

9 Infantizide – Erfahrungen aus gutachterlicher Sicht

Detlef Schläfke, Frank Häßler

9.1 Vorbemerkung

Gewalt an Kindern stellt noch immer ein gesellschaftliches Phänomen dar und kann sich in vielfältiger Form, nämlich physischer, psychischer und sexueller Gewalt sowie Vernachlässigung präsentieren. Die Kindstötung ist der Kulminationspunkt der Gewalt, die von Vater oder Mutter ausgeht, oder das Resultat einer psychischen Störung der Täterin/des Täters.

In der vorliegenden Arbeit sollen ausgehend von eigenen Gutachtenerfahrungen die Begrifflichkeiten der Kindstötung erläutert sowie forensisch-psychiatrische Betrachtungen vorgenommen werden.

Bei einer zu vermutenden hohen Dunkelziffer ist von 1–2 % Kindstötungen unter den Tötungsdelikten in Deutschland auszugehen. Es entwickeln sich national und international Arbeitsgruppen, die das Forschungsfeld des Infantizids bearbeiten, da noch immer eine recht dünne Datendecke vorliegt.

Das Ziel der Arbeit ist deshalb auch, eine kleine Stichprobe von Infantizidfällen vorzulegen und damit die Datenbasis zu erweitern sowie praktische Hilfen im Rahmen der forensisch-psychiatrischen Begutachtung zu geben.

Wir stellen eine Untersuchung an 19 Klienten (15 Mütter, 3 Väter und 1 Lebenspartner), die zur Schuldfähigkeit begutachtet wurden, vor. Den Kindstötungsakten fielen 21 Kinder zum Opfer (10 Neonatizide, 3 Infantizide und 8 Filizide). Es wurden sehr heterogene Konfliktfelder und Motivationen deutlich, die von der so genannten verdrängten Schwangerschaft, über die psychotisch bedingten Handlungen sowie depressiven Störungen inklusive einer Wochenbettpsychose bis zu Tatausführungen in Konfliktkonstellationen, im Drogen-

entzug oder in einer anderen Überforderungssituation reichten. Daraus folgt aber auch, dass aufgrund der kleinen Fallzahl und Vielfalt der psychosozialen, psychiatrischen und kriminologischen Rahmenbedingungen eine statistische Bearbeitung nicht möglich war. Die sozioökonomischen Bedingungen der Täter/Täterinnen waren grundsätzlich nicht stark beeinträchtigt, auch die intellektuellen Voraussetzungen waren gut. Aufgrund der eher geringen Zahl schwerwiegender psychiatrischer Störungen kam es nur zu drei Unterbringungsempfehlungen im Maßregelvollzug.

9.2 Einleitung

Bekanntermaßen kommt es nach der Tötung eines Kindes, insbesondere wenn diese durch Mutter oder Vater erfolgte oder das Kind Opfer einer anderen Straftat wurde, zu einem erheblichen Medienrummel. Dabei ist Gewalt an Kindern ein andauerndes gesellschaftliches Phänomen und äußert sich in Form von physischer, psychischer und sexueller Gewalt sowie in Vernachlässigung. Auf die historischen Wurzeln wurde bereits in diesem Buch hingewiesen, sie sind auch an anderer Stelle ausführlich beschrieben worden (Bauermeister 1994, Frick 1995, Pelliccia 2000, Schläfke et al. 2003).

Obwohl es international eine größere Zahl von Arbeiten zum Thema Kindstötungen gibt, mittlerweile auch eine europäische Arbeitsgruppe existiert und erste Metaanalysen erstellt werden, fehlen für konkrete Täter-Opfer-Situationen hinreichend valide Untersuchungen, vor allem, wenn es um die Umsetzung in einer Gutachtenbeurteilung geht (Weizmann-Henelius et al. 2006, Hatters Friedman et al. 2005a). Die Diskussionen um den Fall „Texas vs. Andrea Yates“ verdeutlichen gerade die spezifischen gutachterlichen Probleme und Anforderungen, obwohl es hier natürlich auch um Besonderheiten des amerikanischen Strafrechts ging (Spinelli 2004, Kaye 2005). Letztlich ist das Wissen um so genannte Tätertypologien noch unzureichend, wie aktuelle Studien immer wieder hervorheben, natürlich auch bezogen auf mögliche Rückfallrisiken (Putkonen et al. 2003, Hatters Friedman et al. 2005a, Hatters Friedman et al. 2005b, Lewis und Bunce 2003, Bourget und Gagné 2002, Bourget und Gagné 2005, Kline Pruett 2002, Silva und Leong 2003).

Ziel dieses Beitrages ist es, in Erweiterung unserer Daten aus 2003 (Schläfke et al. 2003) einige Aspekte zur Täterbeschreibung vorzulegen und in Bezug zur Gutachtenanforderung und -beurteilung zu diskutieren. Es handelt sich ausschließlich um Beispiele aus der Schuldfähigkeitsbegutachtung, da wir bisher über Einzelfälle hinausgehend keine weiteren Erfahrungen im Prognosebereich sammeln konnten. Daneben möchten wir die aktuelle Literatur im Kontext zur Zielstellung referieren.

9.3 Epidemiologie

Es gibt international sehr unterschiedliche Statistiken und Zahlen über die mögliche Häufigkeit von Kindstötungen, in der Regel nur aus Nordamerika, Europa und Japan sowie einige aus Südamerika (Weizmann-Henelius et al. 2006). Im Allgemeinen geht man noch immer davon aus, dass das Dunkelfeld hoch ist, da es oft nicht gelingt, die dahinter liegenden Motive zu erkennen oder von einem Unfall oder Plötzlichen Kindstod (SIDS) zu unterscheiden (Jason 1984, Lewis und Bunce 2003, Spinelli 2004, Stanton und Simpson 2001, Wilczynski 1994). Wilczynski (1994) führt weiterhin an, dass eine dauerhafte Misshandlung oder Vernachlässigung nicht sichtbar ursächlich für den Tod des Kindes gemacht werden kann, die pathologische und damit juristische Beweiswürdigung für diese Fälle bzw. Unfälle oder SIDS schwierig ist oder nicht gelingt, die toten Kinder nicht gefunden werden sowie gerade Professionelle (also Ärzte, Sozialarbeiter etc.) eher zögerlich sind, ihrem Verdacht nachzugehen oder diesen offiziell zu äußern. Gerade für Neonazide wird eine hohe Dunkelziffer geschätzt (Overpeck et al. 1998, Wissow 1998). Sehr ausführlich behandeln Höynck und Görden (2006) das Problem des Dunkelfeldes der Kindestötung für deutsche und internationale Bereiche. Sie gehen letztlich nach Durchsicht aller Daten von einer 1:1-Relation von erkannten und unerkannten Tötungsdelikten für die gesamte Lebensspanne aus. Jason (1984) führt an, dass das Dunkelfeld aufgeheilt werden könnte, wenn es eine bessere Koordination zwischen Medizinern/Sozialarbeitern und Justiz gäbe, Verdachtsprobleme beim Tod von jüngeren Kindern auch geäußert würden und dann eine Autopsie und polizeiliche Ermittlung erfolgte.

Die veröffentlichten Fallzahlen sind glücklicherweise gering, obwohl konkrete Statistiken über die Tötung eigener Kinder nicht geführt werden (Weber 1989, Höynck und Görden 2006). So werden häufig Filizid begehende Mütter, die sich anschließend erfolgreich suizidierten (16–29 %), nicht in die Statistik aufgenommen. Der Anteil der Väter, die anschließend einen Suizid begingen, liegt bei 40–60 % (Hatters Friedman et al. 2005b), Bourget und Gagné (2002) berichteten zum Teil gerade umgekehrte Geschlechterverhältnisse mit einem gleichwohl hohen Anteil von Suiziden kindstötender Eltern.

In Deutschland soll die Rate von Tötungen eigener Kinder bei 1–2 % aller Tötungsdelikte (also 10–20 Fälle pro Jahr) liegen (Weber 1989). Höynck und Görden (2006) geben aus kriminologischer Sicht für Deutschland eine durchschnittliche jährliche Opferziffer der unter 6-jährigen von 1,93 (Opfer je 100.000 der Altersgruppe), für 6–13-jährige von 0,63 an. Dabei handelt es sich nicht nur um elterliche Kindstötungen, sondern um die Gesamtzahl. Das Tötungsrisiko für Kinder ist im ersten Lebensjahr am höchsten.

Die Angaben über Häufigkeiten von Kindstötungen schwanken in verschiedenen Staaten sehr stark, sie sind abhängig von der Erfassungsart, den Begriffsdefinitionen zur Kindstötung und den Altersranges. Für die USA werden mit ca. 5–6 % die höchsten Kindstötungsraten angegeben.

Speziell für Kanada wird ein mütterlicher Tötungsanteil von 3,5 % beschrieben (Laporte et al. 2003). Bourget und Gagné (2002) berichteten dagegen für Mordfälle an Kindern unter 18 Jahren einen Anteil elterlicher Täter von fast 15 %.

Briggs und Cutright (1994) erstellten die am häufigsten zitierte transkulturelle Studie zur Kindestötung, in der sie die Todesfälle aus der WHO-Statistik auf 100.000 Geburten bzw. Kindeszahlen für bestimmte Jahrgänge bezogen und in Beziehung zur Erwachsenen-Mordrate setzten. Daneben berechneten sie mögliche prädiktive Faktoren für die Kindstötung und fanden als sicher negativ signifikant nur die schlechte soziale Absicherung der Kinder. Australien, Kanada, die USA und die nordeuropäischen Staaten verzeichneten die höchsten Kindstötungsraten (Briggs und Cutright 1994), was auch in anderen Untersuchungen zum Teil aus früheren Jahren bestätigt wurde (Christoffel und Liu 1983, Christoffel et al. 1983, Copeland 1985, Fornes et al. 1995, Haapasalo und Petäjä 1999, Marks und Kumar 1993, Marks und Kumar 1996, McKee und Shea 1998, Rodenburg 1971, Scott 1973, Weber 1989). Konkret nannte Copeland (1985) für den Zeitraum 1956–1982 für die Metro-Dade County Region (Florida) einen Anteil von 2,47 % Kindestötungen bezogen auf alle Morde dieser Gegend. Christoffel und Liu (1983) verglichen die US-Zahlen mit denen der WHO für die Industriestaaten und fanden für Infantizide eine Rate von 2.2 per 100.000 Lebendgeburten (Deutschland nach dieser Statistik 6.0), für Kinder im Alter von 1–4 Jahren 2.2, bezogen auf die Mordrate per 100.000 Bevölkerung (Deutschland hier 1.0). Andererseits berichteten sie für 1978 von 3,8 % Kindstötungen, bezogen auf die Todesfälle der 1–14-Jährigen (Christoffel et al. 1983). Somander und Rammer (1991) berichteten für Schweden (10-Jahres-Zeitraum 1971–1980) eine Kindstötungs-Rate von 0,6 auf 100.000 Kinder bzw. 0,7 % aller Todesfälle von Kindern überhaupt. Haapasalo und Petäjä (1999) gaben für 1995 einen Anteil der Tötungen von 2 % aller kindlichen Todesfälle an, wobei zu 70–80 % die Eltern die Täter waren. Marks und Kumar (1993, 1996) erfassten für Großbritannien im Zeitraum von 1982–1993 eine Jahresrate von Neonatiziden und Infantiziden von 4,3–4,5 per 100.000 Kinder im Alter unter einem Jahr.

Overpeck und Mitarbeiter (1998) berechneten für die Jahre 1983–1991 in den USA eine Kindstötungsrate von 7.2–8.8 pro 100.000 Geburten. In einer aktuellen Arbeit aus den USA (Herman-Giddens et al. 2003) wird für North Carolina eine Neonatizid-Rate von 2.1 auf 100.000 Geburten angegeben.

Im Kontrast zu den allgemeinen Tötungsdelikten, bei denen zu fast 90 % Männer als Täter auftreten, finden sich für Kindstötungen in den einzelnen Studien sehr unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit von tötenden Männern und Frauen, die auch eine Altersabhängigkeit, bezogen auf die getöteten Kinder, nachweisen. Es ergaben sich daneben Differenzen, die die Abhängigkeit von der Tötungsart verdeutlichten, wie z. B. das Überwiegen von Männern für

Todesfälle nach Kindesmisshandlungen oder als Täter im Rahmen des erweiterten Suizids. Anscheinend überwiegen aber Frauen als Täterinnen typischerweise für jüngere Kinder unter 4–6 Jahren, insbesondere im Bereich des ersten Lebensjahres (Brookman und Nolan 2006, Herman-Giddens et al. 2003, Höynck und Görden 2006, Lewis und Bunce 2003, Lyman et al. 2003, Saleva et al. 2007, Vanamo et al. 2001).

In der internationalen forensisch-psychiatrischen Literatur differieren die Begriffsbestimmungen für die Kindstötung (allgemein mit „Infantizid“ beschrieben) durch die Eltern zwischen den Staaten sehr, was internationale Vergleiche erschwert. Die Begriffe „Neonatizide“ und „Filizide“ sind für die Tötung von Kindern durch ihre Eltern belegt, wobei „Neonatizid“ einen Zeitabschnitt innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt des Kindes definiert (Bourget und Bradford 1990, Resnick 1969, Resnick 1970).

9.3.1 Begriffsbestimmungen (Übersicht)

Infantizide

- Im allgemeinen forensisch-psychiatrischen Sprachgebrauch der Ausdruck (Sammelbegriff) für Tötungen von Kindern durch die Eltern bzw. Elternteile.
- In *England* und den *USA* wird der Terminus z. T. auch benutzt, um Tötungen von Kindern durch die *Mütter* bis zum Erreichen des *ersten Lebensjahres des Kindes* zu charakterisieren, oft aber nur, wenn die Mütter nach der Entbindung psychisch auffällig blieben (im Sinne einer postpartalen Störung).

Neonatizide

- Terminus für die Beschreibung der Tötung des Kindes durch die Mutter innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt (entspricht umgangssprachlich der *Kindstötung* in Deutschland).

Filizide

- Bezeichnung der Tötung von Kindern über den Geburtstermin hinaus durch ein Elternteil (also Vater oder Mutter).
- Häufig wird die Erfassung bzw. Bestimmung in Altersbereichen vorgenommen, z. B. für die Stufen 1–4(5) Jahre (Vorschulkinder) vs. 5–14 Jahre (Schulkinder).
- Zum Teil wird aber auch eine Altersbegrenzung auf z. B. 12 Jahre vorgenommen, je nach juristischem Hintergrund in den einzelnen Staaten. Für Deutschland liegt sie in der Regel bei 14 Jahren.

Familizide

- Begriff für die gleichzeitige Tötung von einem oder mehreren Kind(ern) (Filizide) und dem Partner (Uxorizid) durch einen Ehepartner (häufiger) bzw. die Ehefrau.

Im Sinne einer Metaanalyse beschrieben Hatters Friedman und Mitarbeiter (2005a) die Literatur, die aus Industriestaaten seit 1980 vorgelegt wurde, wobei aber nur englischsprachige und peer-reviewed publizierte Studien zu mütterlichen Kindstötungen erfasst wurden. Eine deutsche Untersuchung befand sich nicht darunter. Es handelte sich um 39 Studien aus 12 Ländern, die von Kasuistiken (ab n=6) bis zu größeren Stichproben (n=113–442) reichten. Neben dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum wurden auch Studien aus Australien, Neuseeland, Japan, Hongkong, Brasilien, Türkei und Österreich betrachtet.

Die Autoren beschrieben zusammenfassend verschiedene psychosoziale Variablen, die bereits mehrfach in bestimmten Konstellationen herausgearbeitet wurden.

Für die Gruppe der Neonatizide unterschieden sie zwischen vermeintlich gesunden und psychiatrisch kranken Täterinnen. Erstere sind eher unverheiratet, befinden sich im späten Teenager-Alter, haben einen geringen sozioökonomischen Stand und wohnen bei den Eltern oder Verwandten. Oft handelt es sich um sog. verdrängte Schwangerschaften bzw. betreiben die Frauen im Vorfeld kaum Schwangerschaftsvorsorge; eine psychiatrische Störung aus dem Achse-I-Bereich findet sich nicht. Wenn es sich um psychiatrische Klientinnen handelt (US-Studien), sind sie um 24 Jahre alt und sozioökonomisch besser gestellt, lehnen die Schwangerschaft eher ab und erleben unter der Geburt Depersonalisationen, dissoziative Halluzinationen und Amnesien. Dagegen fanden sich in nicht-amerikanischen Untersuchungen oft ebenfalls unverheiratete Frauen mit unvollständiger Schwangerschaftsvorsorge und zum Teil nur geringer psychiatrischer Krankheitsrate bzw. anderen psychosozialen Auffälligkeiten oder Persönlichkeitsproblematiken.

Über Infantizide fanden Hatters Friedman et al. (2005) wenige Studien. Es dominierte in dieser Gruppe die Beschreibung von ökonomischem Stress, dem die Mütter unterlagen; sie waren daneben knapp über 20 Jahre alt und hatten kaum Beschäftigungsverhältnisse. Außerdem wiesen viele Frauen psychiatrische Erkrankungen auf.

Deutlich mehr Studien wurden für die Filizid-Gruppe referiert, die Angaben differierten stark je nach Samplegenerierung. Diese Frauen sind oft arm, vollständig von Sozialhilfe abhängig und sozial isoliert. Oft sind sie selbst Opfer von häuslicher Gewalt, und diese vernachlässigenden und missbrauchenden Frauen haben Substanzprobleme. Andererseits gibt es eine zweite Gruppe von Müttern, die an vielfältigen psychiatrischen Erkrankungen leiden, wie Psychosen und Depressionen, die Suizidalität zum Tatzeitpunkt aufwiesen oder Intelligenzmängel erkennen ließen. Sie hatten darüber hinaus schon frühere ambulante psychiatrische Hilfen oder Behandlungen in Anspruch genommen. Gerade außerhalb

der USA waren sie oft auch schon stationär psychiatrisch behandelt worden, unterlagen sowohl sozialem als auch finanziellem Stress, hatten aktuell nicht helfende Partner und schon länger Schwierigkeiten, ihr Kind zu versorgen. Alle Untersuchungen führten auf, dass die Frauen meist bereits als Kind missbraucht worden waren, in den USA dominierten daneben auch Alkoholprobleme.

9.4 Infantizidmotive und -klassifikationen

Zum Problem der so genannten verdrängten Schwangerschaft siehe auch Lamme (in diesem Band).

Gerchow beschrieb 1957 bei 15 Probandinnen die Verdrängung der Schwangerschaft als Ausdruck der Erlebnisabwehr der unerwünschten Schwangerschaft. Er hielt die Verdrängung für „ein Hinausschieben unliebsamer und ambivalenter Tatbestände aus dem Blickfeld des Bewusstseins“, und sie sei „offenbar die typische Verhaltensform solcher Menschen, die ihrer Aufgabe nicht gewachsen sind“ und somit an ihre „individuelle Grenzsituation gelangen“. Die Verdrängung der Schwangerschaft wird also als „zweckintendierte abnorme Erlebnisreaktion“ mit subjektiver Erlebnisverarbeitung besonders von jungen, unreifen Menschen bezeichnet. Die Passivität im Verhalten der Frauen ist hervorstechend, Abtreibungshandlungen kommen im Vorfeld nicht vor, dieses Passivbleiben folgt auch nach der Geburt und führt letztlich zum Tod des Kindes. Eine echte Verknennung von Schwangerschaft und Geburt wird von Gerchow negiert. Durch den Verdrängungsprozess tritt aber der Schwangerschaftszustand der Mütter auch körperlich weniger in Erscheinung, Schwangerschaftszeichen bleiben z. T. aus, sehr häufig kommt es zur oft schmerzfreien Sturzgeburt. Hierin sieht Gerchow einen Wechsel aus der passiven Defensivreaktion (Verdrängung) in eine aktive Defensivreaktion (Bewegungssturm). Gerade in den letzten Schwangerschaftswochen ist aber eher ein „Nicht-Wahrhaben-Wollen“ zu beobachten. Ausdrücklich tritt er der Auffassung entgegen, dass es sich um psychopathische Täterinnen handle, sondern betont, das aktive Vorgehen der Täterinnen sei meist nur die Folge des durch besondere Umstände verhinderten Passivbleibens.

Er konkretisiert und beschreibt vier Täterpersönlichkeiten:

- Körperlich und psychisch relativ Reife mit Infantilismen
- Infantile mit körperlichen und psychischen Retardierungen
- Hyperthyme mit infantilen und puberalen Zügen
- Schwachsinnige und Antriebsarme

Wessel und seine Arbeitsgruppe berichteten aus gynäkologischer Sicht von einer relativ hohen Rate verleugneter Schwangerschaften nach der 20. SSW (Wessel et al. 1990, Wessel et al. 1998, Wessel et al. 2002, Wessel und Buscher 2002, Wessel et al. 2003), wobei es sich in der Regel nicht um Tötungsdelikte handelte, sondern um atypische, nicht wahrgenommene Schwangerschaftsverläufe. Die Arbeitsgruppe gab eine Frequenz des Auftretens von nicht er-

kannter Schwangerschaft bei den Frauen über der 20. SSW mit 1:300–600 (in Berlin 1:475) an, für die verleugnete Schwangerschaft, die erst zur Geburt realisiert wurde (aber eben nicht zur Tötung des Kindes führte), berechneten sie eine Häufigkeit von 1:1.430–5.000. Folgende Faktoren, die die Schwangerschaftsverdrängung aufrechterhalten oder fördern, wurden aufgeführt:

- soziale Isolierung
- verringertes Intelligenzniveau
- niedriger sozialer Status
- jüngerer Alter
- voreheliche Konzeption

Die Metaanalyse von Hatters Friedman und Mitarbeitern (2005a) führte noch einmal die Vielgestaltigkeit der Motivlage von Neonatizid-Täterinnen auf. Die verdrängte Schwangerschaft gehört zwar dazu, erklärt oft aber nicht die Tat selbst.

In einer aktuellen Übersicht aus Finnland berichten Putkonen et al. (2007) über zwei Tötungswege, nämlich die aktive sowie passive Methode. Im Rahmen der aktiven Tötungshandlung richtet sich Aggressivität direkt gegen den Körper des Kindes, passiv meint, dass eine ausreichende Versorgung des Kindes nicht erfolgt oder es in einem panischen Zustand verlassen wird. Die Gruppe der Frauen mit einer psychiatrischen Erkrankung (insbesondere einer Psychose) ist eher klein, überraschend hoch war für sie der Anteil der Frauen (66%), die bereits vorher einmal schwanger waren. Dies haben für Deutschland bereits Wessel und Mitarbeiter (1998) beschrieben, andererseits verwiesen früher Resnick (1970) sowie aktueller Mendlowicz et al. (1998) auf die Erstschwangerschaft der Täterinnen.

Der hohe Anteil dissoziativer Merkmale (mit Angaben zu teilweise bizarren Erlebnissen und Aktionen unter und nach der Geburt, einem hohen Dissoziations-Score inklusive der Angabe einer Amnesie, aber auch den anamnestischen Berichten von sexuellem Trauma in der Kindheit oder körperlichem Missbrauch) wird in einer Studie von Spinelli (2001) aus den USA, in der 16 Frauen nach einer Tötung ihres neugeborenen Kindes untersucht wurden, betont. Diese Beschreibung solch extremer Dissoziationsphänomene und insbesondere der Amnesie wurde zum Teil heftig kritisiert (Mendlowicz et al. 2002, Resnick und Hatters Friedman 2003).

Saunders (1989) fand unter sieben Neonatiziden nach verdrängter Schwangerschaft dagegen keine Frau mit einer psychiatrischen Erkrankung.

Als besondere Phänomene der Verdeutlichung der Schwangerschaftsverdrängung können unter anderem beobachtet werden (Flaig 1976, Gerchow 1957, Ponsold 1967, Spinelli 2001, Wessel et al. 1990, Wessel et al. 1998):

- Eine geringe Gewichtszunahme, ein sich wenig verändernder Bauchumfang sowie das Fehlen bzw. Nichtregistrieren von Kindsbewegungen. Bekannte Rationalisierungen sind:
 - Kindsbewegungen werden als Blähungen oder „Darmsache“ bezeichnet,

- „einfach dicker werden“,
- fehlgeschlagene Abmagerungskur (Rebound-Effekt).
- Es kommt zum Persistieren der Regel bzw. zum Auftreten regelähnlicher Blutungen.
- Überraschendes und überstürztes Einsetzen der Geburtswehen, die Geburt erfolgt allein und ohne Hilfe. Dabei wird der Geburtsbeginn verkannt, oft durch Verwechslung mit Stuhl- und Harndrang.

Ärzte und Mitmenschen übersehen sehr häufig die Gravidität im Sinne einer psychosomatischen Blockade der physiologischen Schwangerschaftsreaktion.

Eine grundlegende Arbeit zur Frage des Motivs der Kindstötung legten bereits Hirschmann und Schmitz 1958 vor. Sie sahen das Phänomen der Kindstötung als „Konvergenzdelikt“ an, das heißt, es liegt bei der Kindstötung eine Konvergenz zwischen typischem Charakter (strukturelle Desintegration psychischer Schichten) und typischer äußerer Situation (psychischer Desequilibrierungszustand durch die Geburt) vor. Während der Gravidität kommt es zu einem tiefgreifenden Einsamkeitsgefühl, unter der Geburt zusätzlich zu einem Affektdruck; die Geburt bewirkt dann den Verlust höherer Persönlichkeitsstrukturen. Für die von den Autoren vorgelegte Strukturanalyse der Täterinnen siehe auch Schläfke et al. (2003). Hirschmann und Schmitz gingen bereits davon aus, dass die größere Gruppe der Täterinnen den Tötungsschluss erst unter der Geburt fasst, einige aber bereits während der Schwangerschaft.

Eine der ersten umfangreicheren Untersuchungen zu Neonatiziden wurde von Resnick (1970) vorgestellt. Es zeigte sich, dass die Mütter deutlich jünger waren, meist unverheiratet, aber weniger häufig depressiv, psychotisch oder suizidal. Zu 83 % war das Kind aufgrund des Stigmas unerwünscht als unehelich geboren zu werden. Auch Resnick fand wie Hirschmann und Schmitz (1958) zwei Hauptgruppen von Täterinnen. Die erste Gruppe ist jünger, erstgebärend, eher passiv und die sexuelle Beziehung erduldend sowie ihre Schwangerschaft verleugnend. Die Frauen der zweiten Gruppe dagegen sind eher triebgesteuert und haben weniger ethische Beschränkungen, sind oft älter, gefühlskälter und promiskuitiv.

Herman-Giddens et al. (2003) fanden für North Carolina, dass über 20 % der Frauen, die einen Neonatizid begangen hatten, verheiratet waren und bereits Kinder hatten; darüber hinaus erhielten sie eine Schwangerschaftsvorsorge.

Marleau et al. (2004) gingen der Frage nach, ob das Geschlecht des Opfers ein Risikofaktor wäre und fanden, dass unter den 420 erfassten Neonatiziden zwar 58,3 % männlich waren, die Geburtsrate männlicher Säuglinge aber ebenfalls mit 51,4 % höher lag und somit kein signifikanter Befund vorlag.

Untersuchungen zur Klientel der Infantizide, also der getöteten Kinder im Alter unter einem Jahr, sind relativ selten. Dabei gab Raic (1997) für Deutschland aus ihrer Untersuchung von 60 durch die Eltern getöteter Kinder an, dass 47,1 % dieser Kinder im ersten Lebensjahr starben, wobei Neonatizide dazu

nicht eingerechnet wurden. Der risikoreichste Altersabschnitt für die Kinder scheint die Zeit bis zum Erreichen des sechsten Lebensmonats zu sein, da hier die größere Zahl von postpartalen Psychosen und Depressionen zum Tragen kommt (Resnick 1969). Rougé-Maillart et al. (2005) fanden für einen 10-Jahres-Zeitraum in Angers (ca. 1 Million Einwohner als Einzugsgebiet) 19 durch Mütter getötete Kinder, wobei sie die unter einem Monat alten Säuglinge ausschlossen. Darunter befanden sich noch 5 Infantizide. Eine Klassifikation für alle 19 Fälle wurde anhand der Kriterien von Resnick vorgenommen. Es zeigte sich eine Häufung suizidalen Verhaltens bei den betroffenen Frauen und das Vorherrschen von psychosozialen Stress in vielfältiger Form (ökonomische Schwierigkeiten, fehlende soziale Unterstützung, familiäre Probleme sowie falsche Erwartungen an die Mutterschaft); gerade von den 5 Infantizidmüttern lebten 4 unter geringen sozioökonomischen Verhältnissen. Silverman und Kennedy (1988) beschrieben einen 10-Jahres-Zeitraum (1974–1983) in Kanada und differenzierten Infantizide und Filizide, wobei dann entgegen der kanadischen Definition, die unter dem juristischen Terminus Infantizide letztlich Neonatizide beurteilt, beide Gruppen als Infantizide zusammengefasst wurden. Infantizid begehende Mütter waren am jüngsten, begingen anschließend keine Suizide (dagegen 19 % der Mütter mit der Tat eines Filizids) und waren unverheiratet.

Overpeck et al. (1998) erhoben die Risikomerkmale für Infantizide anhand der Geburtsprotokolle und der Daten über die Mütter von 2776 Tötungen im ersten Lebensjahr des Kindes der Jahre 1982 bis 1991 in den USA. Das höchste Tötungsrisiko lag im vierten Lebensmonat des Kindes, die Mütter waren in der Regel jünger als 17–19 Jahre, hatten keine pränatale Schwangerschaftsvorsorge gesucht und eine geringe Schulbildung bzw. keine Ausbildung. Auf Seiten des Kindes wurden als allgemeine Risikofaktoren ein niedriges Geburtsgewicht, ein vorzeitiger Geburtstermin mit niedrigem APGAR-Score zur Geburt und das männliche Geschlecht des Kindes aufgeführt. Im Diskussionsbeitrag von Wisow (1998) im gleichen Journal wird die Bedeutung der verkannten Störung post partum (insbesondere der Wochenbettdepressionen) hervorgehoben, die letztlich zu den hohen Infantizidzahlen in den USA führen würde.

Brewster et al. (1998) berichteten über eine spezielle Population, nämlich von Infantiziden (n=32), verübt von Angehörigen der US Air Force. Das Haupttötungsalter der Kinder lag bei fünf Monaten, sie waren zwar unauffällig geboren worden, zeigten zum Zeitpunkt des Todes aber einen Entwicklungsrückstand. Außerdem hatten 55 % der Kinder Zeichen früherer körperlicher Misshandlungen, die verkannt wurden und in den Krankenakten als kolikähnliche Beschwerden vermerkt waren. Die Täter waren überwiegend die Väter oder Stiefväter, die selbst (in 23 %) Kindesmisshandlungen erfahren hatten. Sie waren verheiratet, hatten 1–2 Kinder und in der Familie einige (nicht konkret benannte) soziale Stressprobleme. Die Tat ereignete sich, wenn der Täter mit dem Kind allein war (meist am Wochenende), das den Vater in fast 60 % der Fälle durch Schreien reizte.

Die Darstellung der Hintergründe von Filiziden reicht von der bestehenden Konfliktsituation und der daraus abgeleiteten Motivation über das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung im engeren Sinne bis zur Herausarbeitung von Persönlichkeitsauffälligkeiten, -entwicklungen oder -störungen.

Resnick beschrieb 1969 aus der Literatur erfasste 131 Fälle und bezieht sich in der Auswertung auf die Motive der Täter. Das Täter-Verhältnis von Frauen zu Männern war 2:1. Die Diagnosen aus dem Bereich der Psychosen und Depressionen überwogen in der Arbeit von Resnick. Daneben erarbeitete er eine Klassifikation der Motivlage, unabhängig von der vorliegenden Diagnose des Täters/der Täterin (die Häufigkeitsangaben beziehen sich auf Mütter und Väter gemeinsam).

- Altruistischer Filizid
 - um nach einem beabsichtigten Selbstmord das Kind nicht allein zu lassen (38%)
 - um dem Kind ein mögliches oder auch nur phantasiertes Leiden zu ersparen (11%)
- Psychotisch motivierter Filizid; die psychotischen Symptome (z. B. Halluzinationen) sind Auslöser (schließt somit nicht alle Psychosen ein) (21%)
- Beseitigung eines unerwünschten oder im Wege stehenden Kindes (z. B. aus finanziellen Gründen oder da keine eheliche Vaterschaft) (14%)
- „Zufälliger“ Filizid in Zusammenhang mit schweren Kindesmisshandlungen oder sexueller Perversion (12%)
- Filizid aus Rache am Partner – um diesem in der Kindestötung ein Leid zuzufügen (Medea-Motiv) (4%)

Deutlich wurde, dass es sowohl bei altruistischen als auch psychotisch motivierten Filiziden nach dem Anstieg der Symptomatik vor der Tat plötzlich zu einem Spannungsabbau oder einem Symptommrückgang nach dieser kommt, so dass der eigene geplante Suizid nicht mehr erfolgt.

Andererseits ergibt sich aus der Literatur (Bourget und Bradford 1987, Weber 1989), dass sich dann doch bis zur Verhandlung bis zu 60% der Mütter suizidiert hatten. Putkonen et al. (2001) beschrieben in ihrer Untersuchung von 132 Frauen, die ein Tötungsdelikt begangen oder versucht hatten, ein 200-faches Risiko, an einem unnatürlichen Tod zu versterben, und ein 400-faches Suizidrisiko. 22 von den untersuchten Frauen waren in einem follow-up-Zeitraum von 7–11 Jahren verstorben.

Scott (1973) diskutiert in seiner Arbeit insbesondere die subjektive Überbewertung des Motivs des Altruismus in Verbindung mit der Aggressionsentwicklung. Er beschreibt, ausgehend von sechs männlichen Kasuistiken, die Schwierigkeit der Klassifikation und deren praktische Umsetzung. Scott kritisiert die häufige Etikettierung der Täterinnen in überwiegend depressive Frauen und der Täter als Psychopathen. Die von ihm entwickelte klinische Klassifikation, die auf Resnicks Studie aufbaut, aber die europäischen Verhält-

nisse betont, sucht nach vorherrschenden Tötungs-Impulsen und schließt vor allem die Psychopathologie der Täter ein.

- Tötung eines unerwünschten Kindes
 - durch Körperverletzung
 - durch Vernachlässigung
- Mitleids-Tötung aufgrund einer Erkrankung des Kindes ohne sekundären Gewinn der Eltern (Mercy-killing)
- Aggression aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung (einschließlich organischer, toxischer, epileptischer Psychosen, paranoider funktioneller Psychosen, manisch-depressiver Psychosen und Subnormalitäten)
- Stimulus der Aggression liegt außerhalb des Kindes (einschließlich von Rachemotiven, Vorbeugung des drohenden Verlustes des Liebesobjektes oder eines bestimmten Status)
- das spätere Opfer stellt den Impuls dar (Verzweiflung, Wesensverlust der schlagenden Eltern)

Diese Auffassung deckt sich mit der von Weber (1989), dass es sich eher um (pseudo-)altruistische Mitnahmemotive handelt, also auch andere Motive weiterhin diskutiert werden sollten, z. B. zwischenmenschliche Vereinsamung und wirtschaftliche Not.

D’Orban (1979) untersuchte 89 Frauen, die wegen eines vollendeten oder versuchten Kindesmordes zwischen 1970 und 1975 im Gefängnis saßen. Ihr Modell basiert auf Scotts Klassifikation mit Einschluss des Neonatizids.

- Schlagende Mütter:
 - impulsiv-explosible Handlungen und Wut
 - Stimulus kommt vom Verhalten des Kindes (40 %)
- Psychisch kranke Frauen:
 - Psychosen, Depressionen und suizidale Frauen (27 %)
- Neonatizide:
 - Tötung innerhalb der ersten 24 Stunden des Lebens (übernommen von Resnick) (13 %)
- Vergeltende Frauen:
 - die Rache gegen den Partner richtet sich als Gewalt gegen das Kind (10 %)
- Tötung eines unerwünschten Kindes:
 - durch Vernachlässigung oder aktive Aggression (9 %)
- Mitleids-Tötung des Kindes:
 - aufgrund einer aktuellen Erkrankung des Kindes, ohne Gewinn für die Mutter (1 %)

Bourget und Bradford (1990) verbinden ausgehend von der Beurteilung von 13 Fällen die o. g. Klassifikationen, um verschiedene klinische Situationen erfassen zu können.

- Pathologische Filizide infolge einer schweren psychiatrischen Erkrankung des Elternteils (23 %)
 - altruistische Motive
 - erweiterte Suizide

Psychotische Depressionen scheinen den Hauptanteil zu stellen. Die postpartale Situation scheint die vulnerabelste Phase zu sein, die ersten sechs Lebensmonate sind damit für das Kind am risikoreichsten. Schizophrenien bilden die zweite große Erkrankungsgruppe.
- Zufällige (durch Unfall verursachte) Filizide (46 %)
 - Kindesmisshandlung
 - andere

In dieser Gruppe lässt sich im Vorfeld der Tat bei vielen Klienten ein hoher Anteil an psychosozialen Stress (nach DSM-III, Axis IV) nachweisen.
- Rache-/Vergeltungs-Filizide (8 %)

Die Autoren gehen von vielen Persönlichkeitsgestörten aus, die dieser Kategorie zugeordnet werden können.
- Neonatizide
 - unerwünschte Kinder (8 %)

Diese Täterinnen scheinen eine sehr heterogene psychiatrische Population zu repräsentieren.
- Väterliche Filizide (15 %)

Auch in dieser Gruppe finden sich häufig Klienten mit Charakterproblemen.

Bourget und Bradford (1990) diagnostizierten auffallend viele Persönlichkeitsstörungen, insbesondere vom Borderline-Typ.

Dies steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Weber (1989), der unter seinen 20 Fällen (10 Männer, 10 Frauen) acht Persönlichkeitsstörungen fand. Weitere diagnostische Einschätzungen ergaben vier endogene Psychosen (die nur Frauen aufwiesen) und fünf hirnorganische Beeinträchtigungen (inklusive sekundärer alkoholischer Folgen), die nur bei Männern nachgewiesen werden konnten.

McKee und Shea (1998) versuchten einen internationalen Abgleich, indem sie ihre eigene Erhebung an 20 erwachsenen Frauen aus den USA mit der Studie von Resnick (1969), der eine multikulturelle Erfassung von Literaturfällen vorgenommen hatte, mit der britischen Untersuchung von d'Orban (1979) sowie der kanadischen Klassifikation von Bourget und Bradford (1990) verglichen haben. Als ein Hauptergebnis ergab sich, dass die kindstötenden Frauen allgemein einem hohen Stress ausgesetzt waren und kaum über eigene Reserven verfügten. Sie mussten in der Regel zwei oder mehr kleine Kinder (oft allein) aufziehen oder lebten in gewaltbelasteten Beziehungen, waren arbeitslos und hatten nur geringe finanzielle Mittel. Die diagnostische Zuordnung erbrachte eine große Zahl (15–27 %) an psychiatrischen Störungen wie Depressionen und Psychosen, oder die Mütter waren suizidal bzw. hatten primär eine ge-

ringe Intelligenz und ein niedriges Schulniveau bzw. Berufsausbildung. Aufgrund ihrer eigenen ungünstigen Entwicklung, inklusive des selbst erlebten kindlichen Missbrauchs, konnten sie eine positive Mutterrolle nicht aufbauen. Die Tat wird oft impulsiv unter dem Einfluss von Stress ausgeführt, Waffen werden nicht genutzt. Die Opfer sind meist ihre Kleinkinder im Alter von ca. drei Jahren. Sehr häufig hatten die Täterinnen schon lange über psychiatrische Symptome berichtet (75 %), und 40 % hatten sogar relativ kurz vor der Tat eine psychiatrische Konsultation gehabt.

Pitt und Bale (1995) haben in ihrer Literaturübersicht neben der Auflistung der Motivbildungen und Klassifikationen zu Müttern mit einer Kindstötung auch die männlichen Täter näher beschrieben. Diese waren ebenfalls mit erheblichen Problemen (elterlicher Missbrauch, Trennung von den Eltern oder Tod der Eltern, Heimerziehung etc.) aufgewachsen oder litten bereits als Kinder an neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen. Daneben lagen auch bei ihnen zum Tatzeitpunkt psychotische oder organische Störungen vor. Sie fehlinterpretierten das kindliche Verhalten im Sinne von bedrohlich, abweisend und provokativ und wählten oft aktive Tötungsmethoden und benutzten Waffen.

Marleau et al. (1995, 1999) beschrieben sowohl ein Kollektiv von 17 Frauen als auch von 10 Männern mit vollendeten oder versuchten Tötungsdelikten an ihren Kindern. Die Frauen kamen insbesondere aus ungünstigen sozioökonomischen Verhältnissen und hatten eine psychiatrische Vorgeschichte. Überwiegend konnten Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden, oft verbunden mit einer depressiven Episode. So konnten die Taten meist als erweiterter Suizid oder allgemein altruistischer Akt gewertet werden. Auch die Männer wiesen eine große Zahl von situationalen Faktoren auf (Arbeitslosigkeit, geringer sozioökonomischer Stand, geringes soziales Netzwerk und starke Orientierung auf Ehefrau und Kinder). In der klassifikatorischen Zuordnung (nach Bourget und Bradford) wurden die Taten als pathologische Filizide eingeschätzt, da als die häufigste Diagnose eine affektive Erkrankung gefunden wurde, in der Regel bei gleichzeitig vorliegender Persönlichkeitsstörung (insbesondere vom Borderline-Typ). Vier Patienten wiesen psychotische Symptome auf, sechs Männer versuchten oder vollendeten im Sinne eines Familizides dazu die Tötung ihrer Ehepartnerin.

Haapasalo und Petäjä (1999) erfassten in ihrer finnischen Studie Kindestötungen der Jahre 1970–1996 und konnten 56 Fälle untersuchen. Sie unterteilten in Neonatizide (n=17) und Non-Neonatizide (n=39), obwohl unter diesen auch 14 Infantizide waren, die aber nicht gesondert betrachtet wurden. Letztlich erkannten sie aber sechs Typen der Kindestötung: Neonatizide, erweiterte Suizidversuche, impulsive Aggressionen, psychotisch bedingte Aktionen, postpartale Depressionen sowie Kindesmissbrauch. Beiden Gruppen gemeinsam war allerdings, dass insgesamt 63 % der Mütter selbst Missbrauchserlebnisse in der Kindheit hatten.

In der Literatur finden sich weitere und ähnliche Klassifikationen, einschließlich einer Prädiktorensuche für gewaltsames Verhalten gegen die Kin-

der bzw. das Herausarbeiten präventiver Hinweise. In den Arbeiten gibt es sehr selten Hinweise zur forensisch-psychiatrischen Beurteilung oder zu entsprechenden Kriterienkatalogen für eine Einschätzung des Risikos weiterer ähnlicher Straftaten.

Jason (1983, 1984) geht von zwei Mustern der Kindstötung aus. Eine Gruppe betrifft als Opfer die Kinder unter drei Jahren, und wird durch eine familiäre Aggressivität, krankheitsbezogene Umstände und die Nutzung von körperlicher Gewalt charakterisiert. Der zweite Typ betrifft Opfer über 12 Jahren und ist bestimmt durch extrafamiliäre Gewalt, ist assoziiert mit Streitereien und anderem kriminellen Verhalten der Täter, die Revolver und Messer benutzen. Tötungsdelikte an Kindern zwischen 3 und 12 Jahren stellen eine Mischung dieser beiden Schemata dar.

Stanton und Simpson (2002) betonen in einer Literaturübersicht die Notwendigkeit des Erkennens und Beschreibens von psychosozialen Randbedingungen von Tätern, insbesondere von Stress und umgebenden Konflikten im Kontext mit der Vulnerabilität der Klienten, die sich in ihrer Lebensgeschichte, durchgemachten (psychischen) Erkrankungen und sozioökonomischen Schwierigkeiten widerspiegelt. Die Erkenntnis der Interaktion zwischen diesen Faktoren könnte der Schlüssel zum Verständnis der Tötungshandlung selbst sein. Die Autoren entwickelten ausgehend von der Studie d'Orbans (1979) eine Klassifikation mütterlicher Filizide unter Verwendung oben angeführter Faktoren wie psychiatrische Erkrankung, Vulnerabilität (Entwicklungsstörungen, familiäre Belastung, eigenes Missbrauchserleben), soziale Isolation, Schwierigkeiten der Beziehungsgestaltung und in der aktuellen Situation (Simpson und Stanton 2000) anhand von fünf Fallbeschreibungen. Sie sehen nur in dieser umfassenden Auflistung eine Chance zur Risikoeinschätzung und Behandlungsplanung.

9.5 Gutachtenklientel

Die eigene Untersuchungsklientel bezieht sich auf 19 Fälle einer Schuldfähigkeitsbegutachtung, von denen 15 am Zentrum für Nervenheilkunde des Universitätsklinikums Rostock durchgeführt wurden (überwiegend durch F. H. und D. S.); ein Gutachten fand sich im Rahmen einer Prognosebegutachtung als auswärtiges Erstgutachten (aus M-V) im erkennenden Verfahren. Zusätzlich wurden den Autoren freundlicherweise drei Gutachten (alle pseudonymisiert) durch Frau R. Strohm (Ueckermünde) und Frau R. Schepker (Weissenau) zur Verfügung gestellt. Einige Kasuistiken wurden beispielhaft bei Schläfke et al. (2003) berichtet.

Wir können ein deutliches Überwiegen weiblicher Täterinnen konstatieren sowie eine Häufung von Neonatiziden und Infantiziden nach amerikanischem Sprachgebrauch.

Die folgende Aufschlüsselung (s. Tab. 10) gibt einige Angaben zum Sozialstand der Täter und zu den Basisdaten der Opfer.

Tab. 10 Sozialstand der Täterinnen und Täter und Basisdaten der Opfer

	Täterinnen	Täter
Anzahl	15	4
Altersdurchschnitt	24 J. (15–44)	35 J. (26–51)
Familienstand	13x ledig, 2x verheiratet	1x ledig, 2x verheiratet, 1x geschieden
Opferstatus	alles eigene Kinder	2 eigene Kinder, 1 Kind der Partnerin, 1 gesamte Familie (Ehefrau u. 2 eigene Kinder)
Opferfolgen	14 vollendete Tötungen, 1 versuchter Mord (mit bleibenden Hirnschadenfolgen)	alles vollendete Tötungen
Opferalter		
■ Neonatizide	10x Neugeborene	
■ Infantizide	2x Säuglinge	1x Säugling
■ Filizide	3x Kleinkinder (1 Tat mit 2 Opfern) 1x 18-jährige Tochter	3x Kleinkinder 1x Schulkind

Weitere Angaben zur Tat selbst (ohne Bezug zum Geschlecht des Täters):

- 10 x wird die Tat mit körperlicher Gewalt durchgeführt,
- 2 x kommt es zum Einsatz von Waffen (Messer, Gas),
- 2 x wird das Kind nicht versorgt,
- 5 x fehlen dazu Angaben!

Insgesamt töteten 84 % der Begutachteten im eigenen Wohnraum.

11 Klienten bereuten zum Begutachtungszeitpunkt die Tat, zwei Probanden redeten sich heraus, drei Begutachtete bereuten die Tat nicht, für drei fehlten die Angaben.

Auch zu konkreteren Tatmotiven gab es in den Gutachten nicht immer eine sichere Zuordnung bzw. in vier Fällen keine Angaben.

Für die mütterlichen Kindstötungen ergaben sich folgende Tatmotive:

- 1 x Hass auf das Kind
- 3 x Partnerschaftskonflikte, davon 2 Verleugnungen der Schwangerschaft
- 2 x soziale/finanzielle Konfliktsituationen, beide verdrängte Schwangerschaft
- 1 x Überforderung bei der Kinderpflege
- 2 x psychotisch bedingt (wahnhaft aus schizophrener oder depressiver Psychose heraus)

- 1 x Depressivität mit (erweiterter?) Suizidalität
- 1 x zur Geburt dissoziativer Zustand
- 4 x keine Angaben

Für väterliche Filizide fanden sich dagegen diese Motive:

- 1 x aus Aggression gegen das störende Kind im Heroinentzug
- 2 x Depressivität mit (erweiterter?) Suizidalität
- 1 x Überforderung in der Kinderpflege, da Ehefrau geistig behindert

Letztlich ergibt sich also eine sehr heterogene Gruppe, die aber fast alle aufgezeigten Klassifikationen bzw. Tätertypologien abbildet.

Die nachfolgenden Angaben konnten aus den anamnестischen Befragungen zusammengefasst werden:

Familienanamnese

- 6 x Scheidung/Trennung der Eltern
 - zusätzlich 1x Vater Alkoholiker
 - 1 Vater verstarb durch Suizid
 - davon 2 Klienten Heimaufenthalte
- 3 x Alkoholmissbrauch mindestens eines Elternteils
 - zusätzlich 2x mit familiärer Gewalt und Suizid bzw. schwerer Krankheit und Tod eines Elternteils
 - 1 x zusätzlich Heimaufenthalt der Klientin (Mutter-Tochter-Konflikt)
- 5 x fanden sich zusätzliche Belastungen durch schwere Erkrankungen von Mutter oder Vater (z. B. endogener Depression, Herzerkrankung, Krebsleiden)
- 1 x Heimaufenthalt der Klientin
- 1 x fehlende weibliche Bezugsperson
- 5 x anscheinend ohne Auffälligkeiten

Eigenanamnese

- Insgesamt gibt es kaum Angaben zu Vorerkrankungen oder Problemen
- 1 Klient litt schon einmal an einer depressiven Episode
- 1 Klient hatte in früheren Jahren 2 Suizidversuche begangen
- 1 Klient gab an, nach einer Frühgeburt eine Entwicklungsverzögerung durchgemacht zu haben
- 2 Klienten waren wegen anderer Delikte schon einmal forensisch-psychiatrisch begutachtet worden

Schulentwicklung

- 12 x Realschulabschluss oder höher
 - davon 1x bis 11. Klasse und 1x Abitur

- 2 x Hauptschulabschluss
- 3 x keinen Abschluss
- 2 Klientinnen gehen noch zur Schule.

Berufsausbildung und berufliche Situation

- 11 x Facharbeiterabschluss
- 1 x in Lehre
- 4 x keinen Abschluss bzw. die Lehre abgebrochen
- 11 Klienten waren in einer Beschäftigung
- 5 Klienten dagegen arbeitslos

Daraus kann man ersehen, dass das sozioökonomische Niveau der zu Begutachtenden nicht so schlecht ist.

Zur Suchtanamnese gab es 8-mal keine konkreten Angaben, für sechs Klienten wurden keine Sucht- oder Missbrauchsprobleme vermerkt. Für fünf Täter wurde eine Missbrauchssituation beschrieben, und zwar 3-mal ein reiner Alkoholgebrauch, 1-mal eine Kombination von Alkohol in Verbindung mit Cannabis und Heroin, 1-mal der Gebrauch von Cannabis und Amphetaminen.

Zusätzlich zur klinischen Untersuchung und Diagnostik erfolgte in 15 Gutachten eine psychologische Zusatzuntersuchung, 1-mal als separates Gutachten, 11-mal als Kollegialgutachten mit deutlicher Abtrennung der Befunde, 3-mal ohne diese deutliche Abgrenzung. Dabei wurde 12-mal die intellektuelle Leistungsvoraussetzung mittels HAWIE-R ermittelt, ansonsten wurden Persönlichkeitstest und Beschwerdebögen in ausreichender Zahl benutzt (TCI, PSSI, FPI-R, PPKV, Gießen-Test, BDI). Die durchschnittliche getestete intellektuelle Leistungsfähigkeit lag bei IQ=93,7, wobei wegen vermuteter Normintelligenz in 6 Fällen keine Testung erfolgte. Ein Klient konnte als debil eingeschätzt werden, zwei Klienten als lernbehindert und drei als im unteren Durchschnitt liegend. Insgesamt zeigt sich aber dem Bildungsgrad entsprechend ein relativ gutes Leistungsniveau.

Bei der Betrachtung der diagnostischen Einschätzungen ergibt sich eine gewisse Übereinstimmung zu den schon genannten Tatmotiven. Die Diagnostik ergab Mehrfachnennungen im Sinne der Komorbidität bzw. der Zusatzdiagnose auf Achse II:

- Persönlichkeitsstörungen (PS):
 - 3 x als Erstdiagnose, z. B. zwanghafte PS, antisoziale PS, unreife PS
 - 2 x als Zweitdiagnose, z. B. unreif-dissoziale PS, sonstige PS
- Depressionen:
 - 2 x schwere Depressionen, eine davon als psychotische Depression
 - 1 x reaktiv-depressive Verstimmung (bei Alkoholmissbrauch)
- Weitere Diagnosen:
 - 1 x Debilität
 - 1 x Grenzdebilität (sowie 1x Grenzdebilität als Zweitdiagnose bei einer Persönlichkeitsstörung)

- 1 x paranoid-halluzinatorische Schizophrenie
- 1 x Missbrauch/Abhängigkeit von Alkohol und/oder psychotropen Substanzen (sowie als Zweitdiagnose bei Persönlichkeitsstörung mit Grenzdeibilität)
- 1 x dissoziative Störung
- 2 x Schwangerschaftsverdrängung
- 6 x keine Diagnose

Im Ergebnis der gutachterlichen Beurteilung wurde 10-mal die verminderte Steuerungsfähigkeit (Schuldfähigkeit) als gegeben diskutiert, 4-mal die Schuldunfähigkeit empfohlen. In der Kriminalprognosebeurteilung ergab sich daraus je einmal die Voraussetzung der Entziehungsmaßregel gemäß § 64 StGB sowie der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB, daneben zusätzlich für eine Klientin der § 63 auf Bewährung.

9.6 Forensische Beurteilungen

Die o. g. gutachterlichen Empfehlungen beruhen auf folgenden diagnostischen Annahmen und Schlussfolgerungen:

- Aufgehobene Schuldfähigkeit:
 - Schizophrenie
 - 2 x Depressionen
 - verdrängte Schwangerschaft
- Verminderte Schuldfähigkeit:
 - 2 x schwerer Alkoholrausch (i. S. einer Intoxikation)
 - konstellatives Zusammenwirken von Rausch, unreifer Persönlichkeitsstörung und Belastungsreaktion
 - Heroinentzug mit konstellativer antisozialer Persönlichkeitsstörung und Affektsituation
 - 6 x Schwangerschaftsverdrängungen, davon 1 x als alleinige „Diagnose“
 - 1 x als Affekttat
 - 1 x als dissoziative Störung im Sinne einer Affekthandlung
 - 1 x als dissoziativer Zustand bei der Geburt
 - 1 x psychischer Ausnahmezustand
 - 1 x als dissoziativer Zustand mit Amnesie zur Geburt

Die Maßregelempfehlungen betrafen den Patienten mit der Abhängigkeitsproblematik, sowie je eine Klientin mit einer Schizophrenie bzw. Depression.

Die forensische Beurteilung unserer Gutachtenbeispiele scheint den Trend zu bestätigen, dass für männliche Täter eher seltener gutachterliche ex-/dekulpierende oder prognostische Empfehlungen abgegeben werden, obwohl ein ähnlicher situationaler und motivischer Hintergrund beschrieben wurde.

Saunders (1989) gab an, dass alle lebenden kindstötenden Mütter (Neonatzide) zum Teil hoch bestraft wurden, sie aber auch keine psychische Störung aufwiesen.

Pitt und Bale (1995) berichten ebenfalls über sehr unterschiedliche forensische Konsequenzen für Täter und Täterinnen von Kindestötungen – Männer werden meist bestraft oder hingerichtet, Frauen dagegen eher hospitalisiert, was in der Regel weniger für Neonatzide gelte. Väter begehen dann öfter einen erfolgreichen Suizid.

Marks und Kumar (1993, 1996) berichten für Großbritannien, dass die Mütter und Väter für die gleichen Taten angeklagt werden, aber die Bestrafung offensichtlich anderen Regeln folgt. Obgleich Männer durch direkte Gewaltanwendung töten, Frauen dagegen eher durch Ersticken, werden auch Männer, die wenig gewaltsam agieren, höher bestraft. Für die Mütter wird eher das Motiv in einer schweren psychiatrischen Erkrankung gesehen, Vätern wird nur Wut unterstellt. Damit erhalten die Frauen eine Bewährungsstrafe oder werden hospitalisiert, Männer werden dagegen inhaftiert.

Außerdem werden Mütter meist auch geringer bestraft und selten des Mordes angeklagt, sondern eher des Totschlags (Burgheim 1994).

Rougé-Maillart et al. (2005) konnten Angaben zu den juristischen Konsequenzen der von ihnen ausgewerteten 17 kindstötenden Mütter machen. Außer zwei wurden ihre Handlungen als besonders „böse“ betrachtet, sie wurden für diese als verantwortlich angesehen und zum Teil zu hohen Haftstrafen von über 10 Jahren verurteilt. Nur fünf Frauen wurden in ihrer Schuldfähigkeit vermindert angesehen, drei von ihnen zur Bewährung verurteilt und zwei in stationäre klinische Behandlung übergeben.

McKee und Shea (1998) gaben als juristisches Ergebnis der von ihnen untersuchten Klientel (nur Mütter als Täterinnen) an, dass, obwohl für 50 % ein pathologischer Filizid beschrieben wurde, nur 20 % der Mütter schuldunfähig erklärt wurden. Ähnliche Ergebnisse wiesen die von ihnen verglichenen Untersuchungen von d’Orban (1979) und Bourget und Bradford (1990) auf.

Laporte et al. (2003) werteten 32 mütterliche Kindstötungen in Quebec für die Jahre 1981–1991 aus und fanden letztlich zwei Gruppen. 18 Frauen wurden für schuldig befunden. Diese wiesen einen niedrigen sozioökonomischen Status auf und hatten eine kriminelle Vorgeschichte sowie einen Substanzmissbrauch. Sie erhielten zum Teil sehr hohe Haftstrafen (5 sogar lebenslänglich). Die anderen 14 Frauen erhielten eine medizinische Behandlung/Einweisung und litten zur Tatzeit häufiger an Psychosen, daneben hatten sie auch schon eine psychiatrische Vorgeschichte.

Putkonen et al. (1998) konnten für ihre Untersuchung über 10 Jahre von Tötungsdelikten, die von Frauen begangen wurden, festhalten, dass alle als psychotisch diagnostizierten Frauen als nicht schuldfähig beurteilt wurden. Dagegen wurden die Frauen, die einen Neonatzid verübt hatten, als Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und für nicht voll schuldfähig erklärt.

Lamott und Pfäfflin (2001) verglichen zwei Kollektive von Frauen, die getötet hatten und entweder im Strafvollzug oder im Maßregelvollzug untergebracht waren. Die inhaftierten Frauen hatten überwiegend ihre Ehemänner oder Lebensgefährten getötet, die forensisch-psychiatrisch untergebrachten vor allem ihre Kinder. Diese letzte Gruppe wies überproportional häufig schizophrene, wahnhaft und depressive Störungen auf, entsprach also einer typischen klinischen Gruppe.

Putkonen et al. (2001) beschrieben unter allen Frauen in Finnland, die in den Jahren 1982–1992 ein Tötungsdelikt verübt hatten, letztlich zwei Gruppen, und zwar psychotische Frauen, welche überwiegend ihre Kinder getötet hatten, sowie Frauen, die eher Erwachsene aus ihrem Umfeld ermordet hatten und eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen und zur Tatzeit alkoholisiert waren.

Silverman und Kennedy (1988) berichteten für Kanada über die Tötungen durch Frauen und führten aus, dass gerade Frauen, die ihre Kinder getötet hatten und folglich ihre mütterliche Rolle verletzt hatten, für psychiatrisch krank erklärt wurden (in 67%), wohingegen dies nicht für Frauen galt, die Partner oder Bekannte umgebracht hatten (nur in 6–9 % psychisch krank).

Über die verdrängte Schwangerschaft ist im forensisch relevanten Sinne in der Literatur einiges besprochen worden.

Wille und Beier (1994) hoben als Zeichen für eine bestehende Schwangerschaftsverdrängung bei den betroffenen Frauen hervor (angepasst von Wessel et al. 1998):

1. Subjektive Gewissheit, nicht schwanger zu sein,
2. Schwangerschaftszeichen fehlen oder subjektiv hinreichend umgedeutet,
3. unbefangener Arztbesuch, z. B. bei schwangerschaftstypischen Beschwerden,
4. weitere Unbefangenheit in sozialen Situationen, die eine Aufdeckung ermöglichten (Schwimmbad, Sport, Kleidung anprobieren),
5. unverändertes Sexualverhalten bei bestehender Partnerschaft, inklusive Empfängnisverhütung,
6. keine Gedanken an Schwangerschaftsabbruch,
7. keine Geburtsvorbereitung,
8. Verkennung der einsetzenden Wehen und Überraschtwerden von der Geburt.

Nach Marneros (1998) scheint die Erforschung der Intentionalität des Tötungsaktes für die forensische Beurteilung hilfreich zu sein, was für den Gutachter dann problematisch werden kann, wenn er den Rahmen der Tatdynamikbeschreibung verlässt und quasi staatsanwaltschaftlich ermittelnd tätig wird. Letztlich kann sowohl eine spontane, impulsive und destruktive „abnorme Erlebnisreaktion“ als auch eine aktive Tötungshandlung beschrieben werden. Außerdem kann eine passive Vernachlässigung oder auch eine fahrlässige Tötung deutlich werden. Daneben kann es zum Sterben des Kindes trotz unzureichender, aber prinzipiell lebenserhaltender Maßnahmen der Kindesmutter

kommen. Mit diesen Differenzierungen ist also der forensisch-psychiatrische Gutachter allein zum Teil überfordert, benötigt rechtsmedizinische und kriminalistische Fremdinformationen.

Es reicht aber nicht aus, wie Marneros (1998) ausführte, dass forensisch entscheidend sei, ob unter der Geburt der Vorgang bzw. die Differenzierung des „Bewusst-Wahrnehmens“ erfolgte. Mittlerweile hat der Autor eine umfangreiche Schrift zu Affekt- und Impulstaten vorgelegt und noch einmal auf die gesamte Entstehungsgeschichte und Dynamik der Entwicklung hin zu einer (zum Beispiel) „akuten Belastungsreaktion“ hingewiesen (Marneros 2007). Die psychopathologische Beschreibung der Person der Täterin im Kontext zu den Bedingungen während der Tat ergibt also erst die Möglichkeit der Diskussion des juristischen Eingangsmerkmals der „tiefgreifenden Bewusstseinsstörung“ oder anderer Konstellationen.

Dazu gibt Marneros (2007) ohne den direkten Bezug zur Kindstötung, aber mit einem Kasuistikbeispiel eines väterlichen Filizids ausführliche Anleitungen und Diskussionsgrundlagen.

Die Ausführungen von Spinelli (2001) zur Frage dissoziativer Zustände unter der Geburt, aber auch die Versuche der dezidierten Persönlichkeitsbeschreibungen der Neonatizid-Mütter (beginnend mit Gerchow 1957, Hirschmann und Schmitz 1958) treffen diesen o. g. Problemkreis und verweisen auf die noch immer aktuelle Aufgabe in der Begutachtungssituation.

Die forensisch-psychiatrische Beurteilung der weiteren Kindstötungsakte erfordert, dass abhängig auch vom Alter des getöteten Kindes die Person des Täters/der Täterin in ihrer spezifischen Tatsituation beleuchtet werden muss (Marneros 1998). Deshalb wurden einige spezielle Klassifikationsversuche unternommen, um Motiv, Täter-Opfer-Beziehung, Tathintergründe und eine möglicherweise bestehende Klientendiagnose im Kontext zur gutachterlichen Beurteilung zu beschreiben.

Einige besondere Problembereiche sollen noch einmal hervorgehoben werden.

Der erweiterte Suizid (im englischsprachigen Schrifttum auch „murder-suicide“) stellt eine der schwierigen Beurteilungssituationen für den Gutachter dar.

Aderibigbe (1997) berichtete in einer Untersuchung zum erweiterten Suizid, die in amerikanischen Zeitungen veröffentlicht wurde, über einen Anteil von kindlichen Opfern im Bereich 35–54 %. Depression und bei Beziehungstaten auch die pathologische Eifersucht stellten wesentliche Motivkonstellationen dar, Depressivität war mit Hilflosigkeit, Selbstwertverlust, Scham- und Schuldgefühle verbunden.

Okumura und Kraus (1996) fordern bei der forensischen Bewertung von erweiterten Suizidhandlungen die Beurteilung der Identifikation mit dem Opfer, wobei sie die Auffassung vertreten, dass gerade endogen Depressive nicht unter die Kategorie des altruistischen Motivs fallen. Gleichwohl hielten sie

bei der Kasuistik von 12 Frauen mit Filizid-Handlungen die depressiven und psychotisch kranken für schuldunfähig.

Der Fall „Texas v. Andrea Yates“ wurde u. a. von Spinelli (2004) ausführlich besprochen und das Problem der postpartalen Störungen und deren juristische Beurteilung hervorgehoben, da Frau Yates, obgleich psychotisch erkrankt, für schuldig erklärt und zu einer lebenslangen Haftstrafe verurteilt wurde. Ein Problem, das gerade für die USA recht typisch ist, da viele psychiatrisch Erkrankte in Gefängnissen untergebracht sind und damit auch nicht adäquat behandelt werden. In der Diskussion vertrat z. B. Kaye (2005) die Ansicht, dass der Ausgang des Verfahrens für forensische Psychiater nicht unerwartet kam, da Frau Yates wusste, dass ihr Verhalten unrechtmäßig sei. Noch einmal geht Spinelli (2005) sehr ausführlich auf die kulturellen Besonderheiten und differierenden Gesetzesgrundlagen einiger Länder zum Thema Infantizid ein (z. B. den britischen Infanticide Act aus 1938) und verdeutlicht die sehr problematische Verfahrensweise in den USA, da das gleiche Gericht in Texas 2004 Frau Laney nicht schuldig sprach, weil sie ihre psychotischen Halluzinationen und Wahneingebungen von Gott erhielt, während es bei Frau Yates der Teufel war. Sie hebt die Bedeutung der psychopathologischen Beschreibung in Bezug auf die Diagnose und die Handlungsmöglichkeiten hervor.

In der Arbeit von McKee et al. (2001) über Frauen, die ein Tötungsdelikt an ihrem Kind, an dem Partner oder einem fremden Mann begangen hatten, vermochte der MMPI-2 keine zusätzlichen Informationen über Kriminalitätsfaktoren, Gefährlichkeit oder prognostische Aussagen zu geben. Allerdings ergab sich im Auswerteprofil eine Dreier-Gruppierung in Klientinnen mit psychotischen und anderen auf eine schwere psychische Störung hinweisenden Symptomen (begingen eine Kindstötung), in Frauen mit depressiver Störung und Hinweisen auf chronische interpersonelle Beziehungsprobleme (töteten ihren Partner) bzw. in Täterinnen mit antisozialem Verhalten (ermordeten keine Familienangehörigen), die letztlich aber keine Auswirkung auf die forensisch-psychiatrische Beurteilung erlaubte.

In ihrer Untersuchung zur „Psychopathy“ unter gefährlichen kriminellen Frauen (die Delikte betrafen das gesamte Spektrum schwererer Straftaten, nicht nur Kindstötung) fanden Weizmann-Henelius und Mitarbeiter (2004) einen deutlich geringeren Anteil als bei Männern. Lediglich die Täterinnen, die durch kriminelle Vielseitigkeit (in anderen Studien auch mit promiskuitivem Sexualverhalten) auffielen, wiesen höhere Scores in der 3-Faktoren-Struktur für „gestörte Affektivität“ und „impulsives und verantwortungsloses Verhaltensmuster“ auf. Dies scheinen also wichtige Indikatoren für „Psychopathy“ bei Frauen zu sein.

Die aktuellste und beste Subtypisierung nach Motiv, typischen Situationen und Ursachen erstellten Guileyardo, Prahlow und Barnard (1999). Sie fassten die bekannten und bereits beschriebenen Klassifikationen zusammen und betonten, dass diese Einteilung auch für allgemeine kindliche Tötungsdelikte, die nicht durch die Eltern begangen wurden, gelten kann.

Subtyp: Erläuterung/Beschreibung

■ **Altruismus**

Diese Tötungsform entspricht dem erweiterten Suizid/Suizidversuch – eine der häufigsten Formen des Filizids, auch als „Mord aus Liebe“ bezeichnet. Benannte Motive sind der Wunsch, zusammen in den Himmel zu kommen, zusammen im Sarg zu liegen, das Kind nicht zurückzulassen, dem Kind irgendetwas zu ersparen wie z. B. eine befürchtete Krankheit. Das Motiv für Tötung variiert stark, abhängig von der Intention des Suizids durch den Elternteil, dessen Gedankeninhalte oft wahnhaft beeinflusst sind.

■ **Euthanasie**

Hier als Töten aus Mitleid definiert, da das Kind an einer schweren Erkrankung leidet. Beim Elternteil gibt es keine Hinweise für psychotische Gedankenbeeinflussung. Eine Beziehung zur altruistischen Kategorie besteht, es gibt aber keine weiteren egoistischen Motive. Ein Suizidversuch der Eltern kann folgen. Dies trifft aber auch für andere Filizidarten zu und impliziert somit nicht immer automatisch altruistische Motive!

■ **Akute Psychose**

Die Tötung erfolgt durch wahnhafte Phänomene oder befehlende Stimmen. Es findet sich kein anderes Motiv oder Verbindung zur Kriminalität, es gibt insbesondere keine Hinweise auf altruistische Hintergründe.

■ **Psychische Störungen post partum**

Diese Filizide werden infolge psychischer Erkrankung im Wochenbett (bis vier Wochen nach der Geburt) verübt. Es treten viele verschiedene klinische Bilder bzw. Störungen auf (depressive, manische, gemischte und psychotische Zustände). Dabei kommen neben suizidalen Gedanken in depressiven Situationen auch psychotische Bilder vor wie das Gefühl der Besessenheit des Kindes (z. B. durch den Teufel) oder besonderer Kräfte des Kindes, befehlende Stimmen oder zwanghafte Ideen der auf das Kind bezogenen Delinquenz. Filizide in diesen mütterlichen Zuständen müssen aber nicht durch Halluzinationen oder Wahnvorstellungen bedingt sein. In einigen Ländern gibt es spezielle Gesetzesregelungen für diese Tatbestände.

■ **Unerwünschtes Kind**

Definiert als Gegenteil von Altruismus. Tritt also als elterlicher Egoismus hervor, die eigenen Interessen über die des Kindes zu stellen. Teilweise bezieht sich die Ablehnung auf Kinder mit chronischen Störungen, Deformierungen oder Verhaltensstörungen bzw. auf die kulturelle Bevorzugung von Jungen in der Kinderfolge. Weitere Motive können die Nichtanerkennung der Vaterschaft, das Vermeiden von Alimentenzahlungen oder das Erreichen von Versicherungsauszahlungen sein. Da beim Aussetzen die Gefahr des Todes des Kindes besteht, entwickelte sich die „Findling“-Praxis/Babyklappe.

■ Unerwünschte Gravidität

Typischer Neonatizid der Mutter innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt infolge Vernachlässigung des Kindes oder einer aktiven aggressiven Handlung. Es handelt sich in der Regel um junge, oft unverheiratete Mütter, die keine Vorsorge getroffen hatten, keine Schwangerschaftshilfen aufsuchten und unter der Geburt in Panik verfallen.

Zum Teil stellt die sichere Zuordnung zur Tötung ein rechtsmedizinisches Problem dar, z. B. ist bei Bewusstlosigkeit der Mutter während der Geburt ein Unfall nicht auszuschließen.

■ Kindesmissbrauch

Bezeichnet die Fälle, die mit einem aggressiven Ausbruch bzw. einem Ärger-Impuls einhergehen und auch als „zufällig“ oder „Unfall“-Filizid deklariert wurden. Die Gewaltanwendung gegen das Kind hat oft ein aggressives Vorfeld (z. B. im Rahmen eines „battered child syndrome“), verbunden mit überstrenger Erziehung oder der Reaktion auf kindliche Verhaltensauffälligkeiten in Form von langem Schreien, Inkontinenz etc., wobei nicht selten geringere Erkrankungen des Kindes dafür verantwortlich sind. Bei den Eltern finden sich oft soziale Konflikte (Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, Delinquenz) sowie ein Alkohol- und Drogenmissbrauch. Sie suchen anschließend ärztliche Hilfe für das Kind, lügen aber bezüglich des Werdeganges der Krankheitszeichen. Suizidversuche der Eltern nach der Tat sind selten.

■ Rache gegen den Partner

Die Täter wollen über die Kindestötung den Partner/die Partnerin absichtlich quälen oder bestrafen. Hier handelt es sich also um die als „Medea-Komplex“ beschriebene Konstellation. Untreue eines Partners bzw. der Streit um das Sorgerecht sind gewöhnlich die Auslöser. Möglicherweise folgt ein Suizidversuch des Täters, ohne dass altruistische Motive vorliegen („Du kannst sie/ihn nicht haben“), auch die Ausweitung auf einen Familizid ist möglich.

■ Sexueller Missbrauch

Die sexuellen Aktivitäten sind direkt gegen das Kind gerichtet, verbunden mit körperlichen sexuellen Attacken wie Strangulation oder sekundären Verletzungen (Peritonitis). Daneben wird auch eine Verdeckung der schon im Kleinkindalter begonnenen Sexualdelinquenz durch die Tötung diskutiert, da das nun ältere Kind sich erwehrt oder mit Information anderer droht.

■ Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Die Aktivitäten der Eltern dienen dazu, Aufmerksamkeit durch die Krankheit/den Tod der Kinder bei medizinischem Personal oder der Familie zu erhalten. Die Manipulationen am Kind führen entweder zufällig (also nicht direkt gewollt) zum Tod, oder der Tod des Kindes ist die direkte Intention, um die gesuchte Sympathie zu erheischen. Frühere

ähnliche, aber zufällige Abläufe (z. B. ein „Plötzlicher Kindstod“) können vorausgehen.

■ **Gewalt älterer Kinder**

Hier handelt es sich um eine physische Auseinandersetzung zwischen Eltern und älteren Kindern (Teenager), die oft unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stehen und Waffen verwenden. Im Sinne einer Eltern-Notwehr kommt es zur tödlichen Verletzung des Kindes, zum Teil mit dessen Waffen. Diese besondere Form wird als „später Filizid“ bezeichnet oder der häuslichen Gewalt zugerechnet.

■ **Vernachlässigung/Fahrlässigkeit**

Es handelt sich um Akte der „Begehung und Unterlassung“ von Versorgung außerhalb dessen, was eine verantwortungsbewusste Person machen würde bzw. dem allgemeinen Fürsorgestandard entspricht. Dabei geht es um einzelne Handlungen wie das Kind im heißen unbelüfteten Auto bzw. unbeaufsichtigt beim Baden lassen oder eine falsche Medikation geben sowie eine Überdosis eines Medikaments, um das Schreien zu beenden. Die Unterscheidung zum Unfall kann manchmal schwierig sein. Im Sinne einer lang anhaltenden Vernachlässigung kann es auch zum nicht ausreichenden Essen- und Trinkengeben kommen. Teilweise vermischen sich die Handlungen dieser Art mit dem Syndrom der Kindesmisshandlung, des „battered child syndrome“, der sadistischen Bestrafung oder der Apathie gegen das Kind.

■ **Sadistische Bestrafungen**

Es kann sich um eine isolierte Episode oder um langandauernden wiederholenden Missbrauch handeln. Als Motive sind Schmerzverursachung und überzogene Bestrafung infolge Störung durch das Kind anzusehen. Methodenbeispiele sind: Pfeffer in den Mund geben, Salzingerstionen, Verbrennungen zuführen, Nahrungs- und Flüssigkeitszurückhaltung, u. a. lang anhaltende Zwangsmaßnahmen und grausame Dinge. Auch hier gibt es Übergänge zum „battered child syndrome“ und Kindesmissbrauch.

■ **Drogen- und Alkoholmissbrauch**

Dieser Bereich wird im Sinne eines konstellativen Faktors bei verschiedenen der o. g. Subtypen angesehen, insbesondere bei Ärger-Impuls-Handlungen. In anderen Klassifikationen wurde dieser Typ auch zu den psychotischen oder pathologischen Fällen gerechnet.

Im Rahmen einer Intoxikation oder einer speziellen Entzugssymptomatik kann diese Kategorie eigenständig auftreten.

■ **Epilepsie**

Eine seltene Kategorie, in der es zum tödlichen Unfall für das Kind infolge eines erlittenen Anfalls eines Elternteils oder anderen Betreuers kommt, mit nachfolgender Amnesie bei diesem.

■ Unbeteiligter Zuschauer

Ein Tötungsversuch zwischen Eltern führt zum eher zufälligen oder manchmal gewollten Tod des Kindes, z. T. noch im Mutterleib („Fetizid“) oder dann als Folge einer eingeleiteten Geburt kurz danach.

Lyman et al. 2003 klassifizierten ihre 28 Fälle nach dem Schema von Guileyardo et al. 1999 und fanden in der übergroßen Mehrheit (n=17) Kindesmissbrauch durch Ärgerimpulse ausgelöst, weiterhin Tod als unbeteiligter Zuschauer (n=5), zwei Fälle von Vernachlässigung/Fahrlässigkeit und 4-mal eine unerwünschte Schwangerschaft/Neonatizid.

Bourget und Gagné (2002 und 2005) überarbeiteten die Klassifikation von Bourget und Bradford (1990) zu einem Schema, das auch die Tötungsintention und konstellative Faktoren/Situationen mit einschließt (s. Tab. 11). Die ursprünglich für mütterliche Kindstötungen entwickelte Klassifikation wurde 2005 auch auf väterliche Filizide erweitert.

Tab. 11 Tötungsintention und konstellative Faktoren/Situationen nach Bourget und Gagné

Klassifikation	Beschreibung	Absicht/Vorsatz	Psychiatrische Störung
Filizidtyp			
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	vorliegend	nein
Euthanasie (Mercy)	Kind leidet an einer schweren oder behindernden Erkrankung (in eine andere Kategorie nicht besser einzugruppieren)	vorliegend	nein
Andere oder insuffiziente Informationen	schließen möglicherweise auch multifaktorielle Situationen und Fälle ein	vorhanden oder nicht	ja oder nein
Unbekannt	schließen möglicherweise auch multifaktorielle Situationen und Fälle ein	vorhanden oder nicht	ja oder nein

Klassifikation	Beschreibung	Absicht/Vorsatz	Psychiatrische Störung
Spezifikation			
Gruppe A	verbunden (oder nicht) mit einem Suizid		
Gruppe B	verbunden (oder nicht) mit Suchtmittelgebrauch/-missbrauch		
Gruppe C	Voraussagbar oder nicht vorhersagbar		

Für die psychiatrischen Störungen führen die Autoren an, dass der Filizid infolge von Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Denkzerfahrenheit bzw. wahnhaft bedingter altruistischer Motive erfolgt. Andererseits wird auch eine schwere Depression („major depressive disorder“) in diese Kategorie mit eingeschlossen und die besondere Situation der Mütter im Wochenbett (Infantizid infolge Depression post partum) hervorgehoben. Das Kriterium der Intention bezieht sich also auf die psychotische Komponente.

In Kommentaren und kritischer Diskussion wird das Fehlen weiterer Besonderheiten wie sozialer Faktoren, des sozioökonomischen Hintergrundes, der psychopathologischen Komplexität und differenzierterer Ausführungen zu den möglicherweise multifaktoriellen Bedingungen angemahnt (Kline Pruett 2002, Silva und Leong 2003).

Poulin et al. (2006) haben anhand von fünf eigenen mütterlichen Filizidfällen versucht, diese sieben gängigen Klassifikationssystemen aus der Literatur (Resnick 1969, Bourget und Bradford 1990, Wilczynski 1997, Meyer et al. 2001, Guileyardo et al. 1999, Scott 1973, Simpson und Stanton 2000) zuzuordnen. Deutlich wurde, dass die komorbide Betrachtungsweise von Achse I- und II-Störungen sehr häufig in den Beurteilungsbeschreibungen fehlt und somit auch Fehldiagnosen einer psychotischen Erkrankung statt der wirklich vorliegenden Borderline-Persönlichkeitsstörung auftraten. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass zwei Dimensionen hervortraten, der erweiterte Suizid sowie die altruistische Komponente. Die reine altruistische Komponente ist mit psychotischem Erleben verknüpft, der erweiterte Suizid mit Persönlichkeitsstörungen. Ähnlich verhält es sich mit der Depression: Ist sie von psychotischer Intensität, entspricht dies dem altruistischen Moment, wenn nicht, dem des erweiterten Suizids. Im Sinne eines Kontinuums kann die Person mit einer schweren Depression die Urteilsfähigkeit verlieren, ohne dass Wahnvorstellungen oder Halluzinationen vorliegen. Zur besseren Beschreibung und Klassifikation listen sie im Einzelnen situationale (psychosoziale Stressoren während des Jahres vor der Tat wie Arbeitslosigkeit und Vereinsamung), entwicklungsbedingte (familiäre Belastung mit psychiatrischen Störungen, familiäre Konfliktkonstellationen, frühe Stimmungsschwankungen), dynamische (psychologische Struktur der

Person wie Abwehrmechanismen, Beziehungsgestaltung zu anderen, Stresstoleranz) und seelische (psychiatrische Symptome) Faktoren auf, die wiederum dimensional betrachtet werden.

In der forensisch-psychiatrischen Bewertung kommt es darauf an, die krankheitsrelevanten Zustandsbeschreibungen herauszuarbeiten und den biologischen Eingangsmerkmalen der §§ 20/21 StGB zuzuordnen. Außerdem ist die Dynamik des Tötungsaktes im o. g. Sinne zu beschreiben (Bourget und Gagné 2002, Bourget und Gagné 2005, Guileyardo et al. 1999, Poulin et al. 2006) .

Die psychiatrischen Erkrankungen aus dem juristischen Bereich der „krankhaften seelischen Störung“ sind noch am ehesten den entsprechenden Subtypen zuzuordnen. Schwieriger wird es zum einen mit dem Eingangsmerkmal „Schwachsinn“, das auch im Rahmen von komplexen, überfordernden Tat-situationen bei geistig behinderten Menschen diskutiert werden muss. Zum anderen sind abnorme Erlebnisreaktionen im Sinne des Merkmals „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“ sehr problematisch, und auch die Gruppe der Persönlichkeitsgestörten nach dem Eingangskriterium der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ ist außerordentlich kontrovers zu besprechen. Verkompliziert wird die Beurteilung insbesondere durch die oft zusätzliche Berausung durch Alkohol oder psychotrope Substanzen verschiedener Art bzw. ein beginnendes Entzugssyndrom (Bourget und Labelle 1992). Die Schwere der Störung ist nach dem psychopathologischen Referenzsystem und dem psychiatrischen Krankheitsbegriff zu bestimmen und nach den u. E. hilfreichen Subtypisierungen, z. B. nach Guileyardo et al. (1999), nachfolgend die Bewertung von Einsichts- und Steuerungsfähigkeit vorzunehmen.

Die prognostische Beurteilung hängt wiederum von der Tatmotivkonstellation und der dahintersteckenden Ursache ab. Die Rezidivrate nach Neonatiziden ist relativ gering. Bei Filiziden ist von entscheidender Bedeutung, ob die depressive oder psychotische Störung behandelbar ist bzw. ob das risikoreiche Beziehungs-/Familienmilieu veränderbar erscheint. Überwiegend ist aber ebenfalls von einem eher geringeren Rückfallrisiko auszugehen, bei einem primär höheren Anteil von notwendigen Maßregeleinweisungen.

Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass ein Rückfallrisiko von Tötungsdelikten (nicht nur von Kindern) dann hoch ist, wenn es sich bei den Tätern um psychisch Kranke handelt und im Zeitraum des ersten Jahres nach der Entlassung (Eronen et al. 1996). Tiuhonen und Hakola (1994) sowie Eronen et al. (1996) nennen als häufigste Erkrankungen im Zusammenhang mit den erneuten Tötungshandlungen bei den Klienten einen schweren Alkoholismus, Persönlichkeitsstörungen (oft in Kombination mit einer Alkoholsucht), daneben das Vorliegen einer Schizophrenie oder Depression sowie allgemein paranoiden

Psychosen und paranoider Persönlichkeitsstörungen. Für Frauen geben Putkonen et al. (2003) eine einschlägige Rückfallrate (erneute Morde) von 3 % an.

9.7 Diskussion

Die forensisch-psychiatrische Bewertung von elterlichen Kindestötungen bleibt problematisch, da es zum einen Unterschiede in verschiedenen Kulturkreisen gibt, zum anderen die Rechtssysteme der einzelnen Staaten stark differieren und somit wissenschaftliche Untersuchungen relativ schwer vergleichbar sind. So sind einige Befunde und Ergebnisse internationaler Studien nicht auf Deutschland übertragbar.

Unsere kleine Fallgruppe repräsentiert letztlich alle Vignetten der in der Literatur genannten Problemfelder. Auch wenn wir natürlich keine repräsentative Untersuchung vorlegen können, widerspiegelt sich in dieser Klientel doch die Realität der Begutachtungsanforderungen im Umfeld.

Wir finden eine Häufung von Neonatiziden, wobei diese Frauen ledig und deutlich jünger sind. Die Motive reichen von einer verdrängten Schwangerschaft oder psychotisch intendierten Handlung über erweiterte Suizidhandlungen bis hin zum Kindesmissbrauch. Abweichend von der Literatur haben sowohl Mütter als auch Väter keinen ausgesprochen niedrigen sozioökonomischen Stand sowie eine relativ gute Ausbildung. Andererseits wiesen viele Klienten eine familiäre Belastung und Entwicklungsstörung auf. Die diagnostische Beurteilung ergab eine relative Häufung von Persönlichkeitsstörungen, Depressionen/Psychosen sowie geistigen Beeinträchtigungen/Lernbehinderungen, aber auch 6-mal keine Diagnose. Die gutachterlichen Empfehlungen sind entsprechend oft in Richtung verminderter oder aufgehobener Schuldfähigkeit, gleichwohl werden nur drei Maßregeleinweisungen empfohlen, wobei ein Verfahren nachweislich eingestellt worden war. Die juristischen Ergebnisse sind nicht für alle Fälle bekannt, es wird aber eine Tendenz hin zu höheren Haftstrafen (auch im Rahmen der verdrängten oder verleugneten Schwangerschaft) deutlich.

Einige Problembereiche sollen noch einmal hervorgehoben werden:

Die Häufigkeit und Besonderheit von Störungen post partum wird oft nicht beachtet. Infolge der biologischen Veränderungen und der damit verbundenen Vulnerabilität ist es die Zeit des größten Risikos für Frauen, psychiatrisch zu erkranken. Wissow (1998) berichtet, dass 10–15 % der Mütter eine postpartale Major Depression erleiden, 30–40 % aber über depressive Symptome klagen, die oft nicht zum Arzt führen, Haapasalo und Petäjä (1999) gaben 10 % Wochenbettdepressionen an.

Chandra et al. (2002) untersuchten 50 indische Frauen, die an einer schweren postpartalen psychiatrischen Störung litten, auf Gedanken und mögliches Verhalten bezogen auf Kindstötungen. Im Ergebnis gaben 43 % der Mütter an,

Tötungsideen gehabt zu haben, 36 % berichteten von entsprechenden Handlungen, 34 % von beidem. In einer logistischen Regressionsberechnung sagten das Vorhandensein einer Depression und von psychotischen Gedanken über das Kind Infantizid-Ideen voraus, Infantizid-Verhalten wurde allein durch psychotische Gedanken zum Kind vorherbestimmt. Gerade wenn die Mütter ein Mädchen hatten, waren diese Gedanken und das Verhalten besonders häufig.

Andererseits fanden Laporte et al. (2005) für Quebec (Kanada) keine Unterschiede zwischen den Müttern, die einen Sohn oder eine Tochter töteten. Die gleiche Arbeitsgruppe berechnete ein Modell zum Verhältnis des Geschlechts der Täter und der Opfer sowie zur Motivation und Art der Tötung. Letztlich ergab sich eine statistische Signifikanz nur für das Tötungsmotiv und die Tötungsart. Mütter und Väter töteten aus altruistischen Motiven heraus eher ein Mädchen, dann auch meist brutal. Väter töteten allerdings weniger häufig aus altruistischen Motiven als Mütter (Tzoumakis et al. 2005).

Besonders häufig ergeben sich überhaupt zunehmende Risiken für das Kind, wenn bei den Eltern neben den depressiven Symptomen hypochondrische Befürchtungen und suizidale Gedanken bei vorhandener familiärer Belastung auftreten (Bourget und Bradford 1987, Bourget und Bradford 1990, Lewis und Bunce 2003). Diese werden oft von den behandelnden Ärzten und Psychiatern übersehen, wie dies auch bei einigen unserer Fälle geschah. Wenn also zu einer depressiven Störung auffällige Persönlichkeitszüge hinzukommen, eine gestörte Beziehung zum Kind auffällt sowie eine Schwierigkeit, mit Aggressivität umzugehen, können die suizidalen Tendenzen als erweiterter Suizid gegen das Kind durchschlagen.

Als weitere spezifische Symptome sind zu nennen: psychotisches Erleben, verbunden mit Agitation, Hypochondrie, wahnhaftes Erleben von Sündhaftigkeit und Selbstvorwürfen, sexuelle Funktionsstörungen, Angst und Überbesorgtheit um die kindliche Gesundheit und die Verfassung sowie das Aussehen (Bourget und Bradford 1987, Bourget und Bradford 1990, Haapasalo und Petäjä 1999, Hirose 1979, Lamott und Pfäfflin 2001, Lewis und Bunce 2003, McKee und Shea 1998, Nowara 1993, Rodenburg 1971, Rosenbaum und Bennett 1986, Somanter und Rammer 1991). Die Überorientierung der Mütter an ihrer sozialen Rollenerwartung (so genanntes hypernomisches Motiv) verstärkt insbesondere das Erleben von Versagen sowie die Schuldgefühle; die Mütter sind nicht in der Lage, dies zu reflektieren und Hilfe zu suchen (Okumura und Kraus 1996, Stanton et al. 2000). In der Regel wird aber gerade der „altruistische Filizid“ der Gruppe der schwer psychiatrisch Kranken zugeordnet (Haapasalo und Petäjä 1999, Resnick 1969, Stanton et al. 2000). Frauen, die einen Filizid begingen, litten in hoher Zahl an schweren psychiatrischen Erkrankungen, waren arbeitslos, hatten keine Delinquenzvorgeschichte und betrieben keinen Substanzmissbrauch (Holden et al. 1996, McKee et al. 2001). Dabei benutzen psychotische Frauen im Rahmen der Tötungshandlung häufiger Waffen als nicht-psychotische (Lewis et al. 1998, Lewis und Bunce 2003, Silverman und Kennedy 1988). Auch hierfür fand sich ein Beispiel in unserer Stichprobe.

Marleau (2003) konnte dies auch in einer gemischten Studie bestätigen (39 Männer, 4 Frauen), alle hatten als Erwachsene Elternmorde begangen, waren zum Tatzeitpunkt psychotisch und nutzten zu 81 % Waffen zur Tatausführung.

Frauen, die einen Neonatizid begingen, sind dagegen eher weniger häufig mit psychologischen Problemen behaftet, jünger, unverheiratet und von ihrer Primärfamilie abhängig; sie verleugnen oder verdrängen ihre Schwangerschaft (Gerchow 1957, Haapasalo und Petäjä 1999, Resnick 1970). Eine Suizidalität liegt bei diesen Frauen in der Regel nicht vor (Haapasalo und Petäjä 1999).

In einigen Studien wird dagegen berichtet, dass Männer zwar ebenfalls in hoher Zahl psychiatrische Diagnosen zuerkannt bekommen, aber weniger oft psychotisch krank sind, sondern Suchtprobleme, Persönlichkeitsstörungen und vielfältige entwicklungsbedingte Auffälligkeiten und aktuelle Konfliktkonstellationen aufwiesen (Bourget und Cagné 2005, Brewster et al. 1998, Champion et al. 1988, Marleau et al. 1999). Eingeschlossen sind dabei neurologische und psychiatrische Störungen in der Kindheit, erlittene körperliche oder sexuelle Gewaltübergriffe, frühe Trennung von den Eltern, aggressives Verhalten in der Kindheit mit entsprechendem Behandlungsversuch. Im Allgemeinen handelt es sich bei Filiziden um Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Standard und damit geringer sozialer Absicherung und vielen stresshaft erlebten Konflikten (Briggs und Cutright 1994). Diese Konstellationen konnten wir bei unserer Klientel seltener finden.

Wir konnten in unsere Untersuchung auch zwei väterliche Kindstötungen unter besonderen Aspekten einschließen, zum einen einen Familizid, zum anderen einen Filizid eines Lebenspartners. Die Häufigkeit der Tötungen von leiblichen, genetischen Vätern und Partnern unterscheidet sich nicht (Daly und Wilson 1994). Allerdings sind tötende Stiefväter selten anschließend suizidal, Familizide begehen fast ausschließlich Männer, letztlich aus zwei Motiven heraus. Eine Gruppe bilden die Täter, die eine mögliche oder befürchtete Trennung nicht ertragen können oder einen vermeintlichen Seitensprung der Partnerin fehlverarbeiten. Das zweite Kollektiv schließt die depressiven und grüblerischen Männern ein, die ein großes Unglück für sich und die Familie befürchten und deren Ausweg nur in der Tat mit anschließendem eigenen Suizid liegt (Wilson et al. 1995). Unsere beiden Fälle (s. Schläfke et al. 2003) lassen sich allerdings nicht mit Sicherheit in diese Kategorien einordnen, zumindest der Familizid begehende Mann trifft am ehesten die Beschreibung von Wilson et al. (1995).

In unseren kasuistischen Beispielen wurde keine eigene körperliche, psychische oder sexuelle Gewalterfahrung von den Tätern berichtet. In den USA scheint sie besonders hoch, wird aber auch regelmäßig in anderen Studien berichtet und als spätere Rekonstruktion eigener Beziehungserfahrungen in der Erwachsenenphase gewertet, die auch zu körperlicher Gewalt und Tötungshandlungen führt (Haapasalo und Petäjä 1999, Nowara 1993, Lamott et al. 1998, Lamott und Pfäfflin 2001, Simpson und Stanton 2000, Spinelli 2001, Stanton und Simpson 2002, Stanton und Simpson 2006).

In der Arbeit von Lamott und Pfäfflin (2001) wurde allerdings als Unterscheidungsmerkmal von Frauen, die ihre Partner oder ihre Kinder getötet hatten, herausgearbeitet, dass gerade die Täterinnen mit Tötungshandlungen an Erwachsenen eher körperliche Misshandlungen und sexuellen Missbrauch erfahren hatten, während kindstötende Mütter vor allem den Verlust wichtiger Bezugspersonen erlebt hatten oder durch depressive und suizidale Mütter traumatisiert wurden.

Viele Kinder hatten bereits in ihrer Vorgeschichte Misshandlungen erlebt, allerdings meist nicht von psychotischen Müttern, Lyman et al. 2003 geben 53 % an (Brewster et al. 1998, Hollander 1986a, Hollander 1986b, Somander und Rammer 1991, Vanamo et al. 2001). Brewster et al. (1998) berichteten, dass sie daneben gehäuft kolikartige Beschwerden bei den späteren Opfern (Infantizide) fanden, die von den Eltern nicht angegeben und offenbar im Rahmen des körperlichen Missbrauchsverhaltens durch diese fehlinterpretiert wurden.

Insbesondere, wenn diese Misshandlungen bereits zur Herausnahme des Kindes aus dem elterlichen Milieu geführt hatten, sollte das hohe Risiko eines schweren erneuten körperlichen Übergriffes auf das Kind mit Todesfolge bedacht werden.

Hollander (1986a, 1986b) gibt im Sinne einer besonderen Überprüfung dieser Eltern Verhaltenshinweise für Behörden. Z. B. sollte an fest etablierten Prozeduren für die Rückkehr festgehalten werden, die Verursacher der Misshandlung psychiatrisch diagnostiziert und ggf. psychotherapiert werden, die Beamten mit dem Problem der kindlichen Misshandlung vertraut sein und die Behörden entsprechende Informationen zu den Betroffenen austauschen. Die Prävention von Kindestötungen scheint aber insgesamt sehr schwierig zu sein.

Christoffel et al. (1983), Marleau et al. (1995, 1999), Pitt und Bale (1995) sowie Spinelli (2001) fokussieren ihre Präventionsempfehlungen auf Aufklärungsprogramme in der Gesellschaft und Fortbildung in bestimmten Berufsgruppen (Hausärzte, Psychiater, Pädiater, Gynäkologen, Psychologen, Sozialarbeiter, Kriminologen), um die Sensibilisierung für diese Fragen zu erhöhen. Dabei geht es natürlich insbesondere darum, depressive und psychotische Symptome zu erkennen und einer adäquaten Behandlung zuzuführen.

Sollten während früherer Krankheitsepisoden bereits erweiterte Suizidgedanken oder auf das Kind gerichtete Gewaltphantasien bestanden haben, muss fast immer bei erneuten Erkrankungsepisoden mit ähnlichen Symptomen gerechnet werden und ggf. eine stationäre Behandlung eingeleitet werden (Bourget und Bradford 1990, Guileyardo et al. 1999, Resnick 1969).

Eine Behandlung der Täter gestaltet sich besonders schwierig, da nach Abklingen der Grunderkrankung Schuldgefühle und Suizidtendenzen auftreten und vordergründig die erlebten erschreckenden psychotischen Inhalte zu bearbeiten sind, Psychoedukation auch zur Vermittlung des Zusammenhangs von Erkrankung und Straftat im Mittelpunkt stehen muss (Stanton und Simpson 2006).

Väter mit nachfolgendem Filizid hatten vorher allerdings überwiegend keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen. In anderen Fällen (z. B. bei Neonatiziden) gab es vielfältige Kontakte zu Allgemein-Medizinern, Sozialdiensten und sogar Psychiatern. McKee et al. (2001), Pitt und Bale (1995) sowie Resnick (1969) fanden sogar bei den untersuchten Frauen 40 % dieser Konsultationen kurz vor der Tat (etliche solcher Beispiele sahen auch wir). Wilczynski (1997) berichtete über hohe Kontaktraten von Müttern (meist zu medizinischen Stellen) und Vätern (zu Sozialbehörden), wobei in vielen Fällen auch eine Missbrauchshandlung gegen die späteren kindlichen Opfer im Raum stand. Die betreuenden Sozialarbeiter beschäftigten sich oft eher mit allgemeinen Angelegenheiten der Familie zur Lebensbewältigung und übersahen die Gefahr für das Kind. Hier könnten spezielle psychiatrische Interviews und Schulungen, die auf solche Fragen fokussieren, hilfreich sein.

Einen präventiven Einfluss auf die Rate der Neonatizide hatte in vielen Ländern die Legalisierung der Aborte (Interruptiones) (Somander und Rammer 1991).

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass aus forensisch-psychiatrischer Sicht die Beurteilung von Tätern/Täterinnen, die eine Kindestötung begangen haben, insofern schwierig ist, als es sich um ein sehr komplexes Geschehen handelt. In Lehrbüchern der forensischen Psychiatrie wird das Thema kaum oder nur kurz behandelt.

Wir würden als Ergebnis der Gegenüberstellung eigener Erfahrungen und den Befunden der Literatur die in Tabelle 12 folgende Bearbeitungsweise und Klassifikation vorschlagen.

Tab. 12 Verfahrensweise zur Klassifikation von Tatkonstellationen zur Einschätzung der Kriminalprognose

Klassifikations- typ	Beschreibung	Unterkategorie der Beschrei- bung	Zuordnung zum Eingangs- merkmal §§ 20/21 StGB	Beurteilungs- kriterium	Bewertung der Einsichts- und/oder Steuerungs- fähigkeit
Psychiatrische Erkrankung	im Sinne einer tatszeitbezogenen ICD-10-Diagnose	liegt vor oder nicht	möglich oder nicht	psychopathologi- sche Beschrei- bung der Schwere	erhalten, vermindert, aufgehoben
Komorbide Störung	Tatszeitdiagnose gemäß ICD-10	liegt vor oder nicht	möglich oder nicht	psychopathologi- sche Beschrei- bung der Schwere	erhalten, vermindert, aufgehoben
Persönlichkeits- störung	Diagnose gemäß ICD-10	liegt vor oder nicht	möglich oder nicht	psychopathologi- sche Beschrei- bung der Schwere (Psychodiagno- stik!)	erhalten, vermindert, aufgehoben
Tötungsmotiv	nach Guileyardo et al. 1999	erfassbar oder nicht	möglich oder nicht	Beschreibung im Sinne konstellativer Bedingung	erhalten, vermindert, aufgehoben
Konstellative Faktoren	nach Bourget und Gagné 2002, 2005 und anderen	<ul style="list-style-type: none"> ■ begleitender Suizid ■ Alkohol- und/oder Substanzgebrauch bzw. Rauschzustand ■ Stress- und/oder Konfliktsituation ■ andere 	möglich oder nicht	Beschreibung im Sinne konstellativer Bedingung	erhalten, vermindert, aufgehoben

Unter dieser Verfahrensweise dürfte die Vielzahl der Tatkonstellationen zu erfassen und zu beurteilen sein, nachfolgend wäre die Kriminalprognose einzuschätzen.

Literaturverzeichnis

- Aderibigbe YA. Violence in America: A Survey of Suicide Linked to Homicides. *J Forensic Sci* 42 1997: 662–665.
- Bauermeister M. Die Tötung Neugeborener unter der Geburt (Kindstötung § 217 StGB) – Eine bundesweite Verbundstudie für die Jahre 1980–1989. Kiel, Dissertation, Chr.-Albrechts-Universität 1994.
- Bourget D, Bradford JMW. Affective Disorder and Homicide: A Case of Familial Filicide Theoretical and Clinical Considerations. *Can J Psychiatry* 32 1987: 222–225.
- Bourget D, Bradford JM. Homicidal Parents. *Can J Psychiatry* 35 1990: 233–238.
- Bourget D, Labelle A. Homicide, Infanticide, and Filicide. *Psychiatr Clin North Am* 15 1992: 661–673.
- Bourget D, Gagné P. Maternal Filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law* 30 2002: 345–351.
- Bourget D, Gagné P. Paternal Filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law* 33 2005: 354–360.
- Brookman F, Nolan J. The dark figure of infanticide in England and Wales: Complexities of diagnosis. *J Interpersonal Violence* 21 2006: 869–889.
- Brewster AL, Nelson JP, Hymel KP, Colby DR, Lucas DR, McCanne TR, Milner JS. Victim, Perpetrator, Family, and Incident Characteristics of 32 Infant Maltreatment Deaths in the United States Air Force. *Child Abuse Negl* 22 1998: 91–101.
- Briggs CM, Cutright P. Structural and Cultural Determinants of Child Homicide: A Cross-National Analysis. *Violence Vict* 9 1994, 3–16.
- Burgheim J. Besonderheiten weiblicher Tötungsverbrechen. *MschKrim* 77 1994: 232–237.
- Campion JF, Cravens JM, Covan F. A Study of Filicidal Men. *Am J Psychiatry* 145 1988: 1141–1144.
- Chandra PS, Venkatasubramanian G, Thomas T. Infanticidal Ideas and Infanticidal Behavior in Indian Women with Severe Postpartum Psychiatric Disorders. *J Nerv Ment Dis* 190 2002: 457–461.
- Christoffel KK, Liu K. Homicide death rates in childhood in 23 developed countries: U.S. rates atypically high. *Child Abuse Negl* 7 1983: 339–345.
- Christoffel KK, Anzinger NK, Amari M. Homicide in childhood. Distinguishable patterns of risk related to developmental levels of victims. *Am J Forensic Med Pathol* 4 1983: 129–137.
- Copeland AR. Homicide in childhood. The Metro-Dade County experience from 1956 to 1982. *Am J Forensic Med Pathol* 6 1985: 21–24.
- Daly M, Wilson MI. Some Differential Attributes of Lethal Assaults on Small Children by Stepfathers versus Genetic Fathers. *Ethology Sociobiology* 15 1994: 207–217.
- D’Orban PT. Women who kill their children. *Br J Psychiatry* 134 1979: 560–571.
- Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Factors Associated With Homicide Recidivism in a 13-Year Sample of Homicide Offenders in Finland. *Psychiatric Services* 47 1996: 403–406.
- Flaig C. Gerichtsmedizinische Betrachtung zur Kindstötung im Wandel der Gesellschaftsstruktur. Universität Tübingen, Diss., 1976.
- Fornes P, Druilhe L, Lecomte D. Childhood Homicide in Paris, 1990–1993: A Report of 81 Cases. *J Forensic Sci* 40 1995: 201–204.
- Frick V. Die Kindstötung im deutschen und englischen Recht. Aachen, Shaker 1995.
- Gerchow J. Die ärztlich-forensische Beurteilung von Kindesmörderinnen. Ein Beitrag zum Problem der abartigen Erlebnisreaktionen. Carl Marhold: Halle 1957.
- Guileyardo JM, Prahlow JA, Barnard JJ. Familial Filicide and Filicide Classification. *Am J Forensic Med Pathol* 20 1999: 286–292.
- Haapasalo J, Petäjä S. Mothers Who Killed or Attempted to Kill Their Child: Life Circumstances, Childhood Abuse, and Types of Killing. *Violence Vict* 14 1999: 219–239.
- Hatters Friedman S, McCue Horwitz S., Resnick PJ. Child Murder by Mothers: A Critical Analysis of the Current State of Knowledge and a Research Agenda. *Am J Psychiatry* 162 2005a, 1578–1587.
- Hatters Friedman S, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Filicide-Suicide. Common Factors in Parents Who Kill Their Children and Themselves. *J Am Acad Psychiatry Law* 33 2005b: 496–504.
- Herman-Giddens ME, Smith JB, Mittal M, Carlson M, Butts JD. Newborns Killed or Left to Die By a Parent. A Population-Based Study. *JAMA* 289 2003, 1425–1429.

- Hirose S. Depression and homicide. A psychiatric and forensic study of four cases. *Acta psychiatr scand* 59 1979: 211–217.
- Hirschmann J, Schmitz E. Strukturanalyse der Kindsmörderin. *Z Psychotherapie med Psychol* 8 1958: 1–20.
- Holden CE, Burland AS, Lemmen CA. Insanity and Filicide. *Women Who Murder Their Children*. New Dir Ment Health Serv 69 1996: 25–34.
- Hollander N. Homicides of Abused Children Prematurely Returned Home. *Forensic Sci Int* 30 1986a: 85–91.
- Hollander N. Physical abuse as a predictor of child homicide. *Tex Med* 82 1986b: 21–23.
- Höynck T, Görgen T. Tötungsdelikte an Kindern. *soFid Kriminalsoziologie + Rechtssoziologie* 2 2006: 9–42.
- Jason J. Child Homicide Spectrum. *Am J Dis Child* 137 1983: 578–581.
- Jason J. Centers for Disease Control and the Epidemiology of Violence. *Child Abuse & Neglect* 8 1984: 279–283.
- Kaye NS. Infanticide. *Am J Psychiatry* 162 2005: 1228–1229.
- Kline Pruett M. Commentary: Pushing a New Classification Schema for Perpetrators of Maternal Filicide One Step Further. *J Am Acad Psychiatry Law* 30 2002: 352–354.
- Lamott F, Pfäfflin F, Ross T, Sammet N, Weber M, Frevert G. Trauma, Beziehung und Tat. *MschKrim* 81 1998, 235–245.
- Lamott F, Pfäfflin F. Bindungspräsentationen von Frauen, die getötet haben. *MschKrim* 84 2001: 10–24.
- Laporte, L, Poulin, B, Marleau, J, Roy, R, Webanck, T. Filicidal Women: Jail or Psychiatric Ward? *Can J Psychiatry* 48 2003: 94–98.
- Laporte L, Tzoumakis S, Marleau JD, Allaire JF. Sex of victims in maternal filicide. *Psychol Rep* 96 2005: 637–643.
- Lewis CF, Baranoski MV, Buchanan JA, Benedek EP. Factors Associated with Weapon Use in Maternal Filicide. *J Forensic Sci* 43 1998: 613–618.
- Lewis CF, Bunce SC. Filicidal Mothers and the Impact of Psychosis on Maternal Filicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 31 2003: 459–470.
- Lyman JM, McGwin G, Malone DE, Taylor AJ, Brissie RM, Davis G, Rue LW. Epidemiology of child homicide in Jefferson County, Alabama. *Child Abuse Negl* 27 2003: 1063–1073.
- Marks MN, Kumar R. Infanticide in England and Wales. *Med Sci Law* 33 1993: 329–339.
- Marks MN, Kumar R. Infanticide in Scotland. *Med Sci Law* 36 1996: 299–305.
- Marleau JD. Methods of Killing Employed by Psychotic Parricides. *Psychological Reports* 93 2003: 519–520.
- Marleau JD, Roy R, Laporte L, Webanck T, Poulin B. Homicide d'enfant commis par la mere. *Can J Psychiatry* 40 1995: 142–149.
- Marleau JD, Poulin B, Webanck T, Roy R, Laporte L. Paternal Filicide: A Study of 10 Men. *Can J Psychiatry* 44 1999, 57–63.
- Marleau JD, Dube M, Leveillee S. Neonaticidal mothers: are more boys killed? *Med Sci Law* 44 2004: 311–316.
- Marneros A. Kindestötung: Zur Frage der Schuldfähigkeit nach „negierter“ Schwangerschaft. *MschKrim* 81 1998: 173–179.
- Marneros A. Affekttaten und Impulstaten. *Forensische Beurteilung von Affektdelikten*. Stuttgart, Schattauer 2007.
- McKee GR, Shea SJ. Maternal Filicide: A Cross-National Comparison. *J Clin Psychol* 54 1998: 679–687.
- McKee GR, Shea SJ, Mogy RB, Holden CE. MMPI-2 Profiles of Filicidal, Mariticial, and Homicidal Women. *J Clin Psychol* 57 2001: 367–374.
- Mendlowicz MV, Rapaport MH, Mecler K, Golshan S, Moraes TM. A Case-Control Study on the Socio-Demographic Characteristics of 53 Neonaticidal Mothers. *Internat J Law Psychiatry* 21 1998: 209–219.
- Mendlowicz MV, Rapaport MH, Fontenelle L, Jean-Louis G., De Moraes TM. Amnesia and Neonaticide (Letter). *Am J Psychiatry* 159 2002: 498.
- Nowara S. Psychisch kranke Straftäter. In: Leygraf, N, Volbert, R, Horstkotte, H, Fried, S. (Hrsg.) *Die Sprache des Verbrechens. Wege zu einer klinischen Kriminologie* (Festschrift W. Rasch). Kohlhammer, Stuttgart 1993: 266–275.
- Okumura Y, Kraus A. Zwölf Patientinnen mit erweiterter Selbsttötung – Psychologie, Persönlichkeit, Motivation, Vorgeschichte und psychosoziale Konfliktsituation. *Fortschr Neurol Psychiat* 64 1996: 184–191.
- Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, Trifiletti LB, Berendes HW. Risk Factors for Infant Homicide in the United States. *N Engl J Med* 339 1998: 1211–1216.

- Pelliccia R. Kindstötung – Erklärungsansätze und präventive Aufgaben der Sozialarbeit. Diplomarbeit. Fachhochschule Nordostniedersachsen, Fachbereich Sozialwesen, Lüneburg 2000.
- Pitt SE, Bale EM. Neonaticide, Infanticide, and Filicide: A Review of the Literature. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 23 1995: 375–386.
- Ponsold A. Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin. 3. Aufl. Stuttgart, Thieme 1967.
- Poulin B, Marleau JD, Jolivet J. Maternal Filicide: Classification and Risk Factors. *Am J Forensic Psychol* 24 2006: 57–71.
- Putkonen H, Collander J, Honkasalo M-J, Lönnqvist J. Finnish female homicide offenders 1982–92. *J Forensic Psychiatry* 9 1998: 672–684.
- Putkonen H, Collander J, Honkasalo M-J, Lönnqvist J. Personality disorders and psychoses form two distinct subgroups of homicide among female offenders. *J Forensic Psychiatry* 12 2001, 300–312.
- Putkonen, H, Komulainen, E, Virkkunen, M, Lönnqvist, J. Female homicide offenders have greatly increased mortality from unnatural deaths. *Forensic Sci Internat* 119 2001: 221–224.
- Putkonen H, Komulainen EJ, Virkkunen M, Eronen M, Lönnqvist J. Risk of Repeat Offending Among Violent Female Offenders With Psychotic and Personality Disorders. *Am J Psychiatry* 160 2003: 947–951.
- Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Collander J, Santtila P, Eronen M. Neonaticides may be more preventable and heterogeneous than previously thought – neonaticides in Finland 1980–2000. *Arch Womens Ment Health* 10 2007: 15–23.
- Raich D. Die Tötung von Kindern durch die eigenen Eltern. Soziobiographische, motivationale und strafrechtliche Aspekte. Dissertation, Bonn 1997.
- Resnick PJ. Child Murder by Parents: A Psychiatric Review of Filicide. *Am J Psychiatry* 126 1969: 325–334.
- Resnick PJ. Murder of the Newborn: A Psychiatric Review of Neonaticide. *Am J Psychiatry* 126 1970: 1414–1420.
- Resnick PJ, Hatters Friedman S. Book Review about „Infanticide: Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill“, ed. by M. G. Spinelli. *Psychiatric Services* 54 2003: 1172.
- Rodenburg M. Child Murder by Depressed Parents. *Can Psychiatr Assoc J* 16 1971: 41–48.
- Rosenbaum M, Bennett, B. Homicide and Depression. *Am J Psychiatry* 143 1986: 367–370.
- Rougé-Maillart C, Jousset N, Gaudin A, Bouju B, Penneau M. Women Who Kill Their Children. *Am J Forensic Med Pathol* 26 2005: 320–326
- Saleva O, Putkonen H, Kiviruusu O, Lönnqvist J. Homicide-suicide – An event hard to prevent and separate from homicide or suicide. *Forensic Sci Internat* 166 2007: 204–208.
- Saunders E. Neonaticides Following „Secret“ Pregnancies: Seven Case Reports. *Public Health Reports* 104 1989: 368–372.
- Schläpke D, Galleck KF, Höppner J, Häßler F. Zur Problematik von Neonatiziden und Filiziden. In: Häßler, F, Rebernig, E, Schnoor, K, Schläpke, D, Fegert, JM. (Hrsg.) *Forensische Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie. Aspekte der forensischen Begutachtung*. Schattauer, Stuttgart, New York 2003: 81–102.
- Scott PD. Parents who kill their children. *Med Sci Law* 13 1973: 120–126.
- Silva JA, Leong GB. Letter to Bourget and Gagné. *J Am Acad Psychiatry Law* 31 2003: 143–144.
- Silverman RA, Kennedy LW. Women Who Kill Their Children. *Violence Vict* 3 1988: 113–127.
- Simpson AIF, Stanton J. Maternal filicide: a reformulation of factors relevant to risk. *Crim Behav Mental Health* 10 2000: 136–147.
- Somander LKH, Rammer LM. Intra- and extrafamilial child homicide in Sweden 1971–1980. *Child Abuse Negl* 15 1991: 45–55.
- Spinelli MG. A Systematic Investigation of 16 Cases of Neonaticide. *Am J Psychiatry* 158 2001: 811–813.
- Spinelli MG. Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives. *Am J Psychiatry* 161 2004: 1548–1557.
- Spinelli MG. Infanticide: contrasting views. *Arch Womens Ment Health* 8 2005: 15–24.
- Stanton J, Simpson A, Wouders T. A Qualitative Study of Filicide by Mentally Ill Mothers. *Child Abuse Negl* 24 2000: 1451–1460.
- Stanton J, Simpson A. Murder misdiagnosed as SIDS: a perpetrator's perspective. *Arch Dis Child* 85 2001: 454–459.
- Stanton J, Simpson A. Filicide: A review. *Internat J Law Psychiatry* 25 2002: 1–14.

- Stanton J, Simpson AIF. The Aftermath: Aspects of Recovery Described by Perpetrators of Maternal Filicide Committed in the Context of Severe Mental Illness. *Behav Sci Law* 24 2006: 103–112.
- Tiihonen J, Hakola P. Psychiatric Disorders and Homicide Recidivism. *Am J Psychiatry* 151 1994: 436–438.
- Tzoumakis S, Dubé M, Marleau JD, Léveillé S. Sex of the Offender, Sex of the Victim, and Motivation in Filicidal Situations in Quebec. *Can J Psychiatry* 50 2005: 126.
- Vanamo T, Kauppi A, Karkola K, Merikanto J, Räsänen E. Intra-familial child homicide in Finland 1970–1994: incidence, causes of death and demographic characteristics. *Forensic Sci Int* 117 2001: 199–204.
- Weber J. Motivationsvielfalt beim Filizid. *MschKrim* 72 1989: 169–175.
- Weizmann-Henelius G, Viemerö V, Eronen M. Psychopathy in Violent Female Offenders in Finland. *Psychopathology* 37 2004: 213–221.
- Weizmann-Henelius G, Koenraadt F, Liem M, Castaño Henao B, Almiron M, Folino J. Filicide – International Perspectives. Symposium on 6th Annual Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services. June 14–16 2006 Amsterdam.
- Wessel J, Dudenhausen JW, Schöneegg W, Schmidt-Gollwitzer K. Abgewehrte Schwangerschaftswahrnehmung. Zum Bild der Schwangerschaftsverdrängung. *Münch med Wschr* 132 1990: 376–380.
- Wessel J, Platz WE, Schneider V. Rechtsmedizinische, psychiatrische und geburtsmedizinische Aspekte bei der Kindstötung nach Schwangerschaftsverdrängung – eine Übersicht anhand einer Kasuistik. *Rechtsmedizin* 9 1998, 1–8.
- Wessel J, Buscher U. Denial of pregnancy: population based study. *MBJ* 324 2002: 458.
- Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 81 2002: 1021–1027.
- Wessel J, Endrikat J, Kästner R. Projektive Identifizierung und Schwangerschaftsverdrängung – Überlegungen zu Ursachen und Hintergründen der auch ärztlicherseits nicht erkannten Schwangerschaft. *Z Geburtsh Neonatol* 207 2003: 48–53.
- Wilczynski A. The incidence of child homicide: how accurate are the official statistics? *J Clin For Med* 1994: 61–66.
- Wilczynski A. Prior Agency Contact and Physical Abuse in Cases of Child Homicide. *Br J Social Wk* 27 1997: 241–253.
- Wille J, Beier KM. „Verdrängte“ Schwangerschaft und Kindstötung: Theorie – Forensik – Klinik. *Sexuologie* 9 1994: 75–100.
- Wilson M, Daly M, Daniele A. Familicide: The Killing of Spouse and Children. *Aggressive Behavior* 21 1995: 275–29.
- Wissow LS. Infanticide. *N Engl J Med* 339 1998: 1239–1241.