen Fällen gab es keine Angaben zur Schwangerschaft. Eine Täterin gab an, sie habe „nie mit Eltern darüber gesprochen“, da sie „kein Vertrauen zu den Eltern“ habe, eine andere Täterin wusste, dass sie eine Risikoschwangerschaft gewesen war. Nach der Geburt war eine weitere Täterin die ersten drei Monate ihres Lebens von den Eltern getrennt im Krankenhaus gewesen. Eine Täterin kam bei einer Hausgeburt zur Welt, eine wusste, dass ihre Geburt unkompliziert

gewesen war. Bei allen anderen 16 Täter/innen gab es keine Angaben zur eigenen Geburt. Zur Frage, ob die Täterin bzw. der Täter als Kind erwünscht war, gab es nur in 15 % der Fälle Angaben: zwei Täter/innen waren erwünscht und einer war nicht erwünscht.

Stellung in der Geschwisterreihe

Fast alle Täter/innen mit Angaben hatten ein oder mehrere Geschwister (12 von 13). 20 % waren das erste Kind ihrer Eltern (n=4), 40 % hatten sowohl ältere als auch jüngere Geschwister (n=8) und ein Täter war jüngstes Kind in der Geschwisterreihe (5 %). In 35 % der Fälle gab es keine Angaben. In drei Fällen betrug der Abstand zum nächsten Geschwisterkind weniger als 18 Monate (15 %).

Frühkindliche Entwicklung

10 % der Täter/innen hatten positive Erinnerungen an die frühe Kindheit, eine Täterin entwickelte sich unauffällig, eine andere fühlte sich im Kindergarten wohl und begann mit 7 Jahren die Grundschule. Bei über 30 % der Täter/innen existieren eher negative Angaben zur Entwicklung (n=6). Eine Täterin gab an, in der Entwicklung verzögert gewesen zu sein, eine Täterin hat bis zum zehnten Lebensjahr gestottert und eine war schlecht in der Schule gewesen. Eine verzögerte Entwicklung in Bezug auf Laufen, Sprechen und Sauberkeit lag bei einer weiteren Täterin vor. Ein Täter musste zwei Grundschuljahre wiederholen und konnte sich nicht erinnern, ob er im Kindergarten gewesen war. Ein anderer Täter war nur für ein Jahr im Kindergarten gewesen. Bei 60 % der Täter/innen wurden keine Angaben zu frühkindlicher Entwicklung und Kindergartenbesuch gemacht (n=12).

Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit

20 % der Täter/innen wurden in ihrer Kindheit missbraucht oder misshandelt (n=4): drei wurden vom Vater oder Bruder sexuell missbraucht, ein Täter wurde vom Vater geschlagen. In einem weiteren Fall wurden vom Vater Schläge wegen schlechter Schulnoten angedroht, aber nicht umgesetzt. Die misshandelten Täter/innen stammten aus verschiedenen Gruppen, ein Zusammenhang zum Todesumstand lässt sich nicht herstellen. Vier Täter/innen wurden nicht misshandelt (20 %), in zwölf Fällen gab es dazu keine Angaben (60 %).

4.2.2 Herkunftsfamilie

Es wurde untersucht, was für eine Beziehung die Täter und Täterinnen in ihrer Kindheit zu ihren eigenen Eltern hatten und bei wem sie lebten. 15 % der Täter/innen gaben an, eine schlechte Beziehung zur Mutter gehabt zu haben (n=3). Ein Täter wurde gegenüber dem Bruder benachteiligt, unter anderem wegen schlechter schulischer Leistungen. In einem Fall war die Mutter überfordert, der Vater wurde als kühl und streng erlebt. Einmal hatte die Mutter ein besseres Verhältnis zur kleinen Schwester. Zwei Täter/innen hatten eine schlechte Beziehung zum Vater (10 %): Sie hatten während ihrer Kindheit zum Vater kein Vertrauensverhältnis und empfangen keine Liebe und Anerkennung. Eine gute Beziehung zu beiden Eltern hatten 25 % der Täter/innen (n=5). In zwei Fällen lebte die Täterin mit ihrer Mutter und deren neuem Ehemann zusammen, wobei dies nicht als Konflikt empfunden wurde. Keine Angaben gab es in zehn Fällen (50 %).

Die meisten Täter/innen lebten als Kinder mit beiden Elternteilen zusammen (n=9). Jeweils eine/r lebte mit einem Elternteil zusammen, eine/r lebte teils mit einem Elternteil und teils mit dem neuen Partner zusammen, eine/r lebte mit einem Elternteil und neuem Partner und eine/r lebte in einer Pflege/Adoptivfamilie.

Schichtzugehörigkeit

Anhand der verfügbaren Gutachten und Urteile war es zum Teil möglich, die Schichtzugehörigkeit der Herkunftsfamilie zu bestimmen. Die Einteilung erfolgte nach den Kriterien von KLEINING und MOORE (1968), die sich vor allem am ausgeübten Beruf orientieren. Diese Kategorisierung wurde der Vergleichbarkeit wegen in Anlehnung an RAIČ (1995) gewählt. Auf eine Zuordnung in die Lebensstile (BOURDIEU, 1982) oder zu den gesellschaftlichen Milieus nach Definition von Sinus Sociovision (MERKLE und WIPPERMANN, 2008) wurde bewusst verzichtet.

- Obere Schichten:

- Großunternehmer, leitende Angestellte, höhere Beamte, Professoren, Ärzte, Apotheker: 5 % der Fälle (n=1)

- Mittlere Mittelschicht:

- mittlere Angestellte und Beamte, Ingenieure, Lehrer: nicht vorgekommen

- Untere Mittelschicht:
untere Angestellte und Beamte, Meister, hochqualifizierte Arbeiter: 15 % der Fälle (n=3)
- Obere Unterschicht:
Gesellen, qualifizierte Industriearbeiter: 15 % der Fälle (n=3)
- Untere Schicht:
Straßenarbeiter, Hilfsarbeiter, Sozialhilfeempfänger: 10 % der Fälle (n=2)

In 55 % der Fälle gab es keine Angaben über die Schichtzugehörigkeit (n=11).

Wegen der geringen Fallzahlen ist es schwierig, eine Verbindung zwischen Schicht und Todesumstand herzustellen. Die beiden Täterinnen aus der Gruppe des erweiterten Suizids stammten aus der oberen Schicht und aus der unteren Mittelschicht. Die zwei Täterinnen aus der Gruppe Neonatizid, von denen die Schicht bekannt ist, stammten aus der unteren Mittel und oberen Unterschicht. Von vier Tätern der Kindesmisshandlung stammten zwei aus der unteren Mittelschicht und zwei aus den unteren Schichten.

Psychische Erkrankungen und Kriminalität in der Herkunftsfamilie

In 25 % der Fälle waren Angehörige des Täters psychisch erkrankt (n=5). Depressionen kamen in drei Familien vor, Schizophrenien in zwei Familien, Epilepsien ebenfalls in zwei Familien. In 10 % der Fälle war niemand in der Familie psychisch krank (n=2). In 65 % gab es diesbezüglich keine Angaben (n=13). Kriminalität in der Familie kam in einem Fall vor (5 %), allerdings fehlen dazu weitere Angaben. In 20 % gab es keine Kriminalität in der Herkunftsfamilie (n=4). Keine Angaben gab es in 75 % der Fälle.

4.3 Schwangerschaft mit dem Opfer

In diesem Kapitel wird das Augenmerk auf die Fälle gerichtet, in denen Mütter einen Infantizid begangen hatten (n=9) sowie bei denen Mütter ihre Schwangerschaft verdrängt oder verheimlicht hatten und bei denen es zu einer Totgeburt gekommen war (n=5). Die Gruppe der untersuchten Fälle ist hier anders zusammengesetzt als bisher, es geht um 14 Fälle. Es soll untersucht werden, ob die Mütter eine Bindung zu ihrem Kind aufbauen konnten, oder ob sie das, warum auch immer, nicht taten.

Vorausgegangene Schwangerschaften

In 50 % der Fälle handelte es sich um erste Schwangerschaft (n=7), in 50 % der Fälle waren bereits ein oder mehrere Schwangerschaften vorausgegangen. So gab es in sechs Fällen ein oder mehrere Geschwisterkinder, eine Mutter hatte vorher eine Schwangerschaft abgetrieben.

Familienplanung

In 71 % der Fälle war die Schwangerschaft von den Müttern unerwünscht (n=10). 29 % der Mütter hatten die Schwangerschaft gewollt (n=4). Im Gegensatz dazu hatten 43 % der Partner dieser Mütter die Schwangerschaft willkommen geheißen (n=6) - und waren trotzdem nicht zum „Retter“ des Kindes geworden. 36 % der Väter hatten keine Schwangerschaft gewünscht (n=5), und in 21 % der Fälle fehlten die Angaben zu den Vätern (n=3). 36 % der Paare hatten nach eigenen Angaben verhütet (n=5) und waren trotzdem schwanger geworden, 50 % hatten nicht verhütet (n=7), in zwei Fällen gab es zur Verhütung keine Angaben.

Bemerken der Schwangerschaft

Schwangerschaftszeichen waren in acht Schwangerschaften generell vorhanden, in drei der Schwangerschaften nicht. In drei Fällen fehlten die Angaben (siehe Tabelle 4).

Schwangerschafts- zeichen	vorhanden	nicht vorhanden	keine Angabe	Gesamt
Irgendeins	8	3	3	14
Ausbleiben der Regel	6	3	5	14
Dicker Bauch	6	4	4	14
Gewichtszunahme	6	3	5	14
Übelkeit	2	4	8	14

Tabelle 10: Vorhandensein von verschiedenen Schwangerschaftszeichen (n=14)

Fallbeispiel 3: Frau C. hatte von der Schwangerschaft nichts bemerkt- das einzig vorhandene Schwangerschaftszeichen, gelegentliche Blutungen, wurden als Regelblutung interpretiert. Auch ihr Lebensgefährte, mit dem sie seit etwa zwei Jahren zusammen war, will nichts bemerkt haben. In der 37. Schwangerschaftswoche setzten die Wehen ein – subjektiv bekam Frau C. plötzlich starke Rückenschmerzen und legte sich hin, damit diese weggingen. Mit einer Geburt rechnete sie nicht, da sie ja nicht wusste, dass sie schwanger war. Im Wohnzimmer gebar sie ein reifes Kind,

das unter der Geburt verstarb oder tot geboren wurde, während ihr Freund mit dem Hund spazieren ging. Der Fall wurde als Totgeburt gewertet und nicht weiter verfolgt.

Fallbeispiel 4: Auch Frau D. hatte ihre 3. Schwangerschaft nicht bemerkt, ebenso wenig ihr Ehemann. Eines Nachts in der 35. SSW bekam sie Bauchschmerzen, „die wie Wehen“ waren. Sie dachte aber, sie müsse zur Toilette. Auf der Toilette entband sie ein Kind. Ihr Ehemann rief einen Notarzt, der keine Lebenszeichen beim Kind mehr feststellen konnte. Die erste Schwangerschaft von Frau D. war eine Fehlgeburt gewesen, die Zweite hatte sie erst in der 20. SSW anhand von Kindsbewegungen bemerkt. Die Frauenärztin sagte aus, eine Schwangerschaft sei wegen Frau D.s Körperfülle schwer zu erkennen. Beide Eltern gaben an, nichts gegen ein weiteres Kind gehabt zu haben. Der Ehemann von Frau D. sagte aus, seine Frau habe „nervliche Probleme“. In der Obduktion wurde ein intrauteriner Fruchttod festgestellt.

Reaktion auf Schwangerschaft

79 % der Mütter (n=11) und 57 % der Väter (n=8) hatten negative Gefühle zur Schwangerschaft. Wie Abb. 22 zeigt, hatten vier Mütter und acht Väter die Schwangerschaft gar nicht bemerkt. Außerdem hatten drei Mütter die Schwangerschaft wahrgenommen, aber dann verdrängt und zu verheimlichen versucht. In sieben Fällen ist also von einer negierten oder verdrängten Schwangerschaft auszugehen. Eine Mutter bekam Angst, als sie die Schwangerschaft bemerkte, eine lehnte die Schwangerschaft ab, zwei reagierten mit gemischten Gefühlen, und schließlich freuten sich zwei Mütter über ihre Schwangerschaft. Die vier Väter, von denen bekannt ist, dass sie die Schwangerschaft bemerkten, freuten sich auf das Kind. Über eine Mutter und zwei Väter fehlen die Angaben.

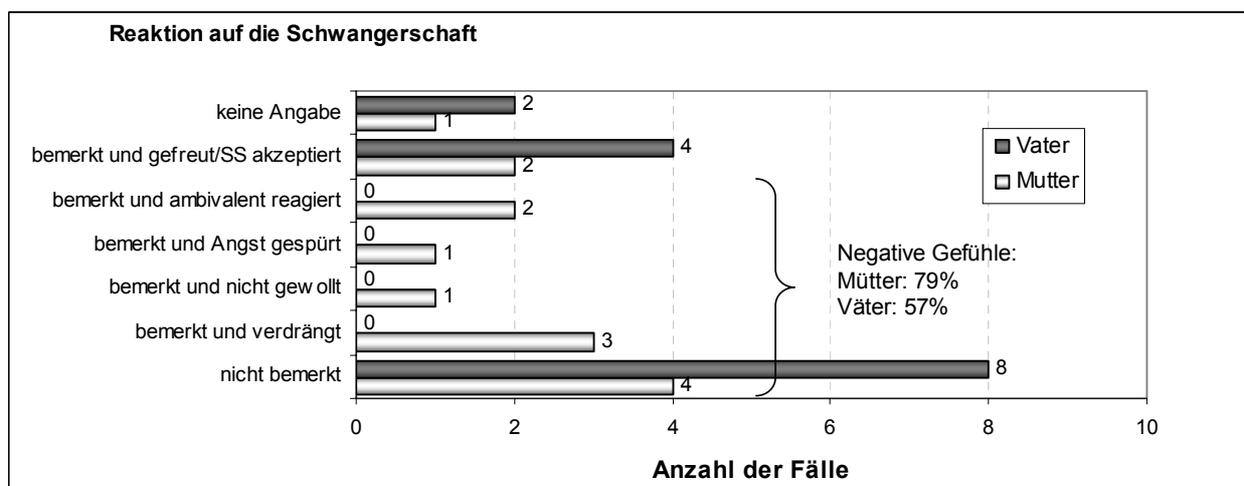


Abb. 22: Reaktion beider Eltern auf die Schwangerschaft (n=14)

Grund für die Schwangerschaft

In den meisten Fällen war es aufgrund eines Verhütungsfehlers zur Schwangerschaft gekommen (57 %, n=8). 21 % der Kinder waren geplant und erwünscht (n=3), siehe Tab. 12. Andere mögliche Gründe für die Schwangerschaft, wie Probleme in der Herkunftsfamilie oder der Erhalt der Beziehung konnten nicht eruiert werden und in 11 bzw. 8 Fällen ausgeschlossen werden.

Grund Schwangerschaft	ges.	in %
Verhütungsfehler	7	50
keine Angabe	3	21
Wunschkind	2	14
Aufgabe haben	1	7
angeblich kein Sex	1	7
Gesamt	14	100

Tabelle 11: von den Müttern angegebene Gründe für die Schwangerschaft (n=14)

Schwangerschaftsverlauf

In 14 % der Fälle wurde ein Schwangerschaftsabbruch erwogen (n=2), in 50 % der Fälle ausdrücklich nicht (n=7). In fünf Fällen gibt es darüber keine Angaben. An der Schwangerschaftsvorsorge nahmen sechs Frauen teil (43 %), acht Frauen suchten während der Schwangerschaft nie einen Frauenarzt auf (57 %).

Keinerlei Angaben gab es darüber, ob die Täterinnen von Babyklappen, Notruftelefonen, anonymer Geburt und Adoptionsmöglichkeiten wussten. Eine Frau, die ihr Kind misshandelte, gab an, sich die Nummer eines Frauenhauses, in dem sie schon einmal gelebt hatte, „für den Notfall“ herausgesucht zu haben. Im entscheidenden Augenblick hat sie aber keinen Kontakt hergestellt.

Die Frauen gingen unterschiedlich mit ihren Schwangerschaften um. Auffallend ist, dass in zehn Fällen niemand von der Schwangerschaft wusste oder wissen sollte (71 %). In drei Fällen wussten nur ausgewählte Personen wie der Kindsvater und die Schwiegereltern Bescheid, nur in einem Fall gab die Täterin an, ihre Schwangerschaft sei kein Geheimnis gewesen. Das Umfeld registrierte die Schwangerschaften durchaus, so wurden sieben Frauen von Eltern, Geschwistern, Freunden oder Nachbarn auf ihre Schwangerschaft angesprochen. Eine Mutter bekam einen

besorgten Brief aus dem Kindergarten, in den ein anderes Kind von ihr ging. Von sieben Frauen, die die Schwangerschaft negiert oder verdrängt hatten, wurden drei auf die Schwangerschaft angesprochen.

Interessant ist der trotz der Verheimlichung oder gerade wegen der Verdrängung zum Teil unbefangene Umgang mit dem schwangeren Körper. Fünf Frauen hatten innerhalb des letzten Monats vor der Geburt Geschlechtsverkehr, drei davon in der letzten Woche (siehe Tabelle 12). Diese fünf Frauen begingen Neonatizide oder verloren ihr Kind unter der Geburt nach verdrängter oder negierter Schwangerschaft.

letzter Geschlechtsverkehr	Todesumstand					Gesamt
	Neonati- zid	erweiterter Suizid	Kindes- misshandlung	neg./verdr. Schwangerschaft und Totgeburt	Andere	
bis 1 Woche	2	-	-	1	-	3
1 Woche – 1 Monat	1	-	-	1	-	2
1 - 2 Monate	-	-	-	-	-	-
2 - 4 Monate	-	-	-	-	-	-
5 - 6 Monate	-	-	-	1	-	1
keine Angabe	-	2	3	2	1	8
Gesamt	3	2	3	5	1	14

Tabelle 12: letzter Geschlechtsverkehr vor der Entbindung bezogen auf die Todesumstände (n=14)

Fallbeispiel 5: Die 16-jährige Frau E. bekam plötzlich Bauch- und Rückenschmerzen, sie dachte, sie müsse zur Toilette. Auf der Toilette eines Campingplatzes entband sie ein lebensfähiges Kind, das an Sauerstoffmangel unter der Geburt – in der Toilettenschüssel - verstarb. Im Vorfeld war den Angehörigen aufgefallen, dass Frau E. an Gewicht zugenommen hatte. Sie war mehrfach gefragt worden, ob sie schwanger sei und hatte immer geantwortet, dass das nicht sein könne, weil sie mit ihrem Freund keinen Geschlechtsverkehr gehabt habe und regelmäßig Regelblutungen habe. Der 17-jährige Freund wusste nach eigenen Angaben nichts von der Schwangerschaft, obwohl er und seine Freundin seinen Angaben zufolge regelmäßig Geschlechtsverkehr hatten - zuletzt 4 Tage vor der Entbindung. Ihm waren allerdings körperliche Veränderungen an seiner Freundin aufgefallen und er hatte sie auch konkret auf eine Schwangerschaft angesprochen. Der Hausärztin, die wegen Rückenschmerzen und unklarer Gewichtszunahme konsultiert wurde, war die Schwangerschaft nicht aufgefallen.

Komplikationen

In neun Fällen verlief die Schwangerschaft vollkommen komplikationslos. In drei Fällen gab es Komplikationen, in zwei Fällen gab es dazu keine Angaben. Sechs Frauen hatten während der Schwangerschaft Blutungen (43 %), die sie zum Teil als Regelblutungen fehldeuteten. Weitere Komplikationen neben den Blutungen waren vorzeitiger Geburtsbeginn, Bluthochdruck sowie die Einstufung als „Risikoschwangerschaft“.

Gebrauch von Noxen war in drei Schwangerschaften vorgekommen, zwei Frauen rauchten, eine nahm Thomapyrin, um eine Fehlgeburt zu induzieren. Vier Frauen konsumierten keine schädlichen Noxen, in sieben Fällen gab es keine Angaben.

Kindsbewegungen

Unter den Frauen hatten 43 % im Laufe der Schwangerschaft Kindsbewegungen registriert (n=6), siehe auch Abb. 23. Vier von ihnen haben diese sofort verdrängt, jeweils eine hatte Angst und eine hat sich gefreut. Drei Frauen spürten zu keinem Zeitpunkt Kindsbewegungen. In fünf Fällen gab es keine Angaben.

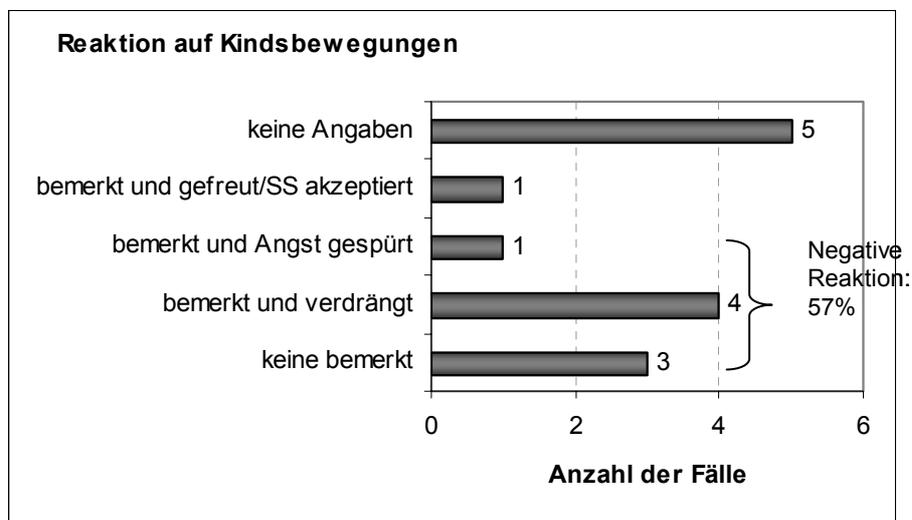


Abb. 23: Reaktion der Schwangeren auf Kindsbewegungen (n=14)

Umgang mit dem schwangeren Bauch

Während eine Frau ihren schwangeren Bauch nicht bemerkt haben will, hatten 64 % der Frauen (n=9) negative Gefühle gegenüber dem dicker werdenden Bauch, siehe auch Abb.24. Drei vermieden Berührungen mit dem schwangeren Bauch, weitere drei fühlten sich fremd und identifizierten sich nicht mit dem schwangeren Bauch, eine Frau empfand Gleichgültigkeit. Eine

Frau stand ihm ambivalent gegenüber. Nur zwei Schwangere (14 %) hatten positive Gefühle zu ihrem wachsenden Bauch. In drei Fällen fehlen die Angaben.

Ausgehend von der Annahme, dass eine Bindung von der Mutter mit dem Kind während der Schwangerschaft mit der positiven Identifikation beginnt, sind unter den untersuchten Fällen sehr wenige Mutter-Kind-Bindungen zu finden.

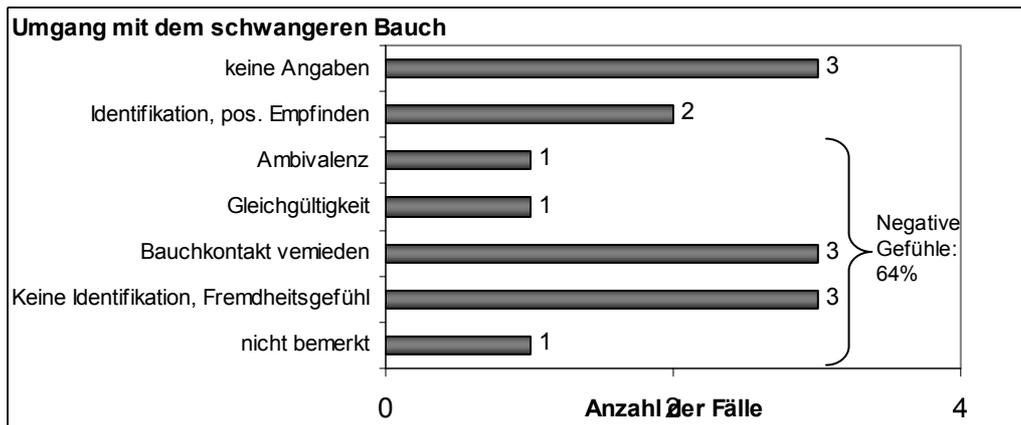


Abb. 24: Umgang der Schwangeren mit dem schwangeren Bauch (n=14)

Geburt

Die Abläufe der Geburten waren sehr unterschiedlich. Abbildung 25 gibt einen Überblick, wo und unter welchen Umständen die Frauen entbanden. Grundsätzlich ist festzustellen, dass ein Kranken- oder Geburtshaus oder eine fachlich angeleitete Hausgeburt geeignete Orte für eine Geburt sind. Währenddessen scheinen Geburten, die zu Hause oder an einem anderen Ort heimlich beziehungsweise unbetreut stattfinden, einen ungeeigneten Rahmen haben.

Die drei bekannten Täterinnen der Neonatizide bekamen ihre Kinder heimlich: Zwei waren zu Hause allein, wobei andere Personen im Haus anwesend waren. Eine Frau war im Wohnwagen allein, ihre Freunde waren den ganzen Tag unterwegs. Die fünf Frauen, bei denen es nach negierter Schwangerschaft zur Totgeburt kam, wurden von den Geburten mehr oder weniger überrascht. Vier von ihnen waren zu Hause, eine auf dem Campingplatz, als die Wehen einsetzten. Die meisten deuteten die Wehen als Stuhldrang und gingen zur Toilette, wo sie entbanden, eine bekam das Kind im Schlafzimmer. In allen fünf Fällen waren andere Personen im Haus bzw. im Toiletten-Haus des Campingplatzes anwesend. Diese fünf Kinder starben, zwei verstarben in der Toilette liegend an Sauerstoffmangel. Sie hatten nach der Geburt gelebt. Die

anderen drei Schwangerschaften wurden als Totgeburten gewertet, sie endeten in der 30., 34. und 37. Schwangerschaftswoche. Scheinbar ist das Risiko für den Tod des Kindes bei einer verdrängten Schwangerschaft hoch oder erhöht. An geeigneten Orten kamen die Kinder zur Welt, die Opfer eines versuchten erweiterten Suizids und die misshandelt wurden, außerdem das sonstig getötete Kind.

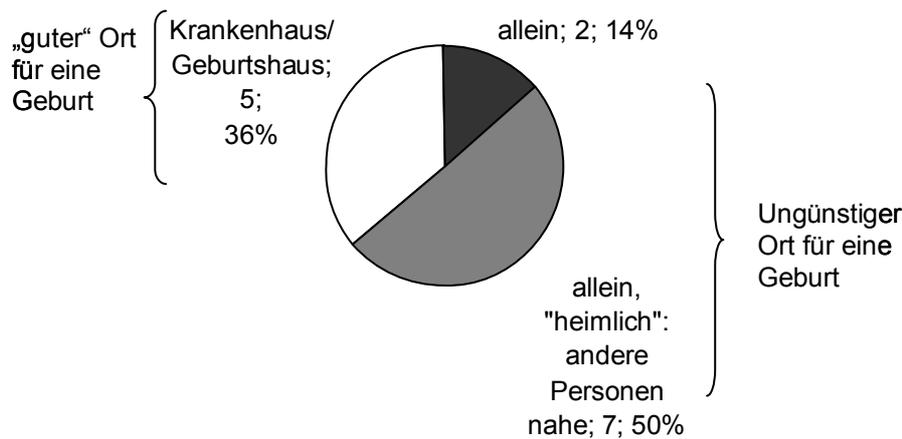


Abb. 25: Geburtsorte (n=14)

Fallbeispiel 6: Frau F. hatte ihre Schwangerschaft nicht bemerkt - Zwischenblutungen wurden als Regelblutungen interpretiert, ihre Gewichtszunahme auf das gute Essen der Mutter, bei der sie seit der Trennung von ihrem Freund vor 6 Monaten lebte. Sie wünschte sich kein Kind, hätte aber auch nichts gegen ein Kind gehabt. In der 30. Schwangerschaftswoche fühlte sich Frau F. plötzlich krank: Ihr war übel, sie hatte Bauchkrämpfe und verspürte ein dringendes Bedürfnis nach Stuhlgang. Deswegen setzte sie sich auf die Toilette - die „Krämpfe“ kamen nun alle 5 Minuten. Ihre Mutter rief den hausärztlichen Notdienst, der sie nicht untersuchte und ihr eine entkrampfende Spritze gab, und sich dann mit der Mutter im Flur unterhielt. In dieser Zeit entband Frau F. ihr Kind. Sie schrie nach Hilfe und der Arzt stellte fest, dass da „ein Säugling an der Nabelschnur“ hänge und dass es sich um einen Abort handele. Laut rechtsmedizinischem Gutachten hatte das Neugeborene gelebt und geatmet. Ein Verfahren wegen fahrlässiger Tötung und unterlassener Hilfeleistung gegen den Arzt wurde eingestellt, gegen die Kindesmutter wurde nicht ermittelt.

Wochenbett

Als Wochenbett bezeichnet man den Zeitraum etwa sechs Wochen nach der Geburt des Kindes, in dem sich der Körper der Mutter von der Schwangerschaft und Geburt erholen und sich hormonell umstellen muss. Zentrale Themen für Mutter und Kind sind in der ersten Zeit meist die Gewöhnung ans Stillen, der Schlaf- und Trinkrhythmus des Kindes sowie seine allgemeine Zufriedenheit. Sind Frauen in dieser Zeit seelisch labil, kann das ein Anzeichen für eine sogenannte Wochenbettdepression sein. Im Wochenbett hatten 36 % der 14 Mütter Symptome, die in diese Richtung deuteten (n=5): Schmerzen, (zunehmende) Überforderung, Schlafstörungen, Unwohlsein, Unruhe, Erschöpfung, Verzweiflung.

Auffällig viele der Mütter, die später einen Infantizid begangen und deren Kinder den Zeitraum unmittelbar nach der Geburt überlebten (n=6), hatten im Wochenbett Symptome die an eine „Wochenbettdepression“ denken ließen (n=4, 67 %). 33 % hatten keine Beschwerden (n=2). Über fünf der sechs Kinder, die die Geburt und den Zeitraum unmittelbar danach überlebten, gab es Angaben zum Wochenbett. Eins trank so schlecht, dass es künstlich ernährt werden musste, und zwei Kinder hatten andere Anpassungsstörungen wie Blähungen, Bauchschmerzen und Wundsein. Zwei Kinder hatten keine erkennbaren Beschwerden. Gestillt wurden zwei der sechs Kinder. Ein Kind war direkt nach der Geburt von der Mutter getrennt, weil es für einige Tage auf die Neugeborenen-Intensivstation musste.

Kontakt zu ihrer eigenen Mutter hatten drei Mütter bereits während der ganzen Schwangerschaft, sie erlebten diese als Stütze. Zwei hatten Kontakt, aber stritten sich viel mit ihrer Mutter. Eine Frau hatte explizit keinen Kontakt zu ihrer Mutter.

Bindung zwischen Mutter und Kind

Die Antwort auf die Frage, ob sich prä- und perinatal eine Bindung zwischen Mutter und ihrem Kind entwickelt hatte, ging meistens aus der Akte hervor.

Von den 14 Müttern haben 65 % keine Bindung zu ihrem Kind aufgebaut (n=9). Dagegen haben 21 % eine Bindung aufbauen können (n=3), in einem Fall blieb es unklar (7 %), in einem Fall ließ sich diese Frage nicht beantworten (7 %) (siehe Abb. 20). Eine Mutter hatte eine übermäßig starke Bindung zu ihrem Kind; sie tötete ihr Kind im Rahmen eines versuchten erweiterten Suizids, einer für die überstarke Bindung typischen Konstellation:

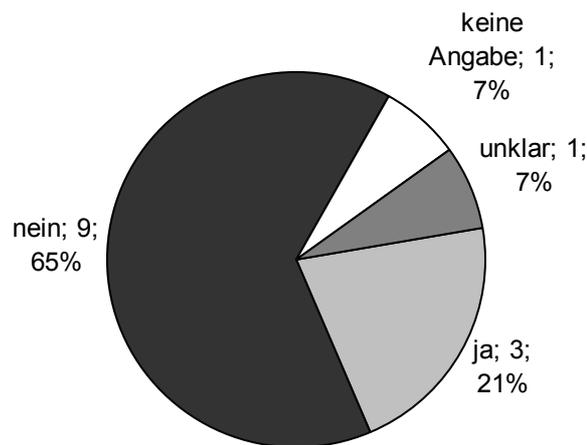


Abb. 26: Mutter-Kind-Bindung (n=14)

Fallbeispiel 7: Frau G. hatte das Gefühl, im Leben nicht zurecht zu kommen, und alle Bekannten und Verwandten nur zu belasten – gerade hatte sie erfahren, dass sie ihr kleines Kind doch nicht ihrer Schwester geben konnte, da diese auszuwandern plante. Daraufhin fühlte sie sich wie in einem „Kreis, aus dem sie nicht herauskam“. Sie hatte ein überaus inniges, fast symbiotisches Verhältnis zu ihrem Sohn, sie trug ihn ständig in einem Tragetuch herum und stillte ihn noch im 2. Lebensjahr. Es bereitete ihr Schwierigkeiten, den Sohn nur für einen Frisörtermin zu verlassen. Dennoch war sie in ihrer Mutterrolle unzufrieden und hatte das Gefühl, nicht ausreichend für ihren Sohn sorgen zu können; sie fühlte sich zunehmend überfordert. Deswegen hatte sie überlegt, ihren Sohn häufiger von ihrer Schwester betreuen zu lassen, um selbst Kraft zu sammeln. Sie beschloss, zur Kur in eine psychosomatische Klinik zu fahren. Da noch Unterlagen fehlten, zögerte sich die Abfahrt hinaus. Frau G. hatte zum ersten Mal Suizidgedanken: Sie wollte ihren Sohn und sich töten.

Erschrocken von ihren Suizidgedanken suchte Frau G. nach Hilfe und versuchte, in eine Klinik für Psychosomatik und Psychiatrie aufgenommen zu werden. Die Klinik forderte sie jedoch auf, sich über einen niedergelassenen Psychiater einweisen zu lassen. Dieser stellte eine „hohe Suizidalität“ fest. In der Klinik erkannten der diensthabende Arzt sowie der Hintergrunddienst keine akute Suizidgefahr. Sie ließen Frau G. über Nacht nach Hause gehen, unter der Bedingung, sich am nächsten Morgen wieder vorzustellen. Am nächsten Morgen jedoch fühlte die Patientin sich überfordert, krank, und allen als Last. Sie legte sich mit ihrem Sohn in die Badewanne und schnitt mit einem Skalpell erst dem Sohn, dann sich selbst mehrfach in beide Unterarme. Das Kind verstarb innerhalb von wenigen Minuten, die Täterin wurde bewusstlos. Der Vater der Täterin kam jedoch bald darauf in die Wohnung seiner Tochter, fand die beiden und rief einen Notarzt - Frau G. überlebte dank einer Notoperation.

Der Gutachter hielt Frau G.s Schuldfähigkeit wegen erheblich verminderter Steuerungsfähigkeit für eingeschränkt und aufgrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und einer Dysthymie für aufgehoben. Der Richter verurteilte sie wegen vorsätzlichen Totschlags bei eingeschränkter Verantwortlichkeit.

4.4 Tatablauf

In diesem Kapitel soll das Umfeld der Tat beschrieben werden. Neben dem Tatzeitpunkt, Tatauslösern und Tatablauf werden auch Warnsignale gesucht, sowie die Vermeidbarkeit der Tat geprüft.

4.4.1 Tatzeitpunkt

Der folgende Abschnitt befasst sich mit dem Zeitpunkt der Taten (n=20), der nicht zwangsläufig identisch mit dem Todeszeitpunkt ist. Der Tod als Folge schwerwiegender Verletzungen tritt oft erst einige Zeit (Stunden bis Tage) nach der Gewaltausübung ein. Die Angaben, welche in der Regel von den Täter/innen oder Zeugen gemacht wurden, stammen aus den Straf- und Ermittlungsakten. Es wurde überprüft, ob es an bestimmten Tagen im Jahr oder der Woche eine Häufung gibt, also ob man „Risikotage“ benennen kann und ob es am Tattag allgemeine (z.B. Feiertage) oder persönliche (z.B. Hochzeitstage) Besonderheiten auftraten.

Bei 55 % der Taten gab es keine Besonderheiten, bei einer Tat wurde der Aschermittwoch als tatalösende Gegebenheit genannt. Die bereits oben erwähnten acht Fälle von Neonatiziden und Todesfällen unter der Geburt fanden an den Tagen der Geburt der Opfer statt. Eine Untersuchung auf besondere Vorkommnisse ist hier sinnlos, da es ja jeweils spontan begonnene Entbindungen waren. Die erweiterten Suizide kamen an Einzeltagen vor (n=5). Alle Kindesmisshandlungen (n=5) und sonstige Tötungen (n=2) fanden dienstags (n=3) oder mittwochs (n=4) statt. Ein Deutungsansatz wäre, dass die Täter/innen an Arbeitstagen mit den Opfern allein waren und nicht durch die Anwesenheit und Kontrolle des Partners geschützt waren.

4.4.2 Besonderheiten des Opfers am Tattag

Neben der Frage, welche Umstände zur Tat geführt haben, ist bedeutsam für mögliche Bemühungen der Prävention, was der konkrete Tatauslöser war. Es könnte eine Auffälligkeit im

Verhalten des Opfers sein oder auch eine Stimmung des Täters. Eine Veränderung im Umfeld kommt ebenfalls in Betracht.

80 % der misshandelten Kinder hatten Besonderheiten aufzuweisen (n=4). Eines war erkältet, die drei anderen Kinder schrien viel und waren unruhig, bzw. die Täter/innen erlebten es so. Die restlichen Kinder waren am Tattag unauffällig, insbesondere die beiden sonstig getöteten Kinder verhielten sich nicht anders als normal.

Fallbeispiel 8: Ein Opfer war seit einiger Zeit erkältet und quengelig, die Mutter und Täterin war dadurch oft müde und angestrengt. Am Tattag wollte sie dem verschnupften Kind den Schleim aus der Nase absaugen. Als dieses sich dabei wehrte, geriet die Täterin außer sich und fügte dem Kind durch Schütteln tödliche Verletzungen zu.

Frau H. war schwanger geworden, „um endlich eine Aufgabe im Leben zu haben“. Der Kontakt zu ihrer eigenen Mutter war nach Frau H.s Depression abgebrochen - in Absprache mit Jugendamt lebte sie eine Weile bei ihrem Freund und dessen Familie. Sie hätte lieber alleine gelebt, traute sich das aber nicht zu sagen. Während der Schwangerschaft zog sie in ein Frauenhaus und später in eine eigene Wohnung. Es handelte sich um eine Zwillingsschwangerschaft. Eine der Töchter, das spätere Opfer, musste als Neugeborenes mehrfach stationär behandelt werden. Auch dadurch war die Mutter zunehmend überfordert, und hatte erneut eine depressive Verstimmung.

Frau H. hatte eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung sowie eine unreife Persönlichkeit. Des Weiteren litt sie unter chronischer Überforderung. Von einer erheblich verminderten Steuerungsfähigkeit bei der Tat war nach Einschätzung von Gutachter und Richter auszugehen.

4.4.3 Motiv und Tatauslöser

Für die Motive wurde die Methode der Mehrfachzählung angewendet, Tabelle 13 listet die Motive und ihr Vorkommen auf. Anschließend werden die Motive in den einzelnen Gruppen beschrieben, da sich zum Teil wesentliche Unterschiede zeigten.

In zwei Fällen des **Neonatizids** war das Kind unerwünscht und das allein war der Grund für die Tötung (66 %). In einem Fall war die Familie zerrüttet und die Mutter hatte Angst um die Zukunft ihres Kindes. Sie hatte das Gefühl, unter den gegebenen Umständen könne es nicht aufwachsen. Alle Täterinnen reagierten mit ihrer Tat auf die Geburt - eine war panisch, eine war „wie abwesend“, zu einer gibt es keine Angaben zur Stimmung.

Die Motive bei den **erweiterten Suiziden** (n=5) unterscheiden sich stark und lassen sich in zwei Gruppen einteilen: Die durch Männer verübten Taten geschahen aus Eifersucht, Wut und Rache. Die durch Frauen verübten Taten passierten aus Verzweiflung und Depression. Zwei Täter hatten das Motiv Rache, ein weiterer hatte im Vorfeld als Motiv Wut und Zukunftssorgen geäußert. Die drei Täter töteten sich selbst im Rahmen der Tat. Aus Abschiedsbriefen und Zeugenaussagen konnte auf die zugrundeliegenden Motive geschlossen werden. Diese Täter hatten Streit mit der Freundin und waren eifersüchtig. Zwei von ihnen reagierten direkt auf die Trennung durch die Freundin. Im letzten Fall plante der Täter nach der Trennung die Tat, um Rache zu üben (siehe Fallbeispiel 9). Gerade diese Fälle stellen eine Kombination aus dem sogenannten Medea-Syndrom (Tötung aus Rache) und eigenem Suizid dar und sind letzten Endes erweiterte Suizide im weiteren Sinne.

Motiv	Anzahl
Überforderung	10
kein vorsätzliches Handeln	10
Wut, Jähzorn	7
Verdrängung, Negierung	6
Zukunftssorgen	6
Sich im Stich gelassen fühlen	6
Kind als Störfaktor	4
finanzielle Sorgen	3
Angst vor Reaktion der Umgebung	3
Insuffizienz/Schuldgefühle	2
Angst vor Reaktion des Partners	2

Tabelle 13: Motive und Tatauslöser (Mehrfachzählung möglich)

Fallbeispiel 9: Herr I. verfasste einen 12-seitigen Abschiedstext an seine eigenen Eltern. In diesem beschrieb er die Verzweiflung über seine Situation und die grenzenlose Wut über seine Ex-Frau und deren neuen Partner. Er habe das Gefühl, der „Verlierer“ zu sein, hart für seine Frau und beiden Kinder gearbeitet zu haben, um nun ausgeschlossen zu werden und Unterhalt zahlen zu müssen, während es der neuen Familie gut gehe. „Sie setzen mir einen neuen Typen vor die Nase und vor meine Kinder und meinen, ich halte darauf still. (...) Nein.“ Er erschoss seine Ex-Frau, deren neuen Partner und seinen Sohn. Seine Tochter konnte von der Polizei gerettet werden, bevor der Täter sich suizidierte.

Die beiden durch Frauen verübten Taten dagegen sind „echte“ erweiterte Suizide und geschahen im Rahmen von depressiven Erkrankungen. Eine Täterin gab als Motiv Verzweiflung an (20 %), eine nannte Überforderung als Motiv (20 %).

Fallbeispiel 10: Frau . hatte gerade mit ihrer Tochter in eine kleinere Wohnung umziehen müssen und hatte das Gefühl, sich und die Tochter finanziell nicht versorgen zu können. Sie war sehr einsam, verzweifelt, fühlte sich überfordert und hatte Existenzängste. Die Phasen der Depression wurden gelegentlich durch Augenblicke der Hoffnung auf Hilfe bei ihren Problemen durchbrochen. Auch deshalb hatte Frau J. mehreren Freunden und Bekannten ihren Suizid angekündigt und einer Freundin gesagt, dass sie ihre Tochter nicht unversorgt alleine zurücklassen könne, sondern sie in den Tod mitnehmen wolle. Die erhoffte Hilfe blieb jedoch aus - die angesprochenen Personen nahmen Frau J. nicht ernst oder wussten nicht, wie sie reagieren sollten. Am Aschermittwoch hatte Frau J. das Gefühl, dass „alles vorbei“ sei. Nach dem Entschluss, sich und die Tochter zu töten, war sie „froh, dass morgen alles besser wird“. Sie erstickte ihre schlafende Tochter spät abends mit einem Kissen. Daraufhin nahm sie ihre tote Tochter in den Arm, sagte ihr, dass sie gleich bei ihr sein werde, kämmte ihre Haare, deckte sie zu und legte ihr den Teddy in den Arm. Dann unternahm sie insgesamt fünf Versuche, sich selbst zu töten - zwischendurch lief sie zur Leiche der Tochter und fragte: „Was habe ich nur gemacht?“ Nachdem alle Versuche, sich selbst zu töten, gescheitert waren, stellte sie sich der Polizei.

Der Gutachter stellte eine Depression als schwere andere seelische Abartigkeit fest sowie eine erhebliche Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit und aufgehobene Schuldfähigkeit. Der Richter verurteilte sie bei verminderter Schuldfähigkeit wegen Totschlags.

In 40 % der Fälle der **Kindesmisshandlungen** handelte es sich um Impulstaten, ohne dass die Täter ein Motiv angeben konnten (n=2). In 40 % fühlten sich die Täter durch das Kind gestört, waren genervt und wütend (n=2). In einem Fall war das Kind unerwünscht und von der Mutter ungeliebt. Sie sah im Kind eine Konkurrenz um die Liebe des Ehemanns (20 %).

Fallbeispiel 11: Herr K. war in der Nacht vor der Tat vom Schreien seines 6-Wochen alten Kindes geweckt worden. Am Tattag war er deshalb sehr müde und erlebte das Kind als ausgesprochen unruhig. Als Täter und Opfer gemeinsam einen Mittagsschlaf machten, und der Täter kurz darauf vom Schreien des Opfers geweckt wurde, schüttelte und schlug er das Kind, um es ruhig zu stellen.

Im Vorfeld war der Täter häufig schlecht mit dem Kind umgegangen und immer wieder ermahnt worden, vorsichtig zu sein. Er wurde voll schuldfähig befunden und zu einer Freiheitsstrafe verurteilt.

Fallbeispiel 12: Als ihr 6-Wochen alter Säugling eines Morgens weinte und schrie, geriet die junge Frau L. in Rage. Sie empfand das Kind als undankbar, schüttelte es heftig und warf es anschließend auf das Bett. Der Säugling erlitt ein Schütteltrauma. In den Tagen danach veränderte sich das Verhalten des Kindes, es trank schlechter und röchelte. Die Eltern riefen einen Notarzt, der das Kind ins Krankenhaus brachte, wo es wenige Tage später verstarb.

Die Täterin wurde als voll schuldfähig eingestuft; nach dem Jugendstrafrecht erhielt sie einen Schuldspruch wegen gefährlicher Körperverletzung.

Die Frauen, die ihre **Schwangerschaft negiert oder verdrängt** hatten, waren zu 60 % relativ jung und hatten die Schwangerschaft subjektiv überhaupt nicht bemerkt. Hierbei handelte es sich jeweils um die erste Schwangerschaft. In zwei Fällen starb der lebensfähige Säugling unter der Geburt. In einem weiteren Fall handelte es sich um eine Totgeburt. Des Weiteren hatten Mütter, die bereits ein oder mehrere Kinder hatten, in zwei Fällen eine erneute Schwangerschaft nicht bemerkt. Beide endeten mit einer Totgeburt (40 %). Es gibt keine Angaben zu den Ursachen für das Nichtbemerken der Schwangerschaft.

In den beiden **sonstigen** Fällen konnten die Täter/innen keine Erklärungen für die Tötung des Kindes nennen. Ein Fall war eine Impulstat, die die Mutter sich selber nicht erklären konnte.

Fallbeispiel 13: Herr M. ging seinen eigenen Interessen nach, obwohl er mit seinem Kind alleine zu Hause war und auf es aufpassen wollte. Er hatte kein Motiv und keinen Willen, sein Kind zu töten, aber er hatte auch keinen Antrieb, sich zu kümmern. Er setzte das zweijährige Kind in die Badewanne, wo es ertrank, während er versuchte, den Pizzaservice anzurufen. Gleichzeitig chattete er mit einem Freund im Internet, sodass er seine Tochter nicht beaufsichtigen konnte. Die junge Familie lebte in einer Wohnung, die außerordentlich unordentlich und ungepflegt war, überall lagen Gegenstände, Essensreste und Müll herum. Er wurde wegen Verletzung der Fürsorge- und Aufsichtspflicht und wegen fahrlässiger Tötung angeklagt und zu einer Freiheitsstrafe auf Bewährung verurteilt.

Die Partnerin des Täters versuchte ihren Freund zu mehr Mitarbeit im Haushalt und bei der Kindererziehung zu erziehen, indem sie die Hausarbeit liegen lies. Sie wurde wegen Verletzung der Fürsorge- und Aufsichtspflicht angeklagt und erhielt eine Jugendstrafe auf Bewährung.

4.4.4 Methoden der Tötung

Die Methoden der Tötung wurden in Anlehnung an RAIČ (1995) und MARKS und KUMAR (1993) unterteilt in verletzende Gewalt, bei der die natürliche Hemmung der aggressiven Impulse

aufgehoben ist, und nicht-verletzende Gewalt. Die Totgeburten nach negierten Schwangerschaften wurden aus der Statistik ausgenommen, sodass 15 Fälle in die Statistik eingingen. Die meisten Kinder wurden ausschließlich durch nicht-verletzende Gewalt getötet (54 %, n=8), zum Beispiel durch Nichtversorgen nach der Geburt, Erdrosseln, Ersticken, Vernachlässigung (siehe Abb. 27). In 33 % der Fälle wurde verletzende Gewalt zur Tötung angewendet (n=5). Dazu gehören Tötungsmethoden wie Schüsse, Messerstiche, Schütteln, Schlagen und Werfen. Im Vergleich dazu wurden in 13 % der Fälle von den Tätern sowohl verletzende als auch nicht-verletzende Tötungsmethoden angewandt (n=2).

Alle durch **Neonazid** verstorbenen Kinder wurden durch nicht-verletzende Gewalt getötet. Zwei wurden erdrosselt und eines wurde ausgesetzt gefunden, ob es erstickt wurde oder an Unterkühlung verstorben war, blieb unklar.

Im Zuge des **erweiterten Suizids** waren die von männlichen Tätern angewandten Tötungsmethoden in zwei Fällen Schüsse und in einem Fall der Sturz von einer Brücke. Bei den von Täterinnen angewendeten Methoden handelte es sich in einem Fall um Ersticken und im anderen Fall um Schnittverletzungen, die zum Verbluten führten.

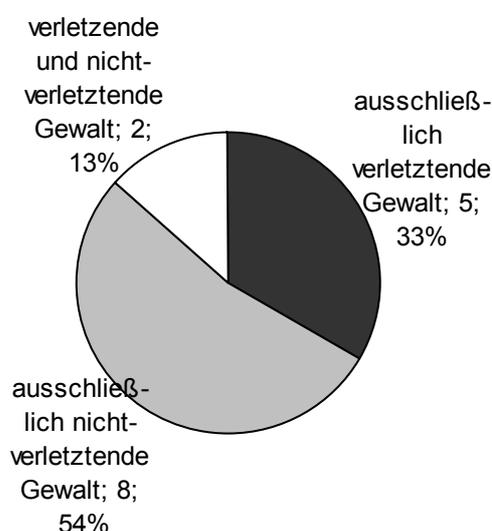


Abb. 27: Tötungsmethoden: Verletzende und nicht verletzende Gewalt (n=15)

Bei der **Kindesmisshandlung** waren jeweils einmal todesursächlich: Massiver Druck auf den Bauch, Würgen und Schütteln, Schütteln und Werfen, Fallenlassen auf einer Steintreppe, Schläge.

Die **sonstigen Tötungen** fanden auf unterschiedliche Weise statt. In einem Fall geschah sie durch nicht-verletzende Gewalt in Form von fehlender Betreuung und Beobachtung. Verletzende und

nicht- verletzende Gewalt in Form von Messerstichen, Ersticken und Medikamentgabe war im anderen Fall die Todesursache.

4.4.5 Rettungsversuche und Umgang mit der Leiche

Insgesamt wurden in 30 % der Fälle Rettungsversuche gemacht (n=6) (bezogen auf n=20 Fälle), darunter wurde fünf Mal ein Notruf abgesetzt. Die meisten Rettungsversuche wurden bei Misshandlungsfällen unternommen (n=4), z.B. wurde das Kind mit kaltem Wasser bespritzt und dann ein Notarzt oder Kinderarzt gerufen. Nach einer Totgeburt versuchte die Mutter, das Kind zu beatmen, sie hielt außerdem den Kopf nach unten, damit es anfangen würde zu schreien. Im Fall des vernachlässigten, in der Badewanne ertrunkenen Kindes setzte der Täter einen Notruf ab, als er den Tod bemerkte. Bei den beschriebenen Fällen kam es zu einem Weiteren Notruf: die Täterin rief im Verlauf des erweiterten Suizids einen Notarzt und teilte mit, dass sie ihr Kind getötet hatte. So wurde ihr Suizid verhindert.

Umgang mit der Leiche

Der Umgang mit der Kindsleiche ist von Interesse, da er widerspiegelt, wie die Täter/innen mit der Tat umgehen wollten. In 25 % der Fälle wurden die Leichen „entsorgt“: In allen drei Fällen des Neonatizids wurden die Leichen an verschiedenen Orten versteckt, und zwar in einem Wasserbottich im Keller, in einem Plastikbeutel im Rucksack oder auf dem Nachbargrundstück. Eine Totgeburt nach negierter Schwangerschaft wurde über den Hausmüll entsorgt. Von den beiden Neugeborenen, die bisher nicht identifiziert werden konnten wurde eines ausgesetzt und eins in der Wasserkläranlage gefunden, wo es vermutlich über die Toilettenspülung hin gelangte.

Alle anderen Fälle (75 %) wurden nicht zu vertuschen versucht. Die Leichen wurden am Tatort belassen. In drei Fällen wurde ein Rettungswagen gerufen.

4.5 Interventionen

4.5.1 Warnsignale

An dieser Stelle soll untersucht werden, ob und wie die Tat möglicherweise hätte vermieden werden können. Es könnte zum Beispiel Warnsignale gegeben haben. Sollten Täter/innen

Warnsignale „gesendet“ haben, müssen sie von jemandem „empfangen“, also wahrgenommen werden, und zum Vermeiden der Tat müsste der „Empfänger“ adäquat reagiert haben. Warnsignale können konkrete Ankündigungen sein. Es kann aber auch sein, dass Personen im Umfeld auf veränderte Verhaltensweisen oder auffällige Äußerungen und Gedanken der Täter aufmerksam werden.

In 50 % der Fälle hatte es aus der retrospektiven Betrachtung Warnsignale gegeben (n=10), in 50 % gab es keine (n=10). In welchen Gruppen es Warnsignale gab, zeigt Tabelle 14. Bei **Neonatiziden** und **negierter oder verdrängter Schwangerschaft mit Totgeburt** gab es keine Warnsignale an die Umgebung, sieht man von den vielleicht vorhandenen äußeren Zeichen der Schwangerschaft ab. Dagegen gab es in jeweils 80 % der Fälle des erweiterten Suizids und der Kindesmisshandlung (jeweils n=4) sowie in 100 % der sonstigen Fälle (n=2) Warnsignale. In Fällen von erweitertem Suizid und einem Misshandlungsfall äußerten die Täter/innen Angst, dem Kind etwas anzutun. Bei anderen Todesfällen nach Misshandlung behandelten die Täter/innen das Kind im Vorfeld schlecht oder hatten es bereits misshandelt.

Warnsignale (retrospektive Beurteilung)	Todesumstand										Gesamt	
	Neonatizid		erweiterter Suizid		Kindesmisshandlung		negierte/verdrängte Schwangerschaft mit Totgeburt		Sonstige			
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
ja	-	-	4	80	4	80	-	-	2	100	10	50
nein	3	100	1	20	1	20	5	100	-	-	10	50
Gesamt	3	100	5	100	5	100	5	100	2	100	20	100

Tabelle 14: Warnsignale der verantwortlichen Elternteile an die Umgebung (n=20) in der retrospektiven Beurteilung

Die meisten Täterinnen und Täter wandten sich in irgendeiner Form an Familienmitglieder: An ihren Partner oder Ex-Partner (n=8), an ihre Eltern oder Schwiegereltern (n=3) oder an ihre Geschwister (n=2). Außerdem wandten sich einige an einen Psychiater (n=2), an den Kinderarzt (n=1) oder an die Nachbarn (n=1). In dieser Auflistung waren Mehrfachzählungen möglich.

Fallbeispiel 14: Frau N. hatte ihre Tochter nie so geliebt wie ihren älteren Sohn, schon die Schwangerschaft war unerwünscht gewesen - für einen Abbruch war es aber beim Bemerkten der Schwangerschaft zu spät. Frau N. sagte ihren Geschwistern und ihrem Partner, dass sie das Kind nicht wolle: „Ein Unglück wird passieren, wenn Sarah bei uns bleibt“, außerdem hatte sie ihrer Schwägerin angekündigt, ihre Tochter notfalls die Treppe herunter zu werfen. Das Kind war oft für längere Phasen bei der Schwägerin und eine Adoption durch diese stand im Raum, wurde aber vom Kindsvater abgelehnt, für den es sich um ein Wunschkind handelte. Eines Tages hatte Frau N. ihre Tochter bei sich und wollte sie unbedingt loswerden. Als sie ihre Schwägerin telefonisch nicht erreichen konnte, ließ sie das Opfer absichtlich die steinerne Kellertreppe herunterfallen, um es zu töten. Frau N. wurde für voll schuldfähig befunden und zu einer Freiheitsstrafe verurteilt.

Diese Tat wurde konkret von der Täterin angekündigt, und doch wurde nicht interveniert. Ein anderer Täter aus der Gruppe **Kindesmisshandlung** mit Todesfolge hatte im Vorfeld gesagt, „ich könnte ihn [das Kind] umbringen, ich könnte ihn an die Wand knallen!“. Doch seine Freundin hat darauf nicht reagiert, genauso wie sie nicht ausreichend darauf reagierte, dass er das Kind im Vorfeld mehrfach misshandelt hatte. Es gab unter den Kindesmisshandlungen zwei Fälle mit vorhandenen Warnsignalen, wobei konkrete Äußerungen aus dem Umfeld kamen:

- Ein Freund warnte „leg die Kinder weg, wenn Du wütend bist“.
- Ein Täter wurde immer wieder von der Freundin ermahnt, das Kind besser zu behandeln. Sie hatte mehrfach blaue Flecke beim Kind bemerkt.

In einem **sonstigen Fall** waren die Vernachlässigung des Kindes und der miserable Zustand der Wohnung den Schwiegereltern des Täters bekannt, sie schritten aber nicht ein.

Die **erweiterten Suizide** waren bis auf einen angekündigt, und doch konnte nur zum Teil Schlimmeres verhindert werden. Die männlichen Täter mit Suizid nach Tötung aus Rache teilten sich zum Teil der Polizei mit (siehe Beispiel 9). Der Betroffene hatte außerdem zu einer Bekannten gesagt: „Ich bringe sie [die ganze Familie] um“. Ein anderer Täter kündigte den erweiterten Suizid aus Rache mehrfach der Ex-Freundin am Telefon an. Jedoch konnten beim Interventionsversuch der Polizei nur die Leichen geborgen werden:

Fallbeispiel 15: Nach einem erneuten Streit mit seiner Freundin und der Bestätigung, dass sie sich von ihm trennen werde, rastete Herr O. aus. Es ging im Streit unter anderem darum, wer den gemeinsamen Sohn wann und wie lange sehen dürfe. Herr O. war sehr verzweifelt bei der Vorstellung, von seinem Sohn getrennt zu sein. Zum Tatzeitpunkt war sein Sohn für das Wochenende bei ihm. Herr O. beschloss, seinen Sohn und sich selbst von der Brücke zu stürzen,

um nie mehr von seinem Sohn getrennt sein zu müssen. Vorher rief er mehrfach die Ex-Freundin an, um seine Tat anzukündigen. Diese verständigte die Polizei, die aber Vater und Sohn nicht rechtzeitig fand.

Die Täterinnen mit erweitertem Suizid im engeren Sinne waren beide im Vorfeld in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Eine hatte zu einer Freundin aus der Klinik gesagt, dass sie sich nur mit ihrer Tochter gemeinsam umbringen könnte. Die andere Täterin hatte am Vorabend der Tat in einer Psychosomatischen Klinik Suizidgedanken geäußert, diese aber angeblich wegen ihres Sohnes verworfen. Sie sagte, sie habe bereits „mit dem Skalpell gespielt“. Es wurde ein Aufnahmetermin für den nächsten Tag vereinbart, an dem sie aber bereits ihr Kind getötet hatte (Fallbeispiel 7).

Vorwürfe gegen behandelnde Ärzte

In oben beschriebenen Fall kann man sicherlich dem Ambulanzzarzt der Klinik vorwerfen, die Brisanz der Situation nicht richtig eingeschätzt zu haben. Eine Täterin äußerte dem Kinderarzt gegenüber ihre Angst, mit den Kindern allein zu sein und ihnen möglicherweise etwas anzutun. Auch im folgenden Fall kann man die Fehleinschätzung der behandelnden Ärzte diskutieren. Eine bekannte Borderline-Patientin äußerte während eines stationären Aufenthaltes kurz vor der Tat, sie habe Angst, ihrem Kind könne etwas passieren:

Fallbeispiel 16: Frau P. war wegen ihrer Borderline-Persönlichkeitsstörung schon mehrfach in psychiatrischer Behandlung gewesen, zuletzt zwei Wochen vor der Tat. In der Klinik hatte sie Angst gehabt, sich oder ihrem Kind etwas anzutun. Die Entlassung erfolgte gegen ärztlichen Rat auf eigene Verantwortung. Außerdem erzählte sie ihrer Schwiegermutter, dass sie fähig sei, ihre Familie zu töten. Am Tattag gab sie ihrem Sohn, der an diesem Tag nicht im Kindergarten war, eine halbe Flasche Atosil, „weil er nervte“. Anschließend tötete sie ihn mit mehreren Messerstichen in die Beine und Herzregion und ließ die Kindesleiche auf dem Sofa liegen. Frau P. rauchte eine Zigarette und machte Wäsche. Als ihr Mann am Abend nach Hause kam, sagte sie ihm, was sie getan hatte, und dass er schuld sei, weil er sie im Stich gelassen habe. Später hatte sie jedoch „keine Erklärung“ für ihre Tat.

Gutachter und Richter fanden, dass Frau P.s Schuldfähigkeit bei stark beeinträchtigter Steuerungsfähigkeit, Realitätsverlust und fehlender Impulskontrolle aufgehoben war. Sie wurde wegen Totschlags verurteilt und nach § 63 (StGB) auf einer forensisch-psychiatrischen Station untergebracht.

Fehleinschätzung Jugendamt

25 % der Familien waren dem Jugendamt bekannt (n=5): drei Täter/innen aus der Gruppe erweiterter Suizid und zwei Täter/innen aus der Gruppe Kindesmisshandlung. Eine Täterin hatte bei der Sozialarbeiterin Rat gesucht, da sie sich oft genervt und überfordert fühlte.

Fallbeispiel 17: Ein Kind war von seiner Mutter, die sich die Pflege und Versorgung des Kindes nicht zutraute, in eine Pflegefamilie gegeben worden. Ihr neuer Freund drängte sie, das Kind wieder zu sich zu nehmen, da seiner Meinung nach ein Kind zur Mutter gehöre. Dies geschah in Begleitung und mit Unterstützung des Jugendamtes. Der Stiefvater Herr Q. versuchte dann, den Jungen wie sein eigenes Kind zu behandeln, was ihm aber schwer fiel. Immer wieder misshandelte er das Kind, schließlich fügte er ihm tödliche Verletzungen zu. Die Kindesmutter hatte ihren Freund beständig zum besseren Umgang mit dem Kind ermahnt. Sie hielt an der Beziehung fest, um endlich eine Familie zu gründen - trotz der Gewalttätigkeit ihres Freundes, der auch sie schlug. Bei Herrn Q. wurde eine leichte geistige Behinderung aufgrund eines hirnorganischen Schadens festgestellt. Eine eingeschränkte Steuerungsfähigkeit und verminderte Schuldfähigkeit wurde angenommen. Er wurde wegen Totschlags und wegen vorsätzlicher gefährlicher Körperverletzung zu einer Freiheitsstrafe verurteilt.

Hinweise auf Misshandlung im Vorfeld

In diesem und einem weiteren Fall (Fallbeispiel 11) ergab die Obduktion Hinweise auf Misshandlungen im Vorfeld, und dieser Verdacht wurde auch von den betreffenden Vätern zugegeben. In beiden Fällen sprachen die Freundinnen den Täter auf die Misshandlungen an, drohten, zum Arzt zu gehen, verhinderten die tödliche Misshandlung des Kindes aber nicht.

4.5.2 Einschätzung der Tat durch die Täter/innen

Die meisten Täterinnen und Täter waren schockiert über ihre Tat und würden diese gerne rückgängig machen. 65 % waren verwundert bis fassungslos darüber, was sie getan hatten. Sie hatten Schuldgefühle und waren zum Teil sehr traurig. Eine Täterin gab an, dass es für sie schlimmer gewesen wäre, wenn ihr Sohn gestorben wäre, den sie mehr liebte als das Opfer (Fallbeispiel 14); trotzdem würde sie die Tat rückgängig machen, wenn sie könnte. Eine Frau (Fallbeispiel 5), die ihre Schwangerschaft verdrängt hatte und deren Kind unter Sauerstoffmangel bei der Geburt auf der Toilette verstorben war, sagte, sie sei froh, dass „Gott das Kind zu sich genommen habe“, da ihrer Meinung nach das Kind behindert gewesen wäre.

4.6 Partner der Täter/innen

Es wurde versucht, den Auswertungsbogen einerseits auf die Täterin/innen anzuwenden, andererseits auf die dazugehörenden Partner. Da die Daten zu den Partner/innen häufig lückenhaft waren, war dies nur eingeschränkt möglich. Über keinen der Partner wurde ein Gutachten erstellt. Eine Partnerin im Falle der sonstigen Tötung wurde wegen Vernachlässigung mitangeklagt. An dieser Stelle soll ein Überblick gegeben werden, wie die Partnerinnen und Partner zu den Täter/innen standen, wie sie die Tat bewerteten und kommentierten, ob sie eine Rolle spielten und wenn, welche. Interessant ist die Frage, ob ein positiver Einfluss des Partners das Kind schützen kann. Sollten die Partner eine Rolle spielen, wäre interessant, ob ihnen diese auch vor Gericht zuerkannt wird – es wird deswegen an dieser Stelle zur eventuellen Anklage und Einschätzung des Gerichts Stellung genommen.

Alle drei Partner der Täterinnen des **Neonatizids** wollen die Schwangerschaft nicht bemerkt haben. Dazu ist anzumerken, dass alle drei jeweils innerhalb des letzten Monats vor der Entbindung Geschlechtsverkehr mit der Täterin hatten (siehe Tab. 12, Kap. 4.2). Ein Partner hat explizit kein Kind gewollt, einer hätte ein Kind gewollt und zum dritten Partner gibt es keine Angaben. In einem Fall hatte der Partner eine vorausgegangene Schwangerschaft erst bemerkt, als im Kreißsaal die Geburt begann. Dieser Vater wollte kein weiteres Kind. Ein weiterer Partner war psychisch insofern auffällig, als dass er ab und zu für Wochen bis Monate verschwand, und niemand wusste, wo er war und was er machte. Dieses Verhalten war laut seiner Eltern auch schon in seiner Kindheit vorgekommen. Der betreffende Vater hätte sich ein Kind gewünscht. Bei der Gerichtsverhandlung gegen seine Freundin war er wieder spurlos verschwunden.

Fallbeispiel 18: Frau R. lebte seit 4 Jahren in einer Beziehung, als sie bemerkte, dass sie schwanger war. Ihr Freund war jedoch in der Vergangenheit und während der Beziehung mehrfach spurlos verschwunden gewesen und erst Monate später ohne jegliche Erklärung wieder aufgetaucht. Da Frau R. befürchtete, er könne wieder verschwinden, beschloss sie, ihre Schwangerschaft erst einmal zu verheimlichen - was ihr bis zuletzt gelang. Da die Schwangere nicht mit der Geburt rechnete, fuhr sie mit ihrem Freund und einem befreundeten Paar auf ein Festival. Zu einer Abendveranstaltung ging sie nicht mit, da ihr angeblich übel war. In Wahrheit hatten die Wehen eingesetzt und Frau R. bekam in der Dusche des Wohnmobils ihr Kind. Sie nabelte es ab, säuberte es und erdrosselte es anschließend mit dem Duschschauch. Sie packte die Kindsleiche in mehrere Plastiktüten gewickelt in ihren Rucksack, stellte diesen im Wohnmobil ab und reinigte die Dusche. Da sich die Plazenta nicht vollständig gelöst hatte verlor Frau R. kontinuierlich Blut und

brach in der Nacht wegen des Blutverlustes zusammen. Der herbeigerufene Notarzt wies sie ins Krankenhaus ein, wo festgestellt wurde, dass sie vor kurzer Zeit entbunden haben musste. Später sagte Frau R. aus, sie habe ihr Kind getötet, weil ihr das Umfeld, in dem das Kind aufwachsen würde, zu schlecht vorkam. Sie wäre ihrer Ansicht nach mit ihrem Freund keine intakte Familie für das Kind gewesen.

Frau R. wurde als vom Gutachter für vermindert schuldfähig eingestuft, der von einer Affekttat nach verdrängter Schwangerschaft ausging. Der Richter hielt Frau R. für voll schuldfähig und sie erhielt eine Freiheitsstrafe.

Bei den Partnern der Frauen, die eine **Schwangerschaft negiert oder verdrängt** hatten, und bei denen es zu einer Totgeburt gekommen war, verhielt es sich folgendermaßen: Ein Vater hätte gerne noch ein Kind gehabt, alle anderen vier Väter wollten kein Kind haben. Vier von fünf Vätern wollen die Schwangerschaften nicht bemerkt haben. Einer von ihnen fragte seine Freundin, ob sie schwanger sei, glaubte ihr aber, als sie verneinte. Es sei an dieser Stelle noch auf die Intimkontakte hingewiesen: In zwei Fällen hatten die Paare im letzten Monat vor der Entbindung Geschlechtsverkehr, in einem Fall fünf Monate vor der Entbindung, in zwei Fällen gab es keine Angaben dazu. Alle Frauen entbanden im 8. oder 9. Schwangerschaftsmonat.

Fallbeispiel 19: Ihre 5. Schwangerschaft will Frau S. nicht bemerkt haben. Das einzig vorhandene Schwangerschaftszeichen, gelegentliche Blutungen, interpretierte sie als Regelblutung. Auch der Ehemann bemerkte angeblich nichts. Nur im Kindergarten vermutete man, dass die körperlichen Veränderungen auf eine Schwangerschaft zurück zu führen seien. Einem älteren Sohn der Familie wurde ein Zettel mit nach Hause gegeben mit der Frage, ob Frau S. schwanger sei. Diese Frage wurde verneint. Frau S. entband ihr Kind nachts im Badezimmer des Hauses in der 34. Schwangerschaftswoche. Die ganze Familie war im Haus, ihr Mann war betrunken. Es handelte sich um eine Totgeburt oder einen Tod unter der Geburt. Frau S. entsorgte die Kindesleiche in einer Einkaufsstüte über den Hausmüll. Später wurde sie auf der Müllkippe gefunden und die Eltern identifiziert. Eine Anklage wurde nicht erhoben, die Staatsanwaltschaft ging von einer Totgeburt aus und ahndete nur die Ordnungswidrigkeit gegen das Bestattungsrecht.

Die beiden Partner der Täterinnen des „echten“ **erweiterten Suizids** waren schon länger von den Partnerinnen getrennt. Beide Partner kümmerten sich im Grunde gut um ihre Kinder und Ex-Partnerinnen. Von den drei Partnerinnen der Täter des Suizids nach Medea-Syndrom wurde eine im Rahmen der Tat durch ihren Ex-Mann erschossen. Eine Partnerin lebte in einem Verhältnis mit einem anderen Mann, weshalb ihr Ehemann und Täter sich durch die Tat an ihr rächen wollte.

Eine Partnerin wollte sich vom Freund trennen, dieser Streit und Trennungsversuch endete im erweiterten Suizid.

Fallbeispiel 20: Ein Versöhnungsversuch eines seit langem verstrittenen Paares endete erneut in einem Streit. Herr T. war sehr eifersüchtig, weil er seine Frau für untreu hielt. Beide Eheleute waren aufbrausende Persönlichkeiten und sie bewarfen sich mit Gegenständen. Im Obergeschoss schliefen die beiden Kinder, die im Laufe des Abends vom Vater erschossen wurden. Anschließend suizidierte er sich.

Die drei Partner der Täterinnen aus der Gruppe **Kindesmisshandlung mit Todesfolge** standen ihren Kindern jeweils positiv gegenüber. Zwei von ihnen standen positiv unterstützend zu Freundin und Kind, einer war daher sehr über den Tod des Kindes verwundert. Dem anderen war die schlechte Behandlung und Benachteiligung des Kindes gegenüber dem Geschwisterkind bewusst gewesen und er hatte seine Frau auch darauf aufmerksam gemacht (siehe Fallbeispiel 14). Der Dritte konnte seine an sich positive Einstellung zu Frau und Kindern in seinem Verhalten nicht immer zeigen. Er wohnte lieber bei seinen Eltern als bei seiner Freundin und seinen Kindern, wollte aber die Beziehung und seine Familie durchaus erhalten. Dieser Vater schätzte seine Freundin treffend ein. Er warnte „Wenn Du wütend bist, leg die Kinder weg. Die beiden Partnerinnen der misshandelnden Väter/Stiefväter wollten von sich aus kein Kind haben. Eine bekam das Kind dem Freund zuliebe, sie wurde nicht angeklagt. Die andere wollte ihr Kind aus einer anderen Beziehung nicht bei sich haben, sie hatte es deswegen in eine Pflegefamilie gegeben und es nur auf Wunsch des Täters/Freundes wieder zu sich geholt (siehe Fallbeispiel 17). Beide Partnerinnen ermahnten den Freund im Umgang mit dem Kind.

Ein Partner aus der Gruppe der **sonstigen Tötung** war sehr verständnisvoll für seine psychisch kranke Frau (siehe Fallbeispiel 16). Er unterstützte sie in Therapien, Klinikaufhalten und im Alltag. Das Kind war ein Wunschkind von beiden Elternteilen gewesen. Eine Partnerin vernachlässigte ihr Kind, um ihren Freund „zu erziehen“: Sie wollte ihn dadurch auf die Notwendigkeit seiner Mitarbeit im Haushalt hinweisen (Fallbeispiel 13). Sie wurde als einzige Partnerin ebenfalls angeklagt und erhielt wegen der Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht eine Jugendstrafe auf Bewährung.

4.7 Urteil und Bestrafung

Zu einer Anklage der Täterin oder des Täters war es in zwölf Fällen gekommen - das heißt 63 % der 19 Straftaten wurden vor Gericht verhandelt. Die sieben Fälle (37 %), bei denen es nicht zur Anklage kam, setzten sich folgendermaßen zusammen: Drei Täter kamen im Rahmen der Tat ums Leben, einer tötete zwei Kinder. Zwei Täterinnen konnten noch nicht identifiziert werden, in einem weiteren Fall stand die Gerichtsakte nicht zur Auswertung zur Verfügung.

Von den 24 Fällen, die im Rahmen der Arbeit untersucht wurden, wurden hier fünf Fälle ausgeschlossen, denn der Tatbestand der negierten oder verdrängten Schwangerschaft ist nicht strafbar. Die betreffenden fünf Mütter, bei denen das Kind vor oder unter der Geburt verstorben war, wurden nicht angeklagt. In einem Fall wurde die Entsorgung der Kindsleiche über den Hausmüll als Ordnungswidrigkeit geahndet.

4.7.1 Beurteilung der Schuldfähigkeit

In Kapitel 4.1.4 wurde bereits die Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters zur Schuldfähigkeit beschrieben, welche in zehn Fällen vorlag (50 % aller Fälle). In Abb. 28 sind die Beurteilungen der Schuldfähigkeit durch Gutachter und Richter gegenübergestellt.

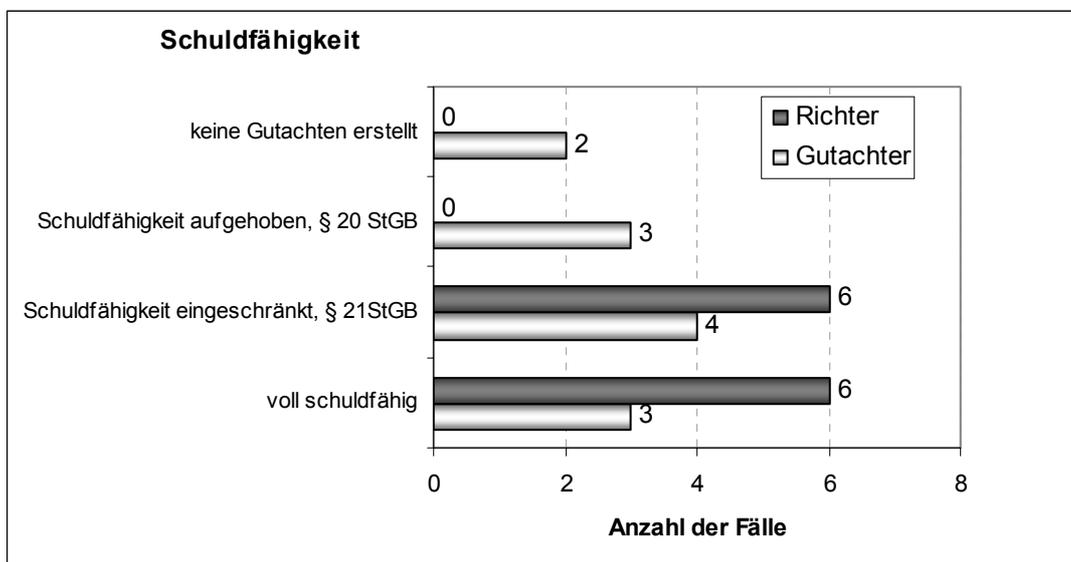


Abb. 28: Beurteilung der Schuldfähigkeit durch den psychiatrischen Gutachter und den Richter (n=12)

Die Richter stuften die Schuldfähigkeit von zwölf angeklagten Täterinnen und Tätern ein. Die Schuldfähigkeit galt in 50 % der Fälle nach § 21 StGB als vermindert (n=6). Es handelte sich um einen Neonatizid, die beiden erweiterten Suizide, zwei Fälle der Kindesmisshandlung und einen

sonstigen Fall. Die Richter befanden drei Täter/innen für vermindert schuldig, die von psychiatrischen Gutachtern als schuldunfähig eingestuft worden waren. Eine Neonatizid- Täterin, die vom Gutachter als vermindert schuldig beschrieben worden war, wurde vom Richter als voll schuldig verurteilt. Jeweils ein Täter der Kindesmisshandlung und einer der sonstigen Tötung hatten kein Gutachten bekommen und galten als voll schuldig. Die drei von den Gutachtern für voll schuldig befundenen Täter/innen wurden auch vor Gericht als voll schuldig bestraft.

4.7.2 Bestrafung

Von den zwölf angeklagten Täterinnen und Tätern wurden 83 % bestraft (n=10) (siehe Abb. 29): 58 % der Täter/innen erhielten eine Freiheitsstrafe zwischen drei und neun Jahren (n=7), 25 % wurden zu einer Freiheitsstrafe auf Bewährung von ein bis zwei Jahren verurteilt (n=3). 17 % wurden nicht bestraft (n=2): Eine Täterin wurde als gefährlich für ihren Ehemann und die Allgemeinheit eingestuft und nach § 63 StGB in einer forensisch-psychiatrischen Klinik untergebracht. Die andere erhielt einen Schuldspruch und eine Betreuung gemäß Jugendgerichtsgesetz.

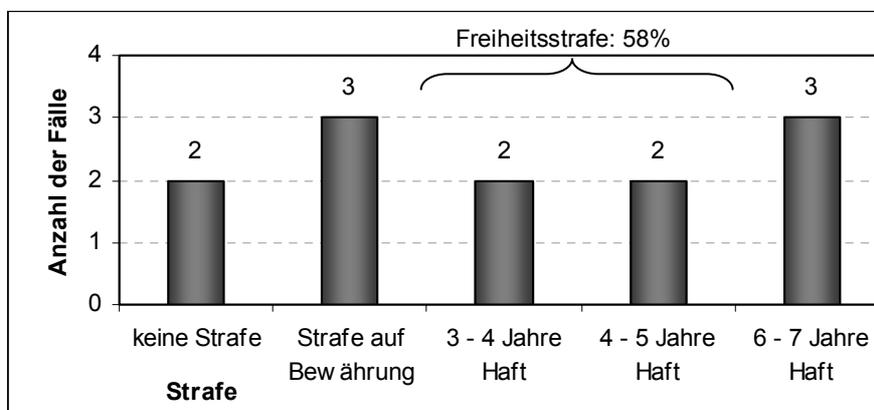


Abb. 29: Bestrafung der angeklagten Täterinnen und Täter (n=12)

Die drei Täterinnen des **Neonatizids** wurden vom Gericht als vermindert schuldig (n=2) und voll schuldig (n=1) eingestuft. Sie wurden wegen Kindstötung (n=1, 1995) zu viereinhalb Jahren Haft und wegen Totschlags (n=2, 1998 und 2002) zu drei Jahren und drei Monaten Haft (beide Landgericht Koblenz) bzw. zu zwei Jahren auf Bewährung bei verminderter Schuldfähigkeit (Landgericht Bonn) verurteilt. Nach dem Wegfall des § 217 StGB hat sich für

die Täterinnen das Strafmaß also nicht wesentlich verändert. Keine der Frauen wurde wegen Mordes angeklagt oder verurteilt.

Bei beiden Täterinnen des **erweiterten Suizids** war laut Gutachten die Schuldfähigkeit wegen krankhafter seelischer Störungen aufgehoben und das Gericht stufte sie als vermindert schuldfähig ein. Sie wurden wegen Totschlags zu sieben Jahren bzw. zu drei Jahren und neun Monaten Haft verurteilt (beide Landgericht Koblenz).

Die Gutachter sahen in zwei Todesfällen nach **Kindesmisshandlung mit Todesfolge** beim Täter eine verminderte und in zwei Fällen eine volle Schuldfähigkeit vorliegen. In einem Fall gab es kein Gutachten. Die Richter folgten dieser Einschätzung: sie befanden zwei Täter/innen für vermindert schuldfähig, diese wurden wegen Körperverletzung mit Todesfolge zu neun Jahren Haft (Landgericht Koblenz) und zu einem Jahr und drei Monate auf Bewährung (Landgericht Bonn) verurteilt. Drei Täter/innen galten als voll schuldfähig. Zwei wurden wegen gefährlicher Körperverletzung angeklagt, einer wurde zu vier Jahren und drei Monaten Haft (Landgericht Koblenz) verurteilt. Eine Täterin erhielt einen Schuldspruch nach § 27 des JGG verhängt (Landgericht Köln). Ein Täter erhielt wegen Körperverletzung mit Todesfolge sieben Jahre Haft (Landgericht Koblenz)

Im Fall einer **sonstigen Täterin**, einer Borderline-Patientin, die ihren Sohn im Rahmen einer Impulstat tötete, sahen sowohl Gutachter als auch Richter eine verminderte Schuldfähigkeit der Täterin, aber auch eine Wiederholungsgefahr und Allgemeingefährlichkeit. Die Täterin wurde wegen Totschlags nach § 63 StGB untergebracht (Landgericht Bonn). Bestraft wurde sie nicht, weil eine aufgehobene Schuldfähigkeit gemäß § 20 StGB nicht ausgeschlossen werden konnte. Ein Täter erhielt kein Gutachten, das Gericht befand ihn für schuldfähig, er wurde wegen Verletzung der Versorge und Erziehungspflicht und fahrlässiger Tötung zu einem Jahr und drei Monaten Haft auf Bewährung verurteilt und ihm wurde eine Geldstrafe auferlegt (Landgericht Bonn).

In den beschriebenen Fällen wurden die verurteilten Landgerichte angegeben, da sich die Urteile in ihrer Härte voneinander zu unterscheiden scheinen.

5 Überblick über den Zeitraum von 1970-1993

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Untersuchung mit den Ergebnissen der Untersuchung von RAIČ (1995) verglichen. RAIČ verwendete mit den gleichen Methoden im vorangegangenen Zeitraum: Ausgewertet wurden alle Obduktionen von Kindern und Jugendlichen bis 20 Jahre im Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn von 1970-1993. Wir überblicken jetzt insgesamt einen Zeitraum von 37 Jahren.

5.1 Häufigkeit und Todesart der Gesamttodesfälle

Im Zeitraum 1994-2007 wurden im Bonner Institut für Rechtsmedizin 439 Todesfälle von Kindern und Jugendlichen im Alter bis 20 Jahren verzeichnet. Im Untersuchungszeitraum 1970-1993 (RAIČ 1995) wurden 757 Todesfälle in der gleichen Altersgruppe dokumentiert, im Mittel lagen die Todesfälle seit bei 33 bzw. 34 pro Jahr. Allerdings handelt es sich hierbei um den Vergleich absoluter Zahlen, während das Einzugsgebiet der Rechtsmedizin nicht fest definiert ist. So kann letzten Endes nicht eindeutig festgestellt werden, ob sich die Häufigkeit solcher Todesfälle verändert hat. Eine Übersicht über die Todesfälle pro Jahr zeigt Abb. 2 in Kapitel 3.1.

In der vorangegangenen Untersuchung (RAIČ 1995) waren von 757 Todesfällen 51,5 % natürliche Todesfälle (incl. SIDS), 13,6 % waren Tötungsdelikte. In der eigenen Untersuchung waren 46 % der 439 Todesopfer natürliche Todesfälle (incl. SIDS) und nur 9 % Tötungsdelikte. Die Zahl der Unfälle blieb etwa gleich (RAIČ: 23,1 %, HÖMBERG: 22 %). Der Anteil der selbstverschuldeten Todesfälle stieg an (RAIČ: 9 %, HÖMBERG: 16 %). Es erhöhte sich sowohl der Anteil der Suizide (RAIČ: 6 %; HÖMBERG: 9 %), als auch der Anteil der Drogentoten (RAIČ: 3 %, HÖMBERG: 7 %).

In beiden Untersuchungen verstarben mehr Jungen (RAIČ: n= 444, HÖMBERG: n=281) als Mädchen (RAIČ: n=313, HÖMBERG: n=158). Die Todesopfer waren zu 59 % männlich und 41 % weiblich (RAIČ) bzw. zu 64 % männlich und zu 36 % weiblich (HÖMBERG).

5.2 Elternverantwortung

Die Todesfälle wurden jeweils in zwei Hauptgruppen eingeteilt: Zum Einen in Todesfälle ohne mutmaßliche Elternverantwortung und zum Anderen in Todesfälle, bei denen die Eltern die Verantwortung für den Tod ihres Kindes trugen.

Während im Zeitraum von 1970-1993 der Anteil der Todesfälle mit mutmaßlicher Elternverantwortung bei 7,9 % lag, betrug er bei dieser Untersuchung im Zeitraum 1994-2007 4,3 %. Dies entspricht etwa der Hälfte.

5.2.1 Todesfälle ohne Elternverantwortung

Die 408 Todesfälle der eigenen Untersuchung ohne mutmaßliche Elternverantwortung wurden nach Häufigkeit der Todesursachen klassifiziert. Der plötzliche Säuglingstod kam in der eigenen Untersuchung 123 mal und damit seltener vor als in der vorangegangenen Studie (RAIČ: n=255). Der Anteil der plötzlichen Säuglingstodesfälle an den Todesfällen ohne Elternverantwortung sank von 37 % auf 30 %. Der Anteil der tödlichen Unfälle blieb mit 26 % und 23 % etwa gleich (RAIČ: n= 175, HÖMBERG: n=95), ebenso der Anteil von Todesfällen nach Krankheiten und Operationen mit 18 % und 20 % (RAIČ: n=119, HÖMBERG: n=82.). Deutlich gestiegen sind die Zahlen der Suizide von 7 % auf 10 % (RAIČ: n=45, HÖMBERG: n=39) und der Drogentoten von 3 % auf 8 % (RAIČ: n=23, HÖMBERG: n=31). Der Anteil der Mord- und Totschlagdelikte ohne Elternverantwortung sank unwesentlich von 6 % auf 5 % (RAIČ: n=43; HÖMBERG: n=19).

5.2.2 Todesfälle mit Elternverantwortung

19 Kinder und Jugendliche verstarben in der eigenen Untersuchung durch die Hand ihrer Eltern. Dies entspricht 1,4 Fällen pro Jahr. Im längeren Untersuchungszeitraum von 1970-1993 gab es 60 Todesfälle mit Elternverantwortung. Dies entspricht einem Mittel von 2,5 Fällen pro Jahr.

Todesumstände

Die Todesfälle mit Elternverantwortung wurden in vier Gruppen nach den Todesumständen unterteilt. Der Anteil der Neonatizide sank von 43 % auf 26 % (RAIČ: n=26, HÖMBERG: n=5). Der Anteil der erweiterten Suizide stieg von 22 % auf 31 % (RAIČ: n=13, HÖMBERG: n=6). Der Anteil der Todesfälle nach Kindesmisshandlungen stieg von 18 auf 32 % (RAIČ: n=11, HÖMBERG: n=6). Sonstige Tötungen kamen bei RAIČ zu 17 % (n=10), in der eigenen Untersuchung zu 11 % vor (n=2).

Opfer

In der vorliegenden Studie waren mit 63 % mehr Opfer männlich (n=12) als weiblich (36,8 %, n=7). Dies entspricht der Geschlechterverteilung der Gesamttodesfälle. Im Zeitraum von 1970-1993 kamen die Geschlechter zu gleichen Anteilen vor (jeweils 50 %).

In der eigenen Untersuchung wurden 43 % der Kinder vor Vollendung des ersten Lebensjahres getötet (n=6), Neonatizide ausgeschlossen. Dies ist vergleichbar mit der Studie von RAIČ, in der es 47 % waren (n=16).

5.3 Täterinnen und Täter – verantwortliche Elternteile

Der Anteil der Mütter unter den Tätern blieb etwa blieb (50 zu 47 %). Der Anteil der Väter stieg von 10 % auf 32 %. Der Grund dafür ist in der Tatsache zu suchen, dass es in der eigenen Untersuchung verhältnismäßig wenige Neonatizide vorkamen. Bei Neonatiziden ist typischerweise die Mutter die Täterin ist. Der Anteil der Kindesmisshandlungen, die von beiden Elternteilen begangen werden, stieg hingegen an.

Der Anteil der unbekanntem Täter/innen sank von 27 auf 11 %. Beide Eltern gemeinsam waren bei RAIČ in 12 % der Fälle Täter. Dieser Fall kam in der eigenen Untersuchung nicht vor. Der Anteil von Pflegeeltern als Täter stieg von 2 auf 5 %.

Alter

Unter den Neonatizid-Täterinnen waren von drei bekannten Täterinnen zwei unter 25 Jahren alt (HÖMBERG: 66 %). Die Kindesmisshandlung kam tendenziell eher bei jüngeren Eltern vor (HÖMBERG: in 60 % unter 25 Jahre, in 80 % unter 30 Jahre). Der erweiterte Suizid wurde von älteren Eltern begangen, Viermal von Tätern, die älter als 41 Jahre waren und einmal von einer Täterin aus der Gruppe der 36- bis 40-Jährigen (HÖMBERG: 100 % älter als 35 Jahre). RAIČs Untersuchung weist sehr ähnliche Ergebnisse auf. Neonatizid-Täterinnen waren in 57 % unter 25 Jahren alt, Kindesmisshandlungen wurden zu 62 % von Tätern unter 25 Jahren und zu 92 % von Tätern unter 30 Jahren begangen. Die erweiterten Suizide wurden von etwas jüngeren Täterinnen begangen, die zu 89 % über 25 Jahre alt waren.

5.3.1 Soziale Lage

Herkunftsschicht

Zur Kategorisierung in eine soziale Herkunftsschicht wurden, soweit möglich, die Berufe der Eltern der Täter/innen erfasst und nach KLEINING und MOORE (1968) einer Schicht zugeordnet.

In der Untersuchung von RAIČ kamen Neonatizide in den unteren und mittleren Schichten zu gleichen Anteilen vor (jeweils 29 %). Erweiterte Suizide kamen häufig in den oberen und mittleren Schichten vor (56 %), während sonstige Tötungen häufig in den unteren Schichten repräsentiert waren (75 %). Kindesmisshandlungen kamen abgesehen von den oberen Schichten in allen Schichten gleichmäßig verteilt vor.

In der eigenen Untersuchung war es wegen der geringen Fallzahlen (n=20) und häufig fehlenden Informationen schwierig, typisierende Zuschreibungen für die verschiedenen Gruppen der Todesumstände vorzunehmen. Von der Tendenz her stammten die Täter/innen in den verschiedenen Gruppen aus ähnlichen Schichten wie bei RAIČ. Die zwei Neonatizid- Täterinnen, von denen die Schicht bekannt ist, stammten aus der unteren Mittel- und oberen Unterschicht. Die beiden Täterinnen aus der Gruppe des erweiterten Suizids stammten aus der oberen Schicht und aus der unteren Mittelschicht. Von vier Tätern der Kindesmisshandlung stammten zwei aus der unteren Mittelschicht und zwei aus den unteren Schichten.

Schulbildung und berufliche Stellung

In beiden Untersuchungen hatten etwa die Hälfte der Täterinnen und Täter ein niedriges oder sehr niedriges Schulbildungsniveau (RAIČ: 55 %, HÖMBERG: 50 %). Dabei war in der vorausgegangenen Studie aufgefallen, dass die Täter/innen des erweiterten Suizids eher ein höheres Bildungsniveau hatten, während in allen anderen Gruppen eher niedrige Bildungsniveaus vorkamen. In der eigenen Untersuchung war es wegen der geringen Fallzahlen schwierig, einen Bezug zwischen Schicht und Todesumstand herzustellen. Bei der Kindesmisshandlung waren die Täter/innen eher schlecht gebildet. Die einzige Täterin mit einem hohen Bildungsniveau beging einen erweiterten Suizid.

Die meisten Täterinnen und Täter standen zum Tatzeitpunkt nicht im Berufsleben. In beiden Untersuchungen waren etwa 40 % Hausfrau/mann (RAIČ: 20 %, HÖMBERG: 39 %) oder Arbeitslose/r (RAIČ 20 %, HÖMBERG 0 %). In der Ausbildung befanden sich jeweils 15 %, als

Arbeiter waren jeweils 15 % beschäftigt, als Facharbeiter arbeiteten bei RAIČ 3 %, in der eigenen Untersuchung 10 %, als Angestellte oder Beamte waren bei RAIČ 9 % und in der eigenen Untersuchung 5 % der Täterinnen und Täter beschäftigt.

Ökonomische Situation

Während im Zeitraum von 1970-1993 (RAIČ) ein Drittel der Täterinnen und Täter aus finanziell gesicherten Verhältnissen stammten (36 %) und 12 % ausreichend Geld zur Verfügung hatten, waren in der eigenen Untersuchung 1994-2007 ebenfalls 35 % der Täterinnen und Täter finanziell gesichert. 50 % hatten finanzielle Probleme.

5.3.2 Psychische Situation

Psychiatrische Begutachtung

Psychiatrische Gutachten gab es in beiden Untersuchungen etwa in der Hälfte der Fälle, in der eigenen Untersuchung mit 50 % etwas seltener (RAIČ: 55 %). Die Schuldfähigkeitsbeurteilungen der Gutachter blieben anteilig etwa gleich, volle Schuldfähigkeit wurde jeweils in 15 % der Fälle attestiert, verminderte und aufgehobene Schuldfähigkeit in 18 % (RAIČ) und 20 % (HÖMBERG) der Fälle. Eine Verfahrenseinstellung wurde nur im früheren Untersuchungszeitraum angeregt. In Tabelle 15 sind die Gutachten und Diagnosen der Untersuchungen von RAIČ 1970-1993 sowie der eigenen Untersuchung 1994-2007 nebeneinander aufgeführt.

In der eigenen Untersuchung waren Persönlichkeitsstörungen die meist gestellte Diagnose (n=5), gefolgt von der Depression (n=2). Eine Psychose kam nicht vor. Eine akute Belastungsreaktion und eine leichte geistige Behinderung kamen jeweils einmal vor. Diese Fälle sind unter „andere“ aufgelistet. In drei Fällen diagnostizierte der Gutachter explizit keine krankhafte seelische Störung. (Mehrfachzählung war möglich). Im Gegensatz dazu war bei RAIČ (1995) eine Psychose die häufigste Diagnose (n=5), gefolgt von Persönlichkeitsstörungen (n=4) und Depressionen (n=2) sowie Reifungsverzögerungen (n=2). Eine Oligophrenie kam einmal vor und viermal stellte der Gutachter fest, dass keine krankhafte seelische Störung vorlag. Auch PUTKONEN et al. (2009) fanden in ihrer Untersuchung von Infranziden in Österreich und Finnland im Zeitraum von 1995-2005 Persönlichkeitsstörungen als häufigste Diagnose. BOURGET et al. (2007) beschrieben

sowohl bei Männern als auch bei Frauen, die ihre Kinder töteten, ein häufiges Vorkommen von Depressionen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen.

Gutachten	Todesumstand										Gesamt			
	Neonati- zid		Erweiterter Suizid		Kindes- miss- handlung		neg./verdr Schwanger- schaft und Totgeburt		Sonstige		1970- 1993		1994-2007	
	1970- 1993	1994- 2007	1970- 1993	1994- 2007	1970- 1993	1994- 2007	1970- 1993	1994- 2007	1970- 1993	1994- 2007	ges	in %	ges	in %
vorhanden	3	3	7	2	5	4	-	0	3	1	18	55	10	50
Depression	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	2	6	2	
Persönlichkeits- störung	-	-	2	1	1	3	-	-	1	1	4	12	5	
Psychose	1	-	4	-	-	-	-	-	-	-	5	15	-	-
andere	1	1	-	-	1	3	-	-	1	-	3	9	3	
keine Störung	1	2	-	-	3	1	-	-	-	-	4	12	3	
nicht vorhanden	-	-	-	3	-	1	-	5	-	1	15	45	10	50
Gesamt	7	3	9	5	13	5	-	5	4	2	33	100	20	100

Tabelle 15: Psychiatrische Gutachten und Diagnosen der verantwortlichen Elternteile im Vergleich (n=53)
(Quelle: Raič (1995) (n=33) und eigene Untersuchung (n=20))

Persönlichkeit

Persönlichkeitstests wurden in beiden Untersuchungen nur in wenigen Fällen durchgeführt (RAIČ: 30 %, HÖMBERG: 40 %). Es kamen verschiedene Testverfahren zu Einsatz, sodass bei Auswertung und Vergleich nur tendenzielle Angaben möglich sind. In der Untersuchung von RAIČ überwogen die selbstunsicheren und emotional labilen Persönlichkeiten gegenüber den selbstsicheren und emotional stabilen. Des Weiteren traten gehäuft die Merkmale „Introvertiertheit“ und „gesellschaftliche Zurückgezogenheit“ auf. In der eigenen Untersuchung waren die Persönlichkeitsbeschreibungen ähnlich. Die Merkmale „unsicher, unselbständig“, „introvertiert“, „emotional gehemmt“ und „selbstunsicher“ kamen gehäuft vor. In beiden Untersuchungen wurden wenige oder keine Täter/innen als „aggressiv“ beschrieben.

Intelligenz

Zur Intelligenz gab es in beiden Untersuchungen nur begrenzt Angaben (RAIČ: 44 %; HÖMBERG: 50 %). Die Angaben zur Intelligenz waren in 27 und 30 % mit standardisierten Intelligenztests getestet (meistens HAWIE), ansonsten gab es globale Angaben zur Intelligenz. Zusammengefasst hatten im Zeitraum von 1970-1993 33 % der Täter/innen eine normale oder gute Intelligenz, von denen sich die meisten Elternteile in den Gruppen erweiterter Suizid und Kindesmisshandlung fanden. In 9 % lag eine schwache Intelligenz bis Debität vor. In der eigenen Untersuchung hatten 60 % der Täterinnen eine normale oder gute Intelligenz, die sich ebenfalls vor allem beim erweiterten Suizid und der Kindesmisshandlung fand. 40 % waren unter der Norm angesiedelt, die in der Gruppe Neonatizid und Kindesmisshandlung vorkamen.

5.4 Tatablauf

5.4.1 Motiv und Tatauslöser

In der Untersuchung von RAIČ (1995) waren die häufigsten Motive Überforderung, Schuldgefühle, Angst, und „Kind als Störfaktor“. In der eigenen Untersuchung kamen Überforderung und „kein vorsätzliches Handeln“ am häufigsten vor, gefolgt von Wut und Jähzorn.

5.4.2 Warnsignale

Bei den Fällen zwischen 1970 und 1993 (RAIČ) hatte es in 71,4 % der Fälle Warnsignale gegeben, in der eigenen Untersuchung in 50 % der Fälle. In beiden Untersuchungen fiel auf, dass es vor erweiterten Suiziden meist Warnsignale gegeben hatte (RAIČ: 89 %, HÖMBERG: 80 %). Bei Todesfällen infolge von Kindesmisshandlungen hatte es bei RAIČ in 54 % Warnsignale gegeben, in der eigenen Untersuchung gab es sogar in 80 % Warnsignale. In Fällen von Neonatiziden gab es deutlich weniger Auffälligkeiten, waren es bei RAIČ noch 43 %, hatte es in der eigenen Untersuchung vor Neonatiziden keine Warnsignale gegeben. Der Anteil der Warnsignale bei der sonstigen Tötung stieg von 50 auf 100 %.

Die Tendenz scheint sich also zu verstärken: In allen Gruppen außer dem Neonatizid gab es mindestens in der Hälfte der Fälle Warnsignale, die, wenn sie empfangen und genutzt werden,

zur Vermeidung der Tat hätten führen können. Beim Neonatizid hingegen scheint es sehr schwer einzuschreiten, da die Schwangeren ihrer Umgebung nichts mitteilen, sie suchen weder Hilfe noch bereiten sie die Geburt vor (RESNICK, 1970; BOURGET et al., 2007). Die Problematik beim Neonatizid liegt darin, dass trotz der körperlichen Veränderungen offenbar Anzeichen für die Schwangerschaft von der Umgebung nicht wahrgenommen werden. Das zeigt auch die in der eigenen Untersuchung separat untersuchte Gruppe der Totgeburten nach verdrängter oder negierter Schwangerschaft - in keinem der Fälle (n=5) war die Schwangerschaft durch die Umgebung wahrgenommen worden.

5.5 Urteil und Bestrafung

Im Untersuchungszeitraum von 1970-1993 (RAIČ) wurde knapp die Hälfte der Täterinnen und Täter zu einer Freiheitsstrafe verurteilt (49 %), davon wiederum die Hälfte auf Bewährung (21 %). Im Gegensatz dazu wurden in der eigenen Untersuchung 83 % der Täterinnen und Täter mit einer Haftstrafe bestraft, davon 25 % auf Bewährung. Somit scheinen Strafen möglicherweise häufiger und härter geworden zu sein, was natürlich auch von der Verteilung der Taten abhängt. Die verschiedenen Gruppen Neonatizid, erweiterter Suizid und Kindesmisshandlung unterschieden sich auch in Bezug auf die Strafen.

Bei den **Neonatiziden** ergibt sich folgendes Bild: Die Richter standen einer von drei Täterinnen eine verminderte Schuldfähigkeit zu, sie erhielt eine Haftstrafe auf Bewährung. Die anderen beiden Täterinnen galten als voll schuldfähig und wurden mit Haftstrafen von zwei bis vier Jahren bestraft. Die härteste Strafe wurde 1995 unter Anwendung des § 217 StGB ausgesprochen. Diese relativ harten Strafen stehen im Gegensatz zu den Erfahrungen von RAIČ (1995) und Angaben aus der Literatur, nach denen die Strafen für Neonatizide durchweg milde ausfallen und im Extremfall die Richter der Ansicht sind, die Schuldgefühle der Mutter reichten als Bestrafung aus (EVANS, 1968; MARKS und KUMAR, 1993). SWIENTEK (2004) hingegen berichtet, dass das Strafmaß für Neonatizid-Täterinnen vom Freispruch bis hin zu jahrelangen Haftstrafen reichen kann.

Bei den **erweiterten Suiziden** wurden beide überlebenden Täterinnen trotz verminderter Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) zu langen Haftstrafen (sieben Jahre, knapp vier Jahre) verurteilt. Für keine der beiden psychisch Kranken, von den Gutachtern als schuldunfähig eingestuft

Täterinnen (§ 20 StGB), wurde eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet. Auch dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu (RAIČ, 1995), in deren Studie bei zwei Dritteln der Täter/innen nach erweitertem Suizid eine Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus angeordnet wurde. Während bei RAIČ (1995) und BOURGET und BRADFORD (1990) jeweils etwa 15 % der psychisch kranken Täter/innen schuldunfähig gesprochen wurden, wurde in der eigenen Untersuchung kein/e Täter/in für schuldunfähig erklärt.

Die Bestrafung der fünf **misshandelnden** Elternteile ergab folgendes Bild: Drei (60 %) erhielten bei voller Schuldfähigkeit Haftstrafen zwischen vier und neun Jahren (Vater, Mutter, Stiefvater). Eine Mutter erhielt bei verminderter Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) eine Haftstrafe auf Bewährung, eine andere erhielt nur einen Schuldspruch nach JGG. Damit wurden alle Täter/innen als voll oder vermindert schuldfähig zur Rechenschaft gezogen. Wie bei RAIČ (1995) fielen hier die Strafen härter aus als in den anderen Gruppen, sie wurden seltener zur Bewährung ausgesetzt und waren im Durchschnitt länger. Ähnlich wurden in der Studie von D'ORBAN (1979) 45 % der verantwortlichen Elternteile für voll schuldfähig, jedoch mehr (65 %) für vermindert schuldfähig erklärt.

Unter den verantwortlichen Elternteilen aus der Gruppe der **sonstigen Tötung** wurde eine Täterin bei verminderter oder aufgehobener Schuldfähigkeit in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht. Ein Täter erhielt bei voller Schuldfähigkeit eine Freiheitsstrafe auf Bewährung.

6 Diskussion

Die vorliegende Untersuchung entstand in Zusammenarbeit zwischen der Abteilung für Gynäkologische Psychosomatik am Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Bonn. Nur solche Fälle, die im rechtsmedizinischen Institut obduziert wurden, sind in dieser Arbeit weitergehend untersucht worden. Das bedeutet, dass nicht unbedingt alle Fälle von Infantiziden, die im betreffenden Zeitraum im Raum Bonn vorkamen, erfasst sind, da unter Umständen auch andere rechtsmedizinische Institute obduzieren können. Deswegen ist eine Hochrechnung auf die Bevölkerung nicht möglich (siehe Kap. 2).

Die Altersgrenze von 20 Jahren bei den Todesopfern wurde wegen der Vergleichbarkeit insbesondere mit der Arbeit von RAIČ (1995) über den Zeitraum von 1970-1993, aber auch wegen der Vergleichbarkeit mit anderer Literatur gewählt. Ziel der Arbeit war einerseits, die vorherige Untersuchung von RAIČ fortzuführen, und somit Daten über einen Zeitraum von 37 Jahren, 1970-2007, vergleichen und bewerten zu können. Andererseits wurde versucht, Antworten auf verschiedene Fragen zu finden, um im Idealfall Interventions- und Präventionsmöglichkeiten zu beschreiben. Es können jedoch nur sehr vorsichtige Aussagen und Schlussfolgerungen getroffen werden. Gerade in der eigenen Untersuchung wird durch die sehr geringen Fallzahlen deutlich, dass es sich um Einzelschicksale handelt.

6.1 Aktualität des Themas

Auch wenn es durch die Darstellung der Presse anders wirken mag, handelt es sich bei Tötungsdelikten durch die eigenen Eltern um Einzelfälle. Es gibt eine breite mediale Aufarbeitung der Thematik. Jeder Fall wird ausführlich beschrieben und diskutiert - von Tabuisierung und Verleugnung der Thematik in der Gesellschaft kann keine Rede sein. Umso verwunderlicher ist es, dass die Frage nach dem gesamtgesellschaftlichen Kontext, in dem es zu solchen Taten kommt, selten gestellt wird. So gering die Zahlen auch sein mögen, jeder Fall von Kindstötung ist dramatisch und in unserer entwickelten Gesellschaft ist es erstaunlich und bedauernswert, dass er nicht vermeidbar ist. Da es verschiedene Möglichkeiten gibt, sich von einem unerwünschten Kind zu trennen, scheint jeder Fall von Kindstötung überflüssig; als Beispiele seien Abtreibung, Adoption, und seit der Jahrtausendwende auch anonyme Geburten und Babyklappe genannt. Trotzdem ist nicht zu vergessen, dass die Täterinnen und Täter ein Teil

unserer Gesellschaft sind. Vielleicht ist „das Ausmaß von Gewalt gegen Kinder in einer Gesellschaft einer der wichtigsten Hinweise für ihr kulturelles Niveau“ (DE MAUSE, 1994).

Interessant ist im Vergleich, wie Presse und Öffentlichkeit auf die Tötung von jungen Tieren durch die Tiermutter reagieren. In einem deutschen Zoo gebar eine Eisbärin mehrere Junge und tötete sie gleich nach der Geburt. Nach Angaben der Tierpfleger waren die Umgebungsbedingungen im Zoo nicht gut genug, nicht ideal, sodass die Eisbärin keinen Weg sah, ihre Jungen großzuziehen. Das wurde von der Boulevardpresse akzeptiert. Es wurde Verständnis und Mitgefühl für die (Tier-)Mutter aufgebracht: Die Eisbärin in ihrer verzweifelten Lage konnte nicht anders, als ihre Jungen zu töten. Die von uns Menschen geschaffene Zoo-Umgebung war nicht lebenswert. Im Gegensatz dazu wird eine Mutter, die ihr Kind tötet, z.B. als „Todes-Mutter“ angeprangert. Die Rede ist von „unglaublichen Verbrechen“. Tenor ist: „Schon wieder hat sich eine Mutter nicht um ihr Kind gekümmert“. Verständnis und Mitgefühl gibt es für die (Menschen-)Mutter wenig. Ebenso wird die ernst gemeinte Frage nach dem Kontext, in dem so eine Tat geschieht, selten gestellt.

Zur Häufigkeit

In der Literatur trifft man auf sehr unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit von Tötungsdelikten an Kindern durch die eigenen Eltern, was an verschiedenen Definitionen, Quellen und Erhebungsmodi, sowie fehlenden verlässlichen Statistiken liegt. Selbst offizielle Zahlen sind nicht zuverlässig aufgrund einer hohen Dunkelziffer. Dieses Dunkelfeld besteht aus unentdeckt bleibenden Opfern (z.B. Vermissten), aus als natürlicher Tod oder Unfall fehl eingeschätzten Fällen, sowie aus als „plötzlicher Kindstod“ fehl eingeschätzten Fällen (SCHLANG, 2006). Die vorliegende Arbeit kann nicht mit anderen Studien verglichen werden, die auf bestimmte räumliche Gebiete bezogen sind. Auch ein Vergleich mit großen epidemiologischen Studien ist nicht möglich. In Kap. 1.3.1 wurden Häufigkeitsangaben aus der Literatur übersichtlich dargestellt. Wie im Verlauf von 1970 bis 2007 (Kap. 5) gezeigt werden konnte, ist die Anzahl der durch ihre Eltern getöteten Kinder im Obduktionsgut der Rechtsmedizin der Universität Bonn seit Jahren gering und tendenziell abnehmend. Im Untersuchungszeitraum wurden 19 Fälle von Infantiziden verzeichnet, das sind 1,4 Fälle im Jahr.

Die 19 Fälle der Kindstötung durch die Eltern wurden genauer untersucht und zunächst aufgeteilt in Gruppen verschiedener Todesumstände. Die Klassifizierung erfolgte in Anlehnung an RAIČ

(1995) und ROHDE et al. (1998). Die größten Gruppen wurden von den erweiterten Suiziden und den Kindesmisshandlungen gebildet (jeweils 32 %), gefolgt von Neonatiziden (26 %) und sonstiger Tötung (11 %). In der eigenen Untersuchung kamen altruistische und geschlechterspezifische Tötung nicht vor. Während der Untersuchungen fielen fünf Fälle auf, für die eine weitere Kategorie gebildet wurde: Negierte oder verdrängte Schwangerschaft mit Totgeburt als Folge. Es handelt sich hierbei um Konstellationen, die im Vorfeld denen der Neonatizide gleichen, da die Schwangerschaften negiert oder verdrängt wurden. Bei diesen Fällen weiß man nicht, was aus ihnen geworden wäre, wenn das Kind die Geburt überlebt hätte. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass es zu einem Neonatizid hätte kommen können, so dass manche Autoren vom „verhinderten Neonatizid“ sprechen.

6.2 Vergleich mit dem Zeitraum von 1970-1994

Die vorliegende Untersuchung wurde in Anlehnung an die Untersuchung von RAIČ (1995) über die Jahre 1970-1994 konzipiert, sodass nun ein Zeitraum von 37 Jahren überblickt werden kann. In Kapitel 5 wurde ein Vergleich der Untersuchungen angestellt. Festzustellen ist, dass es insgesamt wenige Veränderungen über den gesamten Zeitraum von 1970-2007 gab. In Bezug auf die ohne Elternverantwortung verstorbenen Kinder und Jugendliche fällt allenfalls auf, dass es mehr Drogentote (Anstieg von 3 % auf 7 %) und Suizidfälle (Anstieg von 6 % auf 9 %) gab.

Unter den durch die Eltern getöteten Kindern veränderte sich die Zusammensetzung der Todesumstände: Im Vergleich zur Voruntersuchung gab es weniger Neonatizide (RAIČ: 43 %; HÖMBERG: 26 %), und weniger sonstige Tötungen (RAIČ: 17 %, HÖMBERG: 11 %). Es gab mehr erweiterte Suizide (RAIČ: 22 %; HÖMBERG: 31 %) und mehr Kindesmisshandlungen (RAIČ: 18 %; HÖMBERG: 31 %). Bezogen auf die Häufigkeit der Neonatizide ist unter dem Aspekt der „Babyklappen-Diskussion“ interessant, ob deren Anteil an den Todesfällen gesunken ist, weil zwei Babyklappen eingerichtet wurden. In der untersuchten Region gibt es eine Babyklappe in Köln seit 2002 und das Babyfenster in Koblenz, welches ebenfalls 2002 eingerichtet wurde. Von den fünf Neonatiziden ereigneten sich vier in Koblenz, und zwar in den Jahren 1995, 1998, 2002 und 2003. Ein Neonatizid ereignete sich in Bonn (1995).

6.3 Die Opfer

Die Merkmale Geschlecht, Alter, Geschwisterzahl, sowie gesundheitliche und psychosoziale Risikofaktoren haben folgenden Stellenwert für das Auftreten von Infantiziden:

Geschlecht

Es wurden mehr männliche (63 %) als weibliche (37 %) Kinder getötet. Dieses Ergebnis stimmt mit Angaben aus der Literatur für die westliche Welt überein. MARKS und KUMAR (1993) fanden unter Tötungsdelikten an Kindern in England zwischen 1982 und 1988 70 % männliche und 30 % weibliche Opfer und bei einer ähnlichen Studie in Schottland MARKS und KUMAR (1996) 62 % männliche und 38 % weibliche Opfer. KLOTZBACH et al. (2003) untersuchten Tötungsdelikte an Kindern und Jugendlichen in Hamburg im Zeitraum von 1990-2002 und fanden in 81 % der Fälle männliche Opfer.

Alter

In der eigenen Untersuchung wurden 58 % der Opfer innerhalb des ersten Lebensjahres getötet, wobei 26 % der Fälle schon im Rahmen eines Neonatizids in den ersten 24 Lebensstunden verstarben. 90 % der Opfer waren jünger als fünf Jahre alt. Diese Altersverteilung deckt sich mit zahlreichen Angaben aus der Literatur nach denen jüngere Kinder gefährdeter sind, Opfer ihrer eigenen Eltern zu werden. RESNICK (1969) beschrieb, dass 42 % der Opfer in den ersten sechs Monaten verstarben, D'ORBAN (1979) fand einen Anteil von 44 % der Opfer, die jünger als ein Jahr alt waren und 89 % waren unter fünf Jahre alt. Das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen untersuchte das Vorkommen von körperlicher Gewalt an Kindern und Jugendlichen bis 15 Jahren in den 27 reichsten Ländern der Welt (UNICEF, 2003) und beschrieb drei Altersgruppen unter den Opfern: 24 % der Opfer waren Säuglinge im Alter bis zu 12 Monaten, 31 % waren zwischen einem und vier Jahren alt, 45 % der Opfer waren zwischen fünf und 14 Jahren alt. Als Erklärungsansätze für die Tatsache, dass eher jüngere Kinder Opfer elterlicher Gewalt werden, kommt einerseits die Vulnerabilität des kindlichen Kopfes in Betracht (TRAUTH, 2000). Andererseits könnten die postpartalen Zustände der Mutter und die stärker entwickelte Mutter-Kind-Bindung im höheren Alter dafür verantwortlich sein, dass jüngere Kinder eher gefährdet sind (RESNICK, 1969). Des Weiteren kommt die Überforderung gerade junger Eltern mit „schwierigen Kindern“ als Erklärungsansatz in Frage.

Geschwister

Unter den Opfern waren etwas mehr als die Hälfte (52 %) Einzelkinder, ein Drittel (32 %) hatten ein oder mehrere Geschwister, darunter war ein Opfer mit Zwilling (5 %). Auffällig war, dass in zwei Fällen die Opfer bereits in Pflegefamilien gelebt hatten, dann aber aus verschiedenen Gründen zur Mutter zurückkamen (Vgl. Kap. 3.3.3) – ein Umstand, der annehmen lässt, dass diese Taten wohl vermeidbar gewesen wären.

Risikofaktoren

Generell gelten in der Literatur Kinder, die nicht den Erwartungen ihrer Eltern entsprechen, als gefährdet – zum Beispiel unerwünschte Kinder, verhaltensauffällige Kinder, oder Kinder mit Behinderung (SCHLANG 2006). Über gesundheitliche Risikofaktoren der Opfer, wie häufige Krankheit oder häufiges Schreien, gab es nur begrenzt Angaben. 26 % der Opfer waren „Schreikinder“ und/oder hatten rezidivierende gesundheitliche Probleme. Viele Opfer in der Gruppe der Kindesmisshandlung wurden am Tag von den Tätern als nervig und quengelig empfunden, während das in allen anderen Gruppen nicht der Fall war. Psychosoziale Risikofaktoren (HOFFMANN und HOCHAPFEL, 1999) waren bei fast allen Opfern vorhanden: 56 % der Opfer waren unehelich geboren, 33 % unerwünscht, in 27 % hatten die Familien Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“, wie zum Beispiel dem Jugendamt, und in 22 % war ein Elternteil kriminell oder dissozial. Schutzfaktoren kamen im Vergleich seltener vor. Bei 61 % der Opfer war mindestens einer vorhanden: In den meisten Fällen (44 %) handelte es sich bei den vorhandenen Schutzfaktoren um die „Entlastung der Mutter“ durch eine große Familie oder andere stabile Beziehungen.

6.4 Die Täterinnen und Täter

Bei den Kindstötungen fällt auf, dass Mütter häufiger Täterin waren (70 %) als Väter Täter (25 %). Außerdem war ein Täter Stiefvater des Opfers (5 %). Dieses Ergebnis ist mit Angaben in der Literatur vergleichbar, laut derer Mütter häufiger ihr Kind töten als Väter (KUNZ und BAHR, 1996: 52,5 % zu 47,5 %; PUTKONEN et al., 2009: 72 % zu 18 % in Österreich und 52 % zu 46 % in Finnland; Raič 1995: 50 zu 10 %). Diese Erkenntnis ist insofern bemerkenswert, als dass insgesamt viel mehr Männer Tötungsdelikte (nicht nur an Kindern) verüben: 93 % männliche Täter stehen 7 % Täterinnen gegenüber (KUNZ und BAHR 1996).

Während Mütter eher jüngere Kinder töteten, töteten Väter eher ältere Kinder. Das stimmt auch mit den Beobachtungen von KUNZ und BAHR (1996) überein (Tötungen von Neugeborenen: 90 % der Fälle Täterinnen, bei den 13- bis 18-Jährigen in 63 % der Täter Väter), sowie mit denen von KLOTZBACH et al. (2003): Opfer von Müttern waren in 32 % Neugeborene und in 20 % unter einem Jahr alt; währenddessen waren Opfer von Männern in 63 % aus der Altersgruppe 2-16 Jahre.

Altersverteilung

Die Altersverteilung der Täterinnen und Täter hatte in der eigenen Untersuchung einen Schwerpunkt bei den 21- bis 25-Jährigen. In dieser Altersgruppe wurden 40 % der Taten verübt. In der Gruppe der über 40-Jährigen wurden 20 % der Taten verübt. Das durchschnittliche Alter lag bei 30,3 Jahren und damit über den in der Literatur beschriebenen Daten: Hier liegt der Durchschnitt bei 21,8 Jahren (SWIENTEK, 2004), 25,7 Jahren (RAIČ 1995) und bei 27,3 Jahren (BOURGET und BRADFORD, 1990). Das vergleichbar höhere Durchschnittsalter der Täter/innen in der eigenen Untersuchung könnte auf die relativ seltener vorgekommenen Neonatiziden zurückzuführen sein, deren Täterinnen typischerweise sehr jung sind (z.B. RESNICK, 1970; ROHDE, 2007b).

6.4.1 Täterprofil und psychische Situation der Täter/innen

Allgemein lässt sich kein „Täterprofil“ beschreiben. In den einzelnen Gruppen sind jedoch durchaus Gemeinsamkeiten zwischen den Täterinnen und Tätern erkennbar, weswegen im Folgenden nochmals einzeln auf die Täter/innen in den verschiedenen Gruppen eingegangen wird. An sich ist festzustellen, dass bestimmte Konstellationen Kindstötungen zu begünstigen scheinen. So sind psychische Erkrankungen eines Elternteils sicherlich ein Risikofaktor, die in der eigenen Untersuchung in 35% der Gesamtfälle bzw. 70% der begutachteten Fälle vorlagen.

Insgesamt waren in der eigenen Untersuchung Persönlichkeitsstörungen die häufigste psychiatrische Diagnose (n=5, also bei 50 % der Täter/innen vorhanden, die eine psychiatrische Diagnostik im Rahmen eines Gutachtens erhalten hatten). Auch PUTKONEN et al. (2009) fanden sowohl in Finnland als auch in Österreich als häufigste Diagnose Persönlichkeitsstörungen (47 % der untersuchten Fälle in Finnland und 35 % in Österreich).

Besonderheiten bei Neonatizid-Täterinnen

Die Neonatizid-Täterinnen (n=3) kamen in verschiedenen Altersgruppen vor, mehrheitlich waren sie unter 25 Jahren alt. Alle lebten in einer mehrjährigen Partnerschaft, eine war verheiratet. Bei einer Täterin handelte es sich nicht um die erste Schwangerschaft. Schwangerschaftsvorsorge hatte keine Täterin erhalten. Dieses Bild deckt sich mit dem von WESSEL et al. (2007) beschriebenen: In deren forensischer Studie waren die Täterinnen mehrheitlich unter 30 Jahren alt, 66 % lebten in einer Partnerschaft und in 66 % der Fälle handelte es sich um die erste Schwangerschaft. Auch SCHLOTZ et al. (2009) fanden in ihrer Untersuchung von 14 Neonatizid-Fällen eher junge Täterinnen mit einem Durchschnittsalter von 22,8 Jahren. Die Mehrheit der Täterinnen war nicht zum ersten Mal schwanger. HERMAN-GIDDENS et al. (2003) untersuchten in North Carolina tot aufgefundene und ausgesetzte Neugeborene (0-4 Tage alt) im Zeitraum von 1985-2000 und fanden, dass meistens die Mutter die Täterin des Neonatizids war, unter diesen 21 % verheiratet waren und nur 23 % Schwangerschaftsvorsorge erhalten hatten. Außerdem hatten 35 % der Täterinnen weitere Kinder. Auch in der Studie von RESNICK (1970) waren von 34 Frauen, die einen Infantizid begangen hatten, die Neonatizid-Täterinnen deutlich jünger als Täterinnen anderer Gruppen und zu 81 % unverheiratet. In Abgrenzung dazu waren alle anderen Infantizid-Täterinnen älter, zu 88 % verheiratet, und sie hatten eher psychische Störungen wie Depressionen, Psychosen, Suizidversuche vorzuweisen.

In der eigenen Untersuchung lag bei einer von drei Täterinnen eine psychische Störung in Form einer akuten Belastungsreaktion vor, ansonsten gab es keine psychiatrischen Diagnosen bei den Täterinnen. In zwei Persönlichkeitstests wurden gehemmte, unsichere und unselbständige Persönlichkeiten beschrieben. Die Intelligenz lag in allen drei Fällen im Bereich der unteren Norm bis leichten Debilität. Auch RESNICK (1970) und D'ORBAN (1979) beschreiben Frauen, die einen Neonatizid begehen, als nicht psychisch gestört, sondern minder begabt. Im Gegensatz dazu beschreiben WESSEL et al. (2007), dass in ihrer forensischen Studie keineswegs allein minderbegabte, hinsichtlich Schule und Beruf unqualifizierte Frauen, ihre Schwangerschaft verdrängten und Neonatizide begingen. Vielmehr waren die Frauen Schülerinnen, Auszubildende, oder in einem festen Arbeitsverhältnis. Eine psychische Erkrankung kam bei WESSEL et al. (2007) nur einmal in Form einer Psychose vor (2 %).

Besonderheiten der Täter/innen des erweiterten Suizids

Diese Täterinnen und Täter (n=5) bildeten die älteste Gruppe; die meisten waren über 41 Jahre alt. Zwei Täterinnen waren psychisch krank, eine litt an einer Depression, die andere hatte eine Persönlichkeitsstörung, beide hatten vor der Tat mehrfach Suizidgedanken gehabt. Methoden der Tötung waren Ersticken und Aufschneiden der Pulsadern. In Persönlichkeitstests wurden beide Täterinnen als introvertiert beschrieben. Eine galt als sozial verantwortlich und offen mit fatalistischer Weltsicht, die andere als selbstunsicher und schizoid. Die beiden hatten eine normale, bzw. sehr gute Intelligenz. Die Charakteristika sind vergleichbar mit denen von ROUGE-MAILLART et al. (2005) beschriebenen. Sie identifizierten anhand des Obduktionsgutes der Rechtsmedizin in Angers aus zehn Jahren 17 Mütter, die ihre Kinder im Alter von einem Monat bis 16 Jahren getötet hatten. Die Motive waren altruistische Tötung oder erweiterter Suizid sowie Tötungen aus Rache, meist im Zusammenhang mit psychiatrischer Erkrankung oder zumindest Hinweisen darauf, wie depressiven Phasen, etc. Charakteristika der Mütter waren: eher älter, verheiratet, berufstätig; sie töteten ihre Kinder mit viel Gewalt, zum Teil mit der bloßen Hand. Es wurden alle Geschwister getötet. Die Tat wurde geplant oder zumindest durchdacht.

Über die psychische Verfassung der drei Täter, die sich im Rahmen der Tat suizidierten, ist nichts bekannt. Aus Zeugenaussagen und einem Abschiedsbrief konnte geschlossen werden, dass sie alle aufgrund der Trennung von der Partnerin verzweifelt und eifersüchtig waren, zum Teil auch Rache verüben wollten. Das deckt sich mit den Erkenntnissen von BOURGET et al. (2007), die Mütter und Väter verglichen, die ihre Kinder getötet hatten. Sie fanden, dass während psychische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen bei beiden Geschlechtern häufig vorhanden sind, Väter eher im Anschluss an den Infantizid auch Suizid begehen und eher aus Eifersucht oder Rache töten als Mütter. In einer anderen Untersuchung von BOURGET und GAGNÉ (2005) wurden 60 Väter, die ihre Kinder im Zeitraum von 1991-2001 getötet hatten, untersucht. In 60 % der Fälle folgte dem Infantizid ein Suizid oder Suizidversuch. In 4 % der Fälle war Rache das Motiv, und zwar immer im Anschluss an eine Trennung, wie in der eigenen Untersuchung auch.

Besonderheiten der Täter/innen der Kindesmisshandlung

Diese Täterinnen und Täter (n=5) waren in der eigenen Untersuchung eher jung und schlecht gebildet. 60 % hatten psychische Auffälligkeiten, es kamen Persönlichkeitsstörungen und in einem Fall eine Anorexie mit Suizidgedanken vor. Waren Persönlichkeitstests vorhanden,

beschrieben diese die Täter als emotional instabil, überfordert und unzufrieden. Die Intelligenz lag in 60 % der Fälle im Normbereich, in einem Fall war der Täter grenzwertig „schwachsinnig“. Die Täterinnen und Täter waren eher jung, 60 % waren unter 25 und 80 % unter 30 Jahre alt.

Dieses Profil wird auch von ROUGE-MAILLART et al. (2005) beschrieben, die die Täterinnen bei Tötung durch Misshandlung und Vernachlässigung als eher jung und unreif mit sozioökonomischen Schwierigkeiten charakterisierten. Die Tötungen wurden nicht geplant und nicht erwartet. Dass die Täterinnen und Täter tendenziell überfordert sind, fiel auch BISHOP (1999) auf, der die qualitative und quantitative soziale Unterstützung von 17 Müttern, die ihre Kinder schlecht behandelten und solchen, die ihre Kinder angemessen behandelten, verglich. Die misshandelnden Mütter hatten Schwierigkeiten, unterstützende Beziehungen außerhalb der Familie aufzubauen und zu unterhalten. Sie erlebten ihr soziales Umfeld als wenig unterstützend, ihre Partner als wenig hilfreich. In ihrer Kindheit hatten sie negative Beziehungserfahrungen gemacht.

Während in der Literatur die Stiefväter als potenzielle Täter infrage kommen (z.B. BOURGET et al., 2007; KUNZ und BAHR, 1996), war in der eigenen Untersuchung nur ein Stiefvater involviert (5 %). Auch PUTKONEN et al. (2009) identifizierten in ihrer Untersuchung von Infantiziden in Finnland und Österreich im Zeitraum von 1995-2005 nicht auffällig viele Stiefeltern, in Österreich war in 9 % aller Infantizid-Fälle ein Stiefvater der Täter.

Besonderheiten bei den sonstigen Täter/innen

Die sonstigen Täter/innen waren in verschiedenen Altersgruppen angesiedelt. Eine Täterin hatte eine Persönlichkeitsstörung. Sie war gering belastungs- und leistungsfähig, ihre Persönlichkeit wurde als paranoid beschrieben. Ihre Intelligenz lag im Bereich der unteren Norm. Über einen Täter gab es keine entsprechenden Informationen. Diese Gruppe ist mit den in der Literatur beschriebenen Gruppen nicht vergleichbar.

6.4.2 Soziale Lage

Die Hälfte der Täterinnen und Täter hatte ein niedriges oder sehr niedriges Schulbildungsniveau, sie hatten keinen Schulabschluss oder einen Hauptschulabschluss erreicht. Vergleichbare Daten erhob SCHLANG (2006), bei der 24 % der Täterinnen keinen Schulabschluss hatten (im Vergleich zu 1,2 % der Gesamtbevölkerung 1985). In der eigenen Untersuchung waren 40 % der

Täter/innen zum Tatzeitpunkt arbeitslos oder übten eine Hausfrauentätigkeit aus, 30 % waren erwerbstätig, 15 % befanden sich in der Ausbildung. Die Hälfte der verantwortlichen Elternteile hatte zum Tatzeitpunkt Geldsorgen, 35 % waren finanziell gesichert. Ähnlich war es in der Untersuchung von SCHLANG (2006), die 56 % der Täter/innen ohne Erwerbstätigkeit beschrieb (davon 22,5 % Arbeitslose im Vergleich zu 3,8 % Arbeitslosen in der Gesamtbevölkerung 1985) und einen Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und tödlich verlaufender elterlicher Gewalt annahm. Hingegen konstatierte SWIENTEK (2004) für die Fälle von Neonatiziden, dass sich das Bildungsniveau nicht vom Durchschnitt der Frauen unterscheidet und auch die soziobiographischen Daten vergleichbar seien.

Schicht

Die Herkunftsschicht wurde, soweit möglich, anhand der Kriterien von KLEINING und MOORE (1968) anhand des ausgeübten Berufs bestimmt. Die unteren Schichten und die untere Mittelschicht waren in der eigenen Untersuchung häufiger betroffen (40 %) als die oberen Schichten (5 %): Aus den oberen Schichten stammte nur eine Täterin eines erweiterten Suizids. Währenddessen scheint die Schichtzugehörigkeit zu den unteren Schichten mit der Häufigkeit von bestimmten Kindstötungen zu korrelieren, nämlich mit Kindesmisshandlungen und Neonatiziden. Das ist vergleichbar mit den Aussagen von BEIER et al. (2008), die 40 Neonatizidfälle im Zeitraum von 1992-2005, die in verschiedenen US-amerikanischen Staaten vorkamen, untersuchten. Hier stammten 5 % der Täterinnen aus der Oberschicht, 64 % aus der Mittelschicht und 31 % aus der Unterschicht.

6.4.3 Herkunftsfamilie

Zu Schwangerschaft, Geburt und frühkindlicher Entwicklung der Täterinnen und Täter gab es wenige Angaben. Trotzdem fällt auf, dass gegenüber 10 % der Täterinnen und Täter, die eher positive Erinnerungen mit ihrer Kindheit verbinden, 30 % mit eher schlechten Erinnerungen stehen. Ein gutes Verhältnis zu beiden Eltern hatten 25 %, ein schlechtes Verhältnis zu mindestens einem Elternteil ebenfalls 25 % der Täterinnen und Täter. 20 % der Täter/innen gaben an, in der Kindheit missbraucht oder misshandelt worden zu sein. Allerdings gab es in ca. 60 % der Fälle gar keine Angaben zur Kindheit und Herkunftsfamilie. Nach Meinung verschiedener Autoren stammen Eltern, die ihre Kinder misshandeln, selbst aus Familien, in denen misshandelt wurde (z.B. EVANS, 1968).

6.4.4 Bindungsaufbau zum Opfer

Schwangerschaft

In der Annahme, dass sich die Beziehung zwischen Mutter und Kind in der Schwangerschaft entwickelt und der Bindungsaufbau während der Schwangerschaft beginnt, wurden Schwangerschaftsverläufe genauer untersucht. Es gingen die Schwangerschaften von allen Müttern, die Täterin waren, mit den betreffenden Opfern, in die Untersuchung ein (n=14).

Für die meisten Mütter war die Schwangerschaft unerwünscht (71 %). Schwangerschaftszeichen wie ein dicker werdender Bauch, Ausbleiben der Regel, Gewichtszunahme oder Übelkeit waren in mehr als der Hälfte der Fälle (57 %) vorhanden, dagegen gab es in 21 % keine Schwangerschaftszeichen. In 57 % der Fälle wurde nie ein Frauenarzt aufgesucht und keine Vorsorge betrieben. Nur in 14 % der Fälle wurde ein Abbruch erwogen. Die Reaktion auf die Schwangerschaft war bei 79 % der Frauen negativ: Das Spektrum der negativen und ablehnenden Reaktionen reichte von Ambivalenz- und Angstgefühlen über Unerwünschtheit bis zum Verdrängen und Nicht-Bemerken der Schwangerschaft. In 71 % Fälle sollte niemand im Umfeld von der Schwangerschaft wissen. Im Verlauf der Schwangerschaft bemerkten 43 % der Frauen Kindsbewegungen, die meisten verdrängten diese. 64 % der Frauen hatten auch dem schwangeren Bauch gegenüber negative Gefühle. Sie verspürten Angst oder vermieden Kontakt und Berührungen mit dem Bauch. Die Geburt fand in 74 % der Fälle an ungeeigneten Orten (z.B. zu Hause alleine) statt.

Ein tieferer Grund für die Entstehung der Schwangerschaft unter psychodynamischen Aspekten konnte in keinem Fall eruiert werden. Neben vielen Verhütungsfehlern (57 %) waren 21 % der Schwangerschaften erwünscht und geplant. Ob die psychodynamischen Thesen von WIESE (1993) oder VON LÜPKE (1994) über die Ursachen der Schwangerschaft anzunehmen sind, ließ sich anhand der vorhandenen Daten nicht beantworten. VON LÜPKE vermutet, dass manche junge Frauen schwanger werden, um einem Mangel abzuweichen (z.B. dem Verlust einer Bezugsperson). Gerade junge Mütter hätten oft früh die eigene Mutter oder eine andere wichtige Bezugsperson verloren. Weitere Ansätze von ihm sind, dass Jugendliche schwanger werden, um einer hochambivalenten abhängigen Beziehung zur eigenen Mutter zu entkommen, oder schwanger werden, um die Beziehung zum Partner zu erhalten. Auch WIESE spricht vom „pathologischen

Kinderwunsch“, zum Beispiel um sich von der eigenen Mutter zu lösen. Beide Autoren nehmen an, dass es bei diesen Konstellationen zu Infantiziden kommen kann.

In der eigenen Untersuchung verhielt es sich so, dass die Frauen aus den Gruppen **Neonatizid** und **negierte/verdrängte Schwangerschaft mit Totgeburt** nicht verhüteten und ungewollt schwanger wurden. Es folgte die Verdrängung oder Negierung der Schwangerschaft und die Mütter bauten keine Bindung zu ihrem Kind auf. Die Geburt führte in manchen Fällen zum Neonatizid. In diesen Fällen sahen die Frauen aufgrund ihrer Persönlichkeit in dieser Situation der Panik und Verzweiflung keine andere Möglichkeit, mit dem „Problem Kind“ umzugehen, als es zu beseitigen. Die erforderliche enorme Anpassungsleistung, um in dieser Situation adäquat zu handeln und Alternativen zur Tötung des Kindes zu suchen, war für sie unmöglich (SCHLOTZ et al., 2009). Die anderen Fälle der negierten oder verdrängten Schwangerschaft endeten in einer Totgeburt oder einem Tod unter der Geburt. Möglicherweise kam es zur Totgeburt oder zum Tod unter der Geburt, weil die Mutter ihr Kind nicht schützte, weil keine Mutter-Kind-Bindung vorhanden war, die das Kind schützte, oder weil die Mutter ihr Kind (unterbewusst) ablehnte und ihm deshalb nicht half, zu überleben. Über die unbewussten Ursachen für die Negierung oder Verdrängung der Schwangerschaft lassen sich anhand der vorhandenen Daten keine Aussagen machen.

Bezogen auf die anderen Todesumstände gab es kaum Angaben zur Schwangerschaft, sodass sich für die Ursachen der Schwangerschaft keine Aussagen machen lassen.

Wochenbett

Auffällig viele der Mütter, die später einen Infantizid begangen und deren Kinder den Zeitraum unmittelbar nach der Geburt überlebten (n=6), hatten im Wochenbett Symptome (n=4, 67 %), die an eine „Wochenbettdepression“ denken ließen. 33 % hatten keine Beschwerden. Das Wochenbett knüpft an die Schwangerschaften an. Auch im Wochenbett spiegelten sich scheinbar negative Gefühle dem Kind gegenüber wieder.

Bindung

Zusammenfassend ließ sich aus den Daten erkennen, dass 64 % der Mütter, die ihr Kind töteten oder deren negierte Schwangerschaft mit einer Totgeburt endete, während der Schwangerschaft und in der Zeit danach keine Bindung zu ihrem Kind aufbauten. In 21 % entstand hingegen eine

Mutter-Kind-Bindung. Darunter war ein Fall, in dem eine überstarke Bindung zum Kind entstand (Fallbeispiel 7) – in diesem Fall hatte sich das Verhältnis der Mutter zu ihrem Kind während der Schwangerschaft verändert. Aus einer anfänglichen Ambivalenz und Ablehnung wurde eine symbiotische Beziehung. Anhand dieser Ergebnisse ist anzunehmen, dass das Erleben und der Umgang mit der Schwangerschaft in Verbindung zum späteren Umgang mit dem Kind stehen.

Die Bindung zwischen Mutter und Kind entwickelt sich schon während der Schwangerschaft und hat einen entscheidenden Einfluss auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Geburt. Eine gute, sichere Bindung zwischen Mutter und Kind könne als Voraussetzung für die positive Entwicklung des Menschen angesehen werden THURMANN (2004).

Einerseits scheint es den Fall zu geben, dass aus tieferen, schwer zu ergründenden Ursachen, keine Bindung zum Kind aufgebaut wird und es in dieser Konstellation zur Tötung des Kindes kommt. Identifiziert sich eine Mutter während der Schwangerschaft nicht mit dem Kind, ist dies für das Kind gefährlich. Es kann dazu führen, dass sie das Kind gar nicht bemerkt und es entweder wegen mangelnder Vorsorge bereits im Mutterleib verstirbt, oder dass es bei der Geburt stirbt, die überraschend, zum Beispiel auf der Toilette, stattfindet. Es kann aber auch sein, dass sie nie eine Bindung aufbaut und das Kind entweder kurz nach der Geburt tötet oder es im Verlauf seines Lebens schlecht behandelt. Sehr deutlich wird das am Fallbeispiel 9, bei dem die Mutter das Kind nie wollte, nie liebte, und es schlussendlich mit Absicht die Treppe herunterfallen ließ.

Die andere extreme Konstellation ist die der überstarken, symbiotischen Bindung zwischen Mutter und Kind. Diese Konstellation ist typisch für den erweiterten Suizid, da die Mutter ihr Kind nicht alleine auf der Welt zurücklassen will, wenn sie sich selbst zum Suizid entscheidet. Eine überstarke Bindung kann gefährlich für ein Kind sein.

6.4.5 Beziehung zwischen Täter/in und Partner/in

72 % der Täter/innen hatten eine Beziehung, 60 % lebten mit dem Partner zusammen. In einer Beziehung befanden sich alle **Neonatizid**-Täterinnen und die meisten Frauen, die eine Schwangerschaft verdrängt hatten und dann eine Totgeburt hatten, sowie alle Täter/innen der **Kindesmisshandlung** und der **sonstigen Tötung**. Alle Mütter, die einen Neonatizid verübten, hatten also eine Beziehung und waren -formell- nicht allein. Das wirft die Frage nach der Rolle

des Partners und seiner Mit-Verantwortung für das Bemerkten und Reagieren auf die Schwangerschaft auf. SWIENIEK (2004) stellte fest, dass bei über 50 % der Neonatizid-Fälle die Beziehung zum Kindsvater über die Schwangerschaft und die Tat andauerte, sich aber über die Harmonie in der Beziehung keine Aussagen machen ließen. Deshalb zog sie in Betracht, dass die Frauen innerhalb der Partnerschaft einsam waren. In der eigenen Untersuchung war, bezogen auf die Neonatizide, sehr auffällig, dass zwar keiner der drei Partner der Täterinnen von der Schwangerschaft seiner Freundin gewusst haben will, aber alle relativ kurz vor der Entbindung mit ihren Freundinnen Geschlechtsverkehr hatten (in zwei Fällen in der Woche vor der Entbindung, in einem Fall im Monat vor der Entbindung, siehe Tab. 12 Kap. 4.3). Augenscheinlich blieben schwangerschaftsbedingte körperliche Veränderungen (die Frauen entbanden alle im 9. Schwangerschaftsmonat) von den Partnern unbemerkt, obwohl sie in so einem fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadium noch Intimkontakte hatten. WESSEL et al. (2007) untersuchten 93 Frauen, die ihre Schwangerschaft verdrängt oder verheimlicht hatten und bei denen es zu einem Neonatizid oder einer Totgeburt gekommen war (1980-1989). Zehn von 42 Frauen, die ihre Schwangerschaft verdrängt hatten, gaben an, innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Geburt Intimkontakte mit ihrem Partner gehabt zu haben. In zwei Dritteln der Fälle dauerte die Beziehung zum Kindsvater an. Auch diese Väter bemerkten die Schwangerschaft ihrer Freundin nicht. BEYER et al. (2008) beschrieben, dass die Negierung der Schwangerschaft nicht auf die Mutter beschränkt ist, sondern dass die Schwangerschaft oft auch vom Partner und den Angehörigen verdrängt wird.

Eklatant springen die bestehenden Beziehungen zu den Partner/innen bei **Kindesmisshandlungen** ins Auge. Auch hier bleibt unklar, warum der jeweilige Partner nicht interveniert hat, wo Warnsignale offensichtlich waren. In zwei von fünf Misshandlungsfällen gaben die Täter/innen Beziehungsprobleme an, die auch mit dem Umgang oder mit der Misshandlung des Kindes verbunden waren.

In 25 % der Fälle lebten die Paare getrennt oder trennten sich gerade. Dies betraf vor allem die Gruppe der **erweiterten Suizide**. Die alleinstehenden Frauen hatten keinen Partner, der sie unterstützte und fühlten sich in dieser Hinsicht einsam. Das steht im Gegensatz zur Annahme von BISHOP (1999), der Täterinnen von erweiterten Suiziden als verheiratet beschrieb. Bei den erweiterten Suiziden, die von Männern begangen wurden, stand ein aktueller Beziehungskonflikt im Mittelpunkt ihres Denkens und Handelns. Eifersucht, Verzweiflung und teilweise auch

Rachedgedanken spielten eine große Rolle. Das deckt sich mit den Beobachtungen von BOURGET et al. (2007), laut derer eher Väter als Mütter aus Rache töten. In einer anderen Untersuchung von BOURGET und GAGNÉ (2005) fanden die Tötungen aus Rache auch immer im Zusammenhang mit einer Trennung statt.

6.5 Die Partner der Täterinnen und Täter

Wie bereits in Kap. 6.4.5 beschrieben ist anzunehmen, dass der Partner eine Rolle im Kontext von Infantiziden spielt. Umso erstaunlicher ist es, dass in den ausgewerteten Akten kaum Angaben über die Partner/innen der Täter/innen vorhanden waren. Strafrechtlich verantwortlich war in fast allen Fällen nur die Täterin oder der Täter. Eine Mit-Verantwortlichkeit der Partner/innen wurde aber oft von vorne herein ausgeschlossen. Im Gegensatz dazu steht die aktuelle gesellschaftliche Entwicklung, in der eine partnerschaftliche Kindererziehung, Aufteilung der Elternzeit und Kinderbetreuung auch durch Väter propagiert werden. Die Entwicklung geht hin zur gemeinsamen Verantwortlichkeit der Eltern, zu gleichen Rechten und Pflichten für ihr Kind. Doch auch SWIENTEK (2004) stellte fest, dass sich bei **Neonatiziden** über die Beteiligung des Kindsvaters keine Aussage machen lässt, allerdings sei er in Dreivierteln der Fälle unauffindbar. Das war bei der eigenen Untersuchung bei einem Neonatizid (33 %) der Fall. Der Kindsvater (Fallbeispiel 18) war im Anschluss an die Tat und während der Verhandlung für einen längeren Zeitraum „verschwunden“. In zwei weiteren Fällen wird er im Urteil erwähnt, eine Rolle im Tatgeschehen wird ihm aber nicht zuerkannt.

Im Fall der **negierten Schwangerschaft mit Totgeburt** als Folge kann man die Position beziehen, allein die Mutter und ihre psychische Verfassung seien ursächlich für die Negierung oder Verdrängung. Laut BEYER et al. (2008) negieren jedoch auch die Partner und die Angehörigen der Schwangeren die Schwangerschaft, indem sie Schwangerschaftszeichen nicht wahrnehmen und nicht auf solche eingehen. Auch in der eigenen Untersuchung fiel auf, dass alle fünf Väter nichts von der Schwangerschaft wussten und 80 % von ihnen eine ablehnende Haltung gegenüber der Schwangerschaft hatten. Vielleicht verspürten die Frauen dementsprechend Angst und Sorge.

Bei den **erweiterten Suiziden** hatten die Täterinnen zum Tatzeitpunkt keine partnerschaftliche Beziehung, von daher spielten die ehemaligen Partner vor Gericht keine Rolle. Von den

Partnerinnen der Täter wurde eine im Rahmen der Tat getötet, die beiden anderen wurden vernommen und nicht für mitverantwortlich für die Taten befunden. Festzustellen ist, dass Vater, Mutter und Kind(er) ein Beziehungsgeflecht bildeten, innerhalb dessen es zu dieser dramatischen Entwicklung kam.

Die Fälle der **Kindesmisshandlung** bilden neben den Neonatiziden die andere Gruppe, bei der die Partner/innen der Täter/innen im Verdacht stehen müssen, eine Rolle gespielt zu haben oder gar mit an der Tat beteiligt gewesen zu sein. In der eigenen Untersuchung wurde kein/e Partner/in mit angeklagt, da keiner eine konkrete Mitschuld trug.

Wird ein Kind misshandelt, sind aber oft die Partner des misshandelnden Elternteils mitwissend. Hier beginnt eine rechtliche Grauzone. Die Frage ist, ob der mitwissende Partner auch mitschuldig ist, wenn er oder sie die Tat nicht verhindert. In der eigenen Untersuchung ist zu den Partner/innen der misshandelnden Täter/innen (n=5) festzustellen, dass zwei Partnerinnen von sich aus kein Kind haben wollten: Eine bekam es dem Partner zuliebe (Fallbeispiel 11) und eine holte es dem Partner zuliebe aus der Pflegefamilie zu sich zurück (Fallbeispiel 17). Ein Partner wollte zwar eine Familie gründen und Kinder bekommen (Fallbeispiel 8), konnte trotz dieses Wunschs aber nicht unterstützend zu seiner Freundin und den Kindern stehen. Er lebte vorwiegend bei seinen eigenen Eltern. Zwei weitere Partner (Fallbeispiele 12 und 14) hatten sich ausdrücklich ein Kind gewünscht und standen auch dazu. Sie waren von den Taten der Frau/Freundin überrascht und sehr betroffen.

Bei den **sonstigen Fällen** stellt sich ebenfalls die Frage, ob ein Nicht-Einschreiten schon als Straftat interpretiert werden kann. In einem Fall (Fallbeispiel 13) vernachlässigte die Partnerin des Täters ihr Kind und den gemeinsamen Haushalt. Die Polizei fand eine Wohnung voller Müll, Essensresten und Fliegen vor. Die Partnerin des Täters hatte die Absicht, ihren Freund auf diese Weise zu mehr Mitarbeit im Haushalt und zu mehr Mitverantwortung bei der Versorgung des Kindes zu erziehen. Sie wurde wegen Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht angeklagt und erhielt eine Jugendstrafe auf Bewährung. Im anderen sonstigen Fall (Fallbeispiel 16) wurde eine Mitverantwortung des Partners ausgeschlossen.

6.6 Tatablauf und Vermeidbarkeit der Taten

Tatzeitpunkt

Zum Zeitpunkt der Tat lassen sich aus den gewonnenen Daten keine Aussagen ableiten. Es konnte weder ein gehäuftes Vorkommen an Wochenenden, wie von SCHMIDT et al. (1996), noch an Montagen, wie von SCHLANG (2006) beschrieben, noch eine Häufung in den frühen Abendstunden (SCHLANG 2006, SCHMIDT et al. 1996) festgestellt werden. LESTER (1979) fand ein häufigeres Vorkommen von Suiziden an Montagen, während in seiner Untersuchung Tötungsdelikte überwiegend am Wochenende verübt wurden. LESTER führt diese Häufung an Wochenenden auf vermehrten Alkoholkonsum, engeren Kontakt mit Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten sowie auf dem im Vergleich zu Werktagen veränderten Tagesrhythmus zurück.

Während in Finnland 30 % der Infantizid-Täter/innen bei der Tat alkoholisiert sind (PUTKONEN et al. 2009), stand in der eigenen Untersuchung kein/e Täter/in unter Alkoholeinfluss und sonstigen Drogen.

Besonderheiten der Opfer

Die Opfer wiesen am Tattag kaum Besonderheiten auf. Die meisten verhielten sich in der eigenen Untersuchung nicht anders als normal. Allerdings war auffällig, dass in der Gruppe der Kindesmisshandlungen 80 % der Opfer am Tattag unruhig und quengelig waren oder es zumindest von den Tätern so empfunden wurde (z.B. Fallbeispiele 11 und 12). In den anderen Gruppen ist vom Todesumstand her anzunehmen, dass die Opfer keinen Einfluss auf den Verlauf der Tat hatten.

6.6.1 Motiv und Tatauslöser

Insgesamt war Überforderung das häufigste Motiv, das in der Hälfte der Fälle als tatauslösend angegeben wurde. Genauso häufig gaben die Täter/innen an, nicht vorsätzlich gehandelt zu haben, was bedeutet, dass sie sich in einem psychischen Ausnahmezustand befanden und die Kontrolle verloren. Weitere Motive waren Wut und Jähzorn, Verdrängung oder Negierung, Zukunftssorgen und „sich im Stich gelassen fühlen“.

Die Bedeutung von Überforderung beim Umgang mit Kindern wird auch in der Studie des BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BFSFJ, 2003) deutlich, in der die Auswirkungen des seit 2000 geltenden Gesetzes zur Gewaltfreien Erziehung auf die Erziehungspraxis in Deutschland untersucht wurden. Befragt wurden Eltern, Jugendliche und Experten in den Jahren 2001-2002. 87 % der Eltern hatten das Ideal einer gewaltfreien Erziehung, auch wenn sie körperliche Strafen anwendeten. 74 % der gewaltbelasteten Eltern strebten eine gewaltfreie Erziehung an. 57 % begründeten die Anwendung körperlicher Gewalt in ihrer Erziehung mit Überforderung, Stress und Hilflosigkeit. Körperliche Gewalt hielten sie nicht für eine gute Erziehungsmaßnahme. Ein Beispiel für eine Kindesmisshandlung aus Überforderung ist das der Frau R. aus Fallbeispiel 12. Die junge Frau R. lebte mit ihrem ebenso jungen Freund zusammen, sie bekamen ungewollt ein Kind und wussten an vielen Stellen nicht, mit dem Kind und der neuen Lebenssituation umzugehen. Die Eltern der Frau R. wohnten in einer anderen Stadt und standen nicht als Ansprechpartner zur Verfügung. Da das sechs Wochen alte Kind viel schrie, ging Frau R. mit ihm zum Kinderarzt, der 3-Monats-Koliken diagnostizierte. Doch das Schreien beim Füttern, beim Wickeln und nachts empfand Frau R. als Undankbarkeit, sie schüttelte ihr Kind häufiger, um es zu „beruhigen“ bzw. um es „ruhig zu stellen“.

6.6.2 Vermeidbarkeit

Die politische Diskussion dreht sich immer wieder um die Vermeidbarkeit von Kindstötungen. In unserer Gesellschaft werden die positiven Aspekte von Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft stets stark betont, während die negativen Seiten häufig verharmlost werden (SCHLANG 2006). So werden falsche Erwartungen geschürt. Eltern, die aus bestimmten Gründen in oder mit ihrer Rolle nicht zufrieden sind, weil sie zum Beispiel ihr Kind nicht wollten oder weil ihr Kind schreit statt zu schlafen, geraten möglicherweise unter Druck. Von daher muss zur Prävention von Infantiziden die Aufklärung darauf abzielen, Kenntnisse über real existierende Probleme, sowie Problemlösungsstrategien zu vermitteln. Es sei nochmals auf das oben erwähnte Fallbeispiel 12 verwiesen. Die jungen Eltern hatten kein realistisches Bild von Elternschaft.

Warnsignale

Häufig gibt es im Vorfeld der Taten Warnsignale. Verantwortliche werden dann gesucht, die diese Warnsignale nicht wahrgenommen oder nicht interveniert haben. Vermeidbar sind Infantizide nur, wenn Warnsignale ernst genommen werden.

In der eigenen Untersuchung waren in vielen Fällen Warnsignale vorhanden: In 50 % der Fälle hatte es Warnsignale gegeben, vor allem in den Gruppen erweiterter Suizid (80 %), Kindesmisshandlung (80 %) und sonstige Tötungen (100 %). Es ist also anzunehmen, dass ein Teil der erweiterten Suizide, Kindesmisshandlungen und sonstigen Tötungen vermieden werden könnten, während dies beim Neonatizid sehr schwierig erscheint. Hier gab es im Gegensatz zu den anderen Gruppen in keinem Fall Warnsignale, auch nicht in der retrospektiven Betrachtung, wenn man davon absieht, dass jemandem im sozialen Umfeld oder zumindest dem Partner die körperlichen Veränderungen durch die Schwangerschaft hätten auffallen müssen. Für die Vermeidung müssen Personen im Umfeld, vor allem Ärzte, besonders geschult werden, ein Problembewusstsein zu entwickeln, Warnsignale zu erkennen und Hilfsmaßnahmen einzuleiten. Dennoch darf nicht vergessen werden, dass es sich um Einzelfälle handelt und plakative Schilderungen nicht weiterführen können. Da sich die Tatabläufe in den verschiedenen Gruppen stark unterscheiden, müssen auch verschiedene Vermeidungsstrategien entwickelt werden.

Bezogen auf **Neonatizide** ist festzustellen, dass die Gefahr in diesen Fällen darin bestand, dass die Schwangerschaften negiert oder verheimlicht wurden. Die Problematik des Neonatizids und seiner Täterinnen liegt in der Tatsache, dass die Mütter ihre Schwangerschaft nicht publik machen und Warnsignale (zum Beispiel den dicken Bauch) verheimlichen. BEYER et al. (2008) nannten nach ihrer Untersuchung von 40 Neonatizid-Täterinnen deren Verheimlichung der Schwangerschaft, die gute körperliche Verfassung, fehlende psychische Vorerkrankungen und die fehlende kriminelle Vorgeschichte, sowie die unterschiedlichen Täterprofile als Herausforderungen für die Neonatizid-Forschung. Die oben angesprochenen Ärzte, die sensibel auf Warnsignale reagieren sollen, kommen mit Neonatizid-Täterinnen zumeist gar nicht in Kontakt. Allerdings finden sich immer wieder Frauen, die bis dahin ihre Schwangerschaft negiert oder verdrängt hatten, in einer Klinik oder ärztlichen Praxis ein. Das betrifft täglich etwa vier Frauen in Deutschland. Es liegt auf der Hand, dass der Umgang mit diesen Frauen viel Einfühlungsvermögen, Zeit und Sensibilität erfordert (SCHLOTZ et al. 2009; WESSEL et al., 2007).

Vermeidbar wären die Neonatizid-Fälle gewesen, wenn die Schwangerschaften bekannt gewesen wären und mit den werdenden Müttern eine Strategie entwickelt worden wäre, das Kind anzunehmen. Eine weitere Möglichkeit wäre die Unterstützung bei einer Adoption. Der Einfluss der Väter auf die Frau und ihre Beziehung zum Kind ist laut SWIENTEK (2004) nicht zu unterschätzen. Das zeigte sich in der eigenen Untersuchung an den negierten Schwangerschaften, die zu einem Neonatizid führten, folgendermaßen: Kein Vater will die Schwangerschaft bemerkt haben und damit war kein Vater Unterstützer für die werdende Mutter. Während ein Täter seiner Frau bezüglich einer weiteren Schwangerschaft sogar vorher gedroht hatte („Wenn Du noch einmal schwanger wirst, schlag ich Dich tot“, Fallbeispiel 1) und ein weiterer durch „Verschwinden“ auffiel (Fallbeispiel 18), war der dritte Vater (Fallbeispiel 2) „nur“ unwissend bezogen auf die Schwangerschaft. Bei den untersuchten Fällen gab es keine Angaben über das Wissen der Mütter um Babyklappen, anonyme Geburt und Beratungsstellen.

Es scheint, dass das mittelalterliche Gesetz, Schwangerschaften melden zu müssen (siehe Kap. 1.4), gar nicht so weit hergeholt war. In unserer heutigen Gesellschaft ist dennoch angesagt, auf Aufklärung zu bauen. Der Ethikrat empfiehlt in seiner Stellungnahme zur anonymen Kindsabgabe (ETHIKRAT, 2009) für die Prävention von Neonatiziden, die öffentlichen Informationen über die bestehenden legalen Hilfsangebote für Schwangere und Mütter in Not- und Konfliktlagen zu verstärken und die niederschwellige Erreichbarkeit dieser Angebote zu jeder Tages- und Nachtzeit zu gewährleisten.

In den Gruppen **Kindesmisshandlung** und **sonstige Tötung** gab es zahlreiche Warnsignale, die zum großen Teil auch wahrgenommen wurden. Da es sich aber normalerweise um ein komplexes Geschehen handelt, ist es schwierig, eindeutige Maßnahmen vorzuschlagen. Um solche Fälle in Zukunft vermeiden zu können, wäre eine deutlichere Sensibilisierung von Jugendämtern und Ärzt/innen, aber auch Erzieher/innen und Lehrer/innen hilfreich (BFSFJ, 2003). Außerdem müssten Angehörigen, die Warnsignale empfangen, Anlaufstellen zur Verfügung stehen. Auch hier wäre der Kinderarzt eine entscheidende Instanz für eine Mutter, deren Partner Täter ist. Kampagnen im Wartezimmer könnten sie vielleicht dazu anstoßen, über die jeweiligen Probleme zu sprechen. In vier von fünf Fällen (80 %) der Kindesmisshandlung waren die Täter/innen vom Partner auf ihren Umgang mit dem Kind angesprochen und aufgefordert worden, es besser zu behandeln. Augenscheinlich war diese Art der Intervention nicht ausreichend (z.B. Fallbeispiele 11 und 17). Beiden Partnerinnen waren Misshandlungen durch den Täter und dessen schlechter

Umgang mit dem Kind im Vorfeld aufgefallen. Im Nachhinein ist davon auszugehen, dass diese Fälle vermeidbar gewesen wären, wenn die Partner rechtzeitig und ausreichend interveniert hätten. Kindesmisshandlungen sind nach Literaturangaben häufig Wiederholungsfälle (47% bei D'ORBAN, 1979; 35% bei DE SILVA und OATES, 1993).

Für die Prävention scheint es wichtig, Jugendliche über die Problematik elterlicher Gewalt an Kindern aufzuklären und ihnen ein realistisches Bild von der Elternschaft zu vermitteln. Zum Beispiel im Rahmen des Schulunterrichts (SCHLANG 2006). Das seit 2000 geltende Gesetz zur Gewaltfreien Erziehung, das sowohl körperliche als auch psychische Gewalt einschließt, habe zu einer Sensibilisierung für Gewalt in der Erziehung in der Bevölkerung geführt und einen Wandel im Erziehungsverhalten positiv unterstützt. Dies geht aus Untersuchungen des BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2003) hervor. Dieser Wandel sei außerdem auf ein höheres Bildungsniveau, Aufklärung und eine generell vermehrte Ablehnung von Gewalt als Konfliktlösung in der Bevölkerung zurückzuführen. Das Gewaltverbot müsse in verstärktem Maße über Massenmedien und Kampagnen bekannt gemacht werden, damit Beratungsstellen angesprochen würden und konkret helfen könnten.

Der **erweiterte Suizid** war zumeist (80 %) angekündigt. Bezüglich der Täterinnen, die bereits Patientinnen waren, tragen die Kliniken eine große Verantwortung. Haben suizidgefährdete Patient/innen Kinder, sollte die Möglichkeit eines erweiterten Suizids mitbedacht werden. Eine stationäre Aufnahme muss in Erwägung gezogen werden. Die im Fallbeispiel 7 beschriebene Frau G. hätte am Abend vor der Tat stationär aufgenommen werden müssen, zumal sie bereits wegen „hoher Suizidalität“ eingewiesen worden war.

Bei den Tätern, die aus Rache töteten, bestanden im Vorfeld bereits Anzeichen. Scheinbar wurden diese Ankündigungen im Umfeld nicht ernst genommen, wahrscheinlich schien den Verwandten und Freunden eine solche Tat abwegig. Vielleicht wurden diese Andeutungen als unerwünschte, gewalttätige Züge des Freundes verdrängt. Auch hier besteht ein hoher Bedarf an Aufklärung. Das empfehlen auch SALEVA et al. (2007) zur Prophylaxe von „homicide-suicides“, also von Selbsttötungen im Anschluss an ein Tötungsdelikt. In deren Untersuchung von zehn „homicide-suicide“-Fällen in Finnland im Zeitraum von 1987-1988 waren in fünf Fällen Kinder betroffen. In drei Fällen gab es Warnsignale im Sinne von Ankündigungen der Tat. Als Vermeidungsstrategien nannten SALEVA et al. neben dem restriktiveren Umgang mit Schusswaffen (78 % der Taten wurden mit Schusswaffen verübt und in Finnland gab es im

Untersuchungszeitraum die dritt meisten Schusswaffen pro Einwohner weltweit) und dem sensibleren Umgang mit Alkoholkonsum, den die Autoren mit Suizid und Tötungsdelikten allgemein in Verbindung setzen. Androhungen eines erweiterten Suizids müssen ernstgenommen werden. Die extremen Beziehungsprobleme und -belastungen, wie zum Beispiel lautstarke Streitigkeiten im Vorfeld der Taten, dürfen nicht vergessen werden. Sie sind Hinweis auf einen erweiterten Suizid, aber auch ein Hinweis auf generelle Hilfsbedürftigkeit. Die im Fallbeispiel 9 beschriebene Familie war im Freundeskreis für die lautstarken und handgreiflichen Streitigkeiten bekannt.

Was bei allen Gruppen übereinstimmend auffällt, ist, dass in der Hälfte der Fälle Überforderung als Motiv angegeben wurde. Überforderung kann in allen sozialen Situationen auffallen und ist als Warnsignal ernst zu nehmen.

Anknüpfend an die These, dass die Bindung zwischen Mutter und Kind bereits im Mutterleib entsteht und eine gute Bindung schützend für das Kind ist, sowie dass der Umgang mit der Schwangerschaft Schlüsse auf den späteren Umgang mit dem Kind zulässt, ist zu diskutieren, ob Schwangere von einer Begleitung vor der Geburt, z.B. durch Hebammen, profitieren würden.

6.6.3 Fehleinschätzungen

In Einzelfällen ist von amtlicher Seite Fehler auf. Das Jugendamt stand in fünf Fällen im Vorfeld der Tat mit der Familie in Kontakt. Im Folgenden werden zwei Fälle nochmals genauer analysiert: Das Kind von Frau J. aus Fallbeispiel 10 lebte eine Zeit lang in einer Pflegefamilie, da die Mutter sich überfordert fühlte. Die Tochter wollte zur Mutter zurück. Frau J hatte „nichts dagegen“ und das zuständige Jugendamt war einverstanden. Die Mutter tötete ihre Tochter im Rahmen eines versuchten erweiterten Suizids. Auch im anderen Fall (Fallbeispiel 17) war das Kind bei einer Pflegefamilie, weil die leibliche Mutter kein Kind haben wollte. Ihr neuer Freund bestand darauf, das Kind zurückzuholen, „weil ein Kind zur Mutter gehört“. Das zuständige Jugendamt gestattete den Rückzug des Kindes zur leiblichen Mutter und deren Freund, der das Kind zu Tode misshandelte. In beiden Fällen kann man dem Jugendamt vorwerfen, nicht umsichtig genug gewesen zu sein und nach dem Rückzug der Kinder zur leiblichen Mutter die Familien nicht mehr ausreichend betreut zu haben. Dies sollte auf der Hand gelegen haben, da die beiden Mütter ihre Kinder ja vorher aus Überforderung freiwillig abgegeben hatten. Andererseits ist zu bedenken, dass in anderen Studien (z.B. SCHLANG, 2006) Fälle beschrieben sind, in denen

die Angst vor dem Verlust des Sorgerechts unmittelbar tatauflösend war. Die Einschaltung des Jugendamtes führte zu einer Zuspitzung der familiären Situation. Dadurch, dass das Jugendamt letztlich über das Sorgerecht und den Verbleib des Kindes entscheidet, kommt es häufig zu einer Abwehrhaltung der Eltern.

Zweimal fiel auf, dass psychiatrische Kliniken ihre Patientinnen fehl einschätzten. In einem Fall (Fallbeispiel 7) wurde die Patientin, die eigentlich von einem niedergelassenen Psychiater wegen hoher Suizidalität eingewiesen worden war, nicht aufgenommen und ein Termin für den nächsten Tag vereinbart. Im anderen Fall (Fallbeispiel 16) wurde die Täterin auf eigene Verantwortung aus einer Klinik entlassen, obwohl sie Andeutungen gemacht hatte, ihr Kind zu töten.

6.6.4 Die Babyklappe als Lösungsansatz

Die bisherigen Lösungsversuche wie zum Beispiel die Babyklappe zielen nur auf die Neonatizidfälle ab. Sie sollen Frauen als Alternative zum Neonatizid zur Verfügung stehen. Für die eigene Untersuchung ist festzustellen, dass während des Untersuchungszeitraums zwei Babyklappen eröffnet wurden, eine in Koblenz und eine in Köln. Ob den Täterinnen diese Babyklappen oder die Institution Babyklappe bekannt waren, konnte nicht eruiert werden.

Es scheint ein entscheidender Punkt zu sein, dass Neonatizide in psychischen Ausnahmesituationen passieren, in denen rationale Alternativen nicht in Betracht gezogen werden. Die Mutter gerät in Panik und setzt ihr Kind aus oder tötet es. Weil sie eben nicht planvoll handelt, sucht sie auch keine Babyklappe für die Aussetzung auf (SWIENTEK, 2001). Das belegt auch eine Untersuchung von BALMACEDA-HARMELINK et al. (2002): Nachdem es zweieinhalb Jahre Babyklappen in Hamburg gegeben hatte, zeigten sie, dass die Zahl der ausgesetzten oder getöteten Neugeborenen nicht signifikant gesunken war. Die Zahl der in den Babyklappen gefundenen Kinder war höher, als die Zahl der sonst erwarteten Neonatizide. Es musste eine andere Quelle für Kinder gegeben haben, die in den Babyklappen abgelegt wurden; es deutete darauf hin, „dass nicht alle [in den Babyklappen] abgelegten Neugeborenen ohne dieses Angebot durch aktives Töten oder aussetzen den Tod gefunden hätten“. BOTT et al. (2009) stellten fest, dass die Zahl der getöteten Neugeborenen seit der Einrichtung von zahlreichen Babyklappen bundesweit unverändert bei etwa 30 Fällen pro Jahr blieb. Währenddessen werden etwa 100 Babys pro Jahr in den Klappen oder über anonyme Geburten zu Findelkindern gemacht (SWIENTEK, 2007a). Die Bundesregierung ging hingegen 2007 davon aus, dass seit der

Einführung von Babyklappen und anonymen Geburten insgesamt 143 Kinder in Babyklappen abgegeben wurden und 88 Kindern anonym in Kliniken zurückgelassen wurden (BENTHEIM 2008). Die Rede ist also von circa 33 Findelkindern im Jahr. Vermutet wird von Kritikern, dass die in den Babyklappen aufgefundenen Neugeborenen von Müttern oder Eltern stammen, die ohnehin ihr Kind zur Adoption freigeben wollten und für die die Babyklappe weniger bürokratischen Aufwand als der normale Weg der Adoption bedeutet (ROHDE, 2007a). Außerdem gebe es zahlreiche Möglichkeiten, die Babyklappe zu missbrauchen, zum Beispiel zum Kinderhandel, zur „Entsorgung“ von Kindern mit Behinderungen oder eines Kindes gegen den Willen der Mutter, zum Beispiel durch den Vater oder Angehörige (SWIENTEK, 2007a; SWIENTEK, 2007b; WACKER, 2007).

Der deutsche Ethikrat empfiehlt in seiner Stellungnahme zu Babyklappen und anonymer Geburt (ETHIKRAT, 2009), die bestehenden Angebote aufzugeben, da eine Wirksamkeit gegen Kindstötung und -aussetzung nicht belegt werden könne und es gleichzeitig gut belegtes Wissen um die möglichen psychischen Schäden und negativen Folgen der Unkenntnis der Herkunft bei Findel- und Adoptivkindern gebe.

6.7 Schuldfähigkeit und Bestrafung

Zwei Dinge fielen bei der Durchsicht der Strafakten ins Auge. Es wurden Akten von vier verschiedenen Staatsanwaltschaften ausgewertet. Die Fälle hatten zum Teil eine gewisse Ähnlichkeit, doch verschiedene Staatsanwaltschaften gingen unterschiedlich mit dem Sachverhalt um. So kamen die Landgerichte zu verschiedenen Schlüssen und Strafmaßen. Außerdem ist im Vorfeld der Verhandlung entscheidend, ob ein Täter einen Krankheitswert zugestanden bekommt und dementsprechend ein Gutachten in Auftrag gegeben wird. Nur dann kommt ein vermindertes Strafmaß wegen verminderter (§ 21 StGB) oder aufgehobener Schuldfähigkeit (§ 20 StGB) mit einer Unterbringung nach § 63 StGB in der forensischen Psychiatrie in Betracht.

Schuldfähigkeitsbeurteilungen

Vor einer Bestrafung steht in vielen Fällen eine Schuldfähigkeitsbeurteilung durch einen psychiatrischen Gutachter. In der eigenen Untersuchung waren in 50 % der Fälle Gutachten vorhanden. Diese Gutachten variierten sehr stark an Umfang und Qualität. Volle Schuldfähigkeit

wurde in 15 % der Fälle vom Gutachter angenommen, verminderte Schuldfähigkeit in 20 %, und aufgehobene Schuldfähigkeit in 15 % der Fälle. Zum Vergleich: Laut PUTKONEN et al. (2009) bekommen in Österreich 82 % und in Finnland 83 % der Infantizid-Täter/innen ein psychiatrisches Gutachten, im Zeitraum 1995-2005 wurden 33 % der Täter/innen in Österreich bzw. 25 % in Finnland als schuldunfähig eingestuft. Eine psychiatrische Begutachtung sei in allen Fällen zu fordern, so ROHDE (2006), da die Tötung des eigenen Kindes immer eine psychische Ausnahmesituation darstelle und nur auf dem Boden einer außergewöhnlichen Konfliktsituation zustande kommen könne.

Neben der Tatsache, dass nicht alle Täter/innen ein Gutachten bekommen und daraus eine Ungerechtigkeit resultieren könnte, wird in der Literatur diskutiert, ob die Diagnosekriterien zu Störungen, bei denen Kindstötungen vorkommen können, ausreichend und ob die Schuldfähigkeitsbeurteilungen vergleichbar und gerecht sind. SPINELLI (2004) beschäftigte sich mit Müttern, die im Zusammenhang mit einer Wochenbettpsychose ihre Kinder töteten. Anhand eines Falles aus den USA zeigt sie, dass die US-amerikanische Rechtsprechung psychisch kranken Täterinnen nicht gerecht wird, indem sie sie wie Mörderinnen behandelt und nicht wie Kranke. Sie vermutet, dass das Fehlen von Diagnosekriterien zu postpartalen psychischen Erkrankungen in der DSM-4 dazu beiträgt, dass Richter wie Psychiater zu wenig über diese Störungen wissen, diese nicht erkennen, bzw. den Krankheitswert nicht anerkennen und schlussendlich von Juristen über die Behandlung und Bestrafung von psychisch Kranken entschieden wird. WESSEL et al. (2007) untersuchten 181 forensische und geburtshilfliche Fälle von negierter Schwangerschaft (die geburtshilflichen Fälle wurden im Lauf der Schwangerschaft oder bei der Geburt erkannt, die forensischen Fälle endeten mit einem Neonatizid oder einer Totgeburt) und schlugen die neue Kategorie „reproduktive Dysfunktionen“ für DSM und ICD vor, die den „Sexuellen und Geschlechtsidentitätsstörungen“ (DSM) bzw. den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (ICD) zugeordnet sein sollte. Eine solche neue Kategorie sollte nach Ansicht der Autoren Kennzeichen wie „Auffälligkeiten des reproduktiven Erlebens und Verhaltens“, und „psychophysiologische Veränderungen, die den reproduktiven Ablauf charakterisieren und die deutliches Leiden und zwischenmenschliche Schwierigkeiten verursachen“ beschreiben.

Urteil und Bestrafung

Wie in Kapitel 5.6 beschrieben, sind die Urteile und Strafen im Vergleich zur Voruntersuchung von RAIČ (1995) und Angaben in der Literatur tendenziell häufiger geworden. Das Strafmaß hat sich ebenfalls erhöht.

6.8 Abschließende Gedanken

Insgesamt zeigt mir die Auseinandersetzung mit diesem Thema und das Studium der Akten „Abgründe“ menschlichen Handelns und menschlichen Leids, sowie tiefe Konflikte innerhalb der Gesellschaft auf.

In unserer medial orientierten Gesellschaft wird das tägliche Geschehen schnell verbreitet. Immer wieder kommt es dazu, dass Tötungsdelikte an Kindern eine breite Aufmerksamkeit erhalten und vermeintliche Täter/innen wegen ihrer Taten angeprangert werden. Nicht selten werden hohe Strafen gefordert, wenn offensichtlich ist, dass jemand sein eigenes Kind getötet hat. Die Tötung des eigenen Kindes gilt als eine der schlimmsten Taten, die ein Mensch begehen kann. Wenn hingegen die Schuld der Mutter nicht offensichtlich ist, wie zum Beispiel bei einer negierten oder verdrängten Schwangerschaft mit Totgeburt oder Tod unter der Geburt, wird die Ermittlung oft eingestellt. Obwohl man hier eine Verantwortung der Mutter für ihr Kind durchaus diskutieren kann, gelangen solche Fälle nur selten in den Fokus der Öffentlichkeit. Ich sehe dabei Konflikte in unserer Gesellschaft: Es gibt in Krankenhäusern mit Maximalversorgung die medizinische Möglichkeit, dass ein Kind, das in einer frühen Schwangerschaftswoche geboren wird, überlebt. Gleichzeitig mangelt es an psychosozialer Versorgung schwangerer Frauen, die Hilfe und Unterstützung brauchen, um mit ihrer Schwangerschaft verantwortungsvoll umzugehen. Und während über dramatische Kindesmisshandlungs- und Vernachlässigungsfälle eine Sensations-Berichterstattung geleistet wird, wird bei der Kindesmisshandlung, die in vielen Familien alltäglich stattfindet, häufig weggesehen. Es fehlt an Unterstützung für Eltern, die aus Überforderung Gewalt gegen ihre Kinder ausüben.

Was bei der medialen Aufarbeitung von Infantiziden häufig fehlt, ist die Auseinandersetzung mit dem Kontext, in dem die Tat geschah. Bei genauerer Betrachtung der Zusammenhänge und Vorgeschichten wird deutlich, dass es sich um Einzelschicksale handelt. Ich wähle bewusst das Wort „Schicksal“, weil für die Täterin oder den Täter die Tötung des eigenen Kindes wömmöglich

das Schlimmste ist, was passieren kann. Meiner Auffassung nach ist in jedem Fall ein psychiatrisches Gutachten zu fordern und die Frage der Schuldfähigkeit zu klären. Zu überlegen wäre, ob hierbei ein standardisiertes Verfahren verwendet werden könnte.

Besonders bei Infantiziden, die im Zusammenhang mit einer psychischen Störung der Täterin oder des Täters geschehen, ist neben psychiatrischen Gutachten auch eine psychiatrische oder psychotherapeutische Betreuung und Unterbringung für die Täter/innen wichtig.

7 Zusammenfassung

Gewalt an Kindern und Tötung von Kindern durch ihre eigenen Eltern hat es in allen Epochen der Menschheitsgeschichte gegeben. Seit einigen Jahrzehnten stehen die Rechte und Bedürfnisse von Kindern im öffentlichen Interesse. In dieser Arbeit sollte versucht werden aufzuzeigen, wie selten und zugleich wie vielgestaltig die Tötung von Kindern durch ihre eigenen Eltern in unserer Gesellschaft heute ist. Jede Tat ist ein Einzelfall, hinter dem eine Geschichte steht: Die Geschichte des tötenden Elternteils, dessen Persönlichkeit und des psychosozialen Hintergrunds.

Neben der Häufigkeit und der Art der Infantizide sollte untersucht werden, ob manche Kinder speziell gefährdet sind, Opfer eines Infantizids zu werden, also ob die Opfer bestimmte Besonderheiten oder Risikofaktoren mitbringen. Außerdem sollte untersucht werden, welche Täterpersönlichkeiten hinter solchen Taten stecken, ob sie bestimmte Eigenschaften haben und welche Rolle psychische Erkrankungen und schichtspezifische Merkmale spielen, welche Motivation der Tat zugrunde lag und wie die Beziehung zum Opfer aussah. Weiterhin wurde versucht, die Verantwortlichkeit der Täter/innen, die von psychiatrischen Gutachtern und von Seiten des Gerichts beurteilt wurde, zu klären. Auch die Rolle der Partner/innen wurde besprochen. Im Zusammenhang mit Tatablauf und Tatauslösern wurde nach Warnsignalen gesucht und die Vermeidbarkeit solcher Taten wurden diskutiert.

Von 439 Todesfällen von Kindern und Jugendlichen bis zu 20 Jahren, die zwischen 1994 und 2007 im Bonner Institut für Rechtsmedizin obduziert wurden, starben 46 % eines natürlichen Todes (zum Beispiel einen plötzlichen Säuglingstod oder infolge von einer Krankheit oder Operation) (n=201). 22 % der Todesopfer starben infolge eines Unfalls (n=95). 16 % der Kinder und Jugendlichen verschuldeten ihren Tod selbst im Rahmen eines Suizids oder Drogentods. Von allen verstorbenen Kindern und Jugendlichen starben 9 % durch Fremdverschulden im Rahmen von Tötungsdelikten: 5,6 % wurden von Fremden getötet und 4,3 % von den eigenen Eltern. In 3 % der Fälle konnte die Todesursache nicht geklärt werden.

Die 408 Todesfälle ohne Elternverantwortung (93 %) wurden nach der Häufigkeit der Todesursachen klassifiziert. In 123 Fällen war ein plötzlicher Säuglingstod die Todesursache (30 %), in 96 Fällen Unfälle (23 %), in 82 Fällen verstarben die Kinder und Jugendlichen an Folgen von Krankheit oder einer Operation (20 %), in 39 Fällen an einem Suizid (10 %), in 31 Fällen durch Drogen (8 %), in 19 Fällen durch Tötungsdelikte durch Fremde (5 %), und in zehn Fällen (3 %) durch sonstige Todesursachen.

Von den Todsopfern insgesamt überwogen die männlichen Todesopfer mit 64 % (n=281) gegenüber den 36 % der weiblichen Todesopfer (n=158). In der kleineren Gruppe der Todesopfer mit Elternverantwortung war die Verteilung der Geschlechter ähnlich mit 63 % männlichen und 37 % weiblichen Todesopfern.

Von den 439 Gesamttodesfällen waren in 19 Fällen (4,3 %) die eigenen Eltern für den Tod ihrer Kinder verantwortlich. Diese wurden in fünf Neonatizide (26 %), sechs erweiterte Suizide (32 %), sechs Kindesmisshandlungen (32 %) und zwei Sonstige Tötungen (10 %) kategorisiert. 15 Täter/innen konnten anhand ihrer staatsanwaltschaftlichen Akten näher untersucht werden. Außerdem wurden fünf Todesfälle nach negierter oder verdrängter Schwangerschaft und anschließender Totgeburt oder Tod unter der Geburt identifiziert. Die betreffenden Fälle wurden von Seiten der Staatsanwaltschaft als „medizinischer Grund“ gewertet. Die fünf betreffenden Mütter wurden mit untersucht und als Täterinnen bezeichnet, sodass insgesamt Daten von 20 Elternteilen ausgewertet wurden. Unter den 20 verantwortlichen Elternteilen waren 70 % Mütter (n=14).

Frauen, die einen Neonatizid begangen hatten (n=3), waren eher jünger (mehrheitlich unter 25), hatten Geldsorgen, und lebten in einer Partnerschaft. Keiner der Partner dieser Frauen wusste von der bestehenden Schwangerschaft. Bei den Täterinnen des Neonatizids kamen außer eine akuten Belastungsreaktion keine psychiatrischen Diagnosen vor. Die Persönlichkeiten wurden als emotional gehemmt, unsicher und unselbständig beschrieben. Sie töteten ihr Kind, weil es nicht erwünscht war und weil sie Angst vor der Reaktion der Umgebung hatten. Sie wurden entweder für voll schuldig (n=1) oder vermindert schuldig (§ 21 StGB) (n=2) erklärt und sie erhielten Haftstrafen.

Frauen, die ihre Schwangerschaft negiert oder verdrängt hatten und bei denen es zu einer Totgeburt kam (n=5), bildeten die jüngste Gruppe. Fast alle lebten in einer Partnerschaft und waren finanziell gesichert. Keiner der Partner wusste von der Schwangerschaft, vier von fünf Partnern hatten eine ablehnende Haltung einer Schwangerschaft gegenüber. Über diese Frauen ist nicht viel bekannt.

Frauen, die einen erweiterten Suizid begangen bzw. versucht hatten, waren älter als Frauen aus den anderen Gruppen und hatten mehrere psychiatrische Diagnosen, wie Depression, Dysthymie und Persönlichkeitsstörungen. Ihre Persönlichkeiten wurden als introvertiert beschrieben. Sie hatten keine partnerschaftliche Beziehung und keine Geldsorgen. Sie töteten aus Verzweiflung

und Depression. Vor Gericht galten sie als vermindert schuldfähig (§ 21 StGB) und sie erhielten Haftstrafen. Männer, die einen erweiterten Suizid begingen, waren auch eher älter. Alle befanden sich in oder kurz nach einer Trennung von der Partnerin. Geldsorgen kamen bei ihnen vor. Über die Persönlichkeiten ist wenig bekannt. Die Tatmotive waren Verzweiflung, Rache und Eifersucht, so dass es sich bei den Fällen um eine Kombination aus dem Medea-Syndrom und eigenem Suizid handelt, also einer Sonderform des erweiterten Suizids.

Misshandelnde Elternteile kamen in allen Altersgruppen vor, waren aber eher in den unteren Schichten vertreten. Sie lebten in einer Beziehung und hatten Geldsorgen. Laut psychologischen Tests wurden sie als emotional instabil und überfordert beschrieben. In drei von fünf Fällen gab es psychiatrische Diagnosen wie Persönlichkeitsstörungen, Alkoholabusus, und eine leichte geistige Behinderung. Tatmotive waren „Kind als Störfaktor“, Unerwünschtheit und Impulstaten. Drei Täter/innen wurden als voll schuldfähig und zwei Täter/innen wurden als vermindert schuldfähig (§21 StGB) eingestuft. Sie erhielten mehrheitlich relativ lange Haftstrafen, nur eine Täterin erhielt nach dem JGG einen Schuldspruch und keine Strafe.

In einer weiteren Gruppe der sonstigen Tötung wurden eine Impulstat einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und ein Vernachlässigungsfall zusammengefasst.

Retrospektiv betrachtet waren in 50 % aller Fälle Warnsignale vorhanden, in den Gruppen Erweiterter Suizid und Kindesmisshandlung jeweils in über 80 %. Bei den Neonatiziden waren in keinem Fall Warnsignale vorhanden. Eine Anklage gegen den oder die Partner/in wurde in einem Fall erhoben (Vernachlässigung), in einem Fall (negierte Schwangerschaft mit Tod unter der Geburt) wurde der Notarzt angeklagt.

Aufgrund der Überlegung, dass die Bindung zwischen Mutter und Kind in der Schwangerschaft beginnt und eine Bindung schützend für das Kind sein könnte, wurden die Schwangerschaften der 14 Täterinnen, die einen Infantizid begangen hatten, untersucht. In 50 % der Fälle handelte es sich um die erste Schwangerschaft, in 71 % hatte die Mutter nicht schwanger werden wollen. Die Reaktion auf die Schwangerschaft war bei 79 % der Mütter und 57 % der Väter negativ. Das Spektrum der negativen Reaktionen reichte von Ambivalenz- und Angstgefühlen und Unerwünschtheit über Verdrängen bis hin zum Nicht-Bemerken der Schwangerschaft. Die Geburt fand in 74 % der Fälle an ungeeigneten Orten (z.B. zu Hause alleine) statt. In 74 % der Fälle baute die Mutter keine Bindung zu ihrem Kind auf. Von 21 %, bei denen eine Bindung entstand, gab es in einem Fall eine überstarke Bindung.

Fallbeispiel-Verzeichnis

Fallbeispiel 1:.....	71
Fallbeispiel 2:.....	74
Fallbeispiel 3:.....	81
Fallbeispiel 4:.....	82
Fallbeispiel 5:.....	84
Fallbeispiel 6:.....	87
Fallbeispiel 7:.....	89
Fallbeispiel 8:.....	91
Fallbeispiel 9:.....	92
Fallbeispiel 10:.....	93
Fallbeispiel 11:.....	93
Fallbeispiel 12:.....	94
Fallbeispiel 13:.....	94
Fallbeispiel 14:.....	98
Fallbeispiel 15:.....	98
Fallbeispiel 16:.....	99
Fallbeispiel 17:.....	100
Fallbeispiel 18:.....	101
Fallbeispiel 19:.....	102
Fallbeispiel 20:.....	103

Literaturverzeichnis

- ALLAHBADIA GN. The 50 million missing women. *J Assist Reprod Genet* 2002; 19: 411-416
- BALMACEDA-HARMELINK U, LACH H, PÜSCHEL K. Forensische Pädopathologie-Baby-klappen: Häufigkeitsveränderung von Kindstötung und -aussetzung mit Todesfolge in Hamburg? *Päd* 2002; 8: 385-394
- BENTHEIM ZU A. Wissenschaftliche Dienste. Babyklappe und anonyme Geburt. Aktueller Begriff 2008; 45/08
- BEYER K, MCAULIFFE MACK S, SHELTON JL. Investigative Analysis of Neonaticide. *Criminal Justice And Behavior* 2008; 35: 522-535
- BISHOP S. Maternal social support patterns and child maltreatment: comparison of maltreating and nonmaltreating mothers. *Am J Orthopsychiat* 1999; 69: 172-181
- BLAIR P, SIDEBOTHAM P, EVASON-COOMBE C, EDMONDS M, HECKSTALL-SMITH E, FLEMING P. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: case-control study of SIDS in south west England. *BMJ* 2009; 339: 1-11
- BONNET C. Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse Negl* 1993; 17: 501-513
- BOTT R. Suche von und nach Adoptierten. Die Unterstützung bei der Suche von und nach Adoptierten ist eine Frage der Einstellung und nicht ein Problem von -fehlenden-Paragrafen. Hamburg: GZA, 2005
- BOTT R, SWIENTEK C, WACKER B. Kindstötung und Kindesaussetzung in Zeiten von Babyklappe und anonymer Geburt - Überblickszahlen 2002-2006. In: Babyklappe und anonyme Geburt - ohne Alternative? *Terre-des-hommes*. Osnabrück, terre des hommes, 2007. 160-161
- BOTT R, SWIENTEK C, WACKER B, 2009:
http://www.tdh.de/content/themen/weitere/babyklappe/studie_toetung.htm
 (Zugriffsdatum: 31.3.2010)
- BOURDIEU P. Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1982
- BOURGET D, BRADFORD J. Homicidal parents *Can J Psychiatry* 1990; 35: 233-238
- BOURGET D, GAGNÉ P. Maternal Filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002; 30: 345-351
- BOURGET D, GAGNE P. Paternal Filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005; 33: 354-360
- BOURGET D, GRACE J, WHITEHURST L. A Review of Maternal and Paternal Filicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 2007; 35: 74-82
- BOWLBY J. Bindung - Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler, 1975
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BFSJF) (HRSG.). Gewaltfreie Erziehung. Eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf eine gewaltfreie Erziehung. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2003
- BUTEAU J, LESAGE AD, KIELY MC. Homicide followed by suicide: a Quebec case series, 1988-1990. *Can J Psychiatry* 1993; 38: 552-556
- CARTWRIGHT D. The narcissistic exoskeleton: the defensive organization of the rage-type murderer. *Bull Menninger Clin* 2002; 66: 1-18

- CHESNE AD, BAJANOWSKI T, BRINKMANN B. Spurenarmer Tötungsdelikte an Kindern. Arch Kriminol 1997; 199: 21-26
- D'ORBAN P. Women who kill their children. Brit. J Psychiat. 1979; 134: 560-571
- DE MAUSE L. Die Geschichte der Kindheit ist ein Alptraum, aus dem wir gerade erst erwachen. Gewalt gegen Kinder. In: Ungewollte Kinder. Annäherungen, Beispiele, Hilfen. Häsing H, Janus LH. Hamburg, Rohwolt Verlag, 1994: 236-250.
- DE SILVA S, OATES R. Child homicide-the extreme of child abuse. Med J Aust, 1993; 158: 300-301
- ETHIKRAT. Das Problem der anonymen Kindesabgabe. Stellungnahme. 2009
- EVANS P. Infanticide. Proc roy Soc Med 1968; 61: 1296-1299
- FRIEDMAN SH, HORWITZ SM, RESNICK PJ. Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. Am J Psychiatry 2005; 162: 1578-1587
- FRIEDRICHSEN G. "Ich habe keine Erklärung". Der Spiegel 2003: 52-53
- GAMBAROFF, M. Utopie der Treue. Reinbeck: Rohwolt-Verlag, 1984
- GEYER-KORDESCH J. Infanticide and medico-legal ethics in eighteenth century Prussia. Clio Med 1993; 24: 181-202
- HÄSING H, JANUS L. Ungewollte Kinder. Annäherungen, Beispiele, Hilfen. Hamburg: Rohwolt-Verlag, 1994
- HERMAN-GIDDENS ME, SMITH JB, MITTAL M, CARLSON M, BUTTS JD. Newborns killed or left to die by a parent: a population-based study. Jama 2003; 289: 1425-1429
- HESKETH T, ZHU WX. The one child family policy: the good, the bad, and the ugly. BMJ 1997; 314: 1685-1687
- HOFFMANN S, HOCHAPFEL G. Neurosenlehre. Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer, 1999
- HONTELA S, REDDON J. Infanticide of defective newborns: an old midwife's story. Psychological Reports 1996; 79 (3, Pt 2): 1275-1278
- JANUS L. Pränatale Psychologie und Psychotherapie. Heidelberg: Mattes, 2004
- KLEINING G, MOORE H. Soziale Selbsteinstufung (SSE) - Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1968; 20: 505-552
- KLOTZBACH H, PÜSCHEL K, LENTZ E. Forensische Pädopathologie-Tötung von Kindern und Jugendlichen-kriminologische Aspekte. Päd 2003; 9: 201-204
- KUNZ J, BAHR SJ. A profile of parental homicide against children. Journal of Family Violence 1996; 11: 347-362
- LARME AC. Health care allocation and selective neglect in rural Peru. Soc Sci Med 1997; 44: 1711-1723
- LESTER D. Temporal variation in suicide and homicide. Am J Epidemiol 1979; 109: 517-520
- LIESE G. Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Adoptierter (BARGEA). In: Babyklappe und anonyme Geburt - ohne Alternative? tdh (Hrsg.). Osnabrück, terre des hommes, 2007. 114-116
- MARKS MN, KUMAR R. Infanticide in England and Wales. Med Sci Law 1993; 33: 329-339
- MARKS MN, KUMAR R. Infanticide in Scotland. Med Sci Law 1996; 36: 299-305
- MARNEROS A. Erweiterter Suizid: Eine blaptophobe Finalität. ZKPP 1997; 45: 183-195

- MARNEROS A. Kindstötung: Zur Frage der Schuldfähigkeit nach "negierter" Schwangerschaft. MschrKrim 1998; 81: 173-179
- MARNEROS A. Schlaf gut, mein Schatz. Eltern, die ihre Kinder töten. Bern: Scherz, 2003
- MARNEROS A, DEISTER A, ROHDE A. Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie: Springer Berlin Heidelberg New York, 1991
- MERKLE T, WIPPERMANN C. Eltern unter Druck. Selbstverständnisse, Befindlichkeiten und Bedürfnisse von Eltern in verschiedenen Lebenswelten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung von Sinus Sociovision im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. Stuttgart: Lucius & Lucius, 2008
- MEYER CL, OBERMAN M. Mothers who kill their children. Understanding the acts of Moms from Susan Smith to the "Prom Mom". New York: New York University Press, 2001
- MOYSICH J. 2008: Neun Jahre Projekt Findelbaby in Hamburg beweist: Die Babyklappe klappt. http://www.sternipark.de/fileadmin/user_upload/PR_Artikel/Presstext_Dr_Juergen_Moysich.pdf2008 (Zugriffsdatum: 31.3.2010)
- NAECKE P. Der Familienmord in gerichtlich-psychiatrischer Beziehung. Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitärwesen 1908; 35: 137-157
- OVERPECK M, BRENNER R, TRUMBLE A, TRIFILETTI L, BERENDES H. Risk factors for infant homicide in the united states. The New England Journal of Medicine 1998; 339: 1211-1216
- PAPAPIETRO DJ, BARBO E. Commentary: toward a psychodynamic understanding of filicide--beyond psychosis and into the heart of darkness. J Am Acad Psychiatry Law 2005; 33: 505-508
- PITT SE, BALE EM. Neonaticide, infanticide, and filicide: a review of the literature. Bull Am Acad Psychiatry Law 1995; 23: 375-386
- PUTKONEN H, AMON S, ALMIRON M, CEDERWALL J, ERONEN M, KLIER C, KJELSBURG E, WEIZMANN-HENELIUS G. Filicide in Austria and Finland - a register-based study on all filicide cases in Austria and Finland 1995-2005. BMC Psychiatry. 2009; 21: 74
- RAIČ D. Die Tötung von Kindern durch die eigenen Eltern: Soziobiographische, motivationale und strafrechtliche Aspekte (Diss. Univ. Bonn, Med. Fak). Bonn, 1995
- RAUCH E, TUTSCH-BAUER EKM. § 217 StGB - Kindstötung, ein nicht mehr zeitgemäßer Paragraph? Forensische Aspekte zur geplanten Reform § 217 StGB. Geburtsh u Frauenheilk 1997; 57: 699-702 hier müssen Sie noch mal gucken, ob das richtig ist
- RESNICK P. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. Am J Psychiatry 1969; 126: 325-334
- RESNICK P. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. Am J Psychiatry 1970; 126: 1414-1420
- ROHDE A. Suizid und Infantizid bei Postpartalen psychischen Störungen. Psycho 1998; 24: 604-612
- ROHDE A. Die Tötung des eigenen Kindes - Motivationen und Schuldfähigkeitsbeurteilungen beim Infantizid. In: Kongressband 13. forensisch-psychiatrische Tagung. Haller, Laubicher, Neumann, Pakesch und Prunnlechner, 2006
- ROHDE A. Neugeborenenentötung durch die Mutter - Wirken Babyklappen und anonyme Geburt präventiv? ZFF 2007a; 25: 42-28

- ROHDE A. Welche Mütter töten ihre Kinder? In: Babyklappen und anonyme Geburt - ohne Alternative?, tdh (Hrsg.), Osnabrück: terre des hommes, 2007b. 128-144
- ROHDE A, MARNEROS A. Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie: Kohlhammer Verlag, 2006
- ROHDE A, Raič D, VARCHMIN-SCHULTHEIB K, MARNEROS A. Infanticide: sociobiographical background and motivational aspects. Arch Womens Ment Health 1998; 1: 125-130
- ROUGE-MAILLART C, JOUSSET N, GAUDIN A, BOUJU B, PENNEAU M. Women who kill their children. Am J Forensic Med Pathol 2005; 26: 320-326
- SALEVA O, PUTKONEN H, KIVIRUUSU O, LÖNNQVIST J. Homicide-suicide - An event hard to prevent and separate from homicide and suicide. Forensic science International 2007; 166: 204-208
- SATERNUS KS, THIEL A, KASTNER-VOIGT M. "Ich habe mein Kind getötet". Erfahrungen mit schweren Depressionen bei Müttern nach Plötzlichem Kindstot aus psychiatrischer und rechtsmedizinischer Sicht. Der Nervenarzt 1998; 69: 53-59
- SCHALLER A. The gate the Kaiser opened for women. Rotenhausgasse, Vienna-Alservorstadt. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch 1995; 35: 153-157
- SCHLANG C. Tödlich verlaufende elterliche Gewalt. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2006
- SCHLOTZ N, LOUDA J, MARNEROS A, ROHDE A. Von der verdrängten Schwangerschaft bis zur Kindstötung. Der Gynäkologe 2009; 8: 614-618
- SCHMIDT P, GRAß H, MADEA B. Child homicide in Cologne (1985-1994). Forensic Science International 1996; 79: 131-144
- SMITHEY M. Infant homicide at the hands of mothers: Toward a sociological perspective. Deviant Behavior 1997; 18: 255-272
- SPINELLI MG. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. Am J Psychiatry 2004; 161: 1548-1557
- STERNIPARK. Die Babyklappe klappt auch im neunten Jahr (Pressemitteilung). Hamburg: SterniPark, 2008.
- SUMNER MM. The unknown genocide: how one country's culture is destroying the girl child. Int J Nurs Pract 2009; 15:65-68
- SWIENTEK C. Die Wiederentdeckung der Schande- Babyklappen und anonyme Geburt. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2001
- SWIENTEK C. Kindstötung-Neonazid. der kriminalist 2004; 5: 189-193
- SWIENTEK C. Ausgesetzt - verklappt - anonymisiert. Deutschlands neue Findelkinder. Burgdorf Ehlershausen: Kirchturm Verlag, 2007a
- SWIENTEK C. Lebenszeitfolgen bei Müttern, die ihre Kinder abgeben. In: Babyklappe und anonyme Geburt - ohne Alternative? tdh (Hrsg.). Osnabrück: terre des hommes, 2007b. 117-127
- TERRE-DES-HOMMES (Hrsg.). Babyklappe und anonyme Geburt - ohne Alternative? Osnabrück: terre des hommes, 2007
- THURMANN, IM. Psychologische Schwangerenbegleitung und Baby-Therapie in der Praxis. In: Pränatale Psychologie und Psychotherapie. Janus, L (Hrsg.). Heidelberg: Mattes, 2004
- TRAUTH W. Tödliche Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1985-1989. (Diss. Uni Würzburg, Med. Fak.) Würzburg, 2000

- TRUBE-BECKER E. Gewalt gegen das Kind, Heidelberg: Kriminalistik Verlag, 1997
- UNIV. ERLANGEN. Plötzlicher Kindstod. Virus als Babykiller? Uni Erlangen, interdisziplinäre Studiengruppe plötzlicher Kindstod. Rechtsmedizin 1998; 8
- UNICEF. Todesurteil: Mädchen. Köln: UNICEF 1998; 1-2
- UNICEF. A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations. Florence Innocenti Report Card 5, 2003
- VISHWANATH I. Female Infanticide and the position of women in India Sage Publications India Pvt Ltd, New Delhi 1996
- VON LÜPKE H. Ungewolltes Wunschkind - Bedrohtes Traumkind. Paradoxien des Kinderwunsches. In: Ungewollte Kinder. H Häsing und LH Janus (Hrsg.). Hamburg: Rohwolt-Verlag, 1994; 55-61
- WACKER B. Die Gefahr des Kinderhandels - fünf Szenarien. In: Babyklappe und anonyme Geburt - ohne Alternative? tdh (Hrsg.). Osnabrück: terre des hommes, 2007; 83-97
- WESSEL J, BUSCHER U. Denial of pregnancy: population based study. Bmj 2002; 324: 458
- WESSEL J, ENDRIKAT J, GAURUDER-BURMESTER A, KÄSTNER R. Verdrängte Schwangerschaft. Geburtsh Frauenheilk 2003; 63: 577-580
- WESSEL J, WILLE R, BEIER KM. Schwangerschaftsnegierung als reproduktive Dysfunktion: Ein Vorschlag für die internationalen Klassifikationssysteme Sexuologie 2007; 14: 66-77
- WIEMANN I. Adoption und Identitätsfindung. In: Babyklappe und anonyme Geburt - ohne Alternative? tdh (Hrsg.). Osnabrück, terre des hommes, 2007. 98-113
- WIESE A. Mütter, die töten: psychoanalytische Erkenntnis und forensische Wahrheit. München: Fink, 1993
- WILLE R, BEIER KM. "Verdrängte" Schwangerschaft und Kindstötung: Theorie - Forensik - Klinik. Sexuologie 1994; 2: 75-100
- WOLF A. Erinnerungen an das geltende Recht. Familienrechtliche Überlegungen. In: Baby-klappe und anonyme Geburt - ohne Alternative? tdh (Hrsg.). Osnabrück: terre des hommes, 2007. 53-75

Danksagung

Ganz herzlich danken möchte ich Frau Professor Rohde für die Überlassung des Themas und die stets präzise und konstruktive Kritik sowie die Motivation bei der Planung, Durchführung und der Korrektur meiner Arbeit.

Herrn Professor Madea möchte ich für seine Unterstützung und aufmunternden Worte bei der Datenerhebung und Recherche in der Rechtsmedizin danken.

Ich möchte allen Mitarbeiterinnen der Abteilung für Gynäkologische Psychosomatik und der Rechtsmedizin für ihre ausgesprochene Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft danken, insbesondere für die Hilfe bei der Aktensuche.

Für das unermüdliche Korrekturlesen danke ich meinen Eltern, meiner Oma und allen lieben Freunden, besonders Andreas.

Großer Dank gilt meiner außergewöhnlichen Familie, die mich in meiner gesamten Ausbildung unterstützt haben und mir nicht nur die notwendige Ruhe und den Freiraum gaben, sondern beständig mit Fragen und Diskussionen meinen Horizont erweiterten.