

Aus der Klinik für forensische Psychiatrie der Medizinischen Fakultät der  
Universität Rostock: Leitender Arzt Prof. Dr. med. habil. D. Schläfke

# **Psychosoziale Aspekte der Kindstötung in Bezug zur forensischen Begutachtung**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

der Medizinischen Fakultät

der Universität Rostock

vorgelegt von

Christine Bätje, geb. am 12.04.1982 in Bützow

aus Rostock

Rostock, den 11.11.2011

**Datum der Einreichung:** 11.11.2011

**Datum der Verteidigung:** 10.04.2012

**Dekan:** Prof. Dr. med. E. Reisinger

**1. Gutachter:** Prof. Dr. med. habil. D. Schläfke, Klinik für Forensische Psychiatrie  
am Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock

**2. Gutachter:** Prof. Dr. med. habil. F. Häßler, Klinik für Psychiatrie, Neurologie,  
Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter am  
Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock

**3. Gutachter:** Prof. Dr. med. N. Nedopil, Abteilung für forensische Psychiatrie,  
Psychiatrische Klinik, Klinikum Innenstadt der Universität der  
Universität München

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
1.1 Kindstötung	1
1.1.1 Infantizid	1
1.1.2 Neonatizid	3
1.1.3 Filizid	4
1.1.4 Familizid	6
1.2 Epidemiologie der Kindstötung	6
1.3 Klassifikationen der Kindstötung	8
1.4 Literarische, kulturelle und historische Aspekte der Kindstötung	13
1.5 Juristische Aspekte der Kindstötung	15
1.6 Forensisch-Psychiatrische Gutachten: Erarbeitung und Inhalt	17
1.7 Die Forensische-Psychiatrische Begutachtung bei Kindstötungen	18
1.8 Fragestellung der Arbeit	20
<b>2. MATERIAL UND METHODEN</b>	<b>22</b>
2.1 Datenerfassung	22
2.2 Allgemeine Gutachtenbeschreibung	22
2.3 Datenauswertung	23
<b>3. ERGEBNISSE</b>	<b>25</b>
3.1 Ergebnisse zu den Taten, den Tatmotiven und den Opfern	25
3.1.1 Die Taten	25
3.1.2 Die Tatmotive	26
3.1.3 Die Opfer	28
3.2 Ergebnisse bezogen auf die TäterInnen	30
3.2.1 Allgemeine soziodemographische Informationen	30
3.2.2 Ergebnisse bezogen auf das Kindes- und Jugendalter und der Primärfamilie	33
3.2.3 Ergebnisse bezogen auf die Sekundärfamilie	35
3.3 Die Qualität der Begutachtung	37

3.4 Die Forensisch- Psychiatrische Begutachtung der KindstöterInnen	40
3.4.1 Die Diagnosen	40
3.4.2 Die Forensisch- Psychiatrische Beurteilung	41
3.4.2.1 §§ 20, 21 StGB	41
3.4.2.2 § 64 StGB	44
3.4.2.3 § 63 StGB	46
3.4.2.4 §§ 3, 105 JGG	47
3.5 Regionale Gemeinsamkeiten und Unterschiede der TäterInnen und Gutachten	47
3.6 Hierarchische Clusteranalyse der TäterInnenpopulation	50
<b>4. DISKUSSION</b>	<b>53</b>
<b>5. ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>73</b>
<b>6. THESEN</b>	<b>75</b>
<b>7. LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>80</b>
<b>8. ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>88</b>
<b>9. TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>89</b>
<b>10. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>90</b>
<b>11. ANHANG</b>	<b>91</b>
<b>12. LEBENSLAUF</b>	<b>97</b>
<b>13. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG</b>	<b>98</b>
<b>14. DANKSAGUNG</b>	<b>99</b>

# 1. EINLEITUNG

## 1.1 Kindstötung

Kindstötung ist ein sehr allgemeiner Terminus und beinhaltet die Begriffe Infantizid, Neonatizid und Filizid. Nach Raič wird im juristischen Sinne und auch umgangssprachlich die Kindstötung synonym zum Neonatizid verwendet (Raič 1997). Jedoch muss Kindstötung auch die Tötung von älteren Kindern umfassen. Diese Fälle beschreibt der Filizid.

Als kurze Erklärung der Taten beschrieben Schläfke et al. 2008:

„Infantizide: Im Allgemeinen der Ausdruck (Sammelbegriff) für Tötungen von Kindern. In England und den USA wird der Begriff z.T. auch benutzt, um die Tötung von Kindern durch die Mütter bis zum Erreichen des ersten Lebensjahres zu charakterisieren, wenn dieses nach der Entbindung psychisch auffällig blieben (im Sinne einer postpartalen Störung).

Neonatizide: Bezeichnet die Tötung des Kindes innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt durch die Mutter (entspricht umgangssprachlich der Kindstötung in Deutschland).

Filizide: Bezeichnung der Tötung von Kindern über den Geburtstermin hinaus durch einen Elternteil (also Vater oder Mutter), teilweise wird dabei die Erfassung bzw. Bestimmung in den Altersbereichen nach oben auf z.B. 12 Jahre begrenzt.

Familizide: Die Tötung von Kinder(n) und dem Partner durch eine(n) Ehepartner(in).“

Im Folgenden sollen nun die einzelnen Begriffe in Bezug auf die Täter und Tatumstände ausführlicher erläutert werden.

### 1.1.1 Infantizid

Zum Infantizid finden sich in der Literatur zahlreiche Definitionen. Im Allgemeinen wird dies als die Tötung von Kindern durch ihre Eltern, aber auch durch Täter die nicht die eigenen Eltern sind, verstanden (Resnick 1969; 1970).

Bourget und Labelle beschreiben 1990 und 1992 den Infantizid ebenfalls als Kindsmord und verweisen auf den Englischen „Infanticide Act“ von 1922, der 1939 vom „Act of Infanticide“ ersetzt wurde. Sein Konzept bezieht sich im Wesentlichen auf die Tötung eines Kindes jünger als 12 Monate durch seine Mutter, die sich vollkommen von der Schwangerschaft und der Stillzeit erholt hat und aber an einer Geistesstörung leidet. Postpartale endokrine Veränderungen oder andere Beeinträchtigungen spielen demnach eine Rolle in der Entwicklung von Verhaltensveränderungen, wie sie auch beim prämenstruellen Syndrom beschrieben werden. Diese Aspekte aber auch die

kriminelle Verantwortung finden bei der Bewertung von Infantiziden immer Beachtung. Nun wurden Kindstötungen vielfach nicht mehr als Mord sondern als Totschlag bewertet. Mehr als 20 Länder beachten dies in ihrer Gesetzgebung, darunter Kanada und Australien. Jedoch verfolgt die USA dies noch nicht (Friedman et al. 2005).

In der Veröffentlichung von Brewster et al. wird der Infantizid wie folgt definiert: „Es handelt sich um die absichtliche Tötung des Kindes, welches älter als einen Tag und jünger als ein Jahr ist, durch Eltern, Erziehungsberechtigte oder andere Erzieher“ (Brewster et al. 1998).

Nach Christoffel ereignet sich der Infantizid in der frühen Kindheit mit den Hauptursachen einer Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung (Christoffel et al. 1983). Laut Resnick werden Infantizide wie auch Filizide aus altruistischen Motiven verübt (Resnick 1970).

Zu den Methoden des Infantizids teilen Marks und Kumar Kategorien ein. Zum einen die „Verletzende Gewalt“ („Wounding Violence“) mit dem Töten durch Schütteln („Shaken Baby Syndrome“), auf den Boden werfen, Schlagen (stumpfe Gewalt), Strangulieren, Stechen (spitze Gewalt) und Erschießen. Zur „nicht-verletzenden Gewalt“ („Non-Wounding Violence“) gehören auch die Arten von Gewalt durch die weniger physischer Schaden verursacht wird. Dies wären zum Beispiel Ersticken, Inhalation toxischer Gase (Vergasung), Ertränken und Vergiftung. Eine weitere Kategorie ist die Vernachlässigung. Als vierte Einteilung wählen Marks und Kumar „andere“, unter die Feuer, Sturz und Einführung eines Fremdkörpers zählen (Marks & Kumar 1998).

Ein Infantizid kann unter Umständen mit dem Sudden Infant Death Syndrome (SIDS, im Deutschen: plötzlicher Säuglingstod) verwechselt werden (Stanton & Simpson 2001). Stanton und Simpson berichteten beispielsweise von einer Mutter, die ihre zwei eigenen Säuglinge aus Euthanasie und Hass tötete und die Taten als SIDS gedeutet wurden. Später kam es zu einem weiteren Infantizid des Nachbarkindes aus Rache durch die selbe Frau. Daher ist es wichtig die Tatvorgänge genau zu eruieren, denn SIDS ist nach der Neonatalperiode die häufigste Todesursache im Säuglingsalter (Findeisen et al. 2004; Häßler et al. 2007).

Doch auch Unfälle, Vernachlässigung oder Misshandlung mit Todesfolge können als SIDS fehlgedeutet werden (Wilczynski 1994). Daher sollten gerade bei diesen unklaren Fällen Professionelle (Ärzte, Sozialarbeiter etc.) sensibilisiert werden ihrem Verdacht nachzugehen und diesen offiziell zu äußern (Schlälke 2008). Zusätzlich sollten rechtsmedizinische Untersuchungen erfolgen.

### 1.1.2 Neonatizid

Neonatizid ist der Ausdruck für die Tötung eines Kindes durch die Mutter in den ersten 24 Stunden nach der Geburt. Der väterliche Neonatizid (paternaler N.) ist dagegen selten (Bourget & Gagne 2005; Campion et al. 1988; Marleau et al. 1999; Resnick 1970).

Es finden sich in der Literatur zwei Tätertypen. Die junge nicht-depressive Mutter und die ältere depressiv-psychotische Täterin (Putkonen et al. 2007).

Oft sind Fälle von Neonatiziden zurückzuführen auf die sogenannten verdrängten Schwangerschaften. Verdrängungsfördernde Faktoren sind soziale Isolierung, verringertes Intelligenzniveau, niedriger sozialer Status, jüngeres Alter und voreheliche Konzeption (Wessel et al. 1990).

Wesentliche verkannte Begleitcharakteristika sind die subjektiven Schwangerschaftsbeschwerden (Übelkeit und Erbrechen) und die typischen Schwangerschaftszeichen (Gewichtszunahme/Veränderung der Körperform/Kindsbewegungen) (Wessel et al. 1998). Diese eigentlich sicheren Zeichen werden von der Schwangeren nicht mehr adäquat wahrgenommen. In vielen Fällen kommt es zur „Uminterpretation“ der Symptome. Dies wird als Rationalisierung körperbezogener Symptome bezeichnet (Wessel et al. 1998). Beispiele für solche Rationalisierungen sind Kindesbewegungen, welche als Blähungen oder „Darmsache“ erlebt werden, der dicker werdende Bauch, der auf Gewichtszunahme durch zu viel essen zurückgeführt oder die heroinabhängige Schwangere, die ihre Amenorrhoe als typische „Fixerinnen-Amenorrhoe“ erlebt. Das Übelsein und Erbrechen erklärt sie sich durch „schlechten Stoff“. Besonders eindrucksvoll ist auch die Karzinophobie, bei der die Schwangere ihren zunehmenden Bauchumfang als mögliche Krebserkrankung interpretiert (Wessel et al. 1990). Besonders wichtig für die Aufrechterhaltung einer Schwangerschaftsverdrängung ist nach Wessel jedoch das Vorhandensein von menstruationsähnlichen Blutungen in der Schwangerschaft.

Zahlreiche Autoren fassten zusammen, dass neonatizide Mütter sehr jung, unverheiratet und ohne Pläne für die Zukunft für sich und ihr Kind sind (Friedman et al. 2005; Mendlowicz et al. 1999; Pitt & Bale 1995; Resnick 1970; Vanamo et al. 2001). Die Mütter sind im Durchschnitt zwischen 22,5 und 26 Jahre alt (Haapasalo & Petaja 1999; Mendlowicz et al. 1999; Resnick 1970). Die Frauen erleben die Zeit der Schwangerschaft allein, weil die Beziehung zum Vater des Kindes schon bald beendet ist oder sie durch eine weitere Offenbarung eine soziale Ausgrenzung befürchten (Oberman, M 2003). Geburtsvorsorgemaßnahmen werden von den Müttern nicht in Anspruch genommen (Friedman et al. 2005). Die Opfer werden nicht im Krankenhaus geboren (Jenny & Isaac 2006). Vielmehr gebären die Frauen ihr Kind in der Häuslichkeit. Sie verheimlichen das Kind, weil

es möglicherweise bei einer Vergewaltigung entstanden ist, das Kind außerhalb einer Partnerschaft gezeugt wurde oder sie selbst sich die Aufgabe der Erziehung und Versorgung nicht zutrauen. Für Resnick ist die soziale Stigmatisierung ein sehr entscheidendes Motiv für den Neonatizid (Resnick 1970).

Jüngere neonatizide Täterinnen leiden dagegen selten an psychotischen Störungen. Psychotische Täterinnen sind älter, haben Familien und sehr genaue Zukunftspläne für das Kind. Jedoch kommt es durch postpartale Störungen zur Tat (Putkonen et al. 2007).

Im Zusammenhang mit Neonatiziden wird in der Veröffentlichung von Spinelli 2005 das Hysteriekonzept beschrieben. Die TäterInnen befänden sich zum Zeitpunkt der Geburt in einem dissoziativen Zustand. In ausführlichen Explorationen der Frauen wurden gehäuft Erfahrungen von Depersonalisationen vor und nach der Geburt berichtet (Spinelli 2005).

Zu den Methoden eines Neonatizids wird berichtet, dass das Erstickern am häufigsten zum Tod führt. Es folgen Erdrosseln, Schädel-Hirn-Traumata, Ertränken, Aussetzen und Erstechen (Putkonen et al. 2007; Resnick 1970). Es kann aber auch unterschieden werden, dass Neonatizide aktive oder passive Taten sind. Im aktiven Fall wird das Kind durch die obengenannten Methoden getötet. Als passiv wird das Nichtversorgen, der sogenannte Neglect beschrieben (Putkonen et al. 2007). Gerade diese Unterscheidung ist dann bedeutungsvoll, soll es im Verlauf des Prozesses um eine juristische Entscheidung und Setzen eines Strafmaßes gehen.

### **1.1.3 Filizid**

Der Filizid ist ein sehr weiter Begriff. Es finden sich zahlreiche Studien zu diesen Fällen.

Nach Resnick ist der Filizid die Tötung eines Sohnes oder einer Tochter älter als 24 Stunden. Das Kind ist bereits in die Familie integriert und hat seine eigene Rolle (Resnick 1969).

Diese Definition überschneidet sich mit dem Infantizid. Daher bevorzugen einige Autoren für den Filizid die Kindstötungen nach der Säuglingsperiode, also nach dem ersten Lebensjahr (Christoffel et al. 1983). Jedoch ist der Filizid für die Mehrzahl der Autoren auch allgemein die Tötung eines Kindes jeden Alters (Bourget & Labelle 1992; Champion et al. 1988; Farooque & Ernst 2003; Friedman et al. 2005; Guileyardo et al. 1999; Marleau et al. 1999). Dies beinhaltet also Neonatizide und Infantizide.

Zur besseren Erfassung kann auch eine Einteilung in Altersbereiche des Filizids vorgenommen werden. Für die Stufen 1-4 (5) Jahre (Vorschulkinder) und für 5-12 (14) Jahre (Schulkinder) (Schläfke und Häbler 2008).

Zur Täterin lässt sich feststellen, dass sie meist zwischen 25 und 29 Jahre alt und verheiratet ist.

Geisteskranke Mütter (Mentally-ill mothers) bildeten den Hauptanteil und sie belasteten soziale und eheliche Probleme. Soziale Isolation und die Schwierigkeit erfolgreich eine Beziehung zu führen, sind ebenfalls Probleme dieser Mütter (Stanton et al. 2000). Schlagende Mütter (Battering mothers), als weitere Gruppe, hatten gewalttätige Primärfamilien und eine Vielzahl an sozialen Stressfaktoren (Cheung 1986). Stress spielt eine tragende Rolle bei diesem Filizid. Dies kann Stress finanzieller Art sein, Arbeitsstress, Konflikte mit Familienmitgliedern, schlechte Wohnverhältnisse oder Erziehungsschwierigkeiten bei den Kindern. Allerdings sind für Frauen die physiologischen und emotionalen Veränderungen der Schwangerschaft, ein möglicher Alkoholmissbrauch des Partners, eine soziale Isolation und häufige Abwesenheit des Partners Stress der zum Filizid führen kann (Collins et al. 2001).

Zu den psychiatrischen Diagnosen stellte Resnick fest, dass unter 88 filiziden Müttern 30% an einer Schizophrenie litten, 25% an einer Psychose, 11% an nicht psychotischen Störungen und 8% an einer Depression erkrankt waren (Resnick 1969). Nur gering war der Anteil der manisch-depressiven, neurotischen, alkoholkranken oder geistig zurückgebliebenen Täterinnen. In einer Untersuchung von 2002 wurde berichtet, dass 85% der Mütter ein psychiatrisches Motiv zeigten. Die meisten Täterinnen wurden bereits psychiatrisch oder anderweitig behandelt (Bourget & Gagne 2002; Friedman et al. 2005). Farooque und Ernst belegten in ihrer Studie von 2003, dass 53% der Täter Alkohol oder Drogenprobleme hatten und 8% ihrer Probanden geistig zurückgeblieben und intelligenzgemindert waren (Farooque & Ernst 2003).

Studien zum maternalen Filizid erwähnen auch die Filizid-Suizide. Suizidale Mütter töten ihr Kind im Sinne des erweiterten Suizids, weil sie eine sehr viel stärkere Bindung zu ihrem Kind haben. Sie sehen das Kind als Teil von sich selbst. Während Männer ihr Kind nicht als Teil von sich sehen und nur sich selbst suizidieren (Collins et al. 2001).

Paternale (väterliche) Filizide sind seltener, dennoch ist es wichtig diese zu charakterisieren. Marleau et al. beschreiben, dass besonders ältere Kinder getötet werden (Marleau et al. 1999). Die Väter sind häufig zur Zeit der Tat arbeitslos, der soziale Status ist gering und die ökonomische Situation ist unbefriedigend für sie. Die Täter haben Konflikte mit ihrer Primärfamilie. Sie sind zum Beispiel selbst Opfer von Misshandlung geworden oder haben ein Elternteil durch Tod verloren. Trennungs- oder Scheidungssituationen sind bei den Männer sehr häufig zu beobachten. Psychiatrische Erkrankungen und Substanzmissbrauch werden zahlreich registriert (Campion et al. 1988; Marleau et al. 1999). Die häufigste Methode des paternalen Filizids ist das Erstechen (Marleau et al. 1999).

### **1.1.4 Familizid**

Wilson und Daly bezeichnen den Familizid als die Tötung des Ehegatten und eines oder mehrerer Kinder. Meist werden sie durch die Männer verübt. Die Hälfte der Täter suizidiert sich nach der Tat. Dies ist eine weit höhere Rate als bei uxoriciden (Mord an der Ehefrau) oder filiziden Männern (Wilson & Daly 1995).

Die Männer verüben nach Wilson und Daly Familizide nach zwei Varianten: Die einen handeln aus Angst, ihre Frauen würden die Partnerschaft beenden wollen. Eifersucht spielt eine tragende Rolle: „Wenn ich dich nicht haben kann, dann soll dich niemand haben.“ Die anderen sind depressiv und sehen für sich und ihre Familie nur einen Ausweg, den Familizid mit ihrem anschließenden Suizid. Frauen verüben seltener einen Familizid. Sie töten in ihrer für sie ausweglosen Lage ihre Kinder und verüben dann ihren Suizid (erweiterter Suizid). Der Ehemann wird in diesen Gedanken kaum berücksichtigt. Die „beschützenden“ Gedanken beziehen sich bei Frauen fast ausschließlich auf ihre Kinder. Der Ehemann bleibt außen vor. Familizide Männer sehen dagegen ihre Ehefrau an erster Stelle und die Kinder an zweiter Stelle.

Das Erschießen ist die häufigste Methode des Tötens beim Familizid (Wilson & Daly 1995).

### **1.2 Epidemiologie der Kindstötung**

Kindstötungen kommen generell selten vor. Das Empfinden, dass Kindstötungen heutzutage zunehmen würden, ist durch eine vermehrte Medienpräsenz der Fälle zu erklären. Aber auch die Dunkelziffer der Kindstötungen darf nicht vernachlässigt werden. Wilczynski berichtet darüber, dass andere Delikte mit Todesfolge nicht als Kindstötungen gewertet wurden. Dies können Misshandlungen, plötzliche Kindstode oder die Vernachlässigung des Kindes sein (Wilczynski 1994).

Angaben zur Häufigkeit von Kindstötungsdelikten in vielen Staaten finden sich bei fast allen Autoren, die sich mit dem Thema der Kindstötung beschäftigt haben. Besonders interessant sind dabei die Studien, die internationale Vergleichsmöglichkeiten hervorbringen. Einen Überblick einiger Studien gibt Tab. 1.

In einer US-amerikanischen Studie von Christoffel aus dem Jahre 1983 wurden die Raten der Tötungsdelikte an Kindern von 23 „entwickelten“ Ländern mit den USA verglichen. Dabei ergab sich, dass sich die USA unter den fünfthäufigsten Raten für Kindstötungen befand. Japan, Österreich, Deutschland und Großbritannien wiesen ebenfalls die höchsten Zahlen auf (Christoffel et al. 1983).

Briggs und Cutright untersuchten 1994 das Vorkommen beziehungsweise die Häufigkeit von Kindstötungsdelikten in 21 „entwickelteren“ Ländern (im Sinne von Industriestaaten) für die Jahre 1965 bis 1988. Die Angaben beziehen sich auf jeweils 100.000 Geburten beziehungsweise Kinderzahlen in einem Jahrgang. In der Untersuchung wurde auch das Verhältnis zu den Erwachsenentötungsdelikten eruiert. Für die Kindstötungen wurde festgestellt, dass südeuropäische Länder wie zum Beispiel Spanien, Italien oder Griechenland die niedrigsten Kindstötungsraten aufweisen. Dagegen ließ sich aber ermitteln, dass Deutschland, Österreich und Japan, gefolgt von Finnland und den USA die höchsten Raten zeigten (Briggs & Cutright 1994).

Die USA hat damit nun in mehreren Veröffentlichungen verglichen mit anderen Ländern eine der höchsten Raten von Kindstötungen. 3.8% aller Kindstode seien Kindstötungsdelikte (Haapasalo & Petaja 1999; Somander & Rammer 1991). 8/100.000 bei Infantiziden, 2.5/100.000 bei Kindern im Alter von 1 bis 4 Jahren und bei Kindern im Alter von 5 bis 14 Jahren 1.5/100.000 (Friedman et al. 2005). In einer konkreten Studie in North-Carolina, USA kam es unter 100.000 Neugeborenen zu 2.1 Kindstötungen (Herman-Giddens et al. 2003).

Für das Nachbarland Kanada wird berichtet, dass dort die Häufigkeit fast nur halb so groß ist. Sie liegt für alle Kindstötungen bei 2.9/100.000 (Friedman et al. 2005). Bourget und Gagne beschrieben, dass 15% aller Tötungsdelikte in Kanada pro Jahr (600) Tötungsdelikte an Kinder sind (Bourget & Gagne 2002).

Für England und Wales wird beschrieben, dass der Anteil der Kindstötungsdelikte im Zeitraum von 1983 bis 1984 im Durchschnitt bei 32 Fälle pro Jahr lag (Wilczynski 1994). Andere Angaben liegen auch bei 30 Fällen pro Jahr (Marks & Kumar 1993). Eine brasilianische Studie zu Neonatiziden berichtet von 1900 bis 1995 in der Stadt Rio de Janeiro von 72 getöteten Neugeborenen (Mendlowicz et al. 1999; Mendlowicz et al. 1998).

Für Deutschland geben einige Autoren an, dass man von ein bis zwei Prozent aller Tötungsdelikte ausgehen kann (Schläfke & Häbler 2008; Weber 1989). Es kann zusammengefasst werden, dass es sich also um 10 bis 20 Fälle pro Jahr handelt (Häbler & Häbler 2008; Schläfke & Häbler, 2008; Wiese 1993). In einer weiteren Studie fand man in der Zeit von 1970 bis 1993 60 Fälle von Kindstötungen (Rohde et al. 1998). Eine Kölner Arbeitsgruppe erhob im Zeitraum von 1985 bis 1994 25 Fälle von Kindstötungen (Schmidt et al. 1996).

Die vielen verschiedenen Angaben machen es schwierig ein einheitliches internationales Vorkommen für Kindstötungen vorherzusagen. Ein Problem bei der Erfassung der Häufigkeiten ist, dass die Erhebungen der Autoren nur aus lokalen Registern (im Sinne von Kliniken oder Ämtern) stammen und somit regional begrenzt sind. Besser wären definitivere Aussagen, zum Beispiel aus Bundesämtern oder von der WHO. Daher sollten die sehr gut erarbeiteten Studien, die

ländervergleichend sind, bei der Aussage zur Häufigkeit von Kindstötungen berücksichtigt werden.

**Tab. 1: Häufigkeiten von Kindstötungen in der Literatur (Bätje et al. 2010)**

Land	Studiengruppe	Prävalenzangaben
USA	Friedman et al. 2005	3,8% aller kindlichen Todesfälle 8/100.000 Infantizide, 2,5/100.000 1-4jährige
Kanada	Friedman et al. 2005	2,9/100.000
England und Wales	Marks u. Kumar 1993	30-32 Fälle pro Jahr
Finnland	Haapasalo u. Petaja 1999 Putkonen et al. 2007	2% der kindlichen Todesfälle
Schweden	Somander u. Rammer 1991	0,7% (0,6/100.000)
Japan	Sakuta u. Saito 1981	1977 71 Kindstötungen
Hongkong	Cheung 1986	1971-1985 35 Fälle
Brasilien	Mendlowicz et al. 1999	1900-1995 72 Neonatizide in Rio de Janeiro
Deutschland	Weber 1989	1-2% aller kindlichen Todesfälle
	Rohde et al. 1998	1970-1993 60 Fälle
	Schmidt et al. 1996	1985-1994 25 Fälle

### 1.3 Klassifikationen der Kindstötung

Mittlerweile gibt es zahlreiche Studien zum Thema Kindstötung. Die internationalen Arbeiten untersuchen die Prävalenz der psychiatrischen Erkrankungen in der Bevölkerung bei Neonatiziden oder Filiziden, die Feindseligkeit und Aggression bei Müttern mit postpartalen psychiatrischen Erkrankungen sowie deren Prävalenz (Chandra, Venkatasubramanian & Thomas 2002).

Zum besseren Verständnis der Thematik war ein Hauptziel vieler internationaler Arbeiten das Herausarbeiten von Einteilungen der Kindstötungen. In einer ersten wegweisenden Arbeit von Resnick wurde eine ausführliche Einteilung zu den Motiven der Kindstötung vorgenommen. Als „Klassifikation nach ihrem anscheinenden Motiv“ gliedern sich fünf Motive, die der Autor anhand von 131 untersuchten Fällen unterschied (Resnick 1969):

1. *Altruistischer Filizid (altruistic filicid)* bezeichnet die Erlösung des Kindes

a. assoziiert mit einem Suizid, denn das Kind soll nicht allein bleiben.

b. um das Kind von seinem Leid zu erlösen, dies kann real oder phantasiert sein.

2. *Psychotischer Filizid (acutely psychotic filicide)* beinhaltet den Filizid unter dem Einfluss von

Halluzinationen, Epilepsie oder Delirium. Dieser Punkt beinhaltet nicht alle Formen des psychotischen Filizides.

3. *Filizid eines unerwünschten Kindes (unwanted child filicide)* Das Kind ist im Leben des Täters nicht erwünscht.
4. *Zufälliger Filizid (accidental filizid)* benennt die Filizide, die aus dem Battered Child Syndrome resultieren, also aus dem Zusammenhang mit Kindesmisshandlungen.
5. *Filizid aus Rache am Partner (spouse revenge filicide)*. Das Kind wird getötet, um dem Partner Leid zuzufügen (das sogenannte Medea-Motiv).

Viele Autoren haben Resnicks Klassifikation aufgegriffen, um ihre Untersuchungen einzuteilen (Weber 1989). Im Laufe der Jahre wurde die Gliederung auch fortgeführt. Jedoch bleibt Resnicks Einteilung die Basis.

D'Orban entwickelte 1979 folgende Klassifikation (d'Orban 1979):

*Misshandelnde Mütter (battering mothers)*, schlagende Mutter, impulsiv-aggressive Handlungen durch das Verhalten der Kinder stimuliert.

*Psychisch kranke Mütter (mentally ill mothers)*, Psychosen, Depressionen, im Rahmen einer mütterlichen Suizidalität.

*Neonatizide, Tötung in den ersten 24 Stunden nach der Geburt.*

*Sich rächende Mütter (retaliating mothers)*, aus Rache am Partner richtet sich die Aggression und Gewalt gegen das Kind.

*Töten unerwünschter Kinder (unwanted children)*, meist durch Misshandlung und Vernachlässigung.

*Töten aus Mitleid (mercy killing)*, gehäuft aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung.

In den meisten Klassifikationen wurden häufig nur die Motive der Kindstötung aufgelistet. Bourget und Bradford verfassten 1990 in einer Arbeit ihre Einteilung wesentlich detaillierter. Sie versuchten das Motiv mit der klinischen Situation zu verknüpfen (Bourget und Bradford 1990):

*Pathologischer Filizid (pathological filicide)*, beinhaltet den altruistischen Filizid und den erweiterten Suizid durch psychisch Gestörte.

*Zufälliger Filizid (accidental filicide)*, sind Battered Child Syndrome und andere Kindesmisshandlungen.

*Rächende Filizide (retaliating filicide)*

*Neonatizide*, und ungewollte Kinder

*Väterlicher Filizid (paternal filicide)*.

Eine Zusammenfassung zur Klassifikation von Bourget und Bradford 1990 gibt Tab. 2:

**Tab. 2 Klassifikation nach Bourget und Bradford 1990**

<b>Klassifikation</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Absicht/Vorsatz</b>	<b>Psychiatrische Störung</b>
<b>Filizidtyp:</b>			
Psychiatrisch krank	Achse I-Störung liegt vor; psychotisch oder nicht psychotischer Typ; Infantizide	Vorhanden oder nicht	Ja
Tödlicher Kindesmissbrauch	Wiederkehrendes oder einmaliges Ereignis von Vernachlässigung oder körperlicher Misshandlung (shaken-baby- oder battered-child-Syndrom)	Nicht vorhanden	Nein
Vergeltung	Verbunden mit Rache und Ärger	Vorhanden	Nein
Euthanasie (Mercy)	Kind leidet an einer schweren oder behindernden Erkrankung; in eine andere Kategorie nicht besser einzugruppieren	Vorhanden oder nicht	Ja oder nein
Andere oder insuffiziente Informationen	Schließen möglicherweise auch multifaktorielle Situationen und Fälle ein	Vorhanden oder nicht	
<b>Spezifikation:</b>			
Gruppe A	Verbunden (oder nicht) mit einem Suizid		
Gruppe B	Verbunden (oder nicht) mit Suchtmittelgebrauch		
Gruppe C	Vorhersagbar oder nicht vorhersagbar		

Eine schwedische Arbeitsgruppe unterschied 1991 den intra- und den extrafamiliären Filizid anhand einer Studie mit 96 Filiziden. Dabei wurden die Täter in zwei Gruppen unterteilt. Zu den intrafamiliären Tätern zählen die biologischen Eltern, andere Erziehungsberechtigte (Adoptiveltern) oder Partner im Sinne von Stiefvätern oder Stiefmüttern (Somander und Rammer 1991).

*1. Intrafamiliäre Kindstötung (intrafamilial child homicide):*

*Homizid-Suizid:* Die Tötung eines Kindes im Zusammenhang mit einem Suizid oder Suizidversuchs der TäterInnen.

*Neonatizid:* Die Tötung eines Kindes innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt, assoziiert mit der Verheimlichung der Schwangerschaft und Geburt.

*Postnatale Depression:* Die Tötung eines Kindes innerhalb der ersten 12 Lebensmonate durch die Mutter im Rahmen einer Wochenbettdepression.

*Neglect:* Die Tötung eines Kindes in Folge von Vernachlässigung und Nichtversorgung.

*Kindesmisshandlung:* Die Tötung eines Kindes in Folge von einer oder Serien von Misshandlungen durch die Eltern oder Elternteile um unerwünschtes Verhalten des Kindes zu bestrafen, allerdings ohne die Intention des tödlichen Ausgangs.

*Andere intrafamiliäre Tötungen.*

*2. Extrafamiliäre Kindstötungen (extrafamilial child homicides):*

*Sexueller Missbrauch mit Tötung:* Die Tötung eines Kindes im Rahmen eines sexuellen Missbrauchs.

*Andere extrafamiliäre Tötungen.*

Die bisher umfangreichste Klassifikation erstellten Guileardo et al. 1999. Die Arbeitsgruppe bestimmte 16 Subtypen des Filizids, wobei zur Grundeinteilung von Resnick (1969) erweiterte Motive aufgeführt wurden (Guileardo et al. 1999):

*Altruismus (altruism):*

Wird häufig im weiteren Sinn mit dem erweiterten Suizid beschrieben. Es besteht der Wunsch gemeinsam mit dem Kind zu sterben. Häufig bestehen wahnhafte Gedanken bei den TäterInnen.

*Euthanasie (euthanasia= true mercy killing)*

Das Kind wird aus Mitleid getötet. Es ist behindert oder leidet an einer schweren Krankheit. In zahlreichen Fällen besteht ein Zusammenhang zum altruistischen Tötungsmotiv.

*Akute Psychose (acute psychose)*

Die Tötung des Kindes wird durch wahnhafte Phänomene oder befehlende Stimmen

begangen. Oft besteht eine Depression mit psychotischen Symptomen.

*Postpartale psychische Störung (postpartum mental disorder)*

Im Rahmen einer Wochenbettdepression (bis vier Wochen nach der Geburt) kann es zu Neonatizide bzw. Infantizide kommen. Es können sich verschiedene klinische Ausprägungen zeigen: Depressive, manische, gemischte und psychotische Zustände.

*Unerwünschtes Kind (unwanted child)*

Im Gegensatz zum Altruismus steht bei diesem Motiv der Egoismus der TäterInnen im Vordergrund. Auch aufgrund von chronischen Störungen, Behinderungen, Verhaltensstörungen oder dem schlichten Nichterwünschtsein des Kindes werden die Taten begangen.

*Unerwünschte Schwangerschaft/ Neonatizid (unwanted pregnancy/ neonaticide)*

Dieses Motiv beschreibt den typischen Neonatizid (in den ersten 24h nach der Geburt). Das Kind wird entweder vernachlässigt oder durch eine aggressive Handlung getötet.

*Gewalttätigkeit/ Aggressivität (violent outburst/ angry impulse)*

Diese Taten geschehen im Rahmen von gewalttätigen Kindesmisshandlungen.

*Rache am Partner (spouse revenge)*

Die TäterInnen begehen die Kindstötung aus Rache an ihrem Partner. Dies wird auch als „Medea-Komplex“ bezeichnet. Ein Suizidversuch des Täters kann auf die Tat folgen.

*Sexueller Missbrauch (sexual abuse)*

Nach einem sexuellem Missbrauch kommt es zur Tötung des Kindes, meist aus Angst das Kind könnte den Täter verraten.

*Münchhausen- by- proxy Syndrom (munchhausen`s syndrome by proxy)*

Dieses Syndrom äußert sich durch bewusstes Vortäuschen von Krankheiten des Kindes durch die Elternteile, damit diese über die Erkrankung des Kindes Aufmerksamkeit erhalten. Die Manipulationen führen meist zufällig zum Tod. Es kann aber auch der Tod des Kindes bewusst in Kauf genommen werden, um selbst Sympathie zu bekommen.

*Gewalt älterer Kinder (violent older child)*

Hierbei kommt es zu physischen Auseinandersetzungen zwischen Eltern und meist älteren Kindern, die unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stehen. Die tödliche Verletzung des Kindes erfolgt als sogenannte „Eltern-Notwehr“. Diese Form wird auch als später „Filizid“ bezeichnet.

*Vernachlässigung, Fahrlässigkeit (negligence, neglect)*

Es handelt sich um Akte der „Begehung und Unterlassung“ außerhalb dessen, was eine verantwortungsbewusste Person machen würde. Dies betrifft Handlungen wie z.B. das

Kind im heißen Auto lassen, unbeaufsichtigt lassen beim Baden, falsche Medikamente oder nicht ausreichend Nahrung oder Flüssigkeit geben.

*Sadistische Bestrafung (sadistic act of punishment)*

Beispielhaft für dieses Motiv sind Schmerzverursachung und überzogene Bestrafung infolge Störung durch das Kind.

*Alkohol- und Drogenmissbrauch (drug and alcohol abuse)*

Dieses Motiv beschreibt eine begangene Kindstötung unter Alkohol- oder Drogeneinfluss.

*Epilepsie/Anfallsleiden (seizure disorder)*

Infolge eines epileptischen Anfalls mit nachfolgender Amnesie eines Elternteils kommt es zu tödlichen Unfall des Kindes.

*Unschuldiger Zuschauer (innocent bystander)*

In einer gewaltsamen Auseinandersetzung zwischen den Elternteilen oder anderen Personen kommt es eher zufällig oder aber manchmal auch gewollt zum Tod des Kindes.

#### **1.4 Literarische, kulturelle und historische Aspekte der Kindstötung**

Kindstötungen können durch die gesamte Geschichte der Menschheit verfolgt werden. Auch die Literatur beschäftigte sich seit jeher mit diesem Thema.

Die Tötung von eigenen Kindern wurde schon in der biblischen Geschichte von Abraham erwähnt. „Und er sprach: Nimm Isaak, deinen einzigen Sohn, den du lieb hast, und gehe hin in das Land Morija und opfere ihn daselbst zum Brandopfer auf einem Berge, den ich dir sagen werde.“ 1. Buch Mose (Genesis 22,1). Abraham sollte seinen Sohn Isaak opfern, doch er erhielt noch im letzten Moment die Weisung er solle ihn durch einen Widder ersetzen (Raič 1997).

Mit der Tragödie der Medea von Euripides (485-406 v.Chr.) erschien in der Literatur ein besonderes Sinnbild der Kindstötung. Medea ist die Ehefrau des Jason, des Anführers der Argonauten. Als Medea von ihrem Ehemann verstoßen wird und dieser sich mit der Tochter des Korinther Königs Kreon verlobt, tötet sie seine Geliebte durch ein vergiftetes Gewand, zündet den Palast des Kreons an und tötet ihre eigenen drei Kinder. Die Geschichte der Medea wurde aufgrund ihrer besonderen Dramatik immer wieder in der Literaturgeschichte aufgegriffen und verarbeitet (Häßler & Häßler 2008). Daher wird im Zusammenhang mit dem Rache-Motiv bei einer Kindstötung vom Medea-Motiv gesprochen (Raič 1997).

In der Zeit des Sturm und Drang beschäftigte die Kindstötung zahlreiche Autoren wie zum Beispiel Friedrich Schiller, Heinrich Leopold Wagner oder Jakob Michael Reinhold Lenz. Johann Wolfgang

von Goethe, als Vertreter der Weimarer Klassik verarbeitete in seinem Urfaust die Tragödie um die Kindsmörderin Susanna Margaretha Brandt als zentrales Motiv. Goethe, selbst Jurist, erlebte den Fall als Beobachter um 1771 in Frankfurt und konnte durch viele Quellen genauen Einblick in das Verfahren nehmen (Häßler & Häßler 2008). Faust I wurde als endgültige Version 1808 veröffentlicht und schildert die Gretchentragödie, in der das unschuldige junge Gretchen von Faust ungewollt schwanger und schließlich hingerichtet wird.

Geschichtlich gesehen ist die Kindstötung auch keine neue Erscheinung. Forscher fanden in Israel 2000 Jahre alte Skelette von fast 100 Säuglingen (Brewster et al. 1998). Dies zeigt, dass in vielen Kulturen seit jeher Kinder getötet wurden. Zur Kontrolle der Familiengröße, zur Beseitigung schwacher, anormaler, behinderter und unehelicher Kinder und zur Minimierung weiblicher Nachkommen mussten Kinder sterben (Somander & Rammer 1991). Brewster beschrieb zur historischen Sicht, dass Kindstötungen in unterentwickelten Kulturen anders motiviert waren, als in entwickelteren Kulturen (Brewster 1998). In frühen Kulturen und unterentwickelten Gesellschaften wie Indien, China oder Japan wurden besonders Mädchen aus finanziellen Gründen oder Schande getötet. Noch bis in das 19. Jahrhundert war das Töten von weiblichen Nachkommen in China weit verbreitet (Raič 1997). Im alten Rom war es nach dem Gesetz „Patria potestas“ Vätern erlaubt ihre Kinder zu töten (Pitt & Bale 1995; Raic 1997). Im antiken Griechenland und Ägypten wurden Kinder verstoßen (Pitt & Bale 1995). In Kulturen, in denen das Überleben wichtig war, wurden ungewollte Kinder getötet. Beispiele lassen sich weltweit beobachten. Stämme der Eskimos in Kanada töteten ihre weiblichen Neugeborenen um eine gewisse Geschlechtsrate unter den Nachkommen aufrechtzuerhalten (Pitt & Bale 1995; Raič 1997). Gleiches konnte bei Eingeborenenstämmen in Papua Neu-Guinea oder in Paraguay beobachtet werden (Laporte et al. 2003). Auch aus Religiösität wurden Kinder getötet. Dies zeigen Beispiele von Opferungen aus Indien (Wiese 1993).

In entwickelteren Gesellschaften wie den europäischen Ländern kam es mit der Bevölkerungsexplosion im späten 19. Jahrhundert zu einem Anstieg der kindlichen Sterberate, die sich möglicherweise durch die zahlreichen Kindstötungen ergab (Brewster et al. 1998). Wie in der Literatur des Sturm und Drang verarbeitet, waren vom 16. bis zum 18. Jahrhundert die Täterinnen meist Dienstmägde. Da sie zur Unterschicht zählten, bedeutete besonders für sie, und auch für ihr Herrenhaus, ein uneheliches Kind eine große Schande und soziale Ächtung (Raič 1997). Margret Spinelli betont, dass im 17. Jahrhundert die Kindstötung so häufig war, dass diese Tat in Nordamerika und England als Straftat angesehen wurde (Spinelli 2004; Spinelli 2005). Sie erwähnt eine sehr grausame Methode der Bestrafung, das „Sacking“ (sack, dt. der Sack). Die Täterin wurde lebendig zusammen mit einem Hund, einem Hahn und einer Schlange in einem Sack ins Wasser

geworfen. In Russland sah man ab Mitte des 17. Jahrhundert humanere Bestrafungen vor, die dann auch bis 1888 in fast allen europäischen Ländern Anwendung fanden. In England wurde 1922 und nach einer Änderung 1938 der „Infanticide Act“ verabschiedet. Dieses Gesetz beschrieb wie bereits erwähnt, dass die Frauen zur Zeit der Geburt des Kindes biologisch verletzlicher gegenüber psychotischen Erkrankungen sind. Kindstötungen waren nun weniger schwere Vergehen als sie zuvor angesehen wurden und man sah Bewährung und psychiatrische Behandlung für die Täterinnen vor. Bis Ende des 20. Jahrhunderts übernahmen 29 Länder dieses Gesetz. Nur die USA behandeln Kindstöterinnen weiterhin wie Mörderinnen. Beeindruckend ist hier der Fall „Andrea Yates“, die in einer akuten Psychose ihre 5 Kinder tötete, weil der Teufel sie dazu aufforderte. Sie wurde dennoch zu lebenslanger Haft verurteilt. Im Fall „Deanna Laney“ wurde die Angeklagte jedoch freigesprochen, da Gott ihr die Tat befohlen hatte. Laut Gericht hätte Andrea Yates wissen müssen, dass ihre Tat unrecht war, da zu ihr der Teufel sprach, während Deanna Laney eine „gottgewollte“ Tat nicht als falsch einsehen konnte (Spinelli 2004; Spinelli 2005). Dieses Beispiel zeigt die noch immer ungenügende Behandlung und Beurteilung von Kindstöterinnen.

### **1.5 Juristische Aspekte der Kindstötung**

Wie bereits in vorherigen Abschnitten beschrieben, sind Kindstötungen seit jeher in der Menschheitsgeschichte zu finden. Sie führten immer zu einer Bestrafung. Häbler und Häbler erwähnen, dass schon im jüdischen Patriarchat die Kindstötung verboten war. Jedoch wurde eine Kindesaussetzung unter Umständen geduldet (Häbler & Häbler 2008). Im Alten Testament wird mit dem Gebot der Fruchtbarkeit die Kindstötung untersagt. Im Laufe der Jahrhunderte entstanden im Kirchenrecht Moral- und Sittenlehren, nach denen Gewalt, Verkehr aus reiner Lust und außerhalb der Normen und die Beseitigung der Folgen des Geschlechtsverkehrs wie die Abtreibung und Aussetzung verboten waren. Die späteren Reformatoren vertraten die Vorstellung, dass die göttlichen Gebote auch von der weltlichen Obrigkeit als Recht durchgesetzt werden müssten. Somit war die uneheliche Schwangerschaft eine Todsünde und führte zur Todesstrafe.

In der *Constitutio Criminalis Carolina*, dem ersten deutschen Strafgesetzbuch unter Karl dem Großen von 1532, wurde im Artikel 131 die Kindstötung als sexuelles Vergehen eingestuft und mit Leibes- oder Todesstrafen geahndet (Häbler & Häbler 2008). Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts hielt man an der sehr harten Bestrafung fest. 1938 wurde in England der „Infanticide Act“ eingeführt. Man sah den besonderen peripartalen Körper- und Geisteszustand und sprach demnach den Frauen mit der Geburt einen Umstand zu, in dem sie anfällig für psychiatrische Krankheiten seien. Die Täterinnen wurden nun nicht mehr des Mordes sondern des Totschlags angeklagt

(Spinelli 2005). Zuvor hatte man bereits in Russland Kindstöterinnen milder bestraft. Bis zum Ende des 20. Jahrhunderts verfolgten viele Staaten dieses Prinzip.

In Deutschland sah man als Strafe zur Zeit der Preußen ebenfalls das Säcken vor. Dieses wurde unter Friedrich dem Großen, während der Zeit der Aufklärung, durch die Schwertstrafe ersetzt. 1851 wurde die Todesstrafe für Kindsmord im „Strafgesetzbuch für die preußischen Staaten“ mit dem §180 aufgehoben. Fünf bis zehn Jahre Zuchthaus waren nun die Strafe für Kindstötung. Dies galt mit leichten Änderungen in Preußen, im Deutschen Reich und in der Bundesrepublik Deutschland bis 1998. Die Änderungen bezogen sich wesentlich auf die Verminderung der Strafe. § 217, der bei Kindstötung angewandt wurde, sah immer eine spezielle Vorschrift vor und die Täterinnen wurden nicht wegen Mordes verurteilt. Mütter, welche ihr nicht-eheliches Kind in oder gleich nach der Geburt getötet hatten, wurden mit einer Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren, in minderschweren Fällen nicht unter sechs Monaten bestraft (Häßler & Häßler 2008).

Mit dem 6. Strafrechtsreformgesetz von 1998 wurde der § 217 gestrichen. Der Paragraph sah immer die Privilegierung der Nicht-Ehelichkeit (Wessel et al. 1998). Schon seit den 50er Jahren wurde gefordert die rechtliche Sonderstellung auf eheliche Kindsmörderinnen auszudehnen. Weiterhin wurde immer wieder seine Unzeitgemäßheit kritisiert.

Nun werden Kindstötungen entweder nach § 211 StGB als Mord oder als Totschlag nach § 212 StGB bestraft. Mord wie auch Totschlag sind die vorsätzliche Tötung eines Menschen. Im Gegensatz zum Totschlag ist jemand ein Mörder, wenn er aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, aus Habgier oder sonst aus niedrigen Beweggründen, heimtückisch oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln oder um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken, einen Menschen tötet (§ 211 StGB). Mord wird mit lebenslanger Freiheitsstrafe bestraft. Wer einen Menschen tötet ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit einer Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft. In besonders schweren Fällen wird die lebenslange Freiheitsstrafe verhängt (§ 212 StGB). Allerdings sind den KindstöteInnen selten Strafbarkeiten eines Mordes nachzuweisen. Daher kommt eine Anklage wegen Mordes selten vor. Vielmehr muss die Täterin mit einer Verurteilung wegen Totschlags mit einer Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren rechnen (Häßler & Häßler 2008).

## 1.6 Forensisch-Psychiatrische Gutachten: Erarbeitung und Inhalt

Ein forensisch-psychiatrisches Gutachten kann im Rahmen eines Straf- oder Zivilverfahrens durch das zuständige Gericht, von der Staatsanwaltschaft oder dem vertretenden Anwalt bei einem Sachverständigen in Auftrag gegeben. Nach gründlicher Prüfung des Auftrages, der Sachlage sowie der eigenen fachlichen Kompetenz kann der Auftrag abgelehnt oder angenommen werden (Nedopil et al. 2007).

Ein forensisch-psychiatrisches Gutachten soll unter anderem strafrechtliche Fragen zur Schuldfähigkeit bzw. Schuldunfähigkeit (gem. §§ 20/21 StGB) oder zu einem rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB) und zur Verantwortlichkeit gemäß des Jugendgerichtsgesetz (§ 3 JGG) und Anwendung von Jugendstrafrecht auf Heranwachsende (§ 105 JGG) klären. Ebenso sollen in den meisten Fällen Maßregelempfehlungen zur Unterbringung (§ 63 StGB, § 64 StGB, § 7 JGG) gegeben werden. Oft wird auch die Prognose erfragt. Im Rahmen einer erneuten Begutachtung eines Probanden können Verlaufsprognosen gestellt werden.

Die Erarbeitung des forensisch-psychiatrischen Gutachtens erfordert das genaue Studium der Aktenlage des Sachverhaltes. Zur anschließenden Exploration und Untersuchung des Probanden gehört die Aufklärung des Probanden. Diese sollte die Rolle des Gutachters, den Ablauf der Begutachtung, mögliche Konsequenzen der Begutachtung, das Fehlen der Schweigepflicht, aber das Schweigerecht des Gutachters, die Mitwirkungspflicht und das Verweigerungsrecht des Begutachteten und die Grenzen der gutachterlichen Kompetenz erläutern. Anschließend folgt die Exploration des Probanden. Dabei werden die aktuelle Anamnese, die biographische Anamnese und die medizinische Anamnese ausführlich exploriert. Hierbei wird auch das Delikt befragt. Weiterhin ist die Erhebung des psychopathologischen Befundes unentbehrlich. Jede forensisch-psychiatrische Begutachtung beinhaltet eine körperliche und neurologische Untersuchung. Gegebenenfalls können zusätzliche Untersuchungen wie z.B. Labor, Elektroenzephalographie (EEG), kranielle Computertomographie (CCT), Kernspintomographie (MR) angeordnet werden (Nedopil et al. 2007).

Nach Abschluss der Exploration und Untersuchung wird ein schriftliches Gutachten nach einer möglichst schematischen Struktur verfasst. Einleitend werden Formalien abgehandelt. Dies sind Angaben zum Auftraggeber, das Datum der Auftragsvergabe, der Untersuchungszeitraum und –ort, die Personalien des Begutachteten, die Fragestellung an den Gutachter sowie der Anlass der Begutachtung. Daraufhin folgt die Darstellung der Aktenlage. Es folgen anamnestische Angaben, körperliche Befunde und mögliche Befunde von Zusatzuntersuchungen. Zusätzliche Informationen wie fremdanamnestische Angaben oder Berichte aus anderen Krankenhäusern sollten ebenfalls

aufgeführt werden. Abschließend folgt eine Zusammenfassung und die Beurteilung. Dabei sollte auf den angegebenen Fragenkomplex eingegangen werden (Nedopil et al. 2007).

Im Folgenden kann es zur Teilnahme des Gutachters an der Hauptverhandlung kommen. In Zivil-, Sozial- und Verwaltungsgerichtsverfahren genügen meist schriftliche Gutachten. In Strafverfahren werden jedoch nur Informationen verwertet die mündlich vorgetragen werden. Somit muss in solch einem Verfahren der Gutachter seine Arbeit und Empfehlungen mündlich vortragen. Nach dem mündlichen Vortrag des Gutachtens kann der Gutachter durch die Prozessparteien befragt werden (Nedopil et al. 2007).

### **1.7 Die Forensisch- Psychiatrische Begutachtung bei Kindstötungen**

Nur wenig ist bisher bekannt über forensisch- psychiatrische Gutachten von Kindstötungen. Dies stellt die beauftragten Gutachter häufig vor eine schwierige Aufgabe. Oft sind die TäterInnen beispielsweise noch minderjährig und heranwachsend. Das Tatgeschehen ist meist ein sehr komplexes. Es fehlen Begutachtungsschemen speziell für diese Taten.

Bereits Gerchow schrieb in den 50er Jahren über die Besonderheiten der forensisch- psychiatrischen Begutachtung von Jugendlichen und Heranwachsenden unter Kindesmörderinnen (Gerchow 1957). Es wurde besonders hervorgehoben, dass eine auf biologischen Zusammenhängen aufgebaute Betrachtungsweise notwendig sei. Nur so sei die in rechtlicher, sozialer und pädagogischer Hinsicht interessierende Frage, ob die Täterinnen nach dem Jugend- oder Erwachsenenstrafrecht abgeurteilt werden sollen, befriedigend zu lösen. In der Begutachtung der damals beurteilten TäterInnen sei besonders Wert darauf gelegt worden nicht nur zur Klärung der motivischen Zusammenhänge und der strafrechtlichen Verantwortlichkeit, sondern vor allem für die Beurteilung gemäß § 105 JGG in jedem Einzelfall ganz besonders den biologischen Entwicklungsstand sowie die Beziehungen zwischen Reifegrad und Tat aufzuzeigen (Gerchow 1957).

Gerchow betonte, dass die Kindstötung geradezu eine Sonderkriminalation unreifer, infantiler Menschen darstellt. Selbst bei den TäterInnen, die zur Tatzeit das 21. Lebensjahr vollendet hatten, lassen sich erhebliche Entwicklungs- und Reifungsrückstände feststellen (Gerchow 1957).

Gerchow beschrieb, dass die Kindstötung ein ausgesprochenes Gelegenheitsdelikt ist, das nicht unbedingt „schädliche Neigungen“ voraussetzt. Oft kommt zur ungewollten Gravidität aber auch ein gewisser Grad von Verwahrlosungssymptomen, die in engem Zusammenhang mit einer Retardierung und daraus entstandenen Spannungen in der Gesamtpersönlichkeit stehen. Er fordert, dass bei der Beurteilung minderjähriger Kindesmörderinnen die Aufmerksamkeit nicht nur auf die Begutachtungsfragen zu legen ist, sondern auch eine umfassende Analyse einer nicht zuletzt

reifungsbedingten psychogenen Abnormität Hinweise für die praktische Rechtsprechung in Kindstötungsfällen bei Jugendlichen und Heranwachsenden geben sollte (Gerchow 1957).

Die Kindstötung als Tat ist für die Allgemeinheit ein subjektiv sehr grausam anmutendes Verbrechen. Dennoch sollten nicht alle TäterInnen gleich oder gleichwertig betrachtet werden, da meist ein komplexes Tatgeschehen mit verschiedenen beeinflussenden Faktoren stattgefunden hat. Außerdem sollten die erstellten Gutachten bestimmte Kriterien beinhalten, die dann letztendlich auch eine einheitliche Qualität gewährleisten könnten.

Als Ergebnis der klinischen Erfahrungen und den Befunden aus der Literatur schlagen Schläfke und Häbeler folgende Bearbeitungsweise und Klassifikation zur Begutachtung von Kindstötungsfällen vor (Schläfke & Häbeler 2008), die den beauftragten Gutachtern unterstützend helfen könnten (Tab. 3):

**Tab. 3 Begutachtungsschema nach Schläfke und Häbeler 2008**

<b>Klassifikationstyp</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Unterkategorie</b>	<b>Zuordnung §§ 20/21 StGB</b>	<b>Beurteilungskriterium</b>	<b>Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit</b>
Psychiatrische Erkrankung	Im Sinne einer tatzzeitbezogenen ICD-10- Diagnose	Liegt vor <i>oder</i> nicht	Möglich <i>oder</i> nicht	Psychopathologische Beschreibung der Schwere	Erhalten, vermindert, aufgehoben
Komorbide Störung	Tatzeitdiagnose gemäß ICD-10	Liegt vor <i>oder</i> nicht	Möglich <i>oder</i> nicht	Psychopathologische Beschreibung der Schwere	Erhalten, vermindert, aufgehoben
Persönlichkeitsstörung	Diagnose gemäß ICD-10	Liegt vor <i>oder</i> nicht	Möglich <i>oder</i> nicht	Psychopathologische Beschreibung der Schwere (Psychodiagnostik!)	Erhalten, vermindert, aufgehoben
Tötungsmotiv	Nach Guileyardo et al. 1999	Erfassbar <i>oder</i> nicht	Möglich <i>oder</i> nicht	Beschreibung im Sinne konstellativer Bedingung	Erhalten, vermindert, aufgehoben

Konstellative Faktoren	Nach Bourget u. Gangné 2002, 2005 und anderen	- begleiten-der Suizid - Alkohol- und/ oder Substanz-gebrauch bzw. Rauschzu-stand - Stress- und/ oder Konflikt-situation - andere	Möglich <i>oder</i> nicht	Beschreibung im Sinne konstellativer Bedingung	Erhalten, vermindert, aufgehoben
------------------------	---	--	---------------------------	--	----------------------------------

Es sollte also forensisch-psychiatrisch in jedem Gutachten als erstes geprüft werden, ob eine psychiatrische Erkrankung, komorbide Störung oder Persönlichkeitsproblematik vorliegt. Die Beurteilung kann nur nach dem gängigen Klassifikationssystem erfolgen. Dazu sollten mögliche konstellative Faktoren erfasst und beschrieben werden. Als Folgeschritt ist die Frage der Zuordnung zu einem Eingangsmerkmal der §§ 20/21 StGB zu prüfen und die Beurteilung der Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit anhand der psychopathologischen Ausprägung der Störung vorzunehmen. Das Tötungsmotiv sollte nach der Einteilung von Guileyardo et al. 1999 beurteilt werden und die forensische Bewertung als konstellatives Merkmal erfolgen.

### 1.7 Fragestellung und Ziele der Arbeit

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, besonders psychosoziale Aspekte und Gemeinsamkeiten und Unterschiede der TäterInnen herauszuarbeiten, um in Zukunft im Sinne einer verbesserten Primärprävention potentielle TäterInnen besser und rechtzeitig identifizieren zu können.

Durch die Kooperation einer nordostdeutschen Universität (Rostock), eines mitteldeutschen Landeskrankenhauses für forensische Psychiatrie (Uchtspringe) und einer süddeutschen Universität (München) konnte ein direkter Vergleich innerhalb dieser Regionen Deutschlands vorgenommen werden. Bislang ist eine solche Untersuchung in Deutschland einmalig. Gerade die große Anzahl der zusammengetragenen Gutachten verspricht daher eine verbesserte Aussage zur gesamtdeutschen Situation zu geben.

In der forensisch-psychiatrischen Begutachtung ist es wichtig eine besondere Qualität zu gewährleisten. Erschwerend kann eine Gutachtenerstellung in besonderen Strafverfahren wie z.B. bei Kindstötungen sein. Gerade in dieser Situation bedarf es der fundierten Kenntnis über die Taten, Tatmotive und besondere psychosoziale Aspekte der TäterInnen. Im Hinblick auf die Begutachtung von Kindstötern versucht diese Arbeit Empfehlungen zugeben. Dabei sollen bereits vorhandene Klassifikationssysteme ergänzt und zu einer verbesserten Bearbeitung von Kindstötungsfällen führen.

Die Fragestellung kann zusammenfassend wie folgt beschrieben werden:

1. Lassen sich durch die Betrachtung der Gutachten einzelne potentielle Tätertypen charakterisieren?
2. Welche psychosozialen Faktoren sind prädisponierend bei Kindstötern?
3. Ergeben sich daraus Präventionsmaßnahmen und wie könnten diese aussehen?
4. Welche Bedeutung hat der innerdeutsche Vergleich? Gibt es regionale Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der TäterInnen und der Gutachtenerstellung?
5. Was lässt sich über die Qualität forensischer Gutachten bei Kindstötungen aussagen? Welche Fehlerquellen und Schwierigkeiten gibt es bei der Gutachtenerstellung von Kindstötungen?
6. Können die gängigen Klassifikationssysteme zu Kindstötungen erweitert bzw. abgeglichen werden?
7. Können Empfehlungen zur speziellen Begutachtungsproblematik bei Kindstötungen erarbeitet werden?
8. Ergibt sich dabei eine Praktikabilität des Gutachtenschemas nach Schläfke und Häßler?

## 2. MATERIAL UND METHODEN

### 2.1 Datenerfassung

Retrospektiv wurden 56 forensisch-psychiatrische Gutachten von Kindstötungsfällen ausgewertet. Die Gutachten wurden durch Mitarbeiter des Zentrums für Nervenheilkunde des Universitätsklinikums Rostock, durch Mitarbeiter der Abteilung für Forensische Psychiatrie des Klinikums Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München, durch Mitarbeiter des Landeskrankenhauses für Forensische Psychiatrie Uchtspringe, Sachsen-Anhalt und durch Psychiaterinnen aus Ueckermünde und Weissenau erstellt. Insgesamt wurden 56 Gutachten (20 aus Mecklenburg-Vorpommern, 25 aus Bayern, acht aus Sachsen-Anhalt, zwei aus Ueckermünde und ein Gutachten aus Weissenau), die im Zeitraum von 1980 bis 2006 erstellt wurden, analysiert. Zur besseren Übersicht wurden die Gutachten aus Ueckermünde Mecklenburg-Vorpommern zugeordnet und das Gutachten aus Weissenau Sachsen-Anhalt. Es fanden sich insgesamt 37 Täterinnen und 19 Täter. Die TäterInnen waren im Alter von 14 bis 59 Jahren ( $M= 29,38$  Jahre,  $SD= 10,849$ ).

Zur Erfassung der Daten wurde der *Erhebungsbogen zur Qualität forensisch- psychiatrischer Gutachten* sowie die *Dokumentation für Forensische Psychiatrie* mit dem *Hauptmodul Basisdokumentation* und den *Ergänzungsmodulen Strafrecht* und *Psychotrope Stoffe* verwendet.

Anhand der Erhebungsbögen wurden die Variablen der Eigenanamnese (Alter, Geschlecht, Familienstand, kultureller Hintergrund, Konfession, Schulbildung, Berufsbildung etc.) erfasst, wobei die besondere Bewertung den psychosozialen Aspekten der TäterInnen im Kindes- und Jugendalter, Primär- und Sekundärfamilie galt. Eine besondere Aufmerksamkeit galt der Tat (Neonazid, Infantizid oder Filizid) und dem Tatmotiv (Klassifikation nach Guileyardo et al. 1999) und den Opfern.

### 2.2 Allgemeine Gutachtenbeschreibung

Die erfassten Gutachten wurden in den Jahren 1980 bis 2006 erstellt. Wobei in den Jahren 1995, 1998, 1999 und 2004 eine Häufung an Gutachtenerstellungen vorlag.

In allen Fällen wurden die Gutachten durch die jeweilige Staatsanwaltschaft erbeten. Dabei fand sich eine Häufung der Staatsanwaltschaften Rostock (26,9%) und München (21,2%). Fünf verschiedene Herkunftsorte der Gutachter ließen sich unterscheiden. Nahezu die Hälfte der Gutachten 48,2% wurde durch Münchner Gutachter erstellt, 30,2% kamen aus Rostock, 12,5% aus Uchtspringe, 5,4% aus Stralsund und 3,6% aus Berlin. 98,2% der Gutachter waren Fachärzte für

Neurologie und Psychiatrie.

In 50 Gutachten (89,3%) konnte eine konkrete Wiedergabe der Fragestellung eruiert werden. In 85,7% der Gutachten beinhaltete die Fragestellung eine Stellungnahme zu § 20 StGB bzw. § 21 StGB. Acht Gutachten ließen diese Fragestellung nicht erkennen. 35 Gutachten enthielten eine konkrete Fragestellung zu § 63 StGB und § 64 StGB. Eine Zusammenfassung im Gutachten fand sich in 22 (39,3%) Fällen. Die Seitenzahl der Zusammenfassung lag zwischen einer und 26 Seiten (M=6,23 Seiten, SD=5,126). Ein Ergebnisteil fand sich in 24 (42,9%) Gutachten. Die Seitenzahl des Ergebnisses lag zwischen zwei und 36 Seiten (M=8,13 Seiten, SD=9,896). In zahlreichen Gutachten konnte die Zusammenfassung nicht genau vom eigentlichen Ergebnis getrennt werden, daher ergeben sich die ungenügenden Ergebniswerte.

Die Verständlichkeit der Sprache war in 82,1% der Gutachten sehr gut. In 17,9% wurde die Verständlichkeit als gut befunden. So genannte Stilblüten ließen sich in keinem Gutachten erkennen. Auch gaben die Gutachter keine zusätzlichen nicht geforderten Stellungnahmen ab. Die Datenerhebungen und Dateninterpretationen wurden in 89,3% immer deutlich getrennt. Eine Typologisierung des Klienten wurde in 89,3% nicht angegeben. In 27 Gutachten (48,2%) wurden wissenschaftliche Quellen für die Dateninterpretation genannt. Ein Literaturverzeichnis zu wissenschaftlichen Quellen fand sich in nur vier Gutachten (7,2%). Ebenso wurden in 26,8% Aussagen zur Zuverlässigkeit des gutachterlichen Ergebnisses getroffen. Nur in elf Gutachten (19,6%) wird eine Alternative zum Tatablauf diskutiert. 18 Gutachter (32,1%) diskutieren Alternativen zur Diagnose. 24 der Gutachter gaben Empfehlung für therapeutische Maßnahmen. 14,3% ohne Empfehlung für die praktische Umsetzung und 28,6% mit Empfehlung. In nur drei Fällen gibt der Gutachter Empfehlungen für erzieherische Maßnahmen bei Heranwachsenden/Jugendlichen.

Die körperliche Untersuchung (Allgemeinzustand, Herz- und Lungenfunktion, Leber, äußere Geschlechtsorgane) wurde in 78,6% vorgenommen. Eine umfassende neurologische Untersuchung des Begutachteten fand in 82,1% der Fälle statt. Als zusätzliche Untersuchungen im Sinne von apparativen Untersuchungen wurde in 50% der Fälle ein EEG, in 5,4% eine Laboruntersuchung, in 12,5% ein CT, in 14,3% eine Röntgenaufnahme und in 3,6% ein MRT vorgenommen. Der psychopathologische Befund wurde in 94,6% der Gutachten beschrieben.

Insgesamt wurde in 49 der 56 Gutachten eine psychologische Testung vorgenommen. 50% der Gutachten enthielten ein separates psychologisches Gutachten. In 32,1% der Gutachten wurde ein zusätzliches psychologisches Gutachten mit deutlicher Abgrenzung zum psychiatrisch-erstellten Gutachten erarbeitet. In 5,4% gab es keine deutliche Abgrenzung zwischen dem psychologischen

und psychiatrischen Teil. Bis zu 13 Tests wurden durchgeführt (M=5,55 Tests, s=3,548). Auf einer bis 25 Seiten wurden die psychologischen Tests erläutert (M=8,84 Seiten, SD=6,933). Die Ziele der psychologischen Testung waren in 63,6% erläutert und die erzielten Ergebnisse in 81,5% erklärt worden.

### **2.3 Datenauswertung**

Zur statischen Berechnung und zur graphischen Darstellung wurde das Programm SPSS 19.0 für Windows verwendet. Folgende statistische Berechnungen wurden durchgeführt:

1. Berechnung der Häufigkeiten, Korrelationskoeffizienten und Signifikanzen nach Spearman (Test auf 2-seitige Signifikanz) der erhobenen Variablen.
2. Hierarchische Clusteranalyse zur Unterscheidung möglicher charakterisierender TäterInnenpopulationen.: Es handelt es sich um ein Verfahren bei dem anhand von vorgegebenen Variablen Gruppen von Fällen gebildet werden können. Die Fälle innerhalb einer Gruppe (Cluster) zeigen ähnliche Merkmale.

Aufgrund einer kleinen Fallzahl wählten wir die hierarchische Clusteranalyse. Mit Hilfe der Methode Linkage zwischen den Gruppen ist die Distanz zwischen zwei Clustern jeweils der Durchschnitt aller Distanzen von jedem möglichen Paar aus beiden Clustern. Entscheidend für eine Beurteilung, welche Clusteranzahl als günstige Lösung anzusehen ist, kommt dem Koeffizienten zu. Dies ist der Abstand der jeweiligen beiden Cluster im gewählten Abstandsmaß (quadrierter Euklidischer Abstand der z-Werte). Abschließend wird ein Dendrogramm zur Veranschaulichung der Clusterung ausgegeben. Es zeigt die zusammengefassten Cluster sowie die Werte bei jedem Schritt (Bühl 2008).

Die abschließende Textverarbeitung wurde mit Microsoft Word 2007 erstellt. Für einen Vergleich der eigenen Untersuchungsergebnisse mit anderen Studien erfolgte eine selektive Literaturrecherche (Pubmed) bis August 2010. Berücksichtigt wurden Veröffentlichungen, die sich mit der Thematik der Kindstötung (Infantizide, Filizide, Neonatizide, Familizid-Suizide) befassten.

### 3. ERGEBNISSE

#### 3.1. Ergebnisse zu den Taten, den Tatmotiven und den Opfern

##### 3.1.1 Die Taten

Es zeigt sich eine Häufung von Neonatiziden (18 mal/32,1%) und Filiziden im 2.-5. Lebensjahr mit 17 (30,4%) Fällen. Im Vergleich dazu fanden sich neun (16,1%) Infantizide, acht (14,3%) Filizide im 6.-12. Lebensjahr und vier (7,1%) Fälle bei Jugendlichen bis 18 Jahre. Im Vergleich der Geschlechter mit den Taten war die Korrelation auf dem 1%-Niveau nach Spearman signifikant (zweiseitig) ( $p < 0,01$ ,  $r = 0,488$ ). Im Vergleich der Geschlechter der TäterInnen zeigte sich, dass Neonatizide ausschließlich von Frauen begangen wurden. Infantizide wurden von beiden Geschlechtern verübt. Bei den Filizide unterschieden sich die Geschlechter jedoch wieder. Filizide im 2. bis 5. Lebensjahr wurden eher von Frauen begangen, während Filizide im 6. bis 12. Lebensjahr eher von den männlichen Tätern verübt wurden. Beide Geschlechter begingen gleich häufig Tötungen von Jugendlichen bis 18 Jahre. Es kann geschlussfolgert werden, dass in unserer Gesamtpopulation weibliche Täterinnen eher jüngere Kinder töteten und die männlichen Täter eher die älteren Kinder.

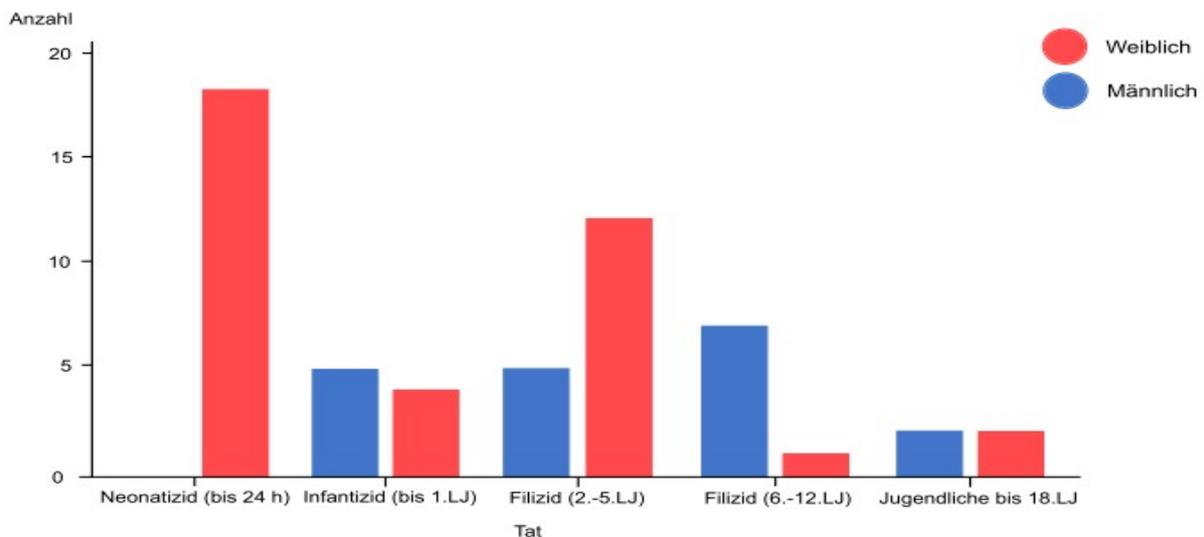


Abb. 1: Vergleich Taten zum Geschlecht der TäterInnen,  $n=56$ ,  $p < 0,01$ ,  $r = 0,488$

47 (83,9%) der begutachteten Fälle fanden im eigenen Wohnraum statt. Neun (16,1%) ereigneten sich außerhalb der Wohnung. Bei 52 (92,9%) der verübten Kindstötungen kam es zu vollendeten Tötungen und viermal (7,1%) zu lebensgefährlichen Verletzungen des Opfers. In 52 (92,9%) Fällen gab es ein Opfer. Viermal (7,1%) gab es zwei Opfer.

Acht (14,8%) TäterInnen konsultierten unmittelbar vor der Tat einen niedergelassenen Arzt. In sieben (13,0%) Fällen des Neonatizids leugneten die TäterInnen auf Nachfrage von Angehörigen oder Bekannten ihre Schwangerschaft.

### **3.1.2 Die Tatmotive**

Zur Erfassung des Tatmotives wurde unter Einbeziehung verschiedener Klassifikationssysteme (Resnick 1969, d'Orban 1979, Bourget & Bradford 1990, Somander & Rammer 1991) das umfangreiche Klassifikationssystem nach Guileyardo et al. von 1999 verwendet. Es ergaben sich als Tatmotive 15 mal (26,8%) eine unerwünschte Gravidität/unerwünschtes Kind, achtmal (14,3%) ein Altruismus, siebenmal (12,5%) eine akute Psychose, siebenmal (12,5%) ein sexueller Missbrauch, fünfmal (8,9%) eine Vernachlässigung/Fahrlässigkeit, fünfmal (8,9%) ein Drogen- oder Alkoholmissbrauch, viermal (7,1%) eine sadistische Bestrafung des Kindes und zweimal (3,6%) eine Tötung aus Rache am Partner. In zwei (3,6%) Gutachten konnte keine eindeutige Motivzuordnung vorgenommen werden und in einem Fall (1,8%) war Kindesmissbrauch das Tatmotiv. Die Motive Euthanasie, postpartale Störung, Münchhausen-by-proxy-Syndrom, Gewalt älterer Kinder, Epilepsie und unbeteiligter Zuschauer wurden in der Erhebung der 56 Gutachten nicht zu geordnet.

Die Untersuchung einer Korrelation zwischen den Taten und den Tatmotiven zeigte sich nicht signifikant ( $p > 0,05$  nach Spearman). Die Tatmotive weiblicher und männlicher Täter zeigten jedoch deutlich signifikante Unterschiede ( $p < 0,01$  nach Spearman bei mittlerer Korrelation  $r = 0,564$ ). Frauen in der untersuchten Population töteten eher aus Altruismus, im Rahmen einer akuten Psychose und aufgrund einer unerwünschten Gravidität/Kind. Bei den Männern fand sich signifikant gehäuft ein sexueller Missbrauch, ein Drogen- oder Alkoholmissbrauch, sadistische Bestrafung oder die Rache an der Partnerin (s. Tab. 7 im Anhang).

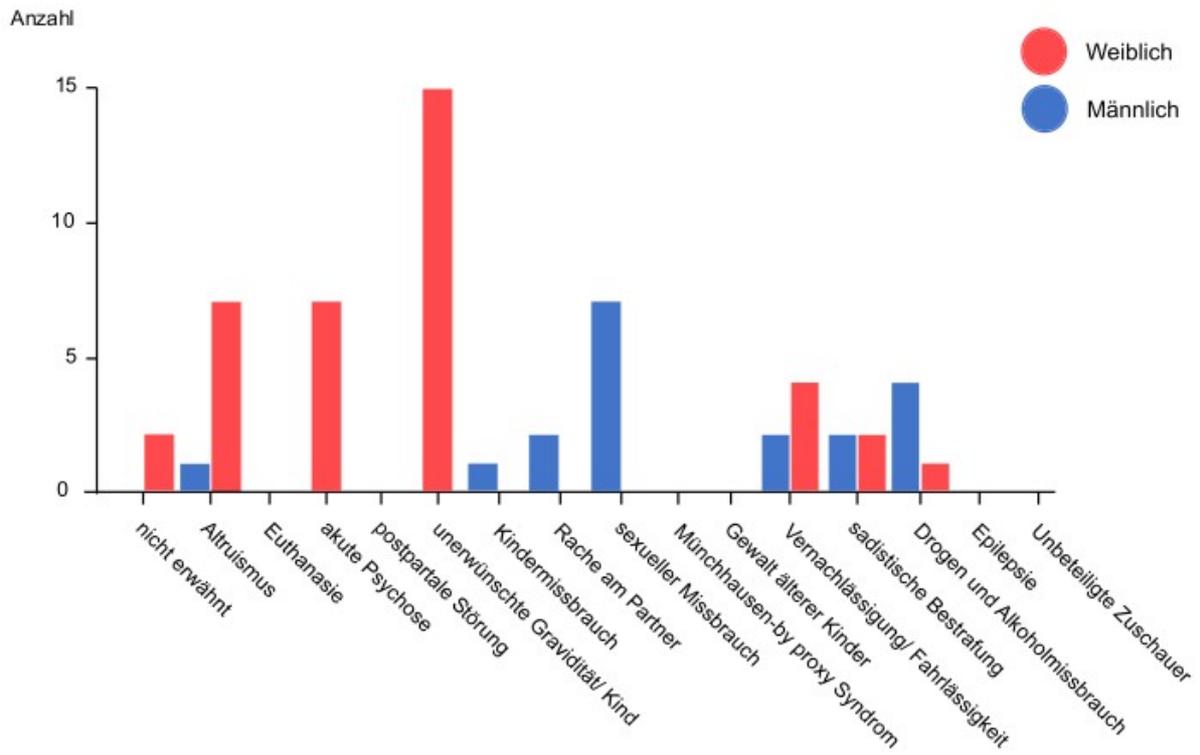
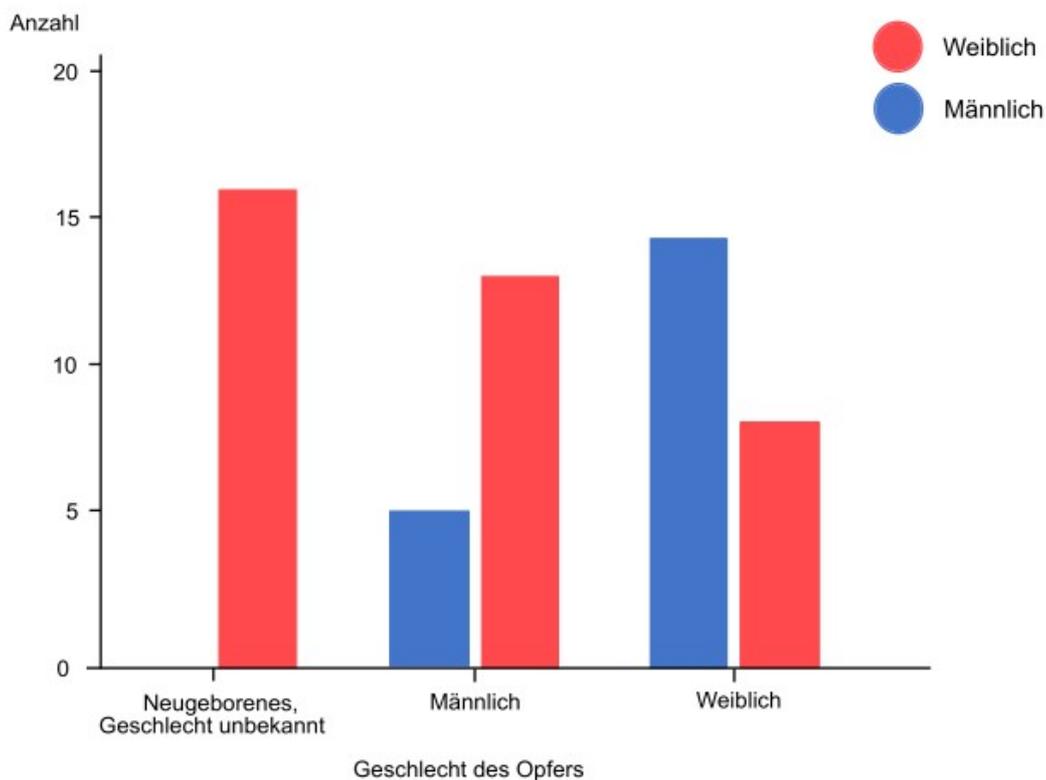


Abb. 2: Tatmotive Geschlecht der TäterInnen, n=56,  $p < 0,01$ ,  $r = 0,564$

### 3.1.3 Die Opfer

Mädchen waren häufiger Opfer von Kindstötung als Jungen. 39,3% der Opfer waren weiblich und 32,1% männlich. Die Korrelation zeigte sich auf dem 1%-Niveau nach Spearman signifikant ( $p < 0,01$  bei mittlerer Korrelation  $r = 0,554$ ). Weibliche Täterinnen töteten eher Jungen, während die männlichen Täter in der Population eher Mädchen töteten. Aufgrund der hohen Anzahl an Neonatiziden war in 16 Fällen (28,6%) das Geschlecht des Kindes unbekannt.



**Abb. 3: Vergleich Geschlecht des Opfers Geschlecht der TäterInnen,  $n = 56$ ,  $p < 0,01$ ,  $r = 0,554$**

In 44 von 56 Fällen (78,6%) waren die Opfer leibliche Kinder. Im Vergleich der weiblichen und männlichen TäterInnen zeigte sich, dass Täterinnen 35 mal das eigene Kind, einmal das Kind des Partners und einmal ein ihnen verwandtes Kind töteten. Opfer der männlichen Täter waren neunmal das leibliche Kind, einmal das Kind der Partnerin, zweimal ein mit ihnen verwandtes Kind und siebenmal fremde Kinder. Die mittlere Korrelation zeigte sich auf dem 5%-Niveau nach Spearman signifikant ( $p < 0,05$ ,  $r = 0,564$ ). Damit kann unter statistischer Betrachtung verallgemeinert werden, dass männliche Täter nicht leibliche und weibliche Täterinnen eher leibliche Kinder töteten.

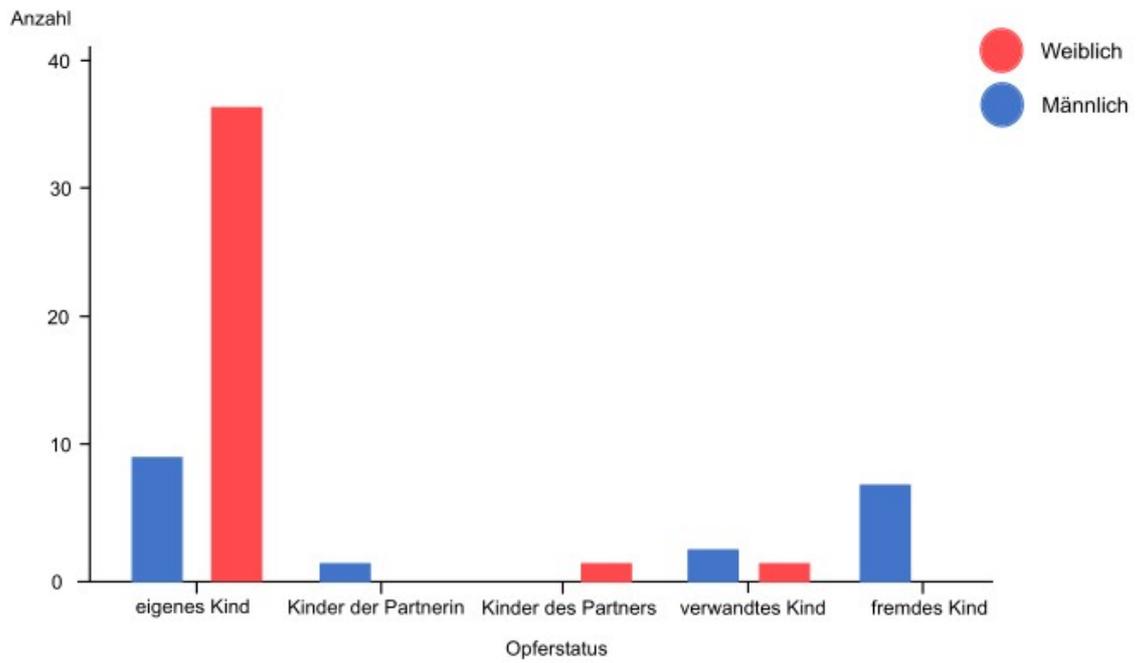


Abb. 4: Vergleich Opferstatus Geschlecht der TäterInnen, n=56,  $p < 0,05$ ,  $r = 0,564$

## 3.2 Ergebnisse bezogen auf die TäterInnen

### 3.2.1 Allgemeine soziodemographische Informationen

Eine ausführliche Darstellung zur gesamten TäterInnenpopulation gibt die Tab. 7 im Anhang.

Es zeigte sich ein deutliches Überwiegen weiblicher Täterinnen (37 ♀, 19 ♂). Die TäterInnen waren im Alter von 14 bis 59 Jahren ( $M=29,38$  Jahre,  $SD=10,849$ ). Die weiblichen Täterinnen waren deutlich jünger als die männlichen Täter ( $p<0,05$ ,  $r=0,272$ ). Der Altersdurchschnitt lag bei den Frauen bei 26,73 Jahren (14 bis 44 Jahre) und bei den Männern bei 34,53 Jahren (14 bis 59 Jahre).

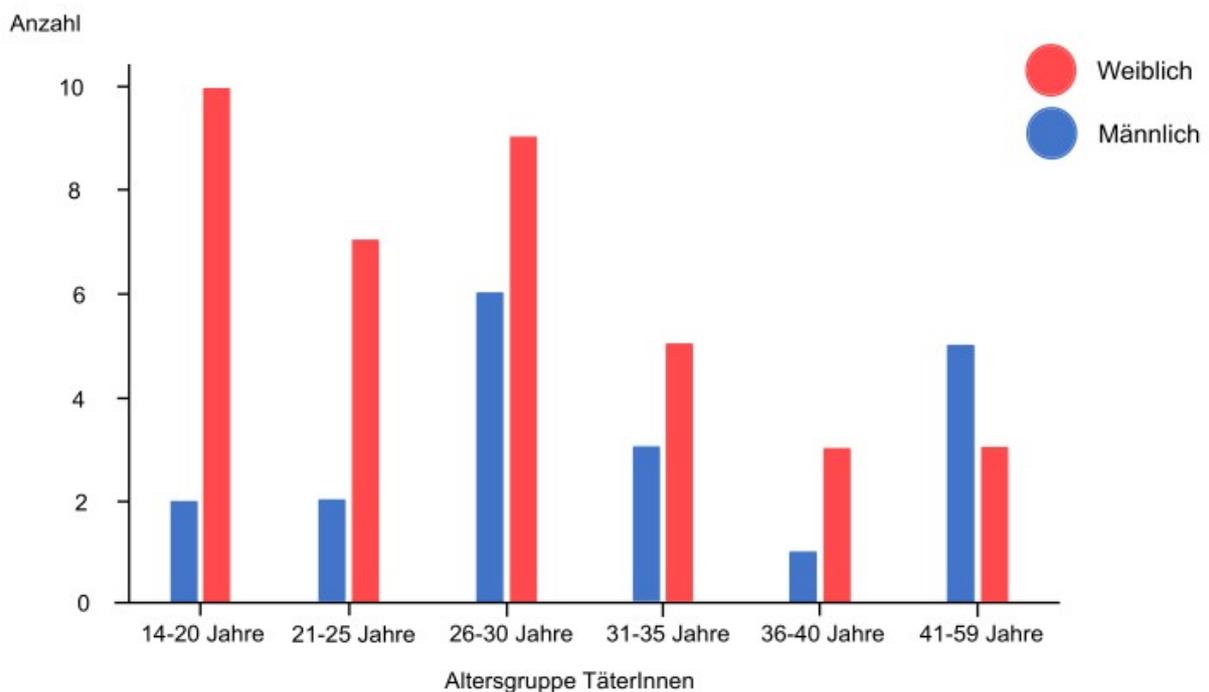


Abb. 5: Altersgruppe TäterInnen,  $n=56$ ,  $p<0,05$ ,  $r=0,272$

Zum Familienstand wurden weibliche und männliche Täter getrennt betrachtet. Frauen waren 20 mal ledig. Elf lebten in einer Partnerschaft und vier waren verheiratet. Während männliche Täter achtmal ledig, zweimal in einer Partnerschaft lebend, dreimal verheiratet, fünfmal geschieden und einmal verwitwet waren. Ein statistisch signifikanter Unterschied fand sich nicht ( $p > 0,05$ ).

Die Mehrheit (80,9%) der TäterInnen waren deutschstämmig, vier (7,3%) türkischer Herkunft, drei (5,5%) osteuropäisch, zwei (3,6%) nicht näher benannt und in einem Fall war die Täterin (1,8%) nordeuropäischer Herkunft. Acht TäterInnen (14,3%) waren katholisch, vier (7,1%) evangelisch, drei (5,4%) sonstige Christen, zwei (3,6%) muslimisch und zwei (3,6%) eines anderen Glaubens. In 37 Fällen (66,1%) konnten keine Angaben zur Konfession ermittelt werden.

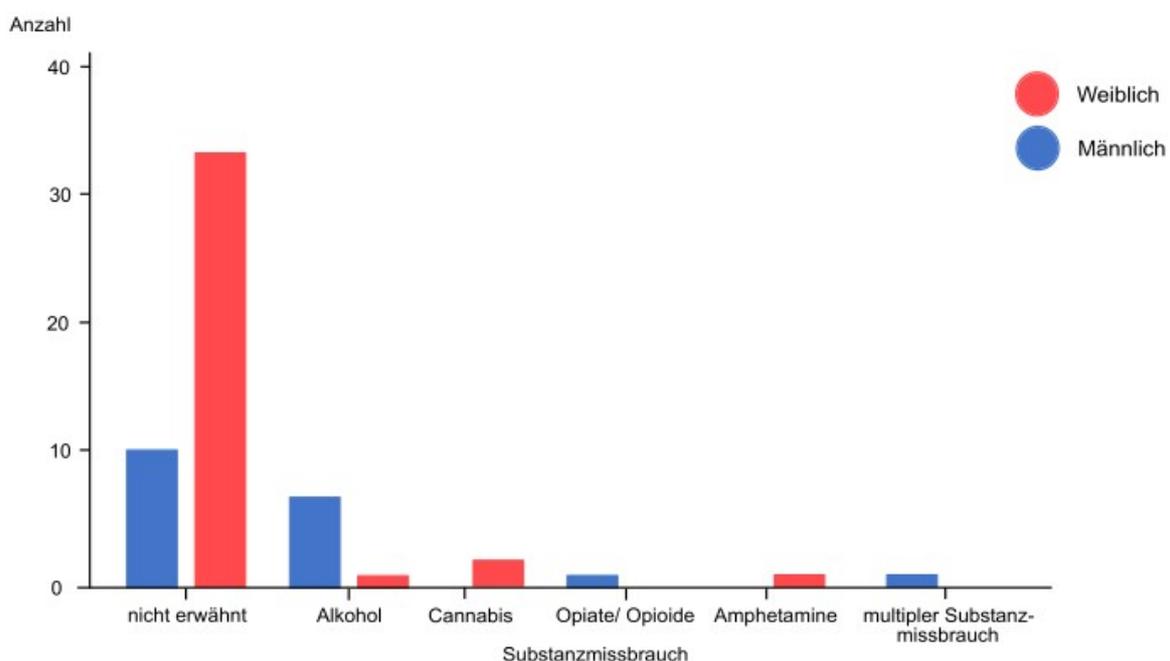
Zur Schulbildung ließ sich folgendes ermitteln: Neun TäterInnen (16,1%) hatten keinen Abschluss, vier (7,1%) einen Sonderschulabschluss, zehn (17,9%) einen qualifizierten Hauptschulabschluss, acht (14,3%) einen sonstigen Hauptschulabschluss, 17 (30,4%) die mittlere Reife, einer (1,8%) hatte Fachabitur und vier (7,1%) erreichten das Abitur. In drei Fällen (5,4%) liessen sich keine Angaben zum Schulabschluss ermitteln. Dies ist auch erklärbar durch die noch sehr jungen Täter und Täterinnen.

Zur Berufsbildung der Begutachteten fand sich folgendes: Zwölf (21,4%) TäterInnen befanden sich noch in der Schulausbildung, vier (7,1%) hatten keine Berufsausbildung oder waren nur angelernt. Die Mehrheit mit 21 (37,5%) Begutachteten hatte eine Lehre mit Abschluss. Drei (5,4%) TäterInnen hatten eine Lehre abgebrochen. Zwei (3,6%) befanden sich in Ausbildung in einer Fach-/Meisterschule, einer (1,8%) in einer (Fach-) Hochschule in Ausbildung und zwei (3,6%) hatten eine (Fach-) Hochschule abgebrochen. Über die berufliche Situation zum Tatzeitpunkt gab es 17 mal (30,4%) keine Information, 18 (32,1%) TäterInnen waren in Vollzeit berufstätig, drei (5,4%) in Teilzeit, fünf (8,9%) als Hausfrau/-mann und elf (19,6%) arbeitslos gemeldet. Unter den Begutachteten befand sich ein (1,8%) Rentner und 18 mal (32,1%) konnten keine Angaben aus den Gutachten entnommen werden. Zum Beruf allgemein wurde 26 mal (46,4%) keine Angabe gemacht. Zwölf (21,4%) waren Facharbeiter oder unselbstständige Handwerker, fünf (8,9%) waren nie erwerbstätig, fünf (8,9%) qualifizierte Angestellte, drei (5,4%) einfache Angestellte, vier (7,1%) angelernte Arbeiter und einer (1,8%) selbstständiger Handwerker. Zur Zufriedenheit im Beruf äußerten 15 (26,8%) der 56 Begutachteten eine belastende Unzufriedenheit.

Unabhängig zur gestellten Diagnose bei der forensischen Begutachtung fand eine Befragung zu früheren Erkrankungen statt. In 25 (44,6%) Gutachten wurde keine erwähnt. Ein (1,8%) Begutachteter hatte ein Schädelhirntrauma erlitten. Zwei (3,6%) berichteten über zerebrale Anfälle, zwei (3,7%) über andere hirnorganische Erkrankungen und bei vier (7,1%) Probanden wurde über kindliche Verhaltensauffälligkeiten berichtet. Drei (5,4%) Begutachtete hatten zuvor Suizidversuche

unternommen. Bei weiteren drei (5,4%) war ein Alkoholabusus bekannt und bei sieben (12,5%) fanden schwere akuten Erkrankungen wie z.B. Unfälle Erwähnung. Neun (16,1%) begutachtete Täterinnen berichteten über Aborte.

Ein Suchtmittelanamnese fand sich in insgesamt 13 Fällen (23,2% von 56): Achtmal (14,3%) durch Alkohol, einmal (1,8%) durch Opiate/Opioide, zweimal (3,6%) durch Cannabis, einmal (1,8%) durch Amphetamine und einmal (1,8%) lag ein multipler Substanzmissbrauch vor. Die Korrelation war im Vergleich der Geschlechter auf dem 1%-Niveau nach Spearman signifikant ( $p < 0,01$ ,  $r = 0,376$ ).



**Abb. 6: Substanzmissbrauch Geschlecht der TäterInnen, n=56,  $p < 0,01$ ,  $r = 0,376$**

Zur Delinquenz fand sich, dass elf (19,6%) von 56 Begutachteten bereits Delikte verübt hatten. Zwei (3,6%) hatten Gewaltdelikte, vier (7,1%) Sexualdelikte, drei (5,4%) Eigentumsdelikte und zwei (3,6%) Btm-Verstöße begangen. Auch hier zeigte ein Geschlechtervergleich eine signifikante Korrelation auf dem 1%-Niveau ( $p < 0,01$ ,  $r = 0,475$ ). Bei insgesamt wenig bekannter Delinquenz hatten Männer eher Gewalt- und Sexualdelikte begangen, Frauen dagegen Eigentumsdelikte und Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz.

Bei sieben (12,5%) Begutachteten wurde eine Vorstrafe ermittelt. Über einen Begutachteten wurde eine Vorunterbringung im Maßregelvollzug dokumentiert. Acht Begutachtete hatten bereits

Haftstrafen verbüßt. Die Strafen lagen zwischen 16 Monaten und 24 Jahren. Das Alter bei der ersten Delinquenz lag im Durchschnitt bei 28,2 Jahren (von 15 bis 34 Jahren).

### 3.2.2 Ergebnisse zu den TäterInnen bezogen auf das Kindes- und Jugendalter und ihre Primärfamilien

Psychosoziale Faktoren, die im Kindes- und Jugendalter und in den Primärfamilien vorhanden sind, können im Wesentlichen die Entwicklung der TäterInnen beeinflussen. Daher wurden diese genauer untersucht, um Besonderheiten aufzudecken. Eine Zusammenfassung ist in der folgenden Tab. 4 dargestellt.

**Tab. 4: Kindes- und Jugendalter und Primärfamilie, n=56**

	<b>Absolut</b>	<b>Prozentual</b>
Vernachlässigung durch die Eltern	3	5,4%
Sexueller Missbrauch	4	7,1%
Gewalt durch die Eltern	13	23,2%
Krankenhausaufenthalte	8	14,3%
Heimaufenthalte	11	19,6%
Mangel an sozialen Kontakten	19	33,9%
Schulische Auffälligkeiten	14	25%
Verlust einer Bezugsperson	20	35,8%
Gestörte Mutter-Kind-Beziehung	3	5,4%
Familienmitglieder Mutter+Vater +1 Geschwister	13	23,2%
Einzelkind mit Mutter+Vater	12	21,4%
Sozioökonomie Gut	14	25%
Arbeitslosigkeit	1	1,8%
Ehe der Eltern Trennung	7	12,5%
Scheidung	9	16,1%
Alkoholabusus der Eltern Vater	11	19,6%
Mutter	8	14,3%
beide Eltern	1	1,8%
	2	3,6%
Familiäre Erkrankungen Mütter	14	25%
Väter	13	23,7%
Geschwister	1	1,8%

Großeltern	1	1,8%
------------	---	------

Zur Anzahl der Familienmitglieder ließ sich folgendes eruieren: In vier (7,1%) Fällen lebten TäterInnen nur gemeinsam mit ihrer Mutter. Ein überwiegender Teil lebte gemeinsam mit Mutter und Vater und einem (23,2%) Geschwisterkind oder als Einzelkind (21,4%). Ein großer Teil der Familien war kinderreich (Mutter, Vater und mehr als 3 Kinder). Die sozioökonomische Situation wurde nur in 16 Fällen (28,6%) eruiert und beschrieben. 14 Primärfamilien (25%) wiesen eine gute Situation auf. In einem Fall (1,8%) wurde Arbeitslosigkeit und einmal (1,8%) wurden finanzielle Probleme angegeben. Ehe- oder Beziehungsprobleme der Eltern erlebten 16 TäterInnen (28,6%). Siebenmal (12,5%) kam es zur Trennung und neunmal (16,1%) zur Scheidung der Eltern. Ein Alkoholabusus der Eltern fand sich in elf Fällen (19,7%): Acht durch den Vater (14,3%), einmal durch die Mutter (1,8%) und zweimal (3,6%) durch beide Elternteile. Eine Vernachlässigung durch die Eltern wurde in drei von 56 Fällen (5,4%) beschrieben. Ein sexueller Missbrauch im Kindes- und Jugendalter fand sich bei vier Begutachteten (7,1%). In drei (5,4%) Fällen war der Täter eine nichtfamiliäre Bezugsperson und in einem Fall (1,8%) war die eigene Mutter die Täterin. Die Gewalttätigkeit durch Elternteile wurde in 13 Fällen (23,2%) festgehalten: Fünf mal (8,9%) durch den Vater, zweimal (3,6%) durch die Mutter, dreimal (5,4%) durch beide Elternteile und weitere dreimal (5,4%) durch andere Familienmitglieder.

Zu familiären Erkrankungen konnte folgendes erhoben werden: Neun Mütter (16,1%) waren psychisch und fünf (8,9%) organisch erkrankt. Sechs (10,9%) Väter hatten psychische und sieben (12,8%) somatische Erkrankungen. Über psychische und somatische Erkrankungen der Geschwister und Großeltern ist nur sehr wenig bekannt aus den Gutachten. Über Erkrankungen von Brüdern sowie Großmütter wurde nichts erwähnt. In jeweils einem Fall wurde über den Suizid einer Schwester (1,8%) und eines Großvaters (1,8%) berichtet.

Bei acht (14,3%) TäterInnen wurde ein längerer Krankenhausaufenthalt in der Kindheit beschrieben. Bedeutend in der Biographie von elf (19,6%) Begutachteten war eine zeitweise Fremdunterbringung bzw. eine Heimerfahrung: Bei vier (7,1%) war dies im frühen Kindesalter von 0 bis 5 Jahren, zwei (3,6%) im Alter von 6 bis 18 Jahren und in fünf (8,9%) Fällen vom 15. bis 18. Lebensjahr. Schulische Auffälligkeiten wurden in den Gutachten zwar nicht zahlreich erwähnt. Es fanden sich Lernschwierigkeiten bei 3 (5,4%) Begutachteten, 3 TäterInnen wurden in einer Klasse nicht versetzt und mussten eine Klasse wiederholen, Hänseleien in der Schule belasteten drei (5,4%) Begutachtete und bei fünf (8,9%) wurde Schulschwänzen beschrieben. Ein Mangel an sozialen Kontakten in der Kindheit wurde 19 mal (33,9% von 56) erwähnt. Dies schließt auf mögliche Verhaltensauffälligkeiten schon im Kinder- und Jugendalter.

Der Verlust einer Bezugsperson fand sich zahlreich: 13 mal (23,2 %) verstarb der Vater, dreimal (5,4%) die Mutter, dreimal (5,4%) ein Großelternanteil und einmal (1,8%) ein Geschwisterkind.

Das Bindungsverhältnis zu den Eltern in der Primärfamilie wurde in den überwiegenden Fällen als ausgewogen beschrieben. In drei (5,4%) Fällen wurde eine schwer gestörte Mutter-Kind-Beziehung erwähnt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass nur wenig bekannt ist über beeinflussende psychosoziale Faktoren des Kindes- und Jugendalters. Nur wenige Angaben zu Auffälligkeiten fanden sich überhaupt in den untersuchten forensisch-psychiatrischen Gutachten. Zwar wird häufig eine genau Anamnese mit Familienanamnese und Sozialanamnese erhoben, dennoch wird besonders den psychosozialen Aspekten der frühen Biographie kaum eine Bedeutung gegeben.

Unter den psychosozialen Faktoren der Primärfamilien zeigten sich keine statistisch signifikanten Korrelationen ( $p > 0,01$ ,  $p > 0,05$ ). Daher kann anhand der erhobenen Häufigkeiten keine statistische Verallgemeinerung vorgenommen werden. Dennoch sind sicherlich die genannten Variablen bei einer Vielzahl von KindstäterInnen beeinflussend und können prägend in der Entwicklung sein.

### 3.2.3 Ergebnisse zu den TäterInnen bezogen auf ihre Sekundärfamilien

Folgende Tab. 5 fasst die Ergebnisse zu den TäterInnen bezogen auf ihre Sekundärfamilien zusammen.

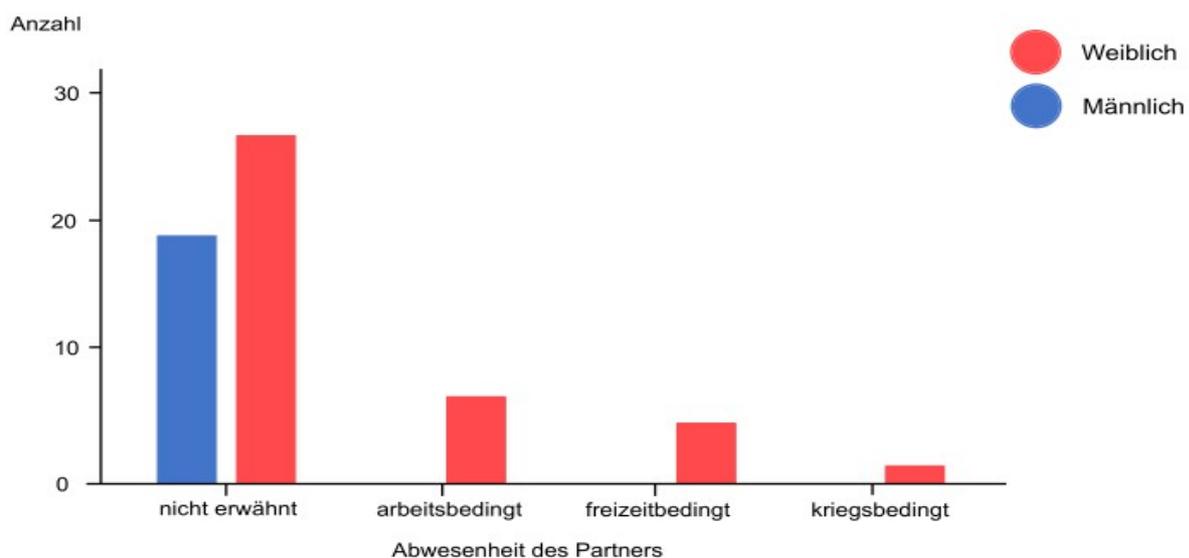
**Tab. 5: Sekundärfamilie, n=56, \*  $p < 0,01$**

	<b>Absolut</b>	<b>Prozentual</b>
Mutter+Vater+1 Kind	30	53,6%
Sozioökonomische Situation		
Finanzielle Probleme	9	16,1%
Arbeitslosigkeit	8	14,3%
Beziehungsprobleme		
Trennung	14	25%
Scheidung	3	5,4%
Abwesenheit des Partners *	11	19,6%
Substanzmissbrauch des Partners	6	10,7%
Gewalttätigkeit	2	3,6%
Mangel an sozialen Kontakten *	15	26,8%
Täter/-in lebte in Primärfamilie	12	21,4%

Zur Anzahl der Familienmitglieder ließ sich feststellen, dass in 30 Fällen (53,6%) die TäterInnen

mit Partner und einem Kind zusammenlebten und somit überwiegend eine Familie mit 2 Elternteilen vorhanden war. Neunmal (16,1%) lagen finanzielle Probleme vor und achtmal (14,3%) wurde ein Arbeitslosigkeit in der Sekundärfamilie erwähnt. Dreimal (5,4%) zeichnete sich die Familie durch eine gute Sozioökonomie aus. Einmal (1,8%) war es zu einer erheblichen Verbesserung und zweimal (3,6%) zu einer erheblichen Verschlechterung gekommen. Stress bei der Bewältigung des Haushalts wurde in 17 Fällen (30,4%) beschrieben. Partnerschaftsprobleme wurden in 17 Fällen beschrieben. 14 mal (25%) war es zur Trennung und dreimal (5,4%) zur Scheidung gekommen.

Frauen, die ihre Kinder töteten waren signifikant häufiger ( $p < 0,01$  nach Spearman) mit einer Abwesenheit ihres Partners konfrontiert. Im Vergleich der Geschlechter zeigte sich hier eine geringe Korrelation ( $r = 0,35$ ). Eine die Täterinnen belastende Abwesenheit des Partners wurde sechsmal (10,7%) arbeitsbedingt, viermal (7,1%) freizeitbedingt und einmal (1,8%) kriegsbedingt erwähnt.



**Abb. 7: Abwesenheit des Partners Geschlecht der TäterInnen,  $n = 56$ ,  $p < 0,01$ ,  $r = 0,35$**

Der Mangel an sozialen Kontakten außerhalb der Familie führte zu Belastungen in 15 Fällen (26,8%). Im Vergleich der Geschlechter war die Korrelation ( $r = 0,433$ ) mit einem Mangel an sozialen Kontakten auf dem 1%-Niveau signifikant und kann daher auch als wichtiger belastender Faktor besonders bei den weiblichen Täterinnen gesehen werden.

Ein Substanzmissbrauch des Partners belastete einige Familien. Fünfmal (8,9%) lag ein Alkoholabusus und einmal (1,8%) eine Abhängigkeit durch Amphetamine vor. Gewalttätigkeit

wurde einmal (1,8%) durch den Partner und einmal (1,8%) durch den Täter gegenüber Partnerin verübt. Gewalterfahrungen fanden sich vergleichsweise weniger, aber nicht statistisch signifikant, als in den Primärfamilien. In zwölf (21,4%) Fällen lebte der Täter noch in seiner Primärfamilie.

### **3.3 Die Gutachtenqualität**

Nach Schläfke et al. 2006 sind folgende Qualitätskriterien aussagekräftig und wurden daher in den 56 Gutachten bei Kindstötungen erfasst und bewertet. Im Einzelnen zeigte sich folgendes:

#### *1) Formalien eingehalten:*

Eine übersichtliche Abschnittsgestaltung fand sich in 91,1% (51) der Gutachten. Hervorhebungen im Text gab es in 25%. Überschriften fanden sich in 96,4% (54) der Gutachten. Auch das Lesebild konnte in 94,6% als gut bewertet werden. Die Fragestellung wurde in 89,3% der Gutachten korrekt wiedergegeben.

Zur Gesamtseitenzahl der Gutachten ließ sich eine große Breite feststellen. Das kürzeste Gutachten war 14 Seiten und das längste war 159 Seiten lang (M=58,96 Jahre, SD=36,032).

#### *2) Aufklärung dokumentiert:*

Zur Aufklärung des Begutachteten durch den Gutachter fand sich in 37,5% (21) ein schriftlicher Hinweis.

#### *3) Aktenauszüge vorhanden:*

In 87,5% (49 von 56) der Gutachten wurden Aktenauszüge aufgeführt. Die Seitenzahl lag zwischen einer und 56 Seiten (M=14,47, SD=16,024). Der Inhalt der Aktenauszüge bezog sich in 76,8% der Gutachten auf die Beschuldigtenvernehmung, in 8,9% auf die Polizeiberichte, in 3,6% auf die Zeugenaussagen und in 1,8% auf das Urteil. In 40 (71,6%) der Gutachten ergaben sich Hinweise auf eine frühere psychologische, psychiatrische oder neurologische Behandlung. Jedoch fanden sich in nur elf (19,6%) Gutachten Auszüge aus psychologischen, psychiatrischen oder neurologischen Krankenakten. Auszüge früherer ärztlicher Gutachten fand sich in 10,6% der Gutachten.

#### *4) Vorgeschichte/ Sexualanamnese/ Delinquenzvorgeschichte:*

Angaben zur Vorgeschichte fanden sich in allen Gutachten. Die Seitenzahl der Anamnese lag zwischen einer und 34 Seiten (M=13,29 Seiten, SD=8,420). Zur Sexualanamnese gab es in 35 der Gutachten eine Angabe. Ausführungen zur Delinquenzvorgeschichte fanden sich in 14 (25%) Gutachten.

#### *5) Schuldfähigkeit auf Tatzeit abgestellt:*

80,4% der Gutachter bezogen sich bei der Erörterung auf den jeweiligen Tatzeitpunkt.

#### *6) Verwendung ICD-10:*

Bei Stellung und Beschreibung der Diagnose verwendeten 18 (32,2%) Gutachter von 56 ICD-10-Schlüssel.

7) *Störung verständlich erklärt:*

In 36 (63,6%) Gutachten wurde die Störung verständlich erklärt.

8) *Begründung nachvollziehbar:*

82,1% (46 von 56) der dazu gegebenen Begründungen waren nachvollziehbar.

9) *Gestellte Fragen beantwortet:*

76,8% nahmen Stellung zur Schuldfähigkeit, 3,6% bewerteten die Schuld des Begutachteten, ein Gutachter gab keine Stellungnahme vor der Hauptverhandlung ab, 8 Gutachter gaben eine andere Stellungnahme und in 3,6% konnte im vorliegenden Gutachten keine Stellungnahme eruiert werden. 18-mal erfolgte eine Stellungnahme zu § 63 StGB. Zur Frage ob die Störung des Patienten dauerhaft und nicht lediglich vorübergehend sei, verneinten 86% der Gutachter eine Dauerhaftigkeit und 12,3% bejahten diese Frage. Nur 19,2% der Gutachter sahen einen Zusammenhang zwischen der Tat und der Störung. 5,3% wollten dies nicht ausschließen. 73,7% sahen keinen Zusammenhang zwischen der Tat und der Störung. 8,8% der Gutachter bejahten, dass rechtswidrige Taten zu befürchten seien. 86% verneinten dies und 3,5% wollten dies aber auch nicht ausschließen. Wie bereits erwähnt, kamen 68,4% der Gutachter zu keinem Ergebnis bezüglich § 63 StGB. 8,8% empfahlen die Einweisung und 21,1% empfahlen die Einweisung nicht.

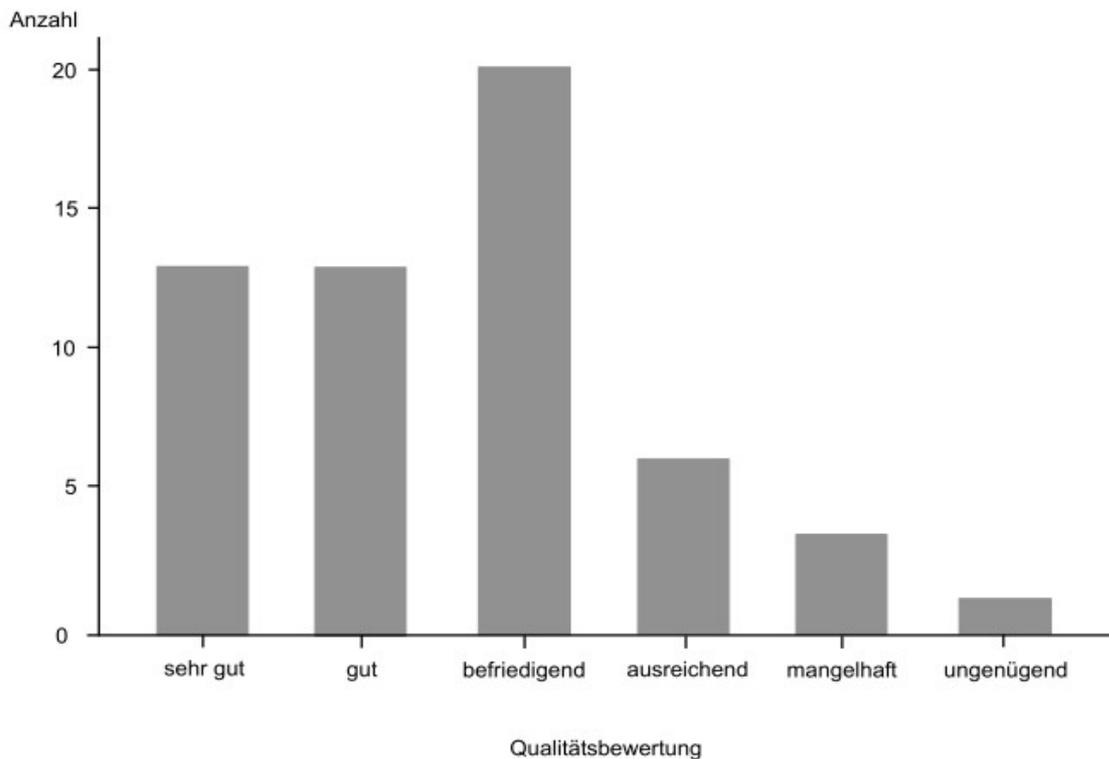
94,6% der Gutachter gaben keine Stellungnahme zu § 64 StGB ab. Ein Gutachter (1,8%) beschrieb, dass bei dem Begutachten ein Hang vorlag Suchtmittel im Übermaß zu konsumieren. Während 3,5% der Gutachter nicht ausschließen konnten, dass die Handlungen auf diesen Hang zurückgingen. 3,5% der Gutachten gaben an, dass weitere Taten zu befürchten seien. Aussicht auf Erfolg einer Behandlung bejahte ein Gutachter (1,8%). Zwei Gutachter empfahlen nach § 64 StGB die Einweisung des Probanden. In 93% der Fälle kam der Gutachter zu keinem Ergebnis.

Angelehnt an die neun gewählten Qualitätskriterien nach Schläfke et al. 2006, konnte eine Verallgemeinerung mittels Angleichung an das Schulnotensystem und somit eine Bewertung der Gutachtenqualität vorgenommen werden. Es ergab daraus abgeleitet folgende Benotung:

Sehr gut:	alle 9 Kriterien erfüllt
Gut:	7 - 8 Kriterien erfüllt
Befriedigend:	5 – 6 Kriterien erfüllt
Ausreichend:	3 – 4 Kriterien erfüllt
Mangelhaft:	1 – 2 Kriterien erfüllt
Ungenügend:	alle Kriterien wurden nicht erfüllt.

Es zeigte sich bezogen auf die Kriterien ein homogenes Ergebnis im Bereich der sehr guten (23,2%)

und guten (23,2%) Ergebnisse (s. Abb. 8). Jedoch zeigt noch eine Anzahl von 20 (35,7%) Gutachten eine nur befriedigende Qualität. Erfreulich ist der abnehmende Anteil ausreichender (10,7%), mangelhafter (5,4%) und ungenügender (1,8%) Gutachten. Im Zeitverlauf zeigte sich die Qualität der Gutachten verbessert. Mittels Spearmans Test auf Signifikanz fand sich eine Korrelation auf dem 1% Niveau ( $p < 0,01$ ,  $r = 0,377$ ).



**Abb. 8: Qualitätsbewertung aller Gutachten, n=56**

### 3.4 Die Forensisch- Psychiatrische Begutachtung

#### 3.4.1 Die Diagnosen

Es zeigte sich eine große Breite an psychiatrischen Störungsbildern bei den durch die Gutachter gestellten Diagnosen. Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen waren die häufigsten. Es folgten Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Stoffe und Intelligenzminderung. Weitere mehrmals gestellte Diagnosen waren Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Eine Schizophrenie fand sich nur in einem Fall. In zehn Fällen wurde keine Diagnose durch den Gutachter genannt. Die aufgeführte Einteilung der Diagnosen erfolgte entsprechend den Wortlauten der Bezeichnung durch den jeweiligen Gutachter in die ICD-10 Einteilung.

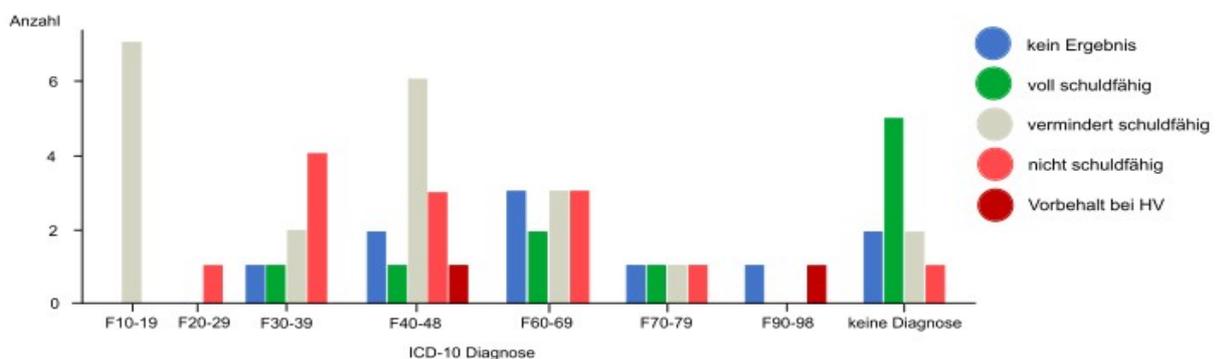
**Tab. 6: ICD 10 Diagnosen durch Gutachter gestellt n=56**

<b>ICD 10 Diagnosen</b>	<b>Absolut</b>	<b>Prozentual</b>
F40-48 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	13	23,3%
F60-69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	11	19,6%
F30-39 Affektive Störungen	8	14,3%
F10-19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	7	12,5%
F70-79 Intelligenzminderung	4	7,1%
F90-98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2	3,6%
F20-29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1	1,8%
Keine Diagnose durch den Gutachter gestellt	10	17,9%

### 3.4.2 Die Forensisch- Psychiatrische Beurteilung

Die gutachterlichen Empfehlungen berücksichtigen das Vorhandensein einer psychiatrischen Diagnose zum Tatzeitpunkt, inklusive der intellektuellen Fähigkeiten, die besondere Affektlage, die Persönlichkeit und konstellative Faktoren, die auf die 4 juristischen Eingangskriterien der verminderten/aufgehobenen Schuldfähigkeit (§§ 21/20 StGB) bezogen werden müssen. Die aufgeführten Diagnosen entsprechen dem Wortlaut der Bezeichnung durch den jeweiligen Gutachter ohne Einteilung nach ICD-10.

#### 3.4.2.1 §§ 20,21 StGB



**Abb. 9: Verteilung der Diagnosen auf die Empfehlungen nach den §§ 21/20 StGB, n=56, p<0,05, r=0,297**

Zur Beurteilung in Bezug zur gestellten Diagnose zeigte sich, dass ein Großteil (21 mal/ 37,5%) der TäterInnen als vermindert schuldfähig bewertet wurde. 13 mal (23,4%) wurden die TäterInnen für schuldunfähig erklärt. Jeweils zehnmal (17,9%) waren die TäterInnen voll schuldfähig oder es konnte trotz Diagnose keine Beurteilung vorgenommen werden. In zwei Fällen traf der Gutachter keine Entscheidung und verwies auf die Hauptverhandlung. Zur besseren Veranschaulichung wurden die genannten Diagnosen der Gutachter an die ICD-10 Diagnosen angeglichen. Die

Abbildung zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Ergebnissen zur Schuldfähigkeit und den ICD-10 Diagnosen. Es zeigte sich eine signifikante Korrelation ( $p < 0,05$ ,  $r = 0,297$ ). Alle TäterInnen mit diagnostizierten psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen wurden als vermindert schuldfähig bewertet. Die beiden schizophrenen TäterInnen wurden beide als nicht schuldfähig bewertet. Der überwiegende Teil der Begutachteten mit affektiven Störungen wurde als vermindert bzw. nicht schuldfähig bewertet. Die Begutachteten mit neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen wurden eher heterogen beurteilt mit einer Häufung bei Verminderung der Schuldfähigkeit. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wurden ebenfalls nicht homogen bewertet, aber mit einem hohen Anteil von voller Schuldfähigkeit. Interessanterweise wurden für die vier intelligenzgeminderten TäterInnen unterschiedliche Empfehlungen gegeben (kein Ergebnis, voll schuldfähig, vermindert schuldfähig, nicht schuldfähig), obwohl „geistiger Schwachsinn“ eine festes Kriterium für Schuldunfähigkeit ist. Im Bereich der Verhalten- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend fanden die Gutachter kein Ergebnis bzw. werteten nicht mit Vorbehalt bis zur Hauptverhandlung.

Auffällig ist der Anteil der nichtgestellten Diagnosen, bei denen trotzdem Empfehlungen zur Schuldfähigkeit gegeben wurden.

Übersichtshalber seien nun im Einzelnen die gestellten Diagnosen in Bezug zu § 20 StGB und § 21 StGB aufgelistet.

Die Voraussetzungen für die Anwendung des § 20 StGB (Schuldunfähigkeit) wurden anhand folgender Diagnosen angenommen:

- 1x depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- 1x affektiver Ausnahmezustand mit tiefgreifender Bewusstseinsstörung
- 1x ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung
- 2x Depression
- 1x dissoziale Persönlichkeitsstörung
- 1x Erschöpfungssyndrom
- 1x leichte Intelligenzminderung
- 1x Minderbegabung
- 1x neurotische Störung
- 1x schizoide Persönlichkeitsstörung
- 1x Schizophrenie

1x schwerwiegendes depressives Syndrom.

Die Voraussetzungen für die Anwendung des § 21 StGB (verminderte Schuldfähigkeit) wurden in folgenden Fällen angenommen:

1x affektive, depressive Belastungsstörung  
5x Alkoholabhängigkeit  
1x antisoziale Persönlichkeit  
1x Debilität  
1x depressive Reaktion  
1x depressive Anpassungsstörung  
1x dissoziative Störung in Folge einer Affekthandlung  
1x Erschöpfungssyndrom  
1x Intoxikation  
1x neurotische Persönlichkeitsstörung  
1x psychischer Ausnahmezustand  
1x schizoide Persönlichkeit  
2x Schwangerschaftsverdrängung  
1x selbstunsichere Persönlichkeitsstörung  
1x sexueller Sadismus  
1x tiefgreifende Bewusstseinsstörung.

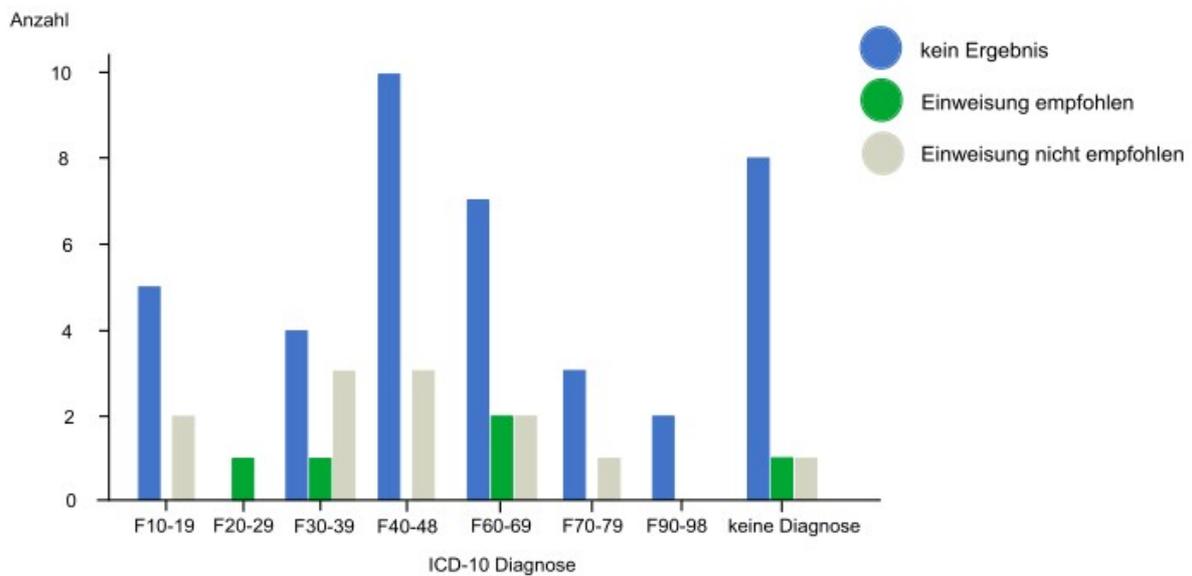
Voll schulfähig beurteilte TäterInnen hatten folgende Diagnosen erhalten:

3x keine Diagnose  
1x Affekttat  
1x Depressivität, Suizidalität  
1x dissoziale Persönlichkeitsstörung  
1x Grenzdebilität  
1x psychische Belastungssituation  
1x Schwangerschaftsverdrängung  
1x verleugnete Schwangerschaft.

Keine Beurteilung ergab sich bei den folgenden Diagnosen:

- 3x keine Diagnose
- 1x abhängige Beziehung zur Mutter
- 1x Anpassungsstörung mit Störung von Gefühlen und Sozialverhalten
- 1x histrionische Persönlichkeitsstörung
- 1x kopflose Panikreaktion
- 1x Minderbegabung
- 1x sadistische Persönlichkeit
- 1x schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen.

**3.4.2.2 § 63 StGB**



**Abb. 10: Ergebnisse der Gutachter zu § 63 StGB, n=56, p>0,05**

Es fanden sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den gestellten Diagnosen und den Empfehlungen zu § 63 StGB ( $p > 0,05$ ). Im Einzelnen zeigen jedoch die Empfehlungen der Gutachter interessante Ergebnisse:

Voraussetzungen für eine Unterbringung nach § 63 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus betraf Patienten mit folgenden Diagnosen:

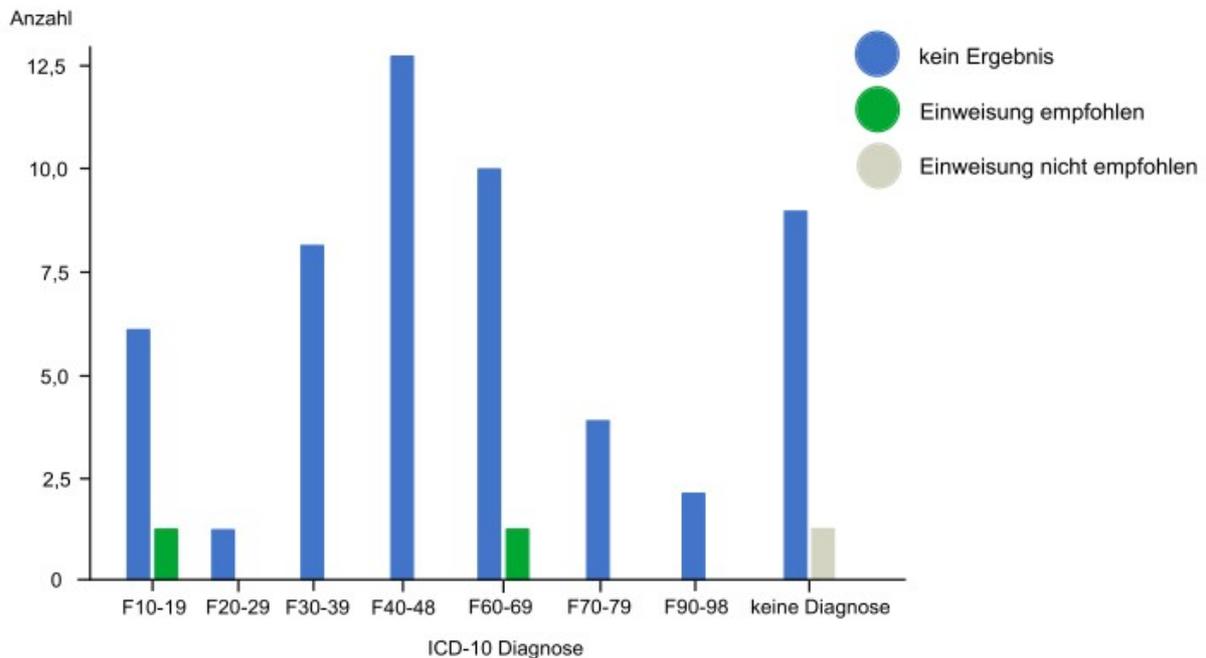
- 1x depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- 1x dissoziale Persönlichkeit
- 1x leichte Intelligenzminderung
- 1x Schizophrenie
- 1x sexueller Sadismus.

Bei 12 Diagnosen wurde eine Einweisung nicht empfohlen.

- 1x affektiver Ausnahmezustand, tiefgreifende Bewusstseinsstörung
- 1x Alkoholismus
- 1x ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung
- 1x Debilität
- 1x depressive Reaktion
- 2x Depression
- 1x Erschöpfungssyndrom
- 1x Intoxikation
- 1x Panikreaktion
- 1x Schwangerschaftsverdrängung
- 1x selbstunsichere Persönlichkeit.

Diese Ergebnisse zeigen die Heterogenität der gutachterlichen Empfehlungen und unterstreichen, die oft nicht zu unterschätzende Subjektivität der gutachterlichen Arbeiten.

### 3.4.2.3 § 64 StGB



**Abb. 11: Ergebnisse der Gutachter zu § 64 StGB, n=56, p>0,05**

Es fanden sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den gestellten Diagnosen und den Empfehlungen zu § 64 StGB ( $p > 0,05$ ). Somit kann keine statistische Verallgemeinerung zu den untersuchten Gutachtenbewertungen vorgenommen werden.

#### § 64 StGB Unterbringung in einer Entziehungsanstalt wurde empfohlen bei folgenden Diagnosen

1x antisoziale Persönlichkeit

1x dissoziale Persönlichkeit.

#### § 64 StGB nicht empfohlen:

1x Schwangerschaftsverdrängung.

### 3.4.2.4 § 3 JGG, § 105 JGG

Vollständigkeitshalber wurden die Empfehlungen zu § 3 und 105 JGG betrachtet, da sich unter den TäterInnen Minderjährige befanden. Es fanden sich jedoch keine signifikanten Korrelationen ( $p>0,05$ ) und somit keine statistische Verallgemeinerungsmöglichkeit.

Im Einzelnen wurde in fünf Gutachten ein Ergebnis zu § 3 JGG gegeben. Drei TäterInnen wurden trotz ihres Jugendalters als strafrechtlich verantwortlich erklärt. Die strafrechtliche Verantwortlichkeit (§ 3 JGG) wurde in nur zwei Fällen verneint:

1x abhängige Beziehung zur Mutter

1x psychischer Ausnahmezustand.

§ 105 JGG, Anwendung des Jugendstrafrechts auf Heranwachsende (Alter 18-21 Jahre) kam bei drei TäterInnen zum Tragen:

2x Schwangerschaftsverdrängung

1x schizoide Persönlichkeit.

Bei drei Begutachteten sollte das Jugendstrafrecht nach § 105 JGG angewendet werden. Der § 7 JGG war in allen Gutachten nicht zutreffend.

### 3.5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den TäterInnenpopulationen in Mecklenburg-Vorpommern, Bayern und Sachsen-Anhalt

Es fanden sich zahlreiche Unterschiede in den Merkmalen der TäterInnen aus Mecklenburg-Vorpommern, Bayern und Sachsen-Anhalt, insbesondere zur Tat, dem Tatmotiv, der ethnischen Herkunft, der Konfession, der Schul- und Berufsbildung, sowie den Empfehlungen zur Schuldfähigkeit und der Empfehlung zur Einweisung in psychiatrische Krankenhäuser. Eine umfassende Darstellung des innerdeutschen regionalen Vergleichs zeigt die dazugehörige Tab. 7 im Anhang.

Es zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen den Taten und den Bundesländern ( $p<0,01$ ,  $r=0,522$ ). In Bayern und Sachsen-Anhalt wurden TäterInnen begutachtet, die eher ältere Kinder getötet hatten, während in Mecklenburg-Vorpommern zahlreiche Neonatizide Gegenstand der Gutachtenuntersuchungen waren.

Infolge der Diskrepanz der Taten differierten auch die Tatmotive. In Bayern boten sie ein breiteres Spektrum (Altruismus, Vernachlässigung/Fahrlässigkeit, sexueller Missbrauch, etc.), während in Mecklenburg-Vorpommern aufgrund der Häufung der Neonatizide, die unerwünschte Gravidität als häufigstes Motiv mit 50,0% von 22 Fällen erfasst wurde. In den Sachsen-Anhalter Gutachten fand sich mit 44,4% gehäuft der sexuelle Missbrauch mit anschließender Tötung. Signifikante Korrelationen zur statistischen Verallgemeinerung fanden sich nicht ( $p > 0,05$ ).

Bei der Betrachtung des Alters der TäterInnen fiel auf, dass in der Population aus Mecklenburg-Vorpommern das Durchschnittsalter mit 25,4 Jahren deutlich niedriger war als in Sachsen-Anhalt (35,1 Jahre) und Bayern (30,4 Jahre). Auch hier bestätigt sich eine signifikante Korrelation zwischen dem Alter der TäterInnen und den einzelnen bundesdeutschen Regionen ( $p < 0,05$ ,  $r = 0,294$ ). Im Einzelnen zeigte das Geschlechterverhältnis im Norden mit 81,1% und im Süden Deutschlands mit 64% ein Überwiegen weiblicher Täterinnen im Vergleich zu Mitteldeutschland. Dort fanden sich dagegen 66,6% männliche Täter.

Insgesamt war die Mehrheit der TäterInnen in allen Regionen ledig (MV 63,3%, BY 40,0%, SA 44,4%) Ergänzend ist zu erwähnen, dass die TäterInnen aus MV überwiegend ledig (63,6%) waren, während in Bayern ein Großteil in einer Partnerschaft lebte (44,0%). Es fand sich eine Ungleichheit der ethnischen Herkunft der TäterInnen in Mecklenburg-Vorpommern, Bayern und Sachsen-Anhalt. Im Nord- und Mitteldeutschland überwogen einheimische TäterInnen, während sich in Bayern ein erwähnenswerter Anteil an Migranten zeigte.

Es zeigte sich ebenfalls ein auffälliger Unterschied zur konfessionellen Zugehörigkeit der TäterInnen in den untersuchten Gutachten. Zum einen ist auffällig die geringe Befragungsrate zur Konfession in Mecklenburg-Vorpommern (90,9% nicht erfragt) und Sachsen-Anhalt (100% nicht erfragt) und zum Anderen die vielfältigere ethnische Herkunft in Bayern.

Zu den Schulabschlüssen in den jeweiligen Gruppen zeigte sich, dass in der Population aus MV 13 (59,1%) Begutachtete die mittlere Reife erreicht hatten. In der Bayrischen Gruppe hatte die Mehrheit Hauptschulabschlüsse: 32,0% qualifizierende Hauptschulabschlüsse, 28,0% sonstige Hauptschulabschlüsse. Die Begutachten aus Sachsen-Anhalt waren eher homogen: jeweils 22,2% hatten keinen Abschluss, einen Sonderschulabschluss oder die mittlere Reife.

Zur beruflichen Situation zum Tatzeitpunkt ließ sich folgendes zusammenfassen: Die Begutachteten aus MV waren jeweils zu 36,4% berufstätig in Vollzeit oder arbeitslos gemeldet. In Bayern waren 36,0% berufstätig in Vollzeit und 20,0% Hausfrau/ -mann, oder nicht berufstätig. 33,3% der Sachsen-Anhalter waren arbeitslos gemeldet und zu jeweils 11,1% berufstätig in Vollzeit oder Rentner. Insgesamt wurde in allen Regionen die berufliche Situation zum Tatzeitpunkt in vielen Gutachten nicht erwähnt (in 40,0% der Bayrischen Gutachten, 18,2% der Mecklenburger und

44,4% der Sachsen-Anhalter).

Die Begutachteten hatten in Mecklenburg-Vorpommern folgende Berufe: 45,5% waren Facharbeiter/unselbstständige Handwerker. In 31,8% der Gutachten aus MV wurde kein Beruf erwähnt, in den Bayrischen Gutachten waren es 56,0% und in den Sachsen-Anhalter 55,6%. Daher ließ sich zum Beruf der TäterInnen nur eine ungenügende Angabe machen.

Zu den durch die Gutachter gestellten Diagnosen fand sich eine große Breite an psychiatrischen Störungsbildern. Persönlichkeitsstörungen waren in Bayern (28,0%) und Sachsen-Anhalt (44,4%) die häufigsten Diagnosen. In Mecklenburg-Vorpommern lag in 18,18% der Fälle ein Substanzmissbrauch vor, in Sachsen-Anhalt in 22,2% der Gutachten. In MV hatten 13,6% der Begutachteten eine Depression, in Bayern 24,0% und in Sachsen-Anhalt 11,1%. Weitere gestellte Diagnosen waren die tiefgreifende Bewusstseinsstörung (9,1% in MV, 8% in BY) sowie die nur in Mecklenburg-Vorpommern diagnostizierten Schwangerschaftsverdrängungen in 13,6% der Fälle.

Nach den Schuldfähigkeitsentscheidungen nach §§ 20,21 StGB waren in MV 22,7% der Begutachten und in BY 20,0% voll schuldfähig. 40,9% in MV, 32,0% in BY und 44,4% in SA waren vermindert schuldfähig. 9,1% der Begutachteten aus MV, 36,0% der Bayrischen und 22,2% der Sachsen-Anhalter waren nicht schuldfähig. Jeweils einmal (MV 4,5%, SA 11,1%) erbat der Gutachter Vorbehalt bis zur Hauptverhandlung. Kein Ergebnis zur Schuldfähigkeit fand sich fünfmal in MV (22,7%), dreimal in BY (12,0%) und zweimal in SA (22,2%).

Eine Einweisung nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) wurde bei Begutachteten in Mecklenburg-Vorpommern einmal (4,5%), bei Bayrischen viermal (16,0%) empfohlen. Eine Einweisung wurde bei vier Begutachten (18,2%) aus MV, drei (12,0%) aus BY und fünf aus SA (55,5%) nicht empfohlen. 17 mal (77,3%) wurde in MV, 18 mal (72,0%) in BY und viermal (44,4%) in SA kein Ergebnis zu § 63 StGB gegeben.

Eine Einweisung nach § 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt) wurde bei Begutachteten aus MV einmal (4,5%), bei Begutachteten aus BY einmal (4,0%) empfohlen. Eine Einweisung wurde bei einem Begutachteten (4,5%) aus MV und bei vier (16,0%) aus BY nicht empfohlen. 20 mal (90,9%) wurde in MV, 24 mal (96,0%) in BY und neunmal (100%) in SA kein Ergebnis zu § 64 StGB gegeben.

Nach § 3 JGG waren zwei Begutachtete (9,1%) aus MV und ein Täter (11,1%) aus SA strafrechtlich verantwortlich. Zwei (9,1%) aus MV waren strafrechtlich verantwortlich. 18 mal (81,8%) wurde in MV, 25 mal (100%) in BY und achtmal (88,9%) in SA kein Ergebnis zu § 3 JGG gegeben.

Nach § 7 JGG (Unterbringung Jugendlicher im psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt) wurde weder in Mecklenburg-Vorpommern noch in Bayern noch in Sachsen-Anhalt ein Ergebnis gegeben.

Nach § 105 JGG kam es bei zwei TäterInnen (9,1%) in Mecklenburg-Vorpommern und bei einer (4,0%) in Bayern zur Anwendung von Jugendstrafrecht. Nicht zutreffend war § 105 JGG 20 mal (90,9%) in MV, 24 mal (96,0%) in BY und in allen Fällen (100%) aus SA.

Zur statistischen Untersuchung auf Korrelationen fanden sich nur signifikante Ergebnisse zwischen den Regionen und dem Alter der TäterInnen sowie den Taten. Die Häufigkeiten zeigen somit nur beobachtete Unterschiede und können nicht statistisch verallgemeinert werden. Sicherlich wäre hier eine größere, regional umfassendere Untersuchungspopulation günstiger, um statistisch repräsentativere Ergebnisse liefern zu können.

### **3.6 Hierarchische Clusteranalyse zu den TäterInnenpopulationen**

Es ergab sich als Lösung eine Einteilung der 56 Begutachteten in fünf Cluster (s. Abb.12).

Im ersten Cluster fanden sich Begutachtete, denen überwiegend affektive Störungen (7) diagnostiziert wurden. Weiterhin fanden sich sechs Neurotische-, Belastungs- und Angststörungen. Komorbide Störungen wurden bei allen Probanden im Cluster nicht gefunden. Persönlichkeitsstörungen lagen größtenteils nicht vor (20). Die Tatmotive waren achtmal ein Altruismus, siebenmal eine akute Psychose und u.a. viermal ein unerwünschtes Kind. Weiterhin fanden sich diejenigen TäterInnen, die einen erweiterten Suizid versucht hatten (9). Ein Substanzmissbrauch fand sich überwiegend (20) nicht. Dennoch ließ sich bei 22 eine vorliegende Brokenhomesituation finden. Zu den strafrechtlichen Empfehlungen zeigte sich, dass der Großteil der Begutachteten vermindert bzw. nicht schuldfähig waren (9 bzw. 8). Jeweils zweimal waren die Probanden voll schuldfähig, gab es keine Empfehlung oder wollten die Gutachter keine Empfehlung unter Vorbehalt auf die Hauptverhandlung geben.

Das zweite Cluster umfasste sieben Begutachtete. Diese zeigten überwiegend Persönlichkeitsstörungen. Es lag oft ein Substanzmissbrauch vor. Die Tatmotive reichten von Substanzmissbrauch, sexuellem Missbrauch bis sadistische Bestrafung. Ein versuchter erweiterter Suizid fand sich bei keinem Untersuchten. Bei der Brokenhomesituation zeigte sich ein ausgewogenes Verhältnis zwischen positiv und negativ. Die gutachterlichen Empfehlungen plädierten überwiegend für eine verminderte Schuldfähigkeit (5).

Im dritten Cluster fanden sich 22 Probanden, die zum Teil keine eindeutige Diagnose (9) erhalten hatten, sowie sieben Neurotische- /Belastungs- und Angststörungen und 5 Persönlichkeitsstörungen. Komorbide Störungen fanden sich 20 Mal nicht. Als Tatmotive fand sich zehn Mal ein erwünschtes Kind bzw. Graviddität, sowie fünf Vernachlässigungen, vier Mal ein sexueller Missbrauch sowie drei

sadistische Bestrafungen. Der erweiterte Suizid fand sich in diesem Cluster nicht. 20 Mal lag auch ein Substanzmissbrauch nicht vor. Die Brokenhomesituation war überwiegend positiv. Aufgrund der Diagnosen gaben 7 Gutachter keine Empfehlung ab, 6 TäterInnen wurden als voll schuldfähig bewertet, fünf vermindert und vier nicht schuldfähig.

Das vierte Cluster enthielt nur zwei Täter, denen gemeinsam war, dass sie aus Rache an ihrer Partnerin das Kind töteten. Es lag in beiden Fällen eine Brokenhomesituation vor. Bei einem der Täter wurde eine affektive Störung mit Suizidalität diagnostiziert worden. Der andere Täter war intelligenzgemindert und bekam keine eindeutige Diagnose. Auch die gutachterlichen Empfehlungen waren unterschiedlich. Ein Täter war voll schuldfähig und einer vermindert schuldfähig.

Im fünften Cluster fanden sich ebenfalls nur zwei TäterInnen. Beiden gemeinsam war das nicht eindeutige Tatmotiv, die fehlende komorbide Störung sowie fehlende Persönlichkeitsstörung. Eine Täterin zeigte als Diagnose eine schwere Bindungsstörung im Kindes- und Jugendalter und der zweite Täter einen Substanzmissbrauch. Die weiteren untersuchten Variablen Versucher erweiterter Suizid, Substanzmissbrauch, Brokenhomesituation waren jeweils positiv und negativ. Ein Täter wurde als vermindert schuldfähig bewertet. Im anderen Fall kam der Gutachter zu keinem Ergebnis.

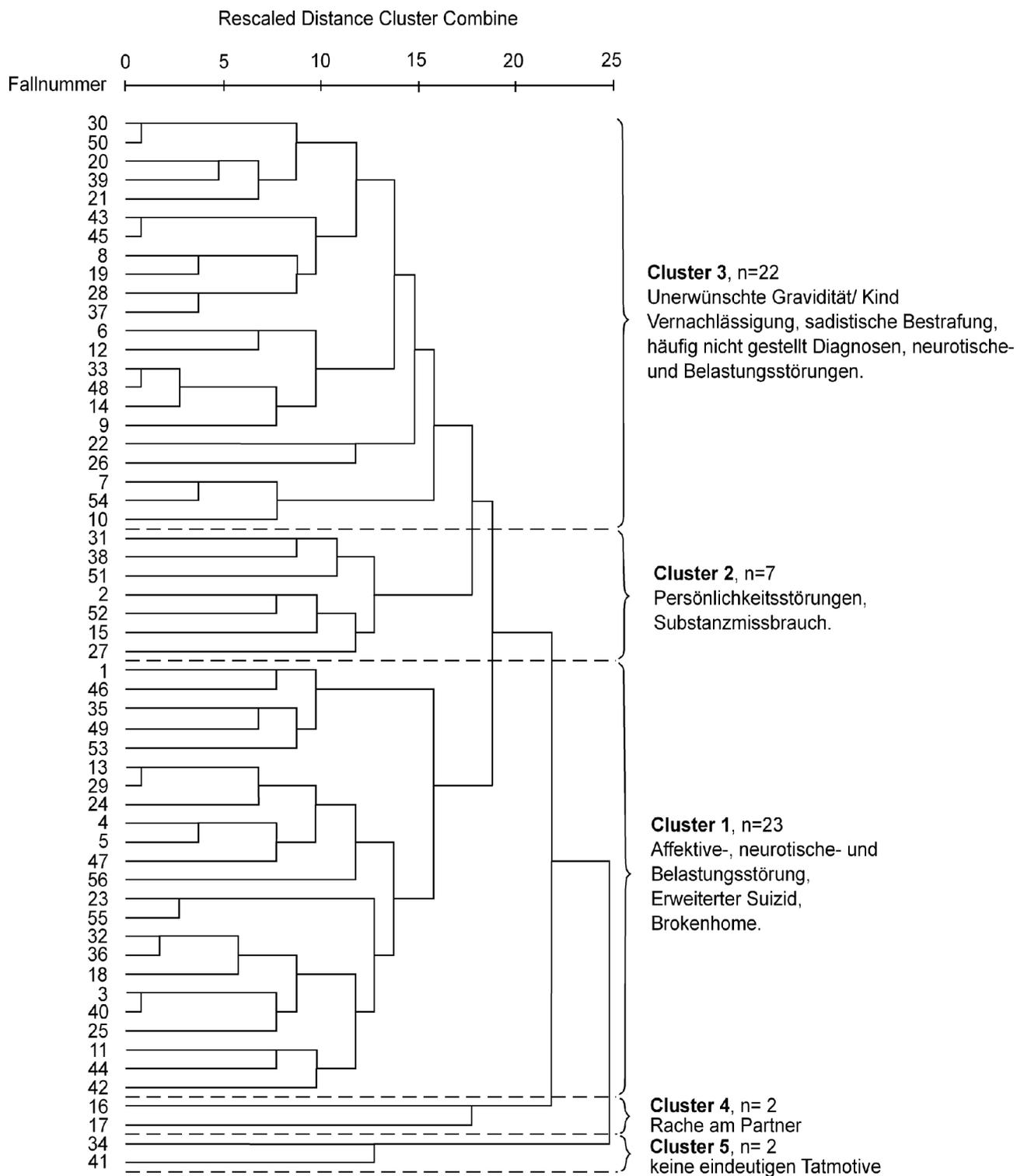


Abb. 12: Hierarchische Clusteranalyse: Dendrogramm, abgebildet fünf Cluster, n=56

#### 4. DISKUSSION

Ziel dieser Arbeit war es durch die Betrachtung der Gutachten einzelne Tätertypen zu charakterisieren. Des Weiteren sollten psychosoziale Faktoren herausgearbeitet werden, die prädisponierend bei KindstötterInnen sind, um eine Prävention zu ermöglichen und auch in Bezug zur forensisch-psychiatrischen Begutachtung Vorschläge und Hilfestellung bei den doch schwierigen Fragestellungen zu geben.

Bei Betrachtung der gegenwärtigen internationalen wissenschaftlichen Literatur zeigte sich, dass die Autoren häufig eine Einteilung in neonazide, infantizide bzw. filizide TäterInnen wählten.

In der vorliegenden Arbeit wurde jedoch eine hierarchische Clusteranalyse durchgeführt und damit eine andere Betrachtungsweise vorgenommen.

Es ergab sich eine Unterteilung nach den Aspekten der psychiatrischen Erkrankung, der komorbiden Störung, einer Persönlichkeitsstörung, den Tötungsmotiven und konstellativen Faktoren wie begleitender Suizid, Alkohol- oder Substanzmissbrauch bzw. Rauschzustand und Brokenhomesituation.

Eine große Gruppe waren die depressiv- akut psychotischen TäterInnen. Depressive Störungen werden generell als Risikofaktor für Filizide angesehen (Bourget & Bradford 1990, Karakus et al. 2003, Putkonen et al. 2009). Daher kann angenommen werden, dass sich in dieser bestimmten Clustergruppe besonders die Filizide fanden. Krischer et al. bestätigten auch in einer hierarchischen Clusteranalyse, dass Depressionen eher mit den filiziden TäterInnen assoziiert sind (Krischer 2007). Der versuchte erweiterte Suizid fand sich ebenfalls zahlreich und unterstreicht die Angaben in der Literatur (Krischer et al. 2007, Pitt & Bale 1995, Resnick 1970, Rohde 2003, Putkonen et al. 2007). Altruismus als Hauptmotiv in dieser Gruppe verdeutlicht den Zusammenhang mit den depressiven Täterinnen (Poulin, Marleau & Jolivet 2006). Eine Brokenhomesituation war in vielen Fällen gegeben und zeigte sich als besonderer Stressfaktor, der zur Tat führen kann (Christoffel et al. 1983).

Eine häufige Diagnose bei Kindstötungen sind auch immer die Persönlichkeitsstörungen (Putkonen et al. 2009, Bourget & Bradford 1990, Weber 1989). Dies entspricht einer weiteren herausgearbeiteten Clustergruppe. Liem und Koenraadt erörtern zwar, dass in der Literatur immer die affektiven Störungen am häufigsten im Zusammenhang mit Filiziden und Familiziden genannt werden, jedoch die Persönlichkeitsstörungen mit starker Abhängigkeit oder Narzissmus zahlreich vorliegen (Liem & Koenraadt 2008). Dies konnte auch die zweite in dieser Arbeit berechnete Fallgruppe zeigen, denn Persönlichkeitsstörungen waren häufig gestellte Diagnosen (n=11/19,6%).

Weiterhin ließ sich im Zusammenhang mit den Persönlichkeitsstörungen oft auch ein Substanzmissbrauch eruieren, wie die Fälle zeigten.

Aufgrund der vorliegenden psychiatrischen Diagnosen in den beiden Clustern empfahlen die Gutachter häufig eine verminderte bzw. aufgehobene Schuldfähigkeit. Dies lässt vermutlich auf die geringere psychopathologische Schwere der Erkrankungen schließen. Denn unter den diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen fanden sich eher selbst-unsichere, dependente, histrionische Persönlichkeitsstörungen, während sadistische Persönlichkeiten in der TäterInnenpopulation eher die Ausnahme darstellten. Poulin et al. unterstreichen ebenfalls, dass die Persönlichkeitsstörungen bei filiziden TäterInnen eher dependent und passiv-aggressiv sind (Poulin, Marleau & Jolivet 2006).

Eine weitere äußerst umfangreiche TäterInnengruppe wurde durch das Tatmotiv der „unerwünschten Gravidität bzw. Kind“ bestimmt. Dieses Motiv ist ein zentrales bei Neontiziden (Trautmann-Villalba & Hornstein 2007). Daher kann angenommen werden, dass in der untersuchten Clustergruppe sich u.a. die Neonatizide fanden. Oftmals wurde von den Gutachtern in diesen Fällen keine Diagnosen gestellt. Bereits Resnick beschrieb, dass gerade für die neonatiziden TäterInnen keine eindeutige psychiatrische Erkrankung nachgewiesen werden kann. Nur 17% der neonatiziden TäterInnen seien psychiatrisch erkrankt, während 2/3 der filiziden TäterInnen erkrankt seien (Resnick 1970). Krischer et al. dagegen beschrieben, dass die von ihnen untersuchten neonatiziden TäterInnen zu einem Großteil psychisch erkrankt waren (Krischer et al. 2007). In der von uns untersuchten TäterInnenpopulation mit dem Motiv des „unerwünschten Kindes“ fanden sich hingegen auch zahlreiche Diagnosen aus dem Bereich der Neurotischen- und Belastungsstörungen. Versuchte erweiterte Suizide waren nicht in der Clustergruppe vorhanden. Dieser Fakt ist ebenfalls charakteristisch für Neonatizide (Krischer et al. 2007, Resnick 1970). Weiterhin fanden sich auch zahlreiche Vernachlässigungen, sadistische Bestrafungen, Kindesmisshandlungen und Fälle von sexuellem Missbrauch als Tatmotiv in diesem Cluster. Dies schließt eher auf Infantizide. Cheung beschreibt bei Kindstötungen die Unterscheidung von psychiatrisch kranken und schlagenden Müttern (Cheung 1986). Die Gruppe der gewalttätigen TäterInnen (sowohl Mütter als auch Väter) findet sich also im dritten Cluster wieder. Ebenso ist bei Neonatiziden und Infantiziden eine Brokenhomesituation als sehr häufiger Stressfaktor vorhanden (Haapasalo & Petaja 1999). Entgegen dieser Meinung fand sich in der untersuchten Gruppe eine relativ ausgeglichene Lage. Aufgrund der fehlenden Diagnosen bzw. dem gewalttätigen Hintergrund der Tat kamen die Gutachter oft zu keinem Ergebnis bzw. sahen den Begutachteten als voll schuldfähig an. Da keine Gerichtsurteile in die Erhebungen einfließen, lässt sich nur aus der Literatur schlussfolgern, dass

neonatizide TäterInnen weniger häufig in psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen werden, da bei ihnen keine eigentlich psychiatrische Erkrankung vorliegt (Pitt & Bale 1995).

Neben den drei Hauptclustern zeigten sich zwei „Randgruppen“, die dennoch bei genauerer Betrachtung sehr interessant sind.

Es fanden sich in einer Gruppe zwei männliche Täter, die aus Rache an ihrer Partnerin das Kind töteten. Der sogenannte „Medea-Komplex“ zeigt sich anhand dieser Fälle. Die Tötung erfolgt aus Rache, häufig liegt eine Brokenhomesituation vor oder die mögliche Trennung belastet den Täter derart, das es zur Tat kommt, bei der er darauf folgend einen Suizid begehen möchte (Bourget & Gagne 2005, Rohde 2003). Diese beschriebenen Faktoren lagen unterschiedlich bei beiden gefundenen Tätern in unserer Fallgruppe vor. Der Unterschied bestand aber darin, dass der eine Täter zur Tatzeit depressiv erkrankt war und seinen Suizid plante, während der andere aufgrund eines Substanzmissbrauchs und einer situativen Affekthandlung das Kind durch schwerste Misshandlung tödlich verletzte. Champion et al. beschrieben ebenfalls gewalttätige intelligenzgeminderte filizide Männer (Champion et al. 1988). Bourget und Gagne dagegen fanden eher filizide Männer, die zur Zeit der Tat an einer Depression litten (Bourget & Gagne 2005). Ein Täter des Clusters war tatsächlich intelligenzgemindert und gewalttätig, während der andere depressiv und suizidal war. Wilson und Daly beschrieben folgende zwei Täter bei paternalen Filiziden im Rahmen von Familiziden: (a) den „wütenden“ Ehemann, der aus Wut sein Kind und in vielen Fällen auch seine Ehefrau tötet und (b) den „hoffnungslosen“ Ehemann, der seine Familie aufgrund einer ihm ausweglosen Situation tötet (Wilson & Daly 2005). West et al. nennen zahlreiche Faktoren, die zu Kindstötungen durch die Väter führen. Die häufigsten sind dabei u.a. Kindesmisshandlung, Vernachlässigung, intellektuelle Minderbegabung, Rache, affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Diese Faktoren zeigten sich auch in allen untersuchten Fällen, in denen der Vater der Täter war (n=10). Im Vergleich zu Müttern, die Filizide begehen, sind Väter eher gewalttätig, häufiger suizidal und eher dazu fähig im Rahmen der Tat auch die Partnerin und damit einen Familizid zu begehen (West et al. 2009).

Trotz der äußerst kleinen Gruppe in der Clusteranalyse wurde somit die Charakterisierung von filiziden Männern möglich. Die Schuldfähigkeitsempfehlungen waren jedoch nicht homogen. Die Gutachter entschieden einmal für volle Schuldfähigkeit und einmal für verminderte Schuldfähigkeit. Da in der vorliegenden Arbeit keine gerichtlichen Urteile zu Verfügung standen, kann nur angenommen werden, wie bei West et al. beschrieben, dass filizide Väter härter bestraft werden (West et al 2009).

Das letzte erarbeitete Cluster ist äußerst schwierig zu beurteilen. Einzig übereinstimmend ist das nicht eindeutig beschriebene Tatmotiv der TäterInnen. Bei der Betrachtung der TäterInnen fällt auf, dass einmal eine Jugendliche mit einer diagnostizierten schweren Bindungsstörung im Kindes- und Jugendalter in dieses Cluster fiel. Dies ist eine eher seltene Diagnose bei Kindstötungen. Der anderen Täterin in der Gruppe konnte keine eindeutige Diagnose nach ICD-10 gegeben werden. Somit kann keine eindeutige Schlussfolgerung aus dieser Gruppe gezogen werden. Es zeigt sich jedoch sehr anschaulich, wie unterschiedlich und schwer zu verallgemeinernd Fälle von Kindstötungen sind.

Nach Beschreibung und Diskussion der TäterInnen in den Clustern mit Bezug zu wissenschaftlichen Erkenntnissen sollen nun zur Veranschaulichung der besonderen Umstände und Taten Fallbeispiele aufgeführt werden.

#### Cluster 1: Maternaler Filizid bei endogener Depression

Im Rahmen einer endogenen Depression erdrosselte die 44-jährige D.S. ihre 18-jährige Tochter. Sieben Jahre vor der Tat war die Täterin aus Rumänien nach Deutschland immigriert. In der Folgezeit war sie arbeitslos, litt unter der „schwierigen“ Beziehung zur Tochter und wurde mehrmalig wegen Depressionen behandelt. Die Täterin hat das Abitur, war verheiratet und von Beruf Bürokauffrau. Der Vater der Täterin war ebenfalls an Depressionen erkrankt gewesen und suizidierte sich als die Täterin 20 Jahre alt war. Die Täterin hatte sich nach der Tat versucht selbst zu töten. Bei der Begutachteten wurde eine endogene Depression gesichert diagnostiziert. Der Gutachter empfahl bei Frau S. eine aufgehobene Schuldfähigkeit nach § 20 StGB und die Unterbringung nach § 63 StGB zur Behandlung der endogenen Depression.

#### Cluster 2: Filizid bei sexuellem Missbrauch

Dieser Fall beschreibt den 19-jährigen pädophilen Täter M.S., der einen 7-jährigen Jungen sexuell missbrauchte und diesen anschließend tötete. Der Täter war selbst als 5-jähriger Opfer einer Sexualstraftat. Zur schulischen bzw. beruflichen Ausbildung fanden sich keinerlei Angaben im Gutachten. Der Gutachter stellte eine deutlich vorliegende sadistische Persönlichkeitsstörung fest. Es lag ein Alkoholmissbrauch des Täters vor. Eine Schuldfähigkeitsempfehlung und eine eindeutige Maßregelempfehlung fand sich im Gutachten nicht.

### Cluster 3: Neonatizid bei Anpassungsstörung

Die 20-jährige C.X. tötete ihr Neugeborenes. Sie war ungewollt schwanger geworden und leugnete bewusst die Schwangerschaft auf Anfrage von Angehörigen bzw. Bekannten. Die Täterin hatte das Abitur überdurchschnittlich gut abgeschlossen, lebte allein, studierte Lehramt für Geschichte und Latein und arbeitete stundenweise in einem Restaurant. Es bestand ein gutes Verhältnis zu den Eltern, dennoch führte der Stress des Studiums und der Schwangerschaft zur Aufgabe des Studiums und zur Tat. Die Täterin hatte die Absicht geäußert das Kind in einer Babyklappe abgeben zu wollen. Als Diagnose nannte der Gutachter eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und dem Sozialverhalten der Täterin. Jedoch gab der Gutachter keine Schuldfähigkeits- oder Maßregelempfehlung ab.

### Cluster 4: Versuchter erweiterter Suizid und paternaler Filizid

Aus Rache an seiner Ehefrau erstickte der 42-jährige J.P. seine 7-jährige Tochter. Der Täter lebte zum Zeitpunkt der Tat getrennt von seiner Ehefrau. Es bestand im Rahmen des bevorstehenden Scheidungsprozesses ein Streit um das Sorgerecht für die gemeinsame Tochter. Der Täter hatte 8 Klassen, eine Schreinerlehre abgeschlossen und war bis kurz vor der Tat als Busfahrer beschäftigt. Dem Täter wurde unmittelbar vor der Tat vom seinen Arbeitgeber gekündigt. Nach der Tat versuchte er sich mit 70 bis 80 Schlaftabletten zu suizidieren. Bei dem Täter wurde eine depressive Reaktion bei bestehender Suizidalität diagnostiziert. Der Gutachter empfahl die verminderte Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) des Täters und sprach sich gegen eine Unterbringung im Maßregelvollzug aus.

### Cluster 5: Neonatizid bei abhängiger Beziehung zur Mutter

Dieser Fall beschreibt ein komplexes Tatgeschehen, bei dem die Frage besteht ob die 14-jährige Täterin F.G. das Neugeborene ihrer Mutter tötete oder die Mutter selbst die Tat beging. Die Beschuldigte besuchte die 9. Klasse der Hauptschule und lebte allein mit ihrer Mutter. Bei der jugendlichen Täterin konnte eine stark abhängige Beziehung zur Mutter diagnostiziert werden. Ein eindeutiges Tatmotiv konnte nicht eruiert werden. Der Gutachter gab keine Schuldfähigkeitsempfehlungen ab. Nach § 3 JGG wurde die Täterin als nicht strafrechtlich verantwortlich angesehen.

Die dargestellten Fallbeispiele zeigen die unterschiedlichen Facetten und Tatkonstellationen der Kindstötungen. Es ist niemals ein einfaches Geschehen und kann niemals gleich bewertet werden. Daher ist es auch verständlich, dass die forensisch-psychiatrische Begutachtung von KindstörerInnen sich äußerst schwierig gestaltet. Des Weiteren ist es erschwerend im Nachhinein die gutachterlichen Stellungnahmen nachzuvollziehen, da in den Gutachten häufig wichtige Informationen, wie z.B. Diagnosen, anamnestische Angaben und Schuldfähigkeits- sowie Maßregelempfehlungen fehlen.

Es soll nicht erneut eine Beschreibung zu neonatiziden, infantiziden und filiziden TäterInnen erfolgen. Viel wichtiger erscheint die Unterteilung zwischen psychisch kranken und nicht psychisch kranken TäterInnen, die durch eine Vielzahl von äußeren Faktoren die Tat begehen.

Zunächst soll nun der häufig in der untersuchten TäterInnenpopulation vorkommende **Neonatizid** in Bezug zu psychosozialen Faktoren betrachtet werden. In unserer Fallgruppe fand sich eine signifikante Häufung von Neonatiziden (18 von 56 Fällen) durch ausschließlich Frauen. Dies lässt sich dadurch erklären, dass einer der Rostocker Gutachter aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie stammt und somit durch ihn die in den Fällen von Neonatiziden minderjährigen bzw. noch nicht voll strafmündigen TäterInnen begutachtet wurden. Zum Alter der neonatiziden TäterInnen stimmen unsere Ergebnisse mit denen in der Literatur überein. In zahlreichen Studien wurde bereits erwähnt, dass Neonatizide von jungen Frauen begangen werden (Putkonen et al. 2006, Trautmann-Villalba & Hornstein 2007, Resnick 1970, Hermann-Giddens 2007, Mendlowicz et al. 1999). In der vorliegenden Arbeit war das Alter ebenfalls deutlich geringer als im Vergleich mit den TäterInnen von Infantiziden und Filiziden.

Das dominierende Tatmotiv der neonatiziden Täterinnen ist die unerwünschte Gravidität bzw. das nichterwünschte Kind (Trautmann-Villalba & Hornstein 2007). Die Schwangerschaft wird häufig verdrängt oder trotz eigenem Bewusstsein gegenüber anderen Personen offensichtlich geleugnet. Dies konnte auch in unserer Fallgruppe festgestellt werden.

Wie in der Literatur beschrieben, werden Neonatizide von Minderjährigen, die noch in ihrem Elternhaus leben begangen (Haapasalo & Petaja 1999). In der vorliegenden Arbeit konnte dies nur teilweise bestätigt werden, denn die Hälfte der neonatiziden TäterInnen waren älter, eigenständig und berufstätig. Zum Familienstand lässt sich in der Literatur wie auch in der untersuchten Fallgruppe feststellen, dass die Mehrheit der Täterinnen ledig waren (Haapasalo & Petaja 1999, Resnick 1970, Hatters Friedman & Resnick 2007).

Aufgrund der Tatsache, dass viele Neonatizide von Minderjährigen begangen werden und diese z.T. noch schulpflichtig sind, könnte dies für die Prävention ein Ansatzpunkt sein. Interessant ist aber

der Aspekt, dass ein großer Teil der untersuchten TäterInnenpopulation die Mittlere Reife erreicht hatten. Somit kann nicht, wie in der Literatur beschrieben, verallgemeinert werden, dass Neonatizide von schlecht gebildeten Frauen begangen werden (Mendlowicz et al. 1999). In der untersuchten Fallgruppe fanden sich unter den neonatiziden Täterinnen zwei mit Abitur.

Zur beruflichen Situation zum Tatzeitpunkt lässt sich ebenfalls abweichend zur Literatur feststellen, dass ein Teil der TäterInnen noch bis zur Tat berufstätig in Voll- bzw. Teilzeit war. Die berufliche Situation insgesamt kann somit als nicht so schlecht, wie oft angenommen, beschrieben werden. Dennoch darf nicht beschönigt werden, dass auch viele TäterInnen aufgrund von Arbeitslosigkeit ihre Situation als aussichtslos ansahen.

Bedeutend für neonatizide TäterInnen sind innerfamiliäre Strukturen, die im Kindes- und Jugendalter prägend sind. Viele unserer neonatiziden Täterinnen kamen aus einem intakten Elternhaus mit zwei Elternteilen (n=15 von 18). Einige TäterInnen erlebten eine Trennung bzw. Scheidung der Eltern mit (n=5 von 18). Gerade im Kindes- und Jugendalter sind feste familiäre Strukturen wichtig. Verlustsituationen einer Bezugsperson erwiesen sich als beeinflussend (n=8 von 18). Wie sich in der Fallgruppe zeigte, erlebten mehr neonatizide TäterInnen (n=5 von 18) die Scheidung bzw. Trennung der Eltern oder den Verlust einer engen Bezugsperson als TäterInnen eines Infantizides oder Filizides (Scheidung n=9 von 38, Verlust Bezugsperson n=12 von 38). Schulische Auffälligkeiten wie das Fernbleiben vom Unterricht wurde, wenn nicht überwiegend, aber dennoch auffällig bei neonatiziden TäterInnen beschrieben.

In den untersuchten Gutachten konnte daher nur ein nicht ganz einheitliches Bild zu neonatiziden TäterInnen herausgearbeitet werden.

Die untersuchten TäterInnen hatten kaum eigene Gewalterfahrungen in ihrer Kindheit erlebt, wie es häufig in der Literatur beschrieben wird. Es kann eher beschrieben werden, dass die neonatiziden TäterInnen aufgrund ihrer zum Tatzeitpunkt ausweglosen Situation die Tat begingen. Dies wurde auch bereits in der Literatur beschrieben (Haapasalo & Petaja 1999). So sind beispielsweise die Trennung vom Partner bzw. Kindesvater, eine Arbeitslosigkeit oder die Furcht vor Schande und Spott Beweggründe für Frauen ihr Neugeborenes zu töten. Dies wurde in der untersuchten Fallgruppe ebenfalls herausgearbeitet.

Neonatizide TäterInnen unterscheiden sich von **infantiziden und filiziden TäterInnen**. Die Hauptunterschiede liegen im Alter, der Soziodemographie, dem Partnerschaftsprofil und dem Motiv (Simpson & Stanton 2000). Dies zeigte sich auch in der vorliegenden TäterInnenpopulation.

Unter infantiziden und filiziden TäterInnen finden sich eher psychische Erkrankungen (Poulin, Marleau & Jolvet 2006). Affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Intelligenzminderungen

bestimmen die gestellten Diagnosen. Ebenfalls zeigte sich in der Fallgruppe, dass diese TäterInnen eher suizidgefährdet sind als die neonatiziden (Haapasalo & Petaja 1999). Das Alter ist höher als bei neonatiziden TäterInnen. Beide Geschlechter finden sich unter den TäterInnen. Der Familienstand tendiert eher zu verheirateten, in einer Partnerschaft lebenden TäterInnen (Haapasalo & Petaja 1999). Dadurch erklärt sich auch der häufige Stressfaktor der Partnerschaftsprobleme wie Trennung oder Scheidung, die oft im Zusammenhang mit Kindstötungen zu finden sind. Häuslicher Stress, häusliche Gewalt, Substanzmissbrauch und finanzielle Probleme bestimmen das Bild infantizider und filizider TäterInnen. Nach Haapasalo und Petaja hatten 63% selbst in der Kindheit Misshandlung erfahren (Haapasalo & Petaja 1999). Dies beschreiben auch Krischer et al. bei filiziden Täterinnen (Krischer et al. 2007). Dieser Aspekt zeigte sich in der hier vorliegenden TäterInnenpopulation nicht ausgeprägt (n=3 von 38).

Der paternale Filizid gleicht in seinen Merkmalen im Wesentlichen denen der Taten durch die Kindesmütter. Sozioökonomische Probleme spielen eine erhebliche Rolle. Psychische Erkrankungen liegen ebenfalls zahlreiche vor und wie bereits erörtert ist neben dem Altruismus die Rache an der Partnerin ein wichtiges Tatmotiv. Marleau et al. bringen es in ihrer Arbeit zu zehn filiziden Männer sehr einprägsam auf den Punkt, dass demographische, sozioökonomische, kindesentwicklungs-, situative, psychiatrische und toxikologische Faktoren prädisponierend für paternale Filizide sind (Marleau et al. 1999). Dieser Einschätzung kann sich diese Arbeit nur anschließen.

Alle Formen der Kindesmisshandlung mit Todesfolge als Tatmotive (eingeschlossen Vernachlässigung, Fahrlässigkeit, sexueller Missbrauch, sadistische Bestrafungen) finden sich bei Infantiziden und Filiziden.

Zum psychosozialen Hintergrund der TäterInnen der Infantizide und Filizide zeigte sich ein facettenreiches Bild des Kindes- und Jugendalters aus Gewalt durch Eltern, Krankenhaus- oder Heimaufenthalt, Mangel an sozialen Kontakten in der Kindheit, schulischen Auffälligkeiten, Verlust einer Bezugsperson, einer schlechten Sozioökonomie des Elternhauses, Ehe- oder Beziehungsprobleme der Eltern, sowie des Substanzmissbrauchs der Eltern.

In der Sekundärfamilie waren beeinflussend die Sozioökonomie, Ehe- und Beziehungsprobleme, die Abwesenheit des Partners, ein möglicher Substanzmissbrauch des Partners, Gewalttätigkeit und Mangel an sozialen Kontakten.

Allgemein kann gesagt werden, dass diese Faktoren in der Literatur selten im Einzelnen genau untersucht worden sind. Vielmehr ging es häufig um die Einteilung von Motiven (Resnick 1970, Guileyardo et al. 1999, d'Orban 1979) und um die Beschreibung von Neonatiziden, Infantiziden und

Filiziden. Nur verallgemeinernd wird oft betont, dass das ständige Vorhandensein verschiedenster psychosozialer Stressfaktoren als Hauptfaktor bei allen Fällen von Filiziden zu finden ist (Bourget & Bradford 1990). Psychosoziale Stressoren wie familiärer Stress, Trennung bzw. Scheidung, „schwierige“ oder behinderte Kinder und ernste finanzielle Probleme seien prädisponierend für Filizide (Rougé-Maillart et al. 2005). Smithey nennt ebenfalls zahlreiche Faktoren, die zu einer Kindstötungen führen können. Es werden gewalttätige Eltern, sexueller Missbrauch, Substanzmissbrauch des Partners, Gewalttätigkeit durch den Vater des Kindes, eine schlechte sozioökonomische Situation, die lange Abwesenheit des Partners und schlechte Lebensbedingungen genannt (Smithey 1997). Auch werden ökonomischer Stress, soziale „Unorganisiertheit“, Gewalttätigkeit und soziale Isolation benannt (Gartner 1991). Rohde et al. beschreiben jedoch sehr konkret zahlreiche „Warnsignale“ für mögliche Filizide wie Depression, Suizidalität, selbstbewusstseinsvermindernde Gefühle, Probleme in der Partnerschaft und Psychose (Rohde et al. 1998). Aber auch Risikogruppen wie z.B. minderjährige Mütter, Stiefeltern oder nichtverwandte nahestehende Personen werden genannt im Hinblick auf präventive Ansätze (Gartner 1991).

Der Fokus der Untersuchung galt den psychosozialen Faktoren der TäterInnen in ihren Primärfamilien und Sekundärfamilien. Häufig wurden diese Aspekte in der Literatur noch nicht untersucht. Vielmehr galt es in den zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten die Taten zu beschreiben. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können daher in vielen Bereichen nicht als vergleichend angesehen werden. Dennoch ist die Betrachtung der TäterInnen interessant und gibt Hinweise auf ihre psychosoziale Struktur.

Gerade durch die Informationen zu den unterschiedlichen potentiellen TäterInnen-Typen, die unsere Untersuchung hervorbrachte und die auch schon in der Literatur beschrieben wurden, ist es nun wichtig im nächsten Schritt über präventive Maßnahmen nachzudenken, um gefährdete Kinder vor Vernachlässigung und Misshandlungen zu schützen und um mögliche Kindstötungen zu verhindern. Neonatizide werden von Frauen jeden Alters in belasteten ihnen ausweglos erscheinenden Lebenslagen begangen. Sie sind schwanger, oftmals verdrängen sie ihre Situation und nehmen daher auch nicht an Vorsorgeuntersuchungen teil. Doch der Kontakt zu niedergelassenen Ärzten besteht. Die Schwangeren suchen Ärzte wegen „banaler“ Schmerzen oder von ihnen verkannter Schwangerschaftsbeschwerden auf. In unserer Fallgruppe zeigten sich einige Beispiele. Daher ist es wichtig, dass sich niedergelassene Ärzte unterschiedlichster Fachrichtungen mit dem Thema vertraut machen und den betroffenen Frauen beratend zur Seite stehen (Hatters Friedmann, Resnick 2007).

Sicherlich ist eine Primärprävention bei einer Schwangerschaftsverdrängung und folgendem Neonatizid schwierig. Dennoch sollte sich eine Kultur des Hinschauens entwickeln, denn oftmals geht in unserem schnelllebigen Alltag die gegenseitige Aufmerksamkeit verloren (Bätje et al. 2010). Vielfältige Informationen zum Thema Neonatizid in den Medien und öffentlichen Einrichtungen wie Schulen oder Universitäten könnten die Gesellschaft für dieses „schwierige“ Thema sensibilisieren und die „alleingelassenen“ Mütter informieren. Eine soziale Unterstützung der Schwangeren ist unbedingt notwendig (Crittenden & Craig 1990). Aber auch die Verbesserung des Aufklärungsunterrichtes an Schulen oder der erleichterte Zugang zu Verhütungsmitteln für Minderjährige stellt wichtige Präventionsansätze dar (Hatters Friedman & Resnick 2007).

In Deutschland gibt es zahlreiche Projekte, die sich der Thematik Alternativen zur Abtreibung, Kindstötung und Kindesaussetzung im Sinne der Prävention angenommen haben. Landesweit bekannt sind das Projekt Findelbaby/Babyklappe des Sternipark e.V. aus Hamburg oder das Moses Projekt aus Bayern.

Das Moses Projekt in Bayern, das seit 2000 besteht, bietet Schwangeren Beratung, Hilfe und Begleitung während der Schwangerschaft, bei der „Anonymen Geburt“ im Krankenhaus und der späteren Abgabe und Unterbringung des Kindes. Im Rahmen der Vorbereitung der Geburt wird u.a. dem Krankenhaus ein so genannter „Schutzbrief“ ausgehändigt, um die Eingebundenheit der Frau in das Projekt zu dokumentieren. Nach der Geburt erfolgt keine Meldung des Krankenhauses an das Standesamt. Das Krankenhaus übergibt den Geburtsschein an das Moses Projekt, woraufhin ein Vormundschaftsgericht einen Vormund bestimmt, der die Rechte des Kindes wahrnimmt. Das Kind kommt daraufhin für acht Wochen in eine Bereitschaftspflege. Erst nach den acht Wochen und wenn keine Rückmeldung der Mutter erfolgt ist, wird das Kind in die Adoptionspflege gegeben und das übliche Adoptionsverfahren wird eingeleitet (Rupp et al. 2007).

Der Verein Sternipark betreibt in Hamburg und Schleswig-Holstein Kinderhäuser, Kindergärten und Mutter-Kind-Wohnungen. Das Projekt Findelbaby/Babyklappe kam Anfang 2000 hinzu und gibt Schwangeren die Möglichkeit, sich anonym bei einer bundesweit kostenlosen Hotline zu melden. Die Frauen werden ausführlich zur Möglichkeit der anonymen Entbindung und Babyklappen beraten. Im Fall der gewünschten Entbindung wird ihnen dies ähnlich wie im Moses Projekt ermöglicht. Das Kind kommt nach der Geburt für acht Wochen in eine Bereitschaftspflege und den Frauen ist es in dieser Zeit möglich in einer Einrichtung des Sternipark e.V. zu wohnen und in Ruhe zu entscheiden, ob sie ihr Kind wieder zu sich nehmen oder es zur Adoption freigeben.

Hervorzuheben ist, dass der Verein Sternipark als erster in Deutschland Babyklappen installierte.

Heute gibt es in Deutschland 96 Babyklappen und weltweit in 12 Ländern 40. Seit der ersten Babyklappe im Jahre 2000 hat Sternipark e.V. in Hamburg und Schleswig-Holstein 39 Kinder aufgenommen bzw. nach der anonymen Geburt in Empfang genommen. In 14 Fällen entschieden sich die Mütter im Zeitrahmen von acht Wochen wieder für ihr Kind ([www.sternipark.de](http://www.sternipark.de)).

Untersuchungen zum Moses Projekt zeigen deutlich, dass durch das Projekt Schwangeren in psychosozialen und sozioökonomischen Notsituationen durchaus geholfen werden kann. Das Angebot ist somit eine sinnvolle Maßnahme zur Vermeidung von heimlichen Geburten und deren potentiellen gesundheitlichen und psychischen Konsequenzen für Mutter und Kind.

Kritisch zu bewerten sind jedoch einige Aspekte im Zusammenhang mit der „Anonymen Geburt“. Beispielsweise könnten durch erzwungene anonyme Entbindungen Straftaten wie Inzest, Zwangsprostitution oder Vergewaltigung vertuscht werden. Auch könnte durch das Angebot erst die Nachfrage erweckt werden. Frauen könnten sich zu einer anonymen Geburt entschließen, um Kosten zu sparen oder um auf „einfacherem“ Wege das ungewollte Kind zur Adoption freizugeben. Ein weiterer wichtiger Diskussionspunkt ist das Adoptionsverfahren, das durch die anonyme Geburt in gewisser Weise beschleunigt werden könnte. Oft kritisiert ist dabei auch die Koppelung von Finanzierung und Adoptionsvermittlung. Im Moses Projekt und auch im Projekt Findelbaby wird dies aber grundsätzlich vermieden. Denn nach der anonymen Entbindung kommt das Kind nicht sofort zu Adoptiveltern sondern erst in die Obhut von Bereitschaftspflegeeltern.

Doch trotz allem Nutzen in Bezug zur Vermeidung von Abtreibungen, Kindstötungen und Kindesaussetzung bleibt das zentrale Problem der Diskriminierung von Kindesabgabe und Adoptionsfreigaben in der Gesellschaft. Bis heute ist es nicht gelungen diese abzubauen. Dabei sollte es den Frauen und Familien, die sich aufgrund ihrer subjektiv empfundenen ausgewogenen Situation nicht in der Lage sehen für das Kind zu sorgen, möglich sein die Kindesabgabe bzw. anonyme Geburt als verantwortungsvollste und situativ beste Lösung in Betracht zu ziehen (Rupp et al. 2007).

Da wie bereits dargestellt Infantizide und Filizide aus ganz anderen Motiven und Hintergründen begangen werden, ist in Bezug zur Prävention dieser Taten der Kinderschutz ein zentraler Punkt. Nach Christoffel et al. sollten Programme zur Unterstützung von Familien, Programme zur Verbesserung der Aufmerksamkeit in der Gesellschaft zum Kinderschutz, Bildungsprogramme in Schulen, Kirchen oder Gemeindezentren und spezielle Programme zur zeitlichen Entlastung auch in der Winterzeit die Eltern unterstützen bzw. entlasten. Christoffel et al. beschreiben interessanterweise in ihrer Arbeit, dass die Wintermonate die Hauptzeit für Kindstötungen sind

(Christoffel et al. 1983).

Der Kinderschutz in Deutschland ist bereits sehr gut etabliert. Dennoch gibt es immer noch Kinder, die durch Vernachlässigung und Misshandlungen zu Tode kommen. Die Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern sollte deshalb interdisziplinär erfolgen (Kiess et al. 2009, Paul, Backes 2008, Bühring 2008). Ärzte, Hebammen, Jugendämter und Kindereinrichtungen, Schulen, Einrichtungen der Familienbildung und der Selbsthilfe sind aufgefordert enger zusammen zu arbeiten. Dies wird in zahlreichen Modellprojekten in den Bundesländern erreicht (Kiess et al. 2009).

Um die Kinder- und Jugendhilfe und das Gesundheitswesen noch effektiver zu vernetzen wurde im November 2007 das Nationale Zentrum Frühe Hilfe (NZFH) in Köln gegründet. Es evaluiert Modellprojekt auf Länderebene und wird durch das Bundesministerium getragen.

Ein interessantes effektives länderübergreifendes Modellprojekt ist das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, welches auf zwei Ebenen arbeitet. Der individuelle Ansatz unterstützt Mütter und Familien und auf der strukturellen Ebene wurden in Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen „Runde Tische“ eingerichtet. Dort kommen Vertreter der Städte und Kommunen, Jugendämter, Geburtskliniken, sozialpädagogischen Zentren sowie Kinder- und Jugendärzte und Hebammen zusammen, um das Gesundheitssystem und die Jugendhilfe systematisch zu vernetzen und um an einer besseren Kommunikation untereinander zu arbeiten (Bühring 2008).

Weiterhin wurde 2008 im Deutschen Bundestag das „Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ beschlossen. Dieses erlaubt es den Familiengerichten nun frühzeitiger und stärker auf die Familien einwirken zu können (Bühring 2008). Ein weiterer sehr wichtiger Aspekt ist es, dass der Kinderschutz „früh greifen“ muss (Paul, Backes 2008). Das bedeutet, dass bereits mit der Schwangerschaft Mütter und Familien mit Hilfsbedarf unterstützt werden sollten. Das Aktionsprogramm „Frühe Hilfe für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) benennt folgende Punkte als zentrale Merkmale des Projektes (Paul & Backes 2008):

- ≡ Frühe Hilfe und Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern,
- ≡ Früherkennung von Risiken und Gefährdungen und Etablierung von sozialen Frühwarnsystemen,
- ≡ Optimierung und Implementierung von effektiven Hilfssystemen,
- ≡ Effektivierung der Kooperation von Hilfssystemen wie der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen mit klar vereinbarten Handlungsschritten.

Die Umsetzung dieses Projektes des BMFSFJ erfolgt in Zusammenarbeit mit Bundesländern und Kommunen.

Die Etablierung verpflichtender Früherkennungsuntersuchungen, den U-, und J-Untersuchungen wird im Rahmen der Prävention von Kindesmisshandlungen diskutiert. Dabei wurde allerdings argumentiert, dass Früherkennungsuntersuchungen zwar gesundheitliche Risiken und Entwicklungsstörungen bei Kindern aufdecken können, aber nicht ausreichend als Instrument für die Aufdeckung von Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern dienen können. Dennoch sind in der Hälfte aller Bundesländer die Untersuchungen verpflichtend und werden trotz aller Kritik als wichtiger Kontakt zu möglicherweise belasteter Eltern und Kinder gesehen (Bühning 2008, Paul & Backes 2008). Dabei sind die Untersuchungen in einigen Bundesländern gekoppelt an andere Institutionen und Hilfsmaßnahmen. In Bayern müssen beispielsweise im Rahmen des „Gesetzes zur gesundheitlichen Vorsorge und Kinderschutz“ Nachweise der Untersuchungen durch die Eltern beim Antrag auf Landeserziehungsgeld erbracht werden. Weitere Nachweise müssen bei der Anmeldung in einer Kindertageseinrichtung und bei der Schuleingangsuntersuchung erfolgen. In Hessen und Nordrhein-Westfalen werden die Untersuchungen durch die Ärzte gemeldet. Erfolgen die Untersuchungen nicht, schaltet sich das Gesundheitsamt ein und ermahnt die Eltern. Bei Missachtung der Mahnung kann dann im weiteren Verlauf das Jugendamt eingeschaltet werden (Bühning 2008).

Eine Primärprävention für psychisch Kranke, alle gefährdeten Familien und Mütter ist ebenfalls unbedingt sinnvoll. Spinelli bemängelt im bereits erörterten Fall „Andrea Yates“ die fehlende adäquate Psychoedukation. Die Beteiligten waren nicht ausreichend aufgeklärt über die psychiatrische Erkrankung, die Risiken und die pharmakologische Behandlung (Spinelli 2004). Es zeigte sich an diesem Fall wie dringend notwendig die Psychoedukation von psychisch Erkrankten ist, um mögliche Eigen- und Fremdgefährdung zu vermeiden. Jedoch kann die Prävention von Filiziden durch psychisch Kranke nicht allein Aufgabe der Psychiatrie sein (Putkonen et al. 2009). Eine Kultur des Hinschauens in der ganzen Gesellschaft muss sich entwickeln, um Risiko behaftete Mütter rechtzeitig zu unterstützen. Krisensituationen müssen frühzeitig erkannt werden. Intensives Familien- und Sozial- „Counseling“ ist für Patienten mit Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen, die Kinder erziehen, wichtig (Krischer et al. 2007). Familienhilfen, Hebammen und niedergelassene Ärzte sollten zur Unterstützung hinzugezogen werden. Besonders psychisch Kranke sollten engmaschig ambulant behandelt werden und beratend betreut werden. Schnelle psychiatrische Betreuung und Behandlung sollte in allen Gemeinden verfügbar sein (Guileyrardo et al. 1999). Immer wieder zu betonen ist die Verbesserung der Vernetzung von Hilfssystemen wie der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der sozialpsychiatrischen Dienste und der Erwachsenen-Psychiatrie (Gaebel & Häbler 2008).

Abschließend ist zum Thema Präventionsmaßnahmen hervorzuheben, dass besonders niedergelassene Ärzte unterschiedlichster Fachrichtungen für diese Problematik sensibilisiert werden müssen, da eine große Zahl der TäterInnen vor der Tat Kontakt zu einem Arzt hatten. In der untersuchten Fallgruppe waren dies 30%. Die TäterInnen suchten vor allem Allgemeinmediziner, Psychiater und Gynäkologen auf. Gründe für die ärztlichen Konsultationen waren u.a. Depressionen, Schlafstörungen, Rückenschmerzen oder Magenbeschwerden. Pitt und Bale beschrieben dies bei 40% ihrer untersuchten Probanden (Pitt & Bale 1995). Gerade daher sollten niedergelassene Ärzte auch trotz Zeitmangels in der heutigen „schnelllebigen“ Patientenbehandlung an mögliche Belastungen von Müttern bzw. Eltern denken. Schwangere sollten nach ihrer psychosozialen Lebenssituation befragt werden. Ihnen sollten in „extrem belasteten subjektiv ausweglos erscheinenden Situationen“ Optionen wie die anonyme Geburt, die Babyklappe und die Möglichkeit der Adoption erklärt werden können (Rupp et al. 2007). Ärzte verschiedenster Fachrichtungen sollten auch Hilfsangebote wie z.B. die Jugendhilfe kennen und zu nutzen wissen, da sie wie andere psychosoziale Berufsgruppen Teil des Hilfesystems zum Kinderschutz sind (Kiehl et al. 2009). Weiterhin sollten Ärzte direkt und ohne Scheu nach beabsichtigtem eigen- oder fremdgefährdendem Verhalten fragen (Barr & Beck 2008). Daher wäre eine interdisziplinäre Fortbildung zum Thema Kindesmisshandlungen, Kindstötungen und Kinderschutz für Ärzte unbedingt notwendig.

Nach Betrachtung der gegenwärtigen Literatur zeigte sich, dass die vorliegende Arbeit die erste ist, die einen innerdeutschen Vergleich zum Thema Kindstötungen erarbeitete. Die Besonderheit dabei ist, dass forensisch-psychiatrische Gutachten untersucht wurden, während in anderen Arbeiten meist rechtsmedizinische Daten verwendet oder nur einzelne Kasuistiken beschrieben worden waren (Höyneck 2006). In der Dissertation von D. Raič wurden anhand von 757 rechtsmedizinischen Gutachten die Todesfälle von Personen unter 20 Jahren untersucht (Raič 1997). Weber verglich 1989 20 Fälle von versuchtem oder vollendetem Filizid aus forensisch-psychiatrischen Gutachten, wobei der Verfasser selbst zwölf TäterInnen psychologisch begutachtet hatte (Weber 1989). Schläfke und Häßler beschreiben und bewerteten 20 TäterInnen. Zudem schilderten sie einige Kasuistiken (Schläfke & Häßler 2008). Schmidt et al. untersuchten 25 Fälle von Kindstötungen anhand forensisch-psychiatrischer Gutachten im Raum Köln (Schmidt et al. 1996). Alle diese Arbeiten sind sehr aufschlussreich und geben einen guten Überblick. Doch gerade forensisch-psychiatrische Gutachten sind im Vergleich zu rechtsmedizinischen Gutachten interessanter, da sie durch die Anamnese eine ausführlichere Schilderung zu den TäterInnen liefern (Höyneck 2006). In der vorliegenden Arbeit konnte durch die hohe Fallzahl von 56 TäterInnen aus forensisch-psychiatrischen Gutachten ein erstmaliger Überblick verschiedener deutscher Regionen geschaffen

werden, was für zukünftige Erarbeitungen, auch auf internationaler Ebene, zum Thema Kindstötungen eine Grundlage sein könnte. Sicherlich ist statistisch betrachtet eine Fallzahl von 56 nicht repräsentativ. Dennoch ist es wichtig zu wissen, wie schwierig es ist 56 forensisch-psychiatrische Gutachten zusammenzutragen. Ein forensisch-psychiatrisches Institut allein gibt oftmals nicht eine solche Häufigkeit an Kindstötungsfällen her. In der vorliegenden Erhebung wurden daher Gutachten aus fünf verschiedenen Orten zusammengetragen. Darunter befanden sich Gutachten aus kommunalen Kliniken, universitären Abteilungen und ambulanten Praxen.

Es fanden sich zahlreiche Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Merkmalen der TäterInnen aus den verschiedenen deutschen Regionen, insbesondere zur Tat, dem Tatmotiv, der ethnischen Herkunft und der Konfession. In Bayern und Sachsen-Anhalt wurden TäterInnen begutachtet, die eher ältere Kinder getötet hatten, während in Mecklenburg-Vorpommern zahlreiche Neonatizide Gegenstand der Gutachtenuntersuchungen waren. Als mögliche Erklärung für diese auch statistisch signifikanten Unterschiede könnte die Vergabe der Gutachten durch die Gerichte an die jeweiligen spezialisierten Gutachter sein. Im Rahmen der Untersuchung handelte es sich fast ausschließlich um Gutachten, die von Mitarbeitern forensischer Abteilungen oder psychiatrischer Kliniken erstellt worden waren. Infolge der Diskrepanz der Taten differierten auch die Tatmotive. In Bayern boten sie ein breiteres Spektrum, während in Mecklenburg-Vorpommern aufgrund der Häufung der Neonatizide, die unerwünschte Gravidität als häufigstes Motiv erfasst wurde. In Sachsen-Anhalt war als Motiv ein sexueller Missbrauch häufig. Die Ungleichheit der ethnischen Herkunft in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern sowie Sachsen-Anhalt verdeutlicht auch der Vergleich des statistischen Bundesamtes zum Anteil der ausländischen Bevölkerung in den einzelnen Bundesländern. Der auffallende Unterschied zur konfessionellen Zugehörigkeit der TäterInnen in den Bayrischen, den Mecklenburger und den Sachsen-Anhalter Gutachten lässt sich zum Einen durch die geringe Befragungsrate zur Konfession in MV und Sachsen-Anhalt und zum Anderen durch die vielfältigere ethnische Herkunft in Bayern erklären. Der Anteil der Kirchenmitglieder bezogen auf die entsprechende Gesamtbevölkerung ist in den neuen Bundesländern weitaus geringer als in den alten Bundesländern (18 % in der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Mecklenburgs, 19 % in der Pommerschen Evangelischen Kirche).

Wie bereits in der Literatur zahlreich beschrieben, waren auch in allen untersuchten Regionen die TäterInnen ledig. Weiterhin war allen Gutachtenregionen gemein, dass gewisse Information zu den TäterInnen in einigen Gutachten nicht eruiert oder beschrieben worden waren (z.B. Beruf, Diagnose, Empfehlung zu §§ 20,21 StGB). Daher sei hier der Verweis auf die Qualitätssicherung von forensisch-psychiatrischen Gutachten gegeben, denn in den untersuchten Gutachten traten

häufig Versäumnisse in der Anamnese, dem Stellen der psychiatrischen Diagnose und den eigentlich erfordernten Empfehlungen auf.

Zwar ist es schwierig eine Aussage zur Häufigkeit in den untersuchten Regionen zu treffen, dennoch kann angenommen werden, dass in keiner der Regionen Kindstötungen häufiger oder seltener sind.

Zusammenfassend sei noch einmal gesagt, dass die hervorgebrachten Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der TäterInnenpopulation in Bayern, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern eine große Bedeutung zur Erstellung eines innerdeutschen Vergleichs haben. Sicherlich ist eine Fallzahl von 56 eher klein und Gutachten aus westdeutschen Regionen wären notwendig, um eine noch bessere gesamtdeutsche Repräsentanz darstellen zu können. Nichtsdestotrotz sind gute Aussagen möglich geworden.

Gerade der Vergleich von Gutachten aus verschiedenen Regionen Deutschlands hat jedoch gezeigt, dass doch noch Mängel in der Qualität der Gutachten bestehen. Diese sollten in Zukunft durch ein Qualitätssicherung und Vereinheitlichung von forensisch-psychiatrischen Gutachten verbessert werden (Nedopil et al. 2007).

Im Hinblick zur Qualität forensisch-psychiatrischer Gutachten ist es wichtig sich mit Schwierigkeiten und möglichen Fehlern zu beschäftigen. Fehlerquellen können in jeder Phase der Erarbeitung eines forensisch-psychiatrischen Gutachtens auftreten. Nedopil et al. fassten folgende zusammen: Mangelnde Kompetenz des Gutachters, unkritische Durchsicht der Akten, Fehler bei der Erhebung der Vorgeschichte, Fehler bei der Befunderhebung, Wertungsfehler, Fehler bei der Darstellung des Gutachtens bei Gericht und Interaktionsfehler (Nedopil et al. 2007).

Besonders bei der Exploration des Probanden ergeben sich Schwierigkeiten. Sowohl der Gutachter als auch der Proband können bestimmte Erwartungshaltungen an die Situation haben. Ihre Vorerfahrungen und Vorinformation können das Verhalten in der Explorationssituation bestimmen. Immer häufiger müssen auch fremdsprachige Probanden exploriert werden. Durch einen Dolmetscher kommt es unweigerlich zu einer „Filterung“. Auch können Probleme bei der Erhebung des psychopathologischen Befundes entstehen. Die Atmosphäre der Vertraulichkeit ist durch Anwesenheit einer dritten Person ebenfalls gestört (Nedopil et al. 2007). Nach Nedopil et al. werden Fehler auf Struktur-, Prozess-, Ergebnisebene gemacht (Nedopil et al. 2007).

Foerster und Dreyßing sehen als eine Verbesserungsmöglichkeit in Bezug zur forensisch-psychiatrischen Begutachtung besonders die Intensivierung der Weiterbildung in der Psychiatrie. Hierbei wird erwähnt, dass die psychiatrische Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) das Zertifikat „Forensische

Psychiatrie“ vergibt. Auch in der ärztlichen Weiterbildung wurde der Schwerpunkt „Forensische Psychiatrie“ geschaffen und von den jeweiligen Landesärztekammern umgesetzt (Foerster & Dreyßing 2009, Nedopil et al. 2007, Boetticher et al. 2005).

Durch die Erarbeitung von Mindestanforderungen und Leitlinien zur Begutachtung kann in gewisser Weise ein weiterer Fortschritt gesehen werden (Foerster & Dreyßing 2009, Boetticher et al. 2005).

Boetticher et al. unterteilen in formelle und inhaltliche Mindestanforderungen. Diese Empfehlungen richten sich an forensische Fachkollegen bei der Erstellung von Gutachten zur Frage nach aufgehobener oder verminderter Schuldfähigkeit (Boetticher et al. 2005). Erweiternd verfassten Boetticher et al. 2006 zusätzlich Mindestanforderungen für Prognosegutachten (Boetticher et al. 2006).

### **Formelle Mindestanforderungen:**

*Nennung von Auftraggeber und Fragestellung*

*Darlegung von Ort, Zeit und Umfang der Untersuchungen*

*Dokumentation der Aufklärung*

*Darlegung der Verwendung besonderer Untersuchungs- und Dokumentationsmethoden*

*Exakte Angabe und getrennte Wiedergabe der Erkenntnisquellen*

*Eindeutige Kenntlichmachung der interpretierenden und kommentierenden Äußerungen und deren  
Trennung von der Wiedergabe der Informationen und Befunde*

*Trennung von gesichertem medizinischen Wissen und subjektiver Meinung oder Vermutungen des  
Gutachters*

*Offenlegung von Unklarheiten und Schwierigkeiten und den daraus abzuleitenden Konsequenzen,  
ggf. rechtzeitige Mitteilung an den Auftraggeber über weiteren Aufklärungsbedarf*

*Kenntlichmachung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der beteiligten Gutachter und  
Mitarbeiter*

*Bei Verwendung wissenschaftlicher Literatur Beachtung der üblichen Zitierpraxis*

*Klare und übersichtliche Gliederung*

*Hinweis auf Vorläufigkeit des schriftlichen Gutachtens.*

### **Inhaltliche Mindestanforderungen:**

*Vollständigkeit der Exploration, insbesondere zu den delikt- und diagnosespezifischen Bereichen*

*Benennung der Untersuchungsmethoden. Darstellung der Erkenntnisse, die mit den jeweiligen  
Methoden gewonnen werden. Bei nicht allgemein üblichen Methoden oder Instrumenten:*

*Erläuterung der Erkenntnismöglichkeiten und deren Grenzen*

*Diagnose unter Bezug des zugrundeliegenden Diagnosesystems (ICD-10 oder DSM-IV-TR). Bei Abweichung von diesen Diagnosesystemen: Erläuterung, warum welches andere System verwendet wurde*

*Darlegung der differentialdiagnostischen Überlegungen*

*Darstellung der Funktionsbeeinträchtigung, die im Allgemeinen durch die diagnostizierte Störung bedingt werden, soweit diese für die Gutachterfrage relevant werden könnten.*

*Überprüfung, ob und in welchem Ausmaß diese Funktionsbeeinträchtigung bei dem Untersuchten bei Begehung der Tat vorlag*

*Korrekte Zuordnung der psychiatrischen Diagnose zu den gesetzlichen Eingangsmerkmalen*

*Transparente Darstellung der Bewertung des Schweregrades der Störung*

*Tatrelevante Funktionsbeeinträchtigung unter Differenzierung zwischen Einsichts- und Steuerungsfähigkeiten*

*Darstellung von alternativen Beurteilungsmöglichkeiten.*

Die in dieser Arbeit untersuchten Gutachten waren entgegen der kritischen Annahme doch überwiegend „gut“ und „sehr gut“. In den befriedigenden, unbefriedigenden sowie mangelhaften Gutachten fehlten dennoch häufig Angaben, waren diese unvollständig oder schwierig nachzuvollziehen. Die gestellten Diagnosen richteten sich in vielen Fällen nicht nach gängigen Diagnosekriterien (ICD-10). Zum Einen erklären sich die abweichenden Diagnosen durch das Alter der Gutachten (Jahre 1980-2006). Andererseits verwendeten die Gutachter eigene Formulierungen und dies machte die ICD-10 Zuordnungen schwierig. Häufig zeigte sich, dass im Gutachten keine einheitlich Gliederung zu finden war. Die Gutachter bezogen sich teilweise nicht konkret auf die Fragestellung (wobei diese auch oft im Gutachten nicht geschildert war), nannten keine Diagnosen, sowie keine Empfehlungen zu Schuldfähigkeit und Unterbringung. Allein diese Fakten sprechen für die weitere Notwendigkeit der Verbesserung der Qualität der Gutachten.

Gerade in der Betrachtung der zeitlichen Herkunft der Gutachten zeigt sich im Verlauf eine signifikant verbesserte Gutachtenqualität. Dies ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass in den letzten Jahren vermehrt auf Einhaltung von Mindestanforderungen und Leitlinien (s.o.) geachtet worden ist. Zusätzlich ist zu bedenken, dass einige Gutachten bis 1989 in der ehemaligen DDR und damit unter anderen Voraussetzungen erstellt worden waren.

Rückblickend betrachtend muss aber auch bei aller bereits veranlassten Qualitätssicherung weiterhin daran gearbeitet werden, die forensische Begutachtung zu verbessern und somit einheitliche Gutachten zu erhalten (Lander 2009). Dies zeigte sich sehr deutlich in dieser Arbeit.

Aus forensisch-psychiatrischer Sicht ist die Beurteilung von KindstöterInnen insofern schwierig, da es sich um ein komplexes Geschehen handelt. In der wissenschaftlichen Literatur finden sich kaum Veröffentlichungen zum Thema der forensisch-psychiatrischen Begutachtung von Kindstötungen, die als Hilfestellung dienen könnten. Allgemein sind alle Klassifizierungs- und Darstellungsansätze (Guileyardo et al. 1999, Resnick 1970, d'Orban 1979, Bourget & Bradford 1990) zu Kindstötungsmotiven sinnvoll und hilfreich. Wie bereits erwähnt, wird von uns als Ergebnis der klinischen Erfahrungen und den Befunden aus der Literatur zusätzlich das Bearbeitungsschema nach Schläfke und Häßler von 2008 empfohlen.

Anhand der auf dem Bearbeitungsschema nach Schläfke et al. basierenden hierarchischen Clusteranalyse konnte in der vorliegenden Arbeit eine wichtige neue Betrachtungsweise herausgearbeitet werden. Die einzelnen Aspekte der psychiatrischen Erkrankung, der komorbiden Störung, einer Persönlichkeitsstörung, den Tötungsmotiven und konstellativen Faktoren wie begleitender Suizid, Alkohol- oder Substanzmissbrauch bzw. Rauschzustand und Brokenhomesituation machen eine detaillierte Beschreibung der Tat, der Umstände und somit der gesamten Dynamik möglich. Die Schuldfähigkeits- und Unterbringungsentscheidung sollte dann im Anschluss einfacher als Schlussfolgerung daraus gezogen werden.

Die Gutachtenbewertungen empfahlen in unserer Studie zu den Kindstötungen häufig eine verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit. Leider waren die juristischen Empfehlungen und Urteile im Einzelnen nicht bekannt.

Speziell bei Kindstötungen ist das Alter wichtig, da die TäterInnen nicht selten noch minderjährig sind und dies natürlich in der Begutachtungsweise zu berücksichtigen ist, gerade im Hinblick auf Entscheidungen zum Jugendgerichtsgesetz.

Zur Frage der Schuldfähigkeit bei Neonatiziden bei „negierter“ Schwangerschaft beschäftigte sich bereits Marneros in einer Arbeit. Gerade die „Erforschung der Intentionalität des Tötungsaktes“ sei wichtig. Es müsse eruiert werden, ob die Schwangere die Tat bewusst wahrgenommen hat, ob eine vollkommene Negierung des Tatablaus stattfand oder ob es sogar zur „bewussten Vorbereitung und intentionalen Durchführung eines Neonatizids“ kam (Marneros 1998). Hier wird ebenfalls betont wie wichtig eine genauere Darlegung des komplexen Tatgeschehens ist.

Schwierigkeiten im Hinblick auf Begutachtungen von Kindstötungen sind formell und inhaltlich in gewisser Weise sicherlich gleich in allen Schuldfähigkeitsgutachten. Jedoch ist der besondere Umstand der Tat zu beachten. Deshalb sind gerade ausführliche Erhebungen und Angaben zu den TäterInnen und deren psychosozialen Umständen notwendig. Um dies zu gewährleisten, ist wie

bereits hervorgehoben das Gutachtenschema nach Schläfke und Häßler von 2008 sehr hilfreich und hat durch die durchgeführte Clusteranalyse gezeigt, dass wichtige TäterInnengruppierungen nach diesem Schema möglich sind. Durch dieses Schema wird sichergestellt, dass bestimmte Informationen bei der Gutachtenerhebung nicht vergessen und auch ausführlicher hervorgehoben werden.

## 5. ZUSAMMENFASSUNG

Kindstötungen werden aufgrund der vielfältigen öffentlichen Berichterstattung als besonders grausame Taten wahrgenommen. Immer wieder schockieren neue Fälle. Doch nur wenig ist bekannt über die eigentlichen Hintergründe.

Ziel dieser Arbeit war es durch die Betrachtung von forensisch-psychiatrisch Gutachten einzelne Tätertypen zu charakterisieren. Des Weiteren sollten psychosoziale Faktoren herausgearbeitet werden, die prädisponierend bei KindstöterInnen sind, um eine Prävention zu ermöglichen und auch in Bezug zur forensisch-psychiatrischen Begutachtung Vorschläge und Hilfestellung bei den doch schwierigen Begutachtungen zu geben.

Bei Betrachtung der gegenwärtigen internationalen wissenschaftlichen Literatur zeigte sich, dass die Autoren häufig eine Einteilung in neonatizide, infantizide bzw. filizide TäterInnen wählten. In der vorliegenden Arbeit wurde jedoch durch die durchgeführte hierarchische Clusteranalyse eine andere Betrachtungsweise herausgearbeitet. Es ergab sich eine Unterteilung nach den Aspekten der psychiatrischen Erkrankung, der komorbiden Störung, einer Persönlichkeitsstörung, den Tötungsmotiven und konstellativen Faktoren wie begleitender Suizid, Alkohol- oder Substanzmissbrauch bzw. Rauschzustand und Brokenhomesituation.

Bei weiterer Betrachtung unterschieden sich neonatizide TäterInnen von infantiziden und filiziden TäterInnen. Die Hauptunterschiede lagen in der TäterInnenpopulation im Alter, der Soziodemographie, dem Partnerschaftsprofil und dem Motiv.

Zum psychosozialen Hintergrund der TäterInnen von Infantiziden und Filiziden zeigte sich ein facettenreiches Bild des Kindes- und Jugendalters aus Gewalt durch Eltern, Krankenhaus- oder Heimaufenthalt, Mangel an sozialen Kontakten in der Kindheit, schulischen Auffälligkeiten, Verlust einer Bezugsperson, einer schlechten Sozioökonomie des Elternhauses, Ehe- oder Beziehungsprobleme der Eltern, sowie des Substanzmissbrauchs der Eltern.

Gerade durch diese Informationen zu den unterschiedlichen potentiellen TäterInnen-Typen, die unsere Untersuchung hervorbrachte und die auch schon in der Literatur beschrieben wurden, konnten Vorschläge zu präventiven Maßnahmen gemacht werden, um gefährdete Kinder vor Vernachlässigung und Misshandlungen zu schützen und um mögliche Kindstötungen zu verhindern. Die vorliegende Arbeit war die erste, die einen innerdeutschen Vergleich zum Thema Kindstötungen hervorbrachte. Die Besonderheit dabei war, dass forensisch-psychiatrische Gutachten untersucht wurden, während in anderen Arbeiten meist rechtsmedizinische Daten verwendet oder nur einzelne Kasuistiken beschrieben worden waren (Höynck 2006). Durch die hohe Fallzahl von 56 TäterInnen konnte ein erstmaliger Überblick zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Merkmale

verschiedener deutscher Regionen geschaffen werden, was für zukünftige Erarbeitungen, auch auf internationaler Ebene, zum Thema Kindstötungen eine Grundlage sein könnte. Besonders deutlich wurden Unterschiede im Bereich der Taten, dem Tatmotiv, der ethnischen Herkunft und der Konfession.

Die Gutachtenbewertungen empfahlen in unserer Studie zu den Kindstötungen häufig eine verminderte oder aufgehobene Schuldfähigkeit. Die juristischen Empfehlungen und Urteile im Einzelnen waren nicht bekannt. Es zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen den Ergebnissen zur Schuldfähigkeit und den ICD-10 Diagnosen. Auffällig war jedoch der Anteil der nichtgestellten Diagnosen, bei denen trotzdem Empfehlungen zur Schuldfähigkeit gegeben wurden. Hier wurde die Schwierigkeit und im Rückschluss die mangelhafte Qualität der forensisch-psychiatrisch Beurteilung von Kindstötungen besonders deutlich.

Die Qualität der Gutachten wurde in dieser Studie nach dem Bewertungsschema nach Schläfke et al. 2006 beurteilt. Es zeigte sich eine durchschnittlich gute Bewertung und damit gute Qualität. Dies ist sicherlich in den letzten Jahren durch die zunehmende verbesserte Qualitätssicherung gewährleistet worden.

Bei der Erstellung eines forensisch- psychiatrischen Gutachtens geht es immer um die Betrachtung der Tat, der Umstände und der gesamten Dynamik. Die Schuldfähigkeitsentscheidung ergibt sich dann im Anschluss als Schlussfolgerung.

Abschließend kann noch einmal unterstrichen werden, dass aus forensisch-psychiatrischer Sicht die Beurteilung von KindstörerInnen insofern schwierig ist, da es sich um ein komplexes Geschehen handelt. Als Ergebnis der klinischen Erfahrungen und den Befunden aus der Literatur wurde das Bearbeitungsschema nach Schläfke und Häbeler von 2008 empfohlen.

## 6. THESEN

1. Kindstötungen können durch die gesamte Menschheitsgeschichte verfolgt werden. In der Literatur wurde dies thematisch häufig aufgegriffen: In der Bibel mit der Geschichte von Abraham, in der Tragödie der Medea von Euripides oder in Goethes Faust mit der Gretchentragödie. Juristisch gesehen haben Kindstötungen im Laufe der Jahrhunderte unterschiedliche Bewertungen und Strafen für die TäterInnen vorgesehen. In Deutschland werden die TäterInnen gegenwärtig häufig wegen Totschlages verurteilt, treffen die §§ 20 und 21 StGB nicht zu.
2. Generell zeigt sich, dass Kindstötungen seltene Delikte sind. In ländervergleichenden Arbeiten zeigte sich, dass die USA verglichen mit anderen Ländern eine der höchsten Kindstötungsraten hat.
3. In der Literatur wird in den erarbeiteten Klassifikation häufig u.a. nach Neonatiziden, Infantiziden und Filiziden unterschieden. Eine der ersten wegweisenden Arbeiten stammt von Resnick aus dem Jahr 1969. Die bisher umfangreichste Einteilung erarbeiteten Guileyardo et al. 1999.
4. Die forensisch-psychiatrisch Begutachtung von Kindstötungen gestaltet sich insofern schwierig, da meist ein komplexes Tatgeschehen mit vielen beeinflussenden Faktoren stattgefunden hat. Bei der Erstellung der forensisch-psychiatrischen Gutachten muss gerade deshalb der Besonderheit der Tat, der psychosozialen Umstände und der gesamten Dynamik größere Bedeutung gegeben werden, um eine Schuldfähigkeitsentscheidung im Anschluss treffen zu können.
5. Ziel dieser Arbeit war es anhand von forensisch-psychiatrischen Gutachten psychosoziale Faktoren der TäterInnen zu eruieren. Durch die Zusammenarbeit mehrerer forensischer Zentren konnte ein innerdeutscher Vergleich erarbeitet werden. Die Qualität forensisch-psychiatrischer Gutachten wurde bewertet. Abschließend sollte in dieser Arbeit eine Erweiterung der Klassifikationssysteme mit speziellen Empfehlungen und Begutachtungsproblematiken gegeben werden und die Praktikabilität des Gutachtenschemas nach Schläfke et al. überprüft werden.

6. Mittels des *Erhebungsbogens zur Qualität forensisch- psychiatrischer Gutachten* wurden retrospektiv 56 forensisch-psychiatrische Gutachten von Kindstötungsfällen, die im Zeitraum von 1980 bis 2006 erstellt wurden, ausgewertet. Es fanden sich insgesamt 37 Täterinnen und 19 Täter. Die TäterInnen waren im Alter von 14 bis 59 Jahren. Erhoben wurde Variablen der Eigenanamnese, besonders des Kindes- und Jugendalters, der Primär- und Sekundärfamilien.
7. Es zeigte sich ein deutliches Überwiegen weiblicher jüngerer Täterinnen. Weibliche TäterInnen töteten eher Jungen, während männliche Täter in der Population eher Mädchen töteten. Männliche Täter töteten zu dem nicht leibliche, während weibliche Täterinnen eher leibliche Kinder töteten.
8. Neonatizide wurden ausschließlich von Frauen gegangen, Infantizide von beiden Geschlechtern, Filizide 2.-5. LJ. von Frauen, Filizide 6.-12. LJ. eher von Männer, Jugendliche 13.-18.LJ. von beiden Geschlechter. In unserer Population töteten weibliche Täterinnen eher jüngere Kinder, während männliche Täter eher ältere Kinder töteten.
9. Frauen töteten aus Altruismus, im Rahmen einer akuten Psychose und aufgrund einer unerwünschten Gravidität/ Kind. Bei Männern lagen als Tatmotive häufig ein sexueller Missbrauch, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, sadistische Bestrafung oder eine Rache am Partner vor.
10. Ein signifikanter Unterschied bestand zwischen den Geschlechtern in der Suchtmittelanamnese: Frauen hatten unter den wenigen Fällen eher Cannabis konsumiert, Männer eher Alkohol.
11. Bei insgesamt wenig bekannter Delinquenz hatten Männer eher Gewalt- und Sexualdelikte begannen, Frauen dagegen Eigentumsdelikte und Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz.
12. Bei der Betrachtung der psychosozialen Variablen im Kindes- und Jugendalter und in der Primärfamilie zeigte sich ein facettenreiches Bild aus Gewalt durch Eltern, Krankenhaus- oder Heimaufenthalt, Mangel an sozialen Kontakten in der Kindheit, schulischen Auffälligkeiten, Verlust einer Bezugsperson, einer schlechten Sozioökonomie des Elternhauses, Ehe- oder Beziehungsprobleme der Eltern, sowie des Substanzmissbrauchs der Eltern.
13. In der Sekundärfamilie waren besonders beeinflussend die Sozioökonomie, Ehe- und

Beziehungsprobleme, ein möglicher Substanzmissbrauch des Partners und Gewalttätigkeit. Gerade Frauen waren signifikant häufiger durch die Abwesenheit des Partners und durch den Mangel an sozialen Kontakten belastet.

14. Angelehnt an die neun gewählten Qualitätskriterien nach Schläfke et al. 2006 zeigte sich bezogen auf die Kriterien ein homogenes Ergebnis im Bereich der sehr guten und guten Ergebnisse. Jedoch zeigt eine Anzahl von 20 Gutachten eine nur befriedigende Qualität. Erfreulich ist der abnehmende Anteil ausreichender, mangelhafter und ungenügender Gutachten und die signifikant verbesserte Gutachtenqualität im zeitlichen Verlauf.
15. Es zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Ergebnissen zur Schuldfähigkeit und den ICD-10 Diagnosen. Unterschiedliche Bewertungen fanden sich besonders bei TäterInnen mit diagnostizierten psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, schizophrenen TäterInnen, TäterInnen mit affektiven Störungen, mit neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, intelligenzgeminderten TäterInnen und im Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.
16. Zahlreiche Unterschiede fanden sich in den Merkmalen der TäterInnen aus Mecklenburg-Vorpommern, Bayern und Sachsen-Anhalt, insbesondere zur Tat, dem Tatmotiv, dem Alter der ethnischen Herkunft, der Konfession, der Schul- und Berufsbildung, sowie den Empfehlungen zur Schuldfähigkeit und der Empfehlung zur Einweisung in psychiatrische Krankenhäuser.
17. In der durchgeführten hierarchischen Clusteranalyse ergab sich eine Unterteilung der 56 Begutachteten in fünf Cluster. Die Cluster unterschieden depressiv, akut psychotische TäterInnen, TäterInnen mit Persönlichkeitsstörungen, TäterInnen mit dem Tatmotiv der „unerwünschten Gravidität bzw. Kind“, männliche Täter mit dem Motiv des sogenannten „Medea-Komplexes“ und TäterInnen mit nicht eindeutig beschriebenen Tatmotiven.
18. Neonatizide TäterInnen unterscheiden sich von infantiziden und filiziden TäterInnen. Die Hauptunterschiede liegen im Alter, der Soziodemographie, dem Partnerschaftsprofil und dem Motiv (Simpson & Stanton 2000). Dies zeigte sich auch in der vorliegenden TäterInnenpopulation. Jedoch waren die neonatiziden TäterInnen entgegen der Angaben in der Literatur älter, gut gebildet und berufstätig. Sie hatten überwiegend kaum eigene

Gewalterfahrungen in ihrer Kindheit erlebt, wie es häufig in der Literatur erwähnt wird. Es kann eher beschrieben werden, dass die neonatiziden TäterInnen aufgrund ihrer zum Tatzeitpunkt ausweglosen Situation die Tat begingen.

19. Unter den infantiziden und filiziden TäterInnen fanden sich eher psychisch Erkrankte: U.a. Affektive-, Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderungen. Die TäterInnen waren eher suizidgefährdet als neonatizide TäterInnen. Häuslicher Stress, Gewalt, Substanzmissbrauch, finanzielle Probleme sind beeinflussend.
20. Nach Charakterisierung der unterschiedlichen TäterInnen-Typen wurden spezielle Präventionsmaßnahmen wie z.B. das Projekt Findelbaby/Babyklappe des Vereins Sternipark oder Moses Projekt im Bezug zur Prävention von Neonatiziden vorgestellt. Ein interessantes effektives länderübergreifendes Modellprojekt ist das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, das sich besonders mit dem bundesweiten Kinderschutz und damit letztendlich der Prävention von Kindesmisshandlung und Kindstötung beschäftigt. Niedergelassene Ärzte unterschiedlichster Fachrichtungen sollten jedoch auch für diese Problematik, u.A. in interdisziplinären Fortbildungen, sensibilisiert werden, da eine große Zahl der TäterInnen vor der Tat Kontakt zu einem Arzt hatten.
21. Anhand der auf dem Bearbeitungsschema nach Schläfke et al. basierenden hierarchischen Clusteranalyse konnte in der vorliegenden Arbeit eine wichtige neue Betrachtungsweise herausgearbeitet werden. Die einzelnen Aspekte der psychiatrischen Erkrankung, der komorbiden Störung, einer Persönlichkeitsstörung, den Tötungsmotiven und konstellativen Faktoren wie begleitender Suizid, Alkohol- oder Substanzmissbrauch bzw. Rauschzustand und Brokenhomesituation machen eine detaillierte Beschreibung der Tat, der Umstände und somit der gesamten Dynamik möglich. Die Schuldfähigkeits- und Unterbringungsentscheidung sollte dann im Anschluss einfacher als Schlussfolgerung daraus gezogen werden.
22. In der vorliegenden Arbeit konnte durch die hohe Fallzahl von 56 TäterInnen aus forensisch-psychiatrischen Gutachten ein erstmaliger Überblick verschiedener deutscher Regionen geschaffen werden, was für zukünftige Erarbeitungen, auch auf internationaler Ebene, zum Thema Kindstötungen eine Grundlage sein könnte.
23. Gerade der Vergleich von Gutachten aus verschiedenen Regionen Deutschlands hat

gezeigt, dass doch noch Mängel in der Qualität der Gutachten bestehen. Diese sollten in Zukunft durch ein Qualitätssicherung und Vereinheitlichung von forensisch-psychiatrischen Gutachten verbessert werden (Nedopil et al. 2007).

## 7. LITERATURVERZEICHNIS

- Barr, JA & Beck, CT (2008) „Infanticide secrets: qualitative study on postpartum depression“. *Can Fam Physician* 54:12, 1716-1717.
- Bätje, C, Schläfke, D, Nedopil, N & Häßler, F (2010). „Kindstötungen: Soziale und gutachterliche Aspekte“. *Nervenarzt* 81: 1-7.
- Boetticher, A, Nedopil, N, Bosinski, HA & Sass, H (2005). „Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten“. *Nervenarzt* 76:9, 1157-60.
- Boetticher, A, Kröber, H, Müller-Isberner, R, Böhm, K, Müller-Metz, R, Wolf, T (2006). „Mindestanforderungen für Prognosegutachten“ *NStZ* 10, 537-44.
- Bourget, D & Gagne, P (2002). „Maternal filicide in Quebec“. *J Am Acad Psychiatry Law* 30(3): 345-51.
- Bourget, D & Gagne, P (2005). „Paternal filicide in Quebec“. *J Am Acad Psychiatry Law* 33(3): 354-60.
- Bourget, D & Labelle, A (1992). „Homicide, infanticide, and filicide“. *Psychiatr Clin North Am* 15(3): 661-73.
- Bourget, D & Bradford, JM (1990). „Homicidal parents“. *Can J Psychiatry* 35:3, 233-8.
- Brewster, AL, Nelson, JP et al. (1998). „Victim, perpetrator, family, and incident characteristics of 32 infant maltreatment deaths in the United States Air Force“. *Child Abuse Negl* 22(2): 91-101.
- Briggs, CM & Cutright, P (1994). „Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis“. *Violence Vict* 9(1): 3-16.
- Bühl, A (2008). „Clusteranalyse“. In *SPSS 16 Einführung in die moderne Datenanalyse*, Pearson Studium München: 545-596.

Bühning, P (2008). „Das Ziel: Ein flächendeckendes Netz früher Hilfsangebote“. Deutsches Ärzteblatt Jg. 105, Heft 21: A 1112-1116.

Campion, JF, Cravens, JM et al. (1988). „A study of filicidal men.“ Am J Psychiatry 145(9): 1141-4.

Chandra, PS, Venkatasubramanian, G et al. (2002). „Infanticidal ideas and infanticidal behavior in Indian women with severe postpartum psychiatric disorders“. J Nerv Ment Dis 190(7): 457-61.

Cheung, PT (1986). „Maternal filicide in Hong Kong, 1971-85“. Med Sci Law 26(3) 185-92.

Christoffel, KK, Anzinger, NK et al. (1983). „Homicide in childhood. Distinguishable patterns of risk related to developmental levels of victims“. Am J Forensic Med Pathol 4(2): 129-37.

Christoffel, KK & Liu, K (1983). „Homicide death rates in childhood in 23 developed countries: U.S. rates atypically high“. Child Abuse Negl 7(3): 339-45.

Collins, P, Shaughnessy, M, Bradley, L, Brown, K (2001). „Filicide-suicide: In Search of Meaning“. North American Journal of Psychology 3(2): 277-292.

Crittenden, P & Craig, S (1990). „Development Trends in the Nature of Child Homicide“. Journal of Interpersonal Violence. June 1990: 202-217.

d'Orban, PT (1979). „Women who kill their children“. Br J Psychiatry 134: 560-71.

Farooque, R & Ernst, FA (2003). „Filicide: a review of eight years of clinical experience“. J Natl Med Assoc 95(1): 90-4.

Findeisen, M, Vennemann, M et al. (2004). „German study on sudden infant death (GeSID): design, epidemiological and pathological profile“. Int J Legal Med 118(3): 163-9.

Foerster, K, Dreßing, H (2009). „Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten“. In Psychiatrische Begutachtung. Urban& Fischer München. S.49.

Friedman, SH, Horwitz, SM et al. (2005). „Child murder by mothers: a critical analysis of the

current state of knowledge and a research agenda“. Am J Psychiatry 162(9): 1578-87.

Friedman, SH & Resnick, PJ (2009). “Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention“. Int J Law Psychiatry 32:1, 43-7.

Gartner, R (1991). „Family Structure, Welfare Spending, and Child Homicide in Developed Democracies“. Journal of Marriage and Family 53: 231-240.

Gaebel, W, Häbner F (2008). „Zur Problematik von Kindstötungen“. Nervenarzt 79: 856-859.

Gerchow, J (1957). „Die ärztlich- forensische Beurteilung von Kindesmörderinnen“. Medizinisch-Juristische Grenzfragen. VEB Carl Marhold Verlag. Halle/Saale:1-129.

Guileyardo, JM, Prahlow, JA et al. (1999). „Familial filicide and filicide classification“. Am J Forensic Med Pathol 20(3): 286-92.

Haapasalo, J & Petaja, S (1999). „Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstances, childhood abuse, and types of killing“. Violence Vict 14(3): 219-39.

Häbner, F, Zamorski, H, Weirich, S (2007). „Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen plötzlichem Säuglingstod (SIDS), Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP) mit tödlichem Ausgang und Infantizid“. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 35(4): 237-246.

Häbner, G & Häbner, F (2008). „Kindstötung in der Literatur“. Häbner, F, Schepker, R, Schläfke, D (Hrsg.) Kindstod und Kindstötung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin: 21-29.

Häbner, G & Häbner, F (2008). „Kindstötung in der Rechtsgeschichte“. Häbner, F, Schepker, R, Schläfke D (Hrsg.) Kindstod und Kindstötung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin: 31-54.

Hatters Friedman, S & Resnick, PJ (2007). „Child murder by mothers: patterns and prevention“. World Psychiatry 6:3, 137-41.

Herman-Giddens, ME, Smith, JB et al. (2003). „Newborns killed or left to die by a parent: a population-based study“. *Jama* 289(11): 1425-9.

Höynck, T (2006). „Tötungsdelikte an Kindern“. *Kriminalsoziologie+ Rechtssoziologie*. 2006/2: 9-42.

Jenny, C & Isaac, R (2006). „The relation between child death and child maltreatment“. *Arch Dis Child* 91(3): 265-9.

Karakus, M, Ince, H, Ince, N, Arican, N, Sozen, S (2003). „Filicide cases in Turkey, 1995-2000“. *Croat Med J* 44:5, 592-5.

Kiess, W et al. (2009). „Kinderschutz- Prävention von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung“. *Kinder- und Jugendmedizin* 9: 93-99.

Krischer, MK, Stone, MH, Sevecke, K & Steinmeyer, EM (2007). „Motives for maternal filicide: results from a study with female forensic patients“. *Int J Law Psychiatry* 30:3, 191-200.

Lander, T, Heilbrun, K (2009). „The Content and Quality of Forensic Mental Health Assessment: Validation of a Principles- Based Approach“. *Int J Mental Health* 8: 115-121.

Laporte, L, Poulin, B et al. (2003). „Filicidal women: jail or psychiatric ward?“. *Can J Psychiatry* 48(2): 94-8.

Liem, M & Koenraadt, F(2008). „Filicide: a comparative study of maternal versus paternal child homicide“. *Crim Behav Ment Health* 18:3, 166-76.

Maneros, A (1998). „Kindstötung: Zur Frage der Schuldfähigkeit nach negierter Schwangerschaft“. *MschKrim* 81(3):173-179.

Marks, MN & Kumar, R (1993). „Infanticide in England and Wales“. *Med Sci Law* 33(4): 329-39.

Marleau, JD, Poulin, B et al. (1999). „Paternal filicide: a study of 10 men“. *Can J Psychiatry* 44(1): 57-63.

Mendlowicz, MV, Jean-Louis, G et al. (1999). „Neonaticide in the city of Rio de Janeiro: forensic and psycholegal perspectives“. *J Forensic Sci* 44(4): 741-5.

Mendlowicz, MV, Rapaport, MH et al. (1998). „A case-control study on the socio-demographic characteristics of 53 neonaticidal mothers“. *Int J Law Psychiatry* 21(2): 209-19.

Nedopil, N, Dittmann, V, Freisleder, FJ, Haller, R (2007). „Gutachtenerstellung“. In *Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht*. Georg Thieme Verlag Stuttgart: 354-364.

Oberman, M (2003). „Mothers who kill: cross-cultural patterns in and perspectives on contemporary maternal filicide“. *Int J Law Psychiatry* 26(5): 493-514.

Paul, M & Backes, J (2008). „Frühe Hilfen zur Prävention von Kindesmisshandlung und – vernachlässigung“. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 156: 662-668.

Pitt, SE & Bale, EM (1995). „Neonaticide, infanticide, and filicide: a review of the literature“. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 23(3): 375-86.

Poulin, B, Marleau, J & Jolivet, J (2006). „Maternal Filicide: Classification and Risk Factors“. *American Journal of Forensic Psychology* 24(1):57-71.

Putkonen, H, Collander, J, Weizmann-Henelius, G, Eronen, M (2007). „Legal outcomes of all suspected neonaticides in Finland 1980-2000“. *Int J Law Psychiatry* 30:3, 248-54.

Putkonen, H, Weizmann-Henelius, G et al. (2007). „Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought - neonaticides in Finland 1980-2000“. *Arch Womens Ment Health* 10(1): 15-23.

Putkonen, H, Amon, S, Almiron, MP, Cederwall, JY, Eronen, M, Klier, C, Kjelsberg, E & Weizmann-Henelius, G (2009). „Filicide in Austria and Finland- a register-based study on all filicide cases in Austria and Finland 1995-2005“. *BMC Psychiatry* 9, 74:1-9.

Putkonen, H, Weizmann-Henelius, G, Lindberg, N, Eronen, M & Häkkänen, H (2009). „Differences

Between Homicide and Filicide Offenders; Results of a Nationwide Register-Based Case-Control Study“. BMC psychiatry 9/27.

Raič, D (1997). „Die Tötung von Kindern durch die eigenen Eltern: Soziographische, motivationale und strafrechtliche Aspekte“. Dissertation Bonn.

Resnick, PJ (1969). „Child murder by parents: a psychiatric review of filicide“. Am J Psychiatry 126(3): 325-34.

Resnick, PJ (1970). „Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide“. Am J Psychiatry 126(10): 1414-20.

Rohde, A, Raic, D, et al. (1998). „Infanticide: Sociobiographical background and motivational aspects“. Arch Womens Ment Health 1: 125-130.

Rohde, A (2003). „Welche Mütter töten ihre Kinder?“ Manuskript zum Vortrag auf der Veranstaltung „Babyklappe und anonyme Geburt- ohne Alternative?“ Bonn Mai 2003, Veranstalter terres des hommes Deutschland e.V.

Rougé-Maillart, C, Jousset, N, Gaudin, A, Bouju, B, Penneau, M (2005). „Women Who Kill Their Children“. The American journal of forensic medicine and pathology: official publication of the National Association of Medical Examiners 26, no. 4: 320-6.

Rupp, M et al. (2007). „Anonyme Geburt“, Das „Moses-Projekt“ in Bayern - Eine Machbarkeitsstudie. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.).

Sakuta, T & Saito, S (1981). „A socio-medical study on 71 cases of infanticide in Japan“. Keio J Med 30: 155-68

Schläfke D, Auer U, König C, Schnoor K, Rebernick E, Rachvoll U, Hartig I, Häbler F, Fegert, JM (2006). „Begutachtung im erkennenden Verfahren“. WsFFP 2006.

Schläfke, D & Häbler, F (2008). „Infantizide- Erfahrungen aus gutachterlicher Sicht“. Häbler, F,

Schepker, R, Schläfke, D (Hrsg.) Kindstod und Kindstötung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin: 185-223.

Schmidt, P, Grass, H et al. (1996). „Child homicide in Cologne (1985-94)“. *Forensic Sci Int* 79(2): 131-44.

Simpson, A & Stanton, J (2000). „Maternal filicide: a reformulation of factors relevant to risk“. *Criminal Behaviour and Mental Health* 10: 136-147.

Smithey, M (1997). „Infant Homicide at the hands of Mothers: toward a sociological perspective“. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal* 18: 255-272.

Somander, LK & Rammer, LM (1991). „Intra- and extrafamilial child homicide in Sweden 1971-1980“. *Child Abuse Negl* 15(1-2): 45-55.

Spinelli, MG (2004). „Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives“. *Am J Psychiatry* 161(9): 1548-57.

Spinelli, MG (2005). „Infanticide: contrasting views“. *Arch Womens Ment Health* 8(1): 15-24.

Stanton, J & Simpson, A (2001). „Murder misdiagnosed as SIDS: a perpetrator's perspective“. *Arch Dis Child* 85(6): 454-9.

Stanton, J, Simpson, A et al. (2000). „A qualitative study of filicide by mentally ill mothers“. *Child Abuse Negl* 24(11): 1451-60.

Trautmann-Villalba, P & Hornstein, C (2007). „Children murdered by their mothers in the postpartum period“. *Nervenarzt* 78: 1290-1295.

Wessel, J, Dudenhausen, J, Schöneegg, W, Schmidt-Gollwitzer, K (1990). „Abgewehrte Schwangerschaftswahrnehmung“. *Münch. Med. Wschr.* 132(Nr.23): 376-380.

Wessel, J, Platz, WE et al. (1998). „Rechtsmedizinische, psychiatrische und geburtsmedizinische Aspekte bei der Kindstötung nach Schwangerschaftsverdrängung.“ *Rechtsmedizin* 9: 1-8.

West, S, Hatters Friedman, S, Resnick, P (2009). „Fathers Who Kill Their Children: An Analysis of the Literature“. Journal of forensic sciences 54: 2, 463-468.

Wiese, A (1993). „Mütter, die töten- Psychoanalytische Erkenntnis und forensische Wahrheit“.

Wilczynski, A (1994). „The incidence of child homicide: how accurate are the official statistics?“. J Clin Forensic Med 1(2): 61-6.

Wilson, M & Daly, M (1995). „Familiicide: The Killing of Spouse and Children“. Aggressive Behavior 21: 275-291.

[www.sternipark.de](http://www.sternipark.de)

## 8. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Vergleich Taten zum Geschlecht der TäterInnen, n=56,  $p < 0,01$  S.25

Abb. 2: Tatmotive Geschlecht der TäterInnen, n=56,  $p < 0,01$  S.27

Abb. 3: Vergleich Geschlecht des Opfers Geschlecht der TäterInnen, n=56,  $p < 0,01$  S.28

Abb. 4: Vergleich Opferstatus Geschlecht der TäterInnen, n=56,  $p < 0,05$  S.29

Abb. 5: Altersgruppe TäterInnen, n=56,  $p < 0,05$  S.30

Abb. 6: Substanzmissbrauch Geschlecht der TäterInnen, n=56,  $p < 0,01$  S.32

Abb. 7: Abwesenheit des Partners Geschlecht der TäterInnen, n=56,  $p < 0,01$  S.36

Abb. 8: Qualitätsbewertung aller Gutachten, n=56 S.39

Abb. 9: Verteilung der Diagnosen auf die Schuldfähigkeitsgruppen nach den §§ 21/20 StGB, n=56,  
 $p < 0,05$  S.41

Abb. 10: Ergebnisse der Gutachter zu § 63 StGB, n=56,  $p > 0,05$  S.44

Abb. 11: Ergebnisse der Gutachter zu § 63 StGB, n=56,  $p > 0,05$  S.46

Abb. 12: Hierarchische Clusteranalyse: Dendrogramm, abgebildet fünf Cluster, n=56 S.52

## 9. TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Häufigkeiten von Kindstötungen in der Literatur (Bätje et al. 2010) S.8

Tab. 2: Klassifikation nach Bourget und Bradford 1990 S.10

Tab. 3: Begutachtungsschema nach Schläfke und Häßler 2008 S.19

Tab. 4: Kindes- und Jugendalter und Primärfamilie S.33

Tab. 5: Sekundärfamilie S.35

Tab. 6: ICD 10 Diagnosen durch Gutachter gestellt S.40

Tab. 7: Vergleich TäterInnenpopulation Geschlecht Anhang S.91

Tab. 8: Vergleich TäterInnenpopulation MV, BY und SA Anhang S.94

## 10. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
B.	Berufliche
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BY	Bayern
bzw.	beziehungsweise
CT	Computertomographie
dt.	deutsch
et al.	et alli (und andere)
etc.	et cetera (und weitere)
EEG	Elektroenzephalogramm
F.	Filizid
I.	Infantizid
LJ.	Lebensjahr
M	Mittelwert
MRT	Magnetresonanztomographie
MV	Mecklenburg-Vorpommern
N.	Neonatizid
n	Nummer/ Anzahl
s.	siehe
SA	Sachsen-Anhalt
SD	Standardabweichung
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Tab.	Tabelle
u.	und
u.a.	unter anderem
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

## 11. ANHANG

**Tab. 7: Vergleich TäterInnenpopulation Geschlecht n=56, \* p<0,01, \*\* p<0,05**

	<b>Männlich</b> n=19	<b>Weiblich</b> n=37
<b>Altersgruppe **</b>		
14-20 Jahre	2 (10,5%)	10 (27,0%)
21-25 Jahre	2 (10,5%)	7 (18,9%)
26-30 Jahre	6 (31,6%)	9 (24,3%)
31-35 Jahre	3 (15,8%)	5 (13,5%)
36-40 Jahre	1 (5,3%)	3 (8,1%)
41-59 Jahre	5 (26,3%)	3 (8,1%)
<b>Tat *</b>		
Neonazid (bis 24h)		18 (48,6%)
Infantizid (bis 1.LJ.)	5 (26,3%)	4 (10,8%)
Filizid (2.-5.LJ.)	5 (26,3%)	12 (32,4%)
Filizid (6.-12.LJ.)	7 (36,8%)	1 (2,7%)
Filizid (Jugendl. bis 18. LJ.)	2 (10,5%)	2 (5,4%)
<b>Tatmotiv *</b>		
Altruismus	1 (5,3%)	7 (18,9%)
Akute Psychose		7 (18,9%)
Unerwünschte Gravidität/Kind		15 (40,5%)
Kindesmissbrauch	1 (5,3%)	
Rache am Partner	2 (10,5%)	
Sexueller Missbrauch	7 (36,8%)	
Vernachlässigung/Fahrlässigkeit	2 (10,5%)	3 (8,1%)
Sadistische Bestrafung	2 (10,5%)	2 (5,4%)
Drogen-oder Alkoholmissbrauch	4 (21,1%)	1 (2,7%)
Keine Motivzuordnung		2 (5,4%)
<b>Familienstand</b>		
Ledig	8 (42,1%)	20 (54,1%)
In Partnerschaft lebend	2 (10,5%)	11 (29,7%)
Verheiratet	3 (15,8%)	4 (10,8%)
Geschieden	5 (26,3%)	
Verwitwet	1 (5,3%)	
Getrennt lebend		2 (5,4%)
<b>Ethnische Herkunft</b>		
Einheimisch	16 (84,6%)	30 (83,3%)
Mittel-und Nordeuropa		1 (2,8%)
Osteuropa		3 (8,3%)
Türkisch/Orient	2 (10,5%)	2 (5,6%)
Sonstige/Ausländer n.n.b.	1 (5,3%)	
<b>Konfession</b>		
Evangelisch	2 (10,5%)	2 (5,4%)
Katholisch	1 (5,3%)	7 (18,9%)
Sonstige christliche	1 (5,3%)	2 (5,4%)
Muslimisch		2 (5,4%)
andere	1 (5,3%)	1 (2,7%)
nicht erwähnt	14 (73,7%)	23 (62,2%)

<b>Schulbildung</b>		
Kein Abschluss	3 (15,8%)	6 (16,2%)
Sonderschulabschluss	3 (15,8%)	1 (2,7%)
Qualifizierender Hauptschulabschluss	3 (15,8%)	7 (18,9%)
Sonstiger Hauptschulabschluss	4 (21,1%)	4 (10,8%)
Mittlere Reife	2 (10,5%)	15 (40,5%)
Fachabitur		1 (2,7%)
Abitur	1 (5,3%)	3 (8,1%)
Unbekannt/unklar	3 (15,8%)	
<b>Berufsausbildung</b>		
Noch in Schulausbildung	4 (21,1%)	8 (21,6%)
Keine bzw. nur angelernt	3 (15,8%)	1 (2,7%)
Lehre mit Abschluss	6 (31,6%)	15 (40,5%)
Lehre abgebrochen	1 (5,3%)	2 (5,4%)
Fach-/Meisterschule in Ausbildung		2 (5,4%)
(Fach-)Hochschule in Ausbildung		1 (2,7%)
(Fach-)Hochschule abgebrochen	1 (5,3%)	1 (2,7%)
nicht erwähnt	4 (21,1%)	7 (18,9%)
<b>Berufliche Situation zum Tatzeitpunkt</b>		
Berufstätig in Vollzeit	8 (42,1%)	10 (27,0%)
Berufstätig in Teilzeit		3 (8,1%)
Hausfrau, -mann, nicht berufstätig		5 (13,5%)
Arbeitslos gemeldet	2 (10,5%)	9 (24,3%)
Witwen/-r-Rente	1 (5,3%)	
Nicht erwähnt	8 (42,1%)	10 (27,0%)
<b>Beruf</b>		
Selbst. Handwerker, Landwirt, kleiner Betrieb		1 (2,7%)
Qualifizierter Angestellter, Beamter gehob. Dienst	1 (5,3%)	4 (10,8%)
Einfacher Angestellter, Beamter einf. Dienst	1 (5,3%)	2 (5,4%)
Facharbeiter, unselbst. Handwerker	3 (15,8%)	9 (24,3%)
Un-/angelernter Arbeiter	3 (15,8%)	1 (2,7%)
Nie erwerbstätig	2 (10,5%)	3 (8,1%)
Nicht erwähnt	9 (47,4%)	17 (45,9%)
<b>Diagnosen</b>		
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen		13 (23,2%)
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5 (8,9%)	6 (10,7%)
Intelligenzminderung	1 (1,8%)	3 (5,4%)
Affektive Störungen	2 (5,4%)	6 (10,7%)
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen		1 (1,8%)
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1 (1,8%)	1 (1,8%)
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Stoffe	5 (8,9%)	2 (3,6%)
Keine Diagnose gestellt	5 (8,9%)	5 (8,9%)
<b>§§ 20,21 StGB</b>		
kein Ergebnis	4 (7,1%)	6 (10,7%)
voll schuldfähig	4 (7,1%)	6 (10,7%)
vermindert schuldfähig	8 (14,3%)	13 (23,2%)
nicht schuldfähig	2 (3,6%)	11 (19,6%)
Vorbehalt bis zur Hauptverhandlung	1 (1,8%)	1 (1,8%)
<b>§ 63 StGB</b>		
kein Ergebnis	13 (23,2%)	26 (46,4%)
Einweisung empfohlen	3 (5,4%)	2 (3,6%)
Nicht empfohlen	3 (5,4%)	9 (16,1%)

<b>§ 3 JGG</b> Kein Ergebnis Strafrechtlich verantwortlich Strafrechtlich nicht verantwortlich	18 (32,1%) 1 (1,8%)	33 (58,9%) 2 (3,6%) 2 (3,6%)
<b>§ 7 JGG</b> Nicht zutreffend	19 (33,9%)	37 (66,1%)
<b>§ 105 JGG</b> Nicht zutreffend Anwendung von Jugendstrafrecht	19 (33,9%)	34 (60,7%) 3 (5,4%)

**Tab. 8: Vergleich TäterInnenpopulation MV, BY und SA, n=56, \*p<0,01, \*\*p<0,05**

	<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	<b>Bayern</b>	<b>Sachsen-Anhalt</b>
<b>TäterInnen Geschlecht</b>	n=22 4♂/18♀	n=25 9♂/16♀	N=9 6♂/3♀
<b>Altersgruppen **</b>	M=25,4J.	M=30,4J.	M=35,1J.
14-20 Jahre	9 (16,1%)	1 (1,8%)	2 (3,6%)
21-25 Jahre	2 (3,6%)	6 (10,7%)	1 (1,8%)
26-30 Jahre	5 (8,9%)	9 (16,1%)	1 (1,8%)
31-35 Jahre	4 (7,1%)	3 (5,4%)	1 (1,8%)
36-40 Jahre	1 (1,8%)	2 (3,6%)	1 (1,8%)
41-59 Jahre	1 (1,8%)	4 (7,1%)	3 (5,4%)
<b>Tat *</b>			
Neonatizid (bis 24h)	13 (59,1%)	4 (16,0%)	1 (11,1%)
Infantizid(bis 1.LJ.)	4 (18,2%)	4 (16,0%)	1 (11,1%)
Filizid (2.-5.LJ.)	4 (18,2%)	11 (44,0%)	2 (22,2%)
Filizid (6.-12.LJ.)	1 (4,5%)	3 (12,0%)	4 (44,4%)
Filizid (Jugendl. bis 18. LJ.)		3 (12,0%)	1 (11,1%)
<b>Tatmotiv</b>			
Altruismus	2 (9,1%)	5 (20,0%)	1 (11,1%)
Akute Psychose	3 (13,6%)	3 (12,0%)	1 (11,1%)
Unerwünschte Gravidität/Kind	11 (50,0%)	3 (12,0%)	1 (11,1%)
Kindesmissbrauch			1 (11,1%)
Rache am Partner		2 (8,0%)	
Sexueller Missbrauch		3 (12,0%)	4 (44,4%)
Vernachlässigung/Fahrlässigkeit	1 (4,5%)	4 (16,0%)	
Sadistische Bestrafung		3 (12,0%)	1 (11,1%)
Drogen-oder Alkoholmissbrauch	3 (13,6%)	2 (8,0%)	
Keine Motivzuordnung	2 (9,1%)		
<b>Familienstand</b>			
Ledig	14 (63,6%)	10 (40,0%)	4 (44,4%)
In Partnerschaft lebend	1 (4,5%)	11 (44,0%)	1 (11,1%)
Verheiratet	3 (13,6%)	3 (12,0%)	1 (11,1%)
Geschieden	2 (9,1%)	1 (4,0%)	2 (22,2%)
Verwitwet			1 (11,1%)
Getrennt lebend	2 (9,1%)		
<b>Ethnische Herkunft</b>			
Einheimisch	20 (90,9%)	18 (72,0%)	8 (88,9%)
Mittel-und Nordeuropa		1 (4,0%)	
Osteuropa	1 (4,8%)	1 (4,0%)	1 (11,1%)
Türkisch/Orient		4 (16,0%)	
Sonstige/Ausländer n.n.b.		1 (4,0%)	
<b>Konfession</b>			
Evangelisch	1 (4,5%)	3 (12,0%)	
Katholisch		8 (32,0%)	
Sonstige christliche	1 (4,5%)	2 (8,0%)	
Muslimisch		2 (8,0%)	
andere		2 (8,0%)	
nicht erwähnt	20 (90,9%)	8 (32,0%)	9 (100,0%)
<b>Schulbildung</b>			
Kein Abschluss	5 (22,7%)	2 (8,0%)	2 (22,2%)
Sonderschulabschluss		2 (8,0%)	2 (22,2%)

Qualifizierter-Hauptschulabschluss	2 (9,1%)	8 (32,0%)	
Sonstiger Hauptschulabschluss	1 (4,5%)	7 (28,0%)	2 (22,2%)
Mittlere Reife	13 (59,1%)	2 (8,0%)	
Fachabitur		1 (4,0%)	
Abitur	1 (4,5%)	2 (8,0%)	1 (11,1%)
Unbekannt/Unklar		1 (4,0%)	2 (22,2%)
<b>Berufsausbildung</b>			
Noch in Schulausbildung	3 (13,6%)	9 (36,0%)	
Keine bzw. nur angelernt	2 (9,1%)		2 (22,2%)
Lehre mit Abschluss	10 (45,5%)	7 (28,0%)	4 (44,4%)
Lehre abgebrochen	2 (9,1%)		1 (11,1%)
Fach-/Meisterschule in Ausbildung	2 (9,1%)		
(Fach-)Hochschule in Ausbildung	1 (4,5%)		
(Fach-)Hochschule abgebrochen		2 (8,0%)	
nicht erwähnt	2 (9,1%)	7 (28,0%)	2 (22,2%)
<b>B.-Situation zum Tatzeitpunkt</b>			
Berufstätig in Vollzeit	8 (36,4%)	9 (36,0%)	1 (11,1%)
Berufstätig in Teilzeit	2 (9,1%)	1 (4,0%)	
Hausfrau, -mann, nicht berufstätig		5 (20,0%)	
Arbeitslos gemeldet	8 (36,4%)		3 (33,3%)
Witwen/-r-Rente			1 (11,1%)
Nicht erwähnt	4 (18,2%)	10 (40,0%)	4 (44,4%)
<b>Beruf</b>			
Selbst. Handwerker, Landwirt, kleiner Betrieb		1 (4,0%)	
Qualifizierter Angestellter, Beamter gehob. Dienst	1 (4,5%)	4 (16,0)	
Einfacher Angestellter, Beamter einf. Dienst	2 (9,1%)	1 (4,0%)	
Facharbeiter, unselbst. Handwerker	10 (45,5%)	1 (4,0%)	1 (11,1%)
Un-/angelernter Arbeiter	1 (4,5%)		3 (33,3%)
Nie erwerbstätig	1 (4,5%)	4 (16,0%)	
Nicht erwähnt	7 (31,8%)	14 (56,0%)	5 (55,6%)
<b>Diagnosen</b>			
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	6 (10,7%)	7 (12,5%)	
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1 (1,8%)	7 (12,5%)	3 (5,4%)
Intelligenzminderung	1 (1,8%)	2 (5,4%)	1 (1,8%)
Affektive Störungen	3 (5,4%)	4 (7,1%)	1 (1,8%)
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1 (1,8%)		
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1 (1,8%)		1 (1,8%)
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Stoffe	4 (7,1%)	1 (1,8%)	2 (3,6%)
Keine Diagnose gestellt	5 (8,9%)	4 (7,1%)	1 (1,8%)
<b>§§ 20,21 StGB</b>			
kein Ergebnis	5 (22,7%)	3 (12,0%)	2 (22,2%)
voll schuldfähig	5 (22,7%)	5 (20,0%)	
vermindert schuldfähig	9 (40,9%)	8 (32,0%)	4 (44,4%)
nicht schuldfähig	2 (9,1%)	9 (36,0%)	2 (22,2%)
Vorbehalt bis zur Hauptverhandlung	1 (4,5%)		1 (11,1%)

<b>§ 63 StGB</b> kein Ergebnis Einweisung empfohlen Nicht empfohlen	17 (77,3%) 1 (4,5%) 4 (18,2%)	18 (72,0%) 4 (16,0%) 3 (12,0%)	4 (44,4%)  5 (55,6%)
<b>§ 64 StGB</b> kein Ergebnis Einweisung empfohlen Nicht empfohlen	20 (90,9%) 1 (4,5%) 1 (4,5%)	24 (96,0%) 1 (4,0%)	9 (100,0%)
<b>§ 3 JGG</b> Kein Ergebnis Strafrechtlich verantwortlich Strafrechtlich nicht verantwortlich	18 (81,8%) 2 (9,1%) 2 (9,1%)	25 (100,0%)	8 (88,9%) 1 (11,1%)
<b>§ 7 JGG</b> Nicht zutreffend	22(100,0%)	25 (100,0%)	9 (100,0%)
<b>§105 JGG</b> Nicht zutreffend Anwendung von Jugendstrafrecht	20 (90,9%) 2 (9,1%)	24 (96,0%) 1 (4,0%)	9 (100,0%)



### **13. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG**

Ich versichere an Eides Statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Ich versichere außerdem, dass ich keine andere als die angegebene Literatur verwendet habe. Diese Versicherung bezieht sich auch auf alle in der Arbeit enthaltenen Zeichnungen, Skizzen, bildlichen Darstellungen und dergleichen.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Christine Bätje

## **14. DANKSAGUNG**

Hiermit möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben. Ganz besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Schläfke für die Betreuung und Mühe, meinen Eltern für ihre Bestärkungen und Ratschläge.