

CHRISTIANE SCHLANG

Tödlich verlaufende elterliche Gewalt



Ich hätt jähn jet mieh vun dämm Blau jesinn
un jähn noch paar eckige Runde jedriecht,
däät jähn, eh'ch dä Löffel affjevve ...
eez ens levve.

*(Wolfgang Niedecken „Vum donnernde Lääve“ –
Original von Wolf Biermann)*

CHRISTIANE SCHLANG

Tödlich verlaufende elterliche Gewalt

Psychiatrische Auswertung von Daten
einer bundesweiten multizentrischen Studie
(Berichtszeitraum 1985 bis 1989)

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884144077

Christiane Schlang. Tödlich verlaufende elterliche Gewalt. Psychiatrische Auswertung von Daten einer bundesweiten multizentrischen Studie (Berichtszeitraum 1985 bis 1989)

ISBN 3-88414-407-3

Zugl. Dissertationsschrift, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, 2005

Bibliografische Information der deutschen Bibliothek

Die deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung der Hans Böckler Stiftung

1. Auflage

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn 2006

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Dortmund

Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn

Druck: DIP, Witten

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

1. Einleitung	7
2. Stand der Forschung	13
2.1. Erklärungsansätze von Gewalt an Kindern	13
2.2. Definitionen	15
2.3. Literaturübersicht	19
3. Eigene Untersuchung	26
3.1. Ziel der Studie	26
3.2. Material und Methoden	27
3.3. Beschreibung der Ergebnisse	33
3.3.1. Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt an Kindern	33
3.3.2. Regionale Verteilung	35
3.3.3. Der Tatzeitpunkt	37
3.3.4. Die Täterinnen und Täter	40
3.3.5. Soziale Lage der Täterinnen und Täter	47
3.3.6. Psychiatrische Begutachtung	53
3.3.7. Die Opfer	67
3.3.8. Interventionen	70
4. Bewertung der Ergebnisse und Diskussion	73
4.1 Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt an Kindern	73
4.2 Regionale Verteilung	79
4.3 Der Tatzeitpunkt	80
4.4 Die Täterinnen und Täter	84
4.5 Soziale Lage der Täterinnen und Täter	90
4.6 Psychiatrische Begutachtung	94
4.7 Die Opfer	109
4.8 Interventionen	113
5. Zusammenfassung/Abstract	121
6. Literaturverzeichnis	125
Anhang	132
Auswertungsbogen I	
Auswertungsbogen II	

Danksagung

Mein Dank gilt in erster Linie Herrn Professor Dr. med. Reinhard Vock, der diese Studie initiiert und bis zu seinem frühen Tod mit unerschöpflichem Einsatz vorangetrieben hat. Ich werde ihn als außergewöhnlichen Forscher, engagierten Lehrer und liebenswerten Menschen in Erinnerung behalten. Ihm ist diese Arbeit gewidmet.

Besonders bedanken möchte ich mich auch bei Herrn Professor Dr. med. Burkhard Pflug für seine Bereitschaft, die wissenschaftliche Betreuung der Arbeit zu übernehmen sowie bei Herrn Professor Dr. med. Hansjürgen Bratzke für die freundliche Übernahme des Koreferates. Beide waren für mich wichtige Ansprechpartner.

Der Hans Böckler Stiftung, die meine Promotion durch ein Stipendium gefördert hat, möchte ich nicht allein für die finanzielle Unterstützung danken, sondern auch für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und die kompetente Betreuung, die ich als Stipendiatin – insbesondere durch Herrn Werner Fiedler und Herrn Dr. Eike Hebecker – erfahren habe. Vielen Dank auch an meine Vertrauensdozentin Frau Professor Dr. med. Gine Elsner, die sich sehr engagiert und intensiv um mich gekümmert hat. Ihre bereichernde und konstruktive Kritik hat entscheidend zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Den Vorständen der rechtsmedizinischen Institute in Würzburg und Leipzig, den Herren Professoren Patzelt und Kleemann danke ich für die freundliche Überlassung des Datenmaterials und ihre Hilfsbereitschaft. Mein Dank gilt auch ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, insbesondere Frau Dr. med. Ulrike Böhm und Frau Starkmann.

Ein Dank geht weiterhin an die Datenschutzbeauftragten sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beteiligten Justizministerien, Staatsanwaltschaften und rechtsmedizinischen Institute für die Unterstützung der Studie.

Darüber hinaus ein herzliches Dankeschön an alle, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre, vor allem an Kerstin Schober und Wolfgang Trauth für die kollegiale und freundschaftliche Zusammenarbeit und an Sebastian Irps für die vielen, vielen Stunden am Computer.

Abschließend möchte ich all die Menschen erwähnen, die mich während der Arbeit an dieser Erhebung tatkräftig unterstützt und begleitet haben und ohne die mein Leben ärmer wäre: meinen Mann Martin und meine Kinder Antonia und Aaron, meine Eltern Lydia und Johannes, meine Geschwister Gregor, Regina und Joachim und meine Freundinnen und Freunde. Vielen Dank!

*Christiane Schlang
Frankfurt am Main, Januar 2006*

1. Einleitung

Die Geschichte der Kindheit

Die Geschichte der Kindheit ist nicht unumstritten. Während der französische Historiker PHILIPPE ARIÈS (1975) die Auffassung vertritt, das Kind habe im Mittelalter »sofort nach der Entwöhnung oder wenig später ganz selbstverständlich seinen Platz an der Seite der Erwachsenen« eingenommen und mit der »Entdeckung der Kindheit« in der Neuzeit sei ihm die Freiheit genommen worden »deren es sich unter den Erwachsenen erfreute«, ist der amerikanische Psychoanalytiker Lloyd de Mause der Überzeugung, die »Evolution der Kindheit« habe sich »aufgrund der Generationenfolge der Interaktionen zwischen Eltern und Kindern« ergeben (DE MAUSE 1977). Diese Entwicklung beschreibt er in seinem Buch »Hört ihr die Kinder weinen« wie folgt: Im Laufe der Menschheitsgeschichte seien sechs verschiedene Formen von Eltern-Kind-Beziehungen durchlaufen worden, die jeweils einer bestimmten zeitlichen Epoche zugeordnet werden könnten. Einer Phase, in der Kindesmord häufig praktiziert worden sei (Antike bis viertes Jahrhundert nach Christus) sei ein Zeitraum gefolgt, der bis ins dreizehnte Jahrhundert hineinreiche und in dem Kinder einfach weggegeben oder sich selbst überlassen wurden. Vom vierzehnten bis zum siebzehnten Jahrhundert habe dem Kind gegenüber eine Ambivalenz geherrscht, die den großen Wandel in den Beziehungsformen des achtzehnten Jahrhunderts eingeleitet habe. Während sich die Fürsorge für das Kind zunächst jedoch noch in strenger Erziehung und Kontrolle (»Intrusion«) geäußert habe, stellten die modernen Beziehungsformen der »Sozialisation« (neunzehntes Jahrhundert bis Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts) und der »Unterstützung« (ab Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts) die kindlichen Bedürfnisse und Rechte in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

Unumstritten ist, dass es Gewalt gegen Kinder schon immer gegeben hat. Einer Vielzahl historischer und moderner Quellen sind Grausamkeiten zu entnehmen, denen Kinder im Laufe der Menschheitsentwicklung ausgesetzt waren und die – entsprechend des oben beschriebenen Wandels in den Eltern-Kind-Beziehungen – in Art und Ausmaß »zeitspezifische Gemeinsamkeiten und Veränderungen erkennen lassen« (ZENZ 1981). Erwähnt seien an dieser Stelle die Tötung, Aussetzung, Weggabe und Vernachlässigung von Kindern aus unterschiedlichsten Motiven in allen Epochen der Menschheitsgeschichte, die Ausnutzung der

kindlichen Arbeitskraft bis zum gesundheitlichen Ruin, die ihren Höhepunkt während der frühen Industrialisierung fand, die harte Züchtigung als allgemein akzeptiertes Erziehungsmittel, genitale Verstümmelungen sowie alle anderen Formen sexuellen Missbrauchs (z. B. Pädophilie, Inzest, Pornografie und Prostitution) und nicht zu vergessen auch der emotionale Missbrauch von Kindern. Es ist ein schlimmer »Aspekt unseres menschlichen Verhaltensrepertoires, dass keine Aufzählung der grausamen Handlungen, die an unseren Kindern verübt werden, jemals vollständig sein kann« (ROSENBERG 2002).

Bevölkerungspolitik und Besänftigung von Göttern – über die Tötung von Kindern

In der Antike war das Töten von Kindern ein allgemein akzeptiertes, alltägliches Vorgehen. Vor allem behinderte oder kranke Kinder sowie weibliche Neugeborene, die als Ursache des Bevölkerungswachstums angesehen wurden, waren betroffen. Erst im vierten Jahrhundert nach Christus wurde unter dem Einfluss des Christentums die Tötung eines Kindes nach römischem Recht als Mord betrachtet. Gleichzeitig kam es aber als Folge der Verdammung unehelicher Beziehungen durch die Kirche zu einer Rechtlosigkeit »illegitimer« Kinder und ihrer Mütter, die oft keinen anderen Ausweg sahen, als ihre Schwangerschaft zu verheimlichen und das Neugeborene zu töten (MEYER und OBERMAN 2001). Im Mittelalter herrschte die Überzeugung, die Tötung von Kindern sei eine Erlasssünde, Eltern hätten die Macht über Leben und Tod ihrer Kinder und der Schutz anderer Menschenleben schlosse Neugeborene nicht mit ein (BLOCH 1988). Noch zu Beginn der Neuzeit war »der Kindesmord in allen Ländern Europas häufig« (DE MAUSE 1977) und bis ins neunzehnte Jahrhundert hinein wurde die Tötung illegitimer Kinder für normal gehalten. In China ist als Folge der Ein-Kind-Politik der Regierung die Tötung von Kindern als Mittel der Familienplanung noch heute regional verbreitet, obwohl pränatale Geschlechtsbestimmungen mit anschließender geschlechtsspezifischer Abtreibung häufig sind und zu einer stark verzerrten Sexualproportion der Säuglinge und Kleinkinder geführt haben (SCHARPING 1996).

Eine besondere Form tödlich verlaufender Gewalt an Kindern ist deren Opferung zugunsten einer Gottheit oder höheren Macht. Viele Religionen des Altertums verlangten Kinderopfer. So wurden dem Vegetationsgott Mars Kinder geopfert, um eine gute Ernte zu gewährleisten. »Fruchtbarkeitsriten in China, Indien, Mexiko und Peru geboten, dass Kinder in die Flüsse geworfen wurden, damit die Wassergottheiten für gute Ernten und Wohlstand sorgten.« (ZENZ 1981) Aber auch für die Entwicklung christlicher Wertvorstellungen hatte die Kindesopferung eine elementare Bedeutung: Abraham liebte Gott so sehr, dass er bereit

war, seinen einzigen Sohn als Brandopfer darzubringen, und die Tatsache, dass Gott seinen einzigen Sohn geopfert hat, gilt im christlichen Glauben als Beweis für seine Liebe zu den Menschen.

Von Ödipus, Schneewittchen und »dem Maler« – Gewalt an Kindern in Kunst und Literatur

Beispiele für Gewalt an Kindern finden sich in zahlreichen Dokumenten aus Kunst und Musik, Literatur und Mythologie. Ihre Vielzahl und ihr hoher Bekanntheitsgrad lassen erahnen, wie sehr das Thema die Menschen beschäftigt. Die Bilder und Lieder, Geschichten, Mythen und Märchen spiegeln dabei die moralischen Vorstellungen der Gesellschaft wider, der sie entstammen, und dienen darüber hinaus als Projektionsfläche für unbewusste Wünsche und Ängste.

Das bekannteste Beispiel aus der griechischen Mythologie ist sicherlich die Sage des König Ödipus, der wegen eines Orakelspruches als Kind ausgesetzt wurde. Doch auch in den Märchen der Gebrüder Grimm (z. B. Schneewittchen, Aschenputtel oder Hänsel und Gretel) werden Kinder zu Opfern elterlicher Gewalt.

Einige Autoren (z. B. SOMMER 1996, SCHWARTZ und ISSER 2000) widmen sich ausführlich der Analyse literarischer oder autobiografischer Texte im Hinblick auf Gewalt gegen Kinder.

An dieser Stelle soll genauer auf das Bild von Max Ernst »Die Jungfrau züchtigt das Jesuskind vor drei Zeugen: Andre Breton, Paul Eluard und dem Maler« (siehe Abbildung 1, S. 10) eingegangen werden, da es »dem Maler« gelungen ist, gleich mehrere Aspekte des Phänomens Gewalt gegen Kinder zu beleuchten: Zunächst einmal thematisiert Ernst überhaupt die an Kindern verübte Gewalt, die sich hier im Rahmen einer »Züchtigung« abspielt – einer für den Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts durchaus üblichen und alltäglichen Erziehungsmethode. Die Tatsache, dass nicht irgendein Kind sondern das »Jesuskind« gezüchtigt wird, impliziert zwar, dass auch dieses Schwächen und Fehler hatte (angedeutet durch das Herabfallen des Heiligenscheins), es ist aber durchaus möglich, dass Jesus – wie viele andere Kinder – zum Opfer ungerechtfertigter elterlicher Gewalt wurde. Der Künstler suggeriert dem Betrachter, das Phänomen elterlicher Gewalt sei nicht auf soziale Randgruppen beschränkt, sondern könne in den besten Familien vorkommen. Darüber hinaus wird die Ambivalenz zwischen dem Kind als »Abladeplatz für gefährliche Projektionen« und dem »Marien- und Jesuskind-Kult«, die nach DE MAUSE (1977) eine Phase in der Evolution der Kindheit darstellt, symbolisiert. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Beobachtung des Geschehens durch die drei Zeugen, die nicht den Anschein erwecken, als wollten sie dem Kind zur Hilfe eilen. Gesellschaftskritisch interpretiert steht hier die Rolle der Gesellschaft durch die Duldung von Gewalt an Kindern zur Debatte.



Abb. 1: »Die Jungfrau züchtigt das Jesuskind vor drei Zeugen: Andre Breton, Paul Eluard und dem Maler.« Max Ernst, 1926, Museum Ludwig, Köln, © VG Bild-Kunst, Bonn 2004

Kinderschutz und Kinderrechte

Im neunzehnten Jahrhundert fand ein grundlegender Wandel in der Wahrnehmung kindlicher Rechte statt: Der Fall der von ihrer Stiefmutter schwer misshandelten Mary Ellen führte 1875 zur Gründung des ersten Kinderschutzbundes in New York (New York Society for the Prevention of Cruelty to Children), und auch in Europa setzten sich zahlreiche Gesellschaften für den Schutz und die Rechte von Kindern ein. In Hamburg wurde 1953 der Deutsche Kinderschutzbund gegründet, der sich als Lobby für Kinder versteht. Zusätzlich entstanden in vielen deutschen Städten Kinderschutzzentren als direkte Anlaufstellen für von Gewalt betroffene Kinder.

1924 wurde von der Generalversammlung des Völkerbundes die so genannte Genfer Erklärung verabschiedet. Sie enthielt grundlegende Rechte des Kindes, besaß aber keinerlei rechtliche Verbindlichkeit. Mit der Auflösung des Völkerbundes im Zweiten Weltkrieg verlor sie ihre Grundlage, diente aber als Vorlage für die Erklärung der Rechte des Kindes, die 1959 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurde.

Unter dem Eindruck des zerbombten Nachkriegs-Europas entstand 1946 das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), das sich seither für die Rechte

von Kindern einsetzt. UNICEF arbeitet auf Basis der UN-Kinderrechtskonvention von 1989, in der sich 191 Mitgliedsstaaten verpflichtet haben, das Überleben der Kinder zu schützen, ihre Entwicklung zu fördern, sie vor Missbrauch und Gewalt zu schützen und sie an wichtigen Entscheidungen zu beteiligen.

Das zwanzigste Jahrhundert wurde von der schwedischen Reformpädagogin Ellen Key zum Jahrhundert des Kindes ausgerufen und zweifellos handelt es sich auch um eine der wichtigsten Epochen in der Geschichte der Kinderrechte.

In der Gesetzgebung der Bundesrepublik Deutschland ist der Kinderschutz fest verankert. Entsprechende Regelungen finden sich im Artikel 6 des Grundgesetzes (Ehe und Familie, nichteheliche Kinder), im Elternrecht (§§ 1626 b bis 1698 b des BGB) sowie im Strafgesetzbuch (»Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht«, § 171 StGB und »Misshandlung von Schutzbefohlenen«, § 223b StGB). Im Jahr 2000 verabschiedete der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung (§ 1631 Abs. 2 BGB). Danach haben Kinder ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig. Damit gehört die Bundesrepublik Deutschland neben Österreich, Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden zu den sieben Staaten, deren Gesetzgebung körperliche Bestrafung von Kindern explizit verbietet (UNICEF 2003).

Gewalt an Kindern in den Medien

Berichte über den belgischen Kinderschänder Marc Dutroux, die verschleppten, vergewaltigten und ermordeten Geschwister Tom und Sonja oder die Entführung und Tötung des Bankierssohn Jakob von Metzler durch seinen Nachhilfelehrer sind für Generationen von Eltern ein Alptraum. Die Furcht vor einem Täter, der es – aus welchen Gründen auch immer – auf die eigenen Kinder abgesehen hat, ist allgegenwärtig. Dabei ist das Leben von Kindern vor allem im familiären Bereich gefährdet.

»Härtere Strafen für Folter-Eltern!« forderte jüngst die Boulevard-Presse angesichts eines dreijährigen Mädchens, das an den Folgen der Misshandlung durch seine Eltern verstarb (Express, 12. Januar 2004). Doch auch ernst zu nehmende Journalisten stellen an Kindern verübte Gewalt meist ausführlich und schonungslos dar. Angesichts der Präsenz des Themas in den Medien wird der Eindruck vermittelt, Gewalt gegen Kinder nehme sowohl in Bezug auf die Häufigkeit als auch in Bezug auf die Brutalität zu.

Nur wenige Verbrechen erwecken solches Entsetzen, solche Faszination und solche Angst wie das Töten von Kindern (WILCZYNSKI 1997). Eben dieses Entsetzen, diese Faszination und diese Angst werden im Zeitalter der Informations- und Wissensgesellschaft instrumentalisiert. Unter dem Vorwand der Informations-

vermittlung, der Aufklärung oder gar der Prävention wird die Problematik auf Titelseiten, in Dossiers, in Talkshows und Reportagen ausgeschlachtet.

Einen traurigen Höhepunkt erreichte diese Entwicklung sicherlich mit der Veröffentlichung des Buches »Ich war Monika Weimar« (BÖTTCHER und GEIGER 1997). Darin schildert die Autorin, wie es aus ihrer Sicht zum gewaltsamen Tod ihrer beiden Töchter kam. Gemeinsam mit einer Fernsehjournalistin hatte sie ihre in Haft entstandenen Tagebücher überarbeitet, um mit deren Veröffentlichung den außergerichtlichen Beweis ihrer Unschuld anzutreten.



Abb. 2: Zusammenstellung verschiedener Presseberichte zu Fällen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt in Deutschland zwischen 1985 und 2004

»Anstelle des Verschweigens und der Verleugnung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung haben wir es nun seit mehreren Jahrzehnten weltweit mit einer breiten massenmedialen Thematisierung vielgestaltiger Formen der Gewalt gegen Kinder zu tun.« (KINDERSCHUTZ-ZENTRUM BERLIN, 2000)

Die gesellschaftlichen Hintergründe kommen dagegen nur selten zur Sprache. Dabei handelt es sich nicht um ein isoliertes sondern um ein »im gesamtgesellschaftlichen Kontext zu sehendes Phänomen« (HEINDL 1992), das auch nur gesamtgesellschaftlich angegangen werden kann. Durch Schuldzuweisungen an Einzelne (die Täterinnen und Täter selbst, das Jugendamt, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte) und härtere Strafen wird sich Gewalt gegen Kinder kaum vermeiden lassen. Vielmehr bedarf es gemeinsamer Anstrengungen, die Ursachen gewaltsamen Handelns genauer zu erforschen, sie transparenter zu machen (auch und gerade mithilfe der Medien), Missstände zu beheben und Betroffenen Unterstützung anzubieten. Die vorliegende Untersuchung soll dazu einen Beitrag leisten.

2. Stand der Forschung

2.1 Erklärungsansätze von Gewalt an Kindern

Seit Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts wurden verschiedene Arbeiten veröffentlicht, die sich mit den Ursachen von Gewalt an Kindern beschäftigen. Zusammenfassend lassen sich die unterschiedlichen Erklärungsansätze wie folgt kategorisieren:

Psychopathologische Modelle

Psychopathologische Modelle gehen eindimensional von einer kranken oder gestörten Täterpersönlichkeit aus. Diese Erklärungsansätze sind heute insofern überholt, dass Gewalt gegen Kinder allgemein als mehrdimensionales Geschehen betrachtet wird. Aufgrund ihrer Bedeutung für die Entwicklung gesellschaftlicher Einstellungen und moderner Erklärungsansätze sollen sie im Folgenden jedoch kurz dargestellt werden:

Bis in die frühen Siebzigerjahre des vergangenen Jahrhunderts hinein wurden in einer Reihe von Erklärungsmodellen wissenschaftlich fragwürdige Tätertypen beschrieben (SOMMER 2002). Die hieraus resultierenden Klischees bestimmen noch heute den Umgang der Gesellschaft mit so genannten »Kinderschändern«.

Der klinisch-psychiatrische Ansatz von AMMON (1979) beinhaltet dagegen einige wichtige Aspekte gewalttätiger Handlungen gegenüber Kindern, die entsprechend ihrer Bedeutung auch Eingang in mehrdimensionale Modelle fanden. Der Psychiater und Psychoanalytiker sieht Störungen im Bereich der psychogenetischen Entwicklung, der »Ich-Struktur« und der Gruppendynamik als ursächliche Faktoren für gewalttätiges Verhalten an und beschreibt damit als einer der Ersten den viel zitierten Kreislauf der Gewalt, wonach Kindesmisshandler selbst einmal misshandelte Kinder waren.

Zu einem ähnlichen Schluss kommen auch STEELE und POLLOCK (1978), die aus den analytisch ausgerichteten Therapien von 60 Familien, in denen Misshandlungsfälle aufgetreten waren, das so genannte psychodynamische Erklärungsmodell entwickelten. Danach haben Gewalterfahrungen in der Kindheit Auswirkungen auf die Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen, die unsicher scheinen und

sich ungeliebt fühlen. Sie erhoffen sich von ihren Kindern die Zuwendung und Anerkennung, die ihnen von elterlicher Seite verwehrt wurde. Weinen und Trotzen ihrer Kinder wird daher als Ablehnung empfunden und mit Gewalt beantwortet, was wiederum Einfluss auf die Persönlichkeitsstruktur ihrer Kinder hat.

Sozialwissenschaftliche Modelle

Der Vielzahl sozialwissenschaftlicher Modelle ist gemeinsam, dass Gewalt an Kindern als mehrdimensionales Phänomen verstanden und im gesamtgesellschaftlichen Kontext betrachtet wird. Nach ENGFER (1986) sind »die soziologischen Beiträge zum Problem der Kindesmisshandlung vor allem als kritische Reaktion« auf die psychopathologischen Erklärungsansätze entstanden.

In den sozialwissenschaftlichen Erklärungsansätzen von GIL (1980), BELSKY (1980) und GARBARINO (1982) wird die Gesellschaft in verschiedene Subsysteme (z. B. Individuum, Familie, Institutionen, Gesamtgesellschaft) unterteilt, die sich wechselseitig beeinflussen und in denen jeweils Ursachen für Gewalt an Kindern zu finden sind. Beispielhaft soll an dieser Stelle das Erklärungsmodell des amerikanischen Sozialpolitikers GIL (1975, 1980) erläutert werden, dessen Überlegungen dazu beigetragen haben, gesamtgesellschaftliche Bedingungen und Manifestationsformen zu identifizieren (ENGFER 1986).

Nach Gils Modell wirkt sich strukturelle Gewalt (hier: Organisation moderner Gesellschaften) negativ auf die Lebensbedingungen (z. B. Armut, Arbeit, Wohnverhältnisse, Krankheit) der Menschen aus. Das dadurch entstehende Frustrationspotenzial findet in Form von personaler Gewalt ein Ventil am Kind – dem schwächsten Glied der Kette.

Im deutschsprachigen Raum war WOLFF (1982), Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Kinderschutz Berlin, einer der Ersten, der das Phänomen Gewalt an Kindern in einen umfassenden gesellschaftlichen Zusammenhang von Gewalttätigkeit innerhalb sozialer Beziehungen und Gewaltförmigkeit struktureller Lebensbedingungen stellte.

Das Sozialpsychologische Modell

Auch GELLES (1975) kritisiert das Negieren soziologischer Variablen in den psychopathologischen Modellen. Er vertritt die These, dass »psychopathologische Zustände zwar eine mögliche, aber nicht notwendige intervenierende Variable in der Erklärung« von Kindesmisshandlung sind.

Sein mehrdimensionales sozialpsychologisches Modell ist ein integrativer Ansatz zur Erklärung des Phänomens Gewalt an Kindern. Der Abbildung 3 ist zu

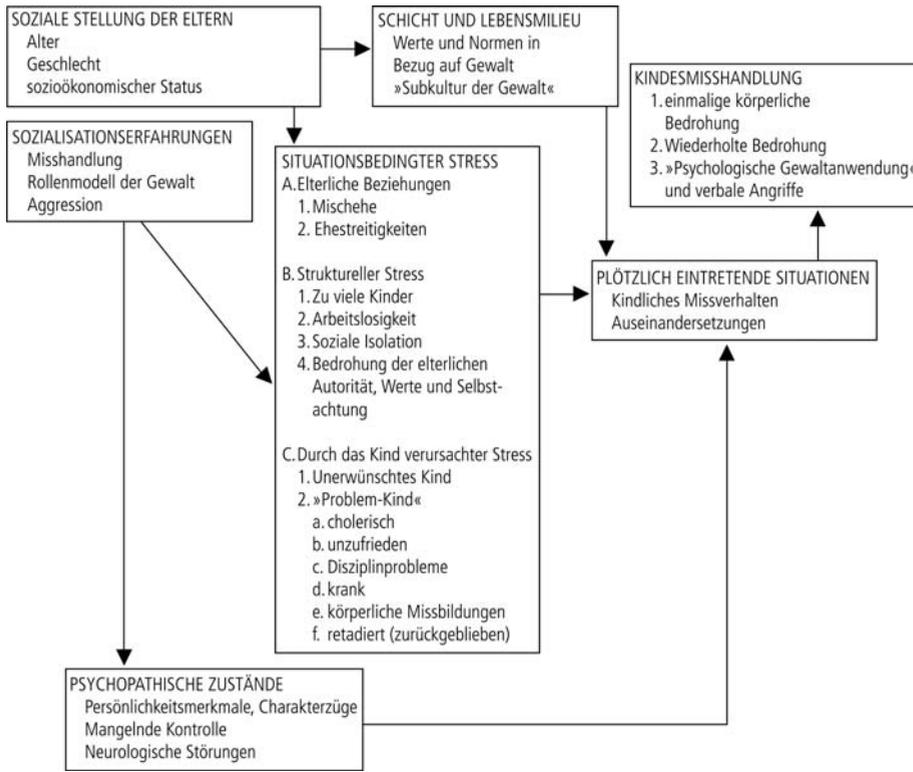


Abb. 3: Ein sozialpsychologisches Modell der Ursachen von Kindesmisshandlung. Entnommen aus: GELLES RJ (1975) Kindesmisshandlung als Psychopathologie. Eine soziologische Kritik und Neuformulierung des Problems. In: Bast et. al. (Hrsg.) Gewalt gegen Kinder. Rowohlt, Reinbek

entnehmen, dass Gelles soziale Variablen wie die soziale Stellung der Eltern, ihre Sozialisationserfahrung, Schicht und Lebensmilieu in Bezug zu so genannten psychopathischen Zuständen, situationsbedingtem Stress und plötzlich eintretenden Situationen setzt. Aus diesem komplexen Gefüge resultieren dann dem Modell zufolge Gewalthandlungen an Kindern.

2.2 Definitionen

Der wissenschaftliche Diskurs zum Thema *elterliche Gewalt* setzt die Kenntnis zahlreicher unterschiedlicher Begriffe und der ihnen zugrunde liegenden Definitionen voraus. Ebenso wie in der englischsprachigen Literatur gibt es auch in deutschsprachigen Veröffentlichungen eine Vielzahl verschiedener Termini, weshalb im Folgenden ein kurzer Überblick gegeben wird.

Gewalt an Kindern

Die Definition des Gewaltbegriffs ist unter anderem davon abhängig, aus welcher Perspektive (z. B. Soziologie, Politik, Strafrecht oder Medizin) das Phänomen betrachtet wird. Dabei herrscht jedoch auch innerhalb der verschiedenen Fachrichtungen nicht immer Einigkeit.

Ursprünglich bedeutete Gewalt lediglich die Ausübung physischen Zwangs, um Widerstand zu brechen. Dieses enge Gewaltverständnis wurde zunächst um den Einbezug psychischer Schädigungen und dann auch um die Schädigung durch Unterlassung erweitert, was in der wissenschaftlichen Debatte teils heftig kritisiert wurde (NUNNER-WINKLER 2004).

Das Phänomen »Gewalt gegen Kinder« als Problem sozialer Wirklichkeit umfasst nach SOMMER (1996) mehr als körperliche Kindesmisshandlung, und so liegt auch der vorliegenden Untersuchung zunächst einmal der zitierte erweiterte Gewaltbegriff zugrunde. Dieser wird jedoch dadurch wieder eingegrenzt, dass die – wie auch immer geartete Gewalt – nicht zufällig (also unfallbedingt) entstanden ist und als (un)mittelbare Folge der Tod des Kindes eintrat.

Kindesmisshandlung

»Jede Aussage, bei einem bestimmten Geschehen handle es sich um eine Kindesmisshandlung, koppelt Beobachtungen an Bewertungen. Jede ›Definition‹ stellt eine soziale Sinnkonstruktion dar, die Werturteile ins Spiel bringt, die historischen Veränderungen unterliegen. (...) Was in einer Gesellschaft, zu einer bestimmten Zeit, in einer bestimmten Schicht, unter bestimmten Umständen im Umgang mit Kindern als normal angesehen wird und was nicht, ist Wandlungen unterworfen, ist grundsätzlich kontrovers und gilt nicht absolut. Einen absoluten Begriff von Kindesmisshandlung kann es daher nicht geben.« (KINDERSCHUTZ-ZENTRUM BERLIN 2000)

Die mangelnde Präzision der Definition von Kindesmisshandlung und das Fehlen praxistauglicher Kriterien haben in der Literatur ein erhebliches Maß an Aufmerksamkeit gefunden (KORBIN 2002). Dennoch ist es sowohl in der Praxis als auch für Forschungszwecke vonnöten, eine Definition als Arbeitsgrundlage zu haben. Je nach Fragestellung kommen hierfür eher enge oder eher weite, umfassendere Misshandlungsbegriffe in Frage (ENGFER 1986).

Weit gefasst ist beispielsweise die Definition von WOLFF (1975), wonach Kindesmisshandlung »eine nicht zufällige gewaltsame physische und/oder psychische Beeinträchtigung oder Vernachlässigung des Kindes durch die Eltern oder Erziehungsberechtigten« darstellt, »die das Kind schädigt, verletzt, in seiner Entwicklung hemmt und gegebenenfalls zu Tode bringt«. Aus dieser umfassenden

Definition wird auch die allgemein praktizierte Einteilung der Kindesmisshandlung in körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch deutlich.

Tötungsdelikt

Tötungsdelikte sind Straftaten, durch die der Tod von Menschen vorsätzlich oder fahrlässig verursacht wird. Sie sind in Deutschland im sechzehnten Abschnitt des Strafgesetzbuches »Straftaten gegen das Leben« geregelt. Eine Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB) stellt dagegen im rein juristischen Sinne kein Tötungsdelikt dar.

Da der gewaltsame Tod eines Kindes häufig als Folge einer Körperverletzung eintritt, schließen Begriffe wie Tötungsdelikt oder Tötung streng genommen viele Fälle von vornherein aus. Dennoch wird in Veröffentlichungen der Begriff Tötung oder Tötungsdelikt auch für Fälle verwendet, die eigentlich den Straftatbestand einer Körperverletzung mit Todesfolge erfüllen.

Der Begriff Tötung oder Tötungsdelikt wird üblicherweise mit dem englischen Wort *homicide* übersetzt. Dieses beschreibt zunächst ganz allgemein den Tod durch fremde Hand, der auch zufällig oder unbeabsichtigt (z. B. als Folge einer Körperverletzung) eingetreten sein kann. Allerdings gibt es im englischen Sprachraum auch ganz unterschiedliche juristische Definitionen des Terminus. Das zeigt, dass durch die Übersetzung juristisch definierter Termini mit anderssprachigen Begriffen Inhalte oft sachlich nicht ganz zutreffend wiedergegeben werden. Bei der Betrachtung und dem Vergleich internationaler juristischer und gerichtsmedizinischer Literatur darf daher nicht vergessen werden, dass sich das deutsche Strafrecht von der Gesetzgebung anderer Länder unterscheidet.

Child homicide

Entsprechend der obigen Ausführungen bezeichnet der Begriff *child homicide* den durch fremde Hand verursachten Tod eines Kindes. Zur Verdeutlichung sei an dieser Stelle auf die englischsprachige Definition der beiden Kriminologen ALDER und POLK (2001) verwiesen: »Child homicide is operationally defined as the death of a child under the age of 18, where the case has been referred to the Coroner's Court as a suspected homicide and where the subsequent investigation by either police or the Coroner concludes that the child's death was caused by another person.«

In einer ganzen Reihe internationaler Studien wird der Terminus *child homicide* weiter unterteilt:

Unter *filicide* wird im Allgemeinen der homicide an einem Kind durch ein oder beide Elternteile bzw. elternähnliche Bezugspersonen (Stief- oder Pflegeeltern) verstanden. Der Begriff *filicide* kann von den lateinischen Begriffen für Sohn (*filius*) bzw. Tochter (*filia*) abgeleitet werden. Die entsprechende deutsche Form »Filizid« ist bisher nicht üblich.

Der Begriff *infanticide* lässt sich auf Grundlage der Literatur weniger eindeutig definieren. Während RESNICK (1969) darunter »a general term used for child murder« versteht, benutzt WILCZYNSKI (1997) den Begriff »only in its strict legal meaning, that is a woman killing her own child under 12 months in certain specified circumstances laid down in the infanticide legislation«. Die unterschiedlichen Ansätze resultieren vermutlich aus der Tatsache, dass in der römischen Antike mit dem Wort *infans* ein Kind bis zum Alter von sieben Jahren gemeint war, während das moderne Wort *infant* den Zeitraum zwischen der Geburt und der Vollendung des ersten Lebensjahres abdeckt.

Die Definition des Terminus *neonaticide* geht auf den amerikanischen Psychiater RESNICK (1969) zurück, der aus 155 Fällen in der Literatur ein Klassifikationssystem des Filizids herleitete. Er unterschied dabei zwischen dem Filizid an einem Kind, das seine Rolle in der Familie bereits innehat, und dem Neonatizid an einem Neugeborenen innerhalb der ersten (24) Lebensstunden.

In etwa vergleichbar ist die so genannte *Kindstötung*, die in Deutschland im § 217 StGB geregelt war. Danach handelte es sich bei der vorsätzlichen Tötung eines nichtehelichen Kindes in oder gleich nach der Geburt (Zeitraum, in dem die physischen und psychischen Beeinträchtigungen des Geburtsvorganges noch auf die Mutter einwirken) um einen Fall verminderter Schuld. Mit In-Kraft-Treten des Sechsten Gesetzes zur Reform des Strafrechts vom 26.1.1998 wurde der § 217 StGB ersatzlos gestrichen.

Suizidalität

»Zum Phänomenbereich der Suizidalität gehören im engeren, traditionellen Sinne alle Gedanken und Handlungen, die darauf abzielen, das eigene Leben durch Selbsttötung zu beenden« (MÖLLER 1995 a). WEDLER et al. (1995) unterscheiden drei verschiedene Formen der Suizidalität: die Suizidgefährdung, nicht-tödliche Suizidhandlungen (Parasuizid) und vollendete (tödliche) Suizide.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert *Suizid* als »eine Handlung mit tödlichem Ausgang, die der Verstorbene mit Wissen und in Erwartung des tödlichen Ausgangs selbst geplant und ausgeführt hat, mit der Absicht, die vom Verstorbenen gewünschten Veränderungen herbeizuführen« (WHO 1992).

Auch beim *Suizidversuch* sind die Selbsttötungsabsicht und die Möglichkeit der Letalität zwingend vorhanden, der Ausgang ist jedoch nicht tödlich. Die Kritik,

retrospektiv lasse sich die Selbsttötungsabsicht schwer einschätzen, führte zur Einführung des Begriffs *Parasuizid* (KELLEHER et al. 2000). Dieser umfasst neben dem Suizidversuch auch die vorsätzliche Selbstverletzung und ist definiert als eine Handlung mit nicht tödlichem Ausgang, bei der ein Mensch sich absichtlich Verletzungen zufügt oder ein Medikament/eine Droge außerhalb des allgemein anerkannten Dosisbereichs einnimmt (MÖLLER 1995 a). In der vorliegenden Untersuchung wird der oben definierte engere Begriff des Suizidversuchs verwendet, da die Selbsttötungsabsicht der Täterinnen und Täter im Rahmen des Ermittlungs- bzw. Strafverfahrens gut abgeschätzt werden konnte.

Im Jahr 1907 war der »Familienmord« Rahmenthema der 3. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin. Unter »Familienmord« oder »kombiniertem Selbstmord« wurden Suizide in Verbindung mit Tötungsdelikten an meist jugendlichen Familienmitgliedern verstanden (GEIGER 1991). Der Begriff wurde im Rahmen einer kontroversen wissenschaftlichen Auseinandersetzung in der gerichtsmedizinischen und psychiatrischen Literatur durch den Begriff des erweiterten Suizids abgelöst, der von HUBER (1998) wie folgt definiert wird: »Unter erweitertem Suizid versteht man eine Selbsttötung, der die Tötung einer oder mehrerer anderer Personen gegen deren Willen oder jedenfalls ohne ihr Einverständnis vorausgeht, wobei der Entschluss zur Selbsttötung vor der Tötung des oder der anderen gefasst wurde.« Auf Grundlage dieser Definition muss der von LANGE (1964) geforderten Differenzierung in erweiterte Suizide bzw. Suizidversuche mit depressiv-psychotischer Krankheitsursache aus altruistischen oder pseudoaltruistischen Motiven und Tötungen mit Suizid(versuchen) aus »anderen pathologischen Denk- und Erlebnisinhalten« nicht gefolgt werden.

In der vorliegenden Untersuchung werden unter Suizidalität lediglich vollendete erweiterte Suizide und erweiterte Suizidversuche subsumiert, da sich anhand des ausgewerteten Datenmaterials keine Aussagen zu einer möglichen Suizidgefährdung der Täterinnen und Täter treffen lassen.

2.3 Literaturübersicht

Kindesmisshandlung in der medizinischen Fachliteratur

Bereits Mitte des neunzehnten Jahrhunderts sah der französische Gerichtsmediziner Tardieu einen Zusammenhang zwischen dem Zustandsbild von körperlich misshandelten Kindern und dem gewalttätigen Verhalten ihrer Eltern (TARDIEU 1860). Erst Jahrzehnte später wurde die Thematik durch den amerikanischen Pädiater John Caffey wieder aufgegriffen. Er äußerte den Verdacht, dass bei sechs Kleinkindern, die an Subduralhämatomen und Frakturen der langen Röhrenknochen litten, die Knochenbrüche vom gleichen traumatischen Ereignis herrührten, das vermutlich auch die Subduralhämatome verursacht

hatte (CAFFEY 1946). Im Journal of the American Medical Association wurde 1962 der bahnbrechende Artikel des Pädiaters Heinrich Kempe mit dem Titel »The battered child syndrome« (KEMPE et al. 1962) veröffentlicht, seit dessen Erscheinen sich die internationale (medizinische) Fachliteratur intensiver mit der Problematik auseinandersetzt. Im Jahr 1977 wurde erstmals die internationale Zeitschrift »Child abuse and neglect« herausgegeben. Darüber hinaus finden sich relevante Veröffentlichungen v. a. in pädiatrischen, gerichtsmedizinischen, psychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Zeitschriften. Auch Soziologen und Sozialarbeiter, Juristen, Pädagogen und Psychologen widmen sich in zunehmendem Maße der Problematik, was sich in einer steigenden Zahl von Artikeln und Monografien äußert.

In Deutschland war es vor allem die Gerichtsmedizinerin Elisabeth Trube-Becker, die durch zahlreiche Veröffentlichungen die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit an Kindern verübter Gewalt vorangetrieben hat (z. B. TRUBE-BECKER 1964, 1966, 1973, 1982, 1989).

Trotzdem gibt es auch heute noch kaum allgemein gültige und verlässliche epidemiologische Daten zum Themenbereich Kindesmisshandlung, was einerseits auf die Vielzahl der zugrunde liegenden Definitionen und andererseits auf die hohe Dunkelziffer zurückzuführen ist.

Klassifikation des Filizids

Wissenschaftler, die das Phänomen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt untersuchen, beschäftigen sich seit geraumer Zeit damit, ein allgemein anerkanntes Klassifikationssystem zu entwickeln, nach dem individuelle Fälle von Filiziden identifiziert und kategorisiert werden können.

RESNICK (1969) war der Erste, der eine Einteilung der Filizide vornahm. Er unterschied zwischen altruistischen Filiziden (altruistic), die in der Regel mit einem elterlichen Suizid(versuch) einhergehen und verübt werden, um das Kind vor realem oder fantasierten Leiden zu schützen, Filiziden im Rahmen von akut psychotischen Krankheitsbildern (acutely psychotic), Filiziden an einem ungewollten Kind (unwanted child), nicht beabsichtigten Filiziden als Folge schwerer körperlicher Misshandlung (accidental) und Filiziden aus Rache am Ehepartner (spouse revenge). Neonatizide subsumierte er nicht unter dem Oberbegriff »flicide«, sondern betrachtete sie als ein eigenständiges Phänomen.

Der britische Psychiater SCOTT (1973) kritisierte die Betonung elterlicher Motive in Resnicks Einteilung und postulierte, dass sich die Eltern zum Zeitpunkt der Tat in einer Art Ausnahmezustand befänden, der jeglicher Rationalität entbehre und schlug daher ein Klassifikationssystem vor, das auf den auslösenden Ursachen der Gewalt basiert. Zu den Auslösern tödlich verlaufender elterlicher Gewalt

zählte er ein ungewolltes Kind (unwanted child), die Absicht, das Kind vor Leiden zu schützen (mercy killing), Aggressionen im Rahmen einer psychischen Störung (aggression attributable to gross mental pathology), Ursachen, die nichts mit dem Opfer selbst zu tun haben (stimulus arising outside the victim) und Ursachen, die beim Opfer zu suchen sind (stimulus arising from the victim).

Sechs Jahre später ergänzte sein Kollege D'ORBÁN (1979) dieses Klassifikationssystem um Neonatizide und wendete es ausschließlich auf Mütter an: Misshandelnde Mütter (battering mothers) werden danach von psychisch kranken Müttern (mentally ill mothers), Müttern, die ihr Neugeborenes töten (neonaticides), Müttern, die sich (an ihren Partnern) rächen wollen (retaliating women), Müttern von ungewollten Kindern (mothers of unwanted children) und Müttern, die ihr Kind töten, um es vor Leiden zu schützen (mercy killing) abgegrenzt.

Die kanadischen Psychiater BOURGET und BRADFORD (1990) wiesen auf die Schwierigkeit hin, einen konkreten Fall eindeutig einer bestimmten Kategorie zuzuordnen, da es als Folge des Fehlens strikter Kriterien häufig zu Überschneidungen komme. In ihrer Klassifikation werden daher verschiedene Typen klinisch relevanter Situationen berücksichtigt: Pathologische Filizide (pathological filicide) aus altruistischen Motiven oder im Rahmen einer erweiterten Suizidhandlung werden unterschieden von nicht beabsichtigten Filiziden als Folge einer körperlichen Misshandlung oder sonstiger Ursachen (accidental filicide), Filiziden aus Vergeltung (retaliating filicide), Neonatiziden (neonaticide) und von Vätern verübten Filiziden (paternal filicide).

WILCZYNSKI (1997) orientiert sich in ihrer Klassifikation an einer Einteilung von BAKER (1991) und betont die der Tat zugrunde liegenden Motive. Sie weist jedoch ausdrücklich auf die Gefahr hin, dadurch die oft komplexen Tatzusammenhänge zu simplifizieren. Ihre Kategorisierung differenziert zwischen Filiziden aus Vergeltung (retaliatory killings), Filiziden aufgrund von Eifersucht auf oder Ablehnung durch das Kind (jealousy of or rejection by the victim), Filiziden an ungewollten Kindern, zu denen auch die Neonatizide gehören (the unwanted child), Filiziden als Folge einer elterlichen Disziplinierungsmaßnahme (disciplinary), Filiziden aus altruistischen Motiven (altruistic), Filiziden im Rahmen einer elterlichen Psychose (psychosis in the parent), Filiziden im Rahmen eines Münchhausen-Stellvertreter-Syndroms (Munchausen Syndrome by Proxy), Filiziden, um einen sexuellen oder rituellen Missbrauch am Opfer oder einer anderen Person zu verdecken (killing secondary to sexual or ritual abuse of the victim or another person), Filiziden ohne Tötungsabsicht (no intent to kill or injure) und Filiziden aus unbekanntem Motiven (cases of unknown motive).

Auch die Einteilung von GUILYARDO et al. (1999) ist mit insgesamt 16 Subtypen sehr umfangreich. Ein solch ausführliches Klassifikationssystem bietet den Vorteil detaillierter Analysemöglichkeiten, aufgrund seiner Komplexität ist es aber schwer handhabbar und unübersichtlich. Der genannten Klassifizierung liegen die

fünf motivorientierten Kategorien von RESNICK (1969) zugrunde, die um weitere Motive, auslösende Faktoren und typische Situationen (z. B. Vernachlässigung, Persönlichkeitsstörungen, Alkohol- und Drogenkonsum) ergänzt wurden.

Die Kategorisierung des Teams um CHERYL L. MEYER und MICHELLE OBERMAN (2001) unterscheidet sich von den bisher erwähnten vor allem dadurch, dass soziale, kulturelle, umweltbedingte und individuelle Variablen berücksichtigt werden. Allerdings ist die Typologie mit ihren fünf Untergruppen nur auf Mütter anwendbar. In einer ersten Kategorie werden Frauen, die ihre Schwangerschaft verdrängen oder verheimlichen und deshalb nach der Geburt ihre Kinder töten, zusammengefasst (flicide related to an ignored pregnancy). Zwei weitere Kategorien befassen sich mit Müttern, die den Tod ihrer Kinder verursachen, dies jedoch nicht in Tötungsabsicht tun. Einmal sind dies Filizide als Folge einer körperlichen Misshandlung (abuse-related filicide), während Filizide aufgrund von Vernachlässigungen eine weitere Gruppe darstellen (flicide due to neglect). Hier wird unterschieden zwischen einer klassischen Vernachlässigung, bei der die Grundbedürfnisse des Kindes nicht erfüllt werden und Fällen, in denen Kinder durch unsachgemäßen Umgang zu Tode kommen. Eine eigene Gruppe bilden auch die Filizide, in denen die Mutter gemeinschaftlich mit ihrem Partner handelte (assisted/coerced filicide), und in der letzten Kategorie werden alle Filizide subsumiert, bei denen die Mütter alleine und in Tötungsabsicht handelten (purposeful filicide and the mother acted alone).

Die Typologie von ALDER und POLK, die erstmals im Jahr 2001 veröffentlicht wurde, weicht grundlegend von den beschriebenen Kategorisierungsversuchen ab, indem sie die Filizide nach dem sozialen Kontext in Neonatizide (neonaticides), tödlich verlaufende körperliche Misshandlungen (fatal physical assaults), (versuchte) erweiterte Suizide (attempted suicide, suicide), außergewöhnliche psychische Störungen (exceptional psychiatric disturbance) und andere Fälle, die sich signifikant von den übrigen vier Gruppen unterscheiden (distinctive) einteilt.

Abschließend sei die jüngste, viel diskutierte Klassifizierung von BOURGET und GAGNÉ aus dem Jahr 2002 erwähnt. Die Autoren halten frühere Einteilungen insofern für unzureichend, dass diese die multifaktorielle Genese der Filizide zu wenig berücksichtigen. Sie sprechen sich für ein flexibles Kategorisierungssystem aus, in dem psychischen Störungen, Geschlechtsunterschieden, der Impulsquelle und Neurotransmitteraktivitäten eine stärkere Bedeutung zukommt.

Nationale und internationale Studien

In Bezug auf die vorliegende Untersuchung sind vor allem Arbeiten mit einem ähnlichen Studiendesign (repräsentative nationale Erhebungen über einen definierten Zeitraum) interessant. Allerdings werden im Folgenden auch einige andere

Veröffentlichungen dargestellt, auf die wegen ihrer Relevanz, der Eindringlichkeit der Ergebnisse oder Besonderheiten im Untersuchungsansatz in der Diskussion immer wieder Bezug genommen wird.

In der deutschsprachigen Literatur bis 1985 liegen hauptsächlich Kasuistiken und Regionalauswertungen von Fällen tödlich verlaufender Gewalt an Kindern vor. 1992 initiierte der Würzburger Gerichtsmediziner Reinhard Vock die vorliegende Studie als erste Gesamterhebung in den alten Ländern der Bundesrepublik Deutschland (Vock et al. 1999 a und b). Wenig später startete eine Parallelstudie für das Gebiet der ehemaligen DDR (Vock et al. 1999 c). Seit 1990 werden im Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig alle Fälle der 40 deutschen rechtsmedizinischen Institute archiviert und untersucht, bei denen Minderjährige eines unnatürlichen Todes starben.

PHILLIP RESNICK (1969) fand bei der Suche in internationalen Literaturdatenbanken insgesamt 155 Kasuistiken (case reports). Die Berichte über tödlich verlaufende elterliche Gewalt stammen aus psychiatrischen Krankenhäusern, von niedergelassenen Psychiatern, Gefängnissen und amtlichen Leichenbeschauern und wurden zwischen 1751 und 1967 verfasst. In seiner Veröffentlichung beschreibt Resnick Alter und Geschlecht von Täterinnen, Tätern und Opfern, die elterlichen Motive sowie die psychiatrischen Diagnosen.

Der Psychiater D'ORBÁN (1979) wertete die Akten von 89 Müttern aus, die wegen (versuchten) Filizids an ihren leiblichen Kindern unter 16 Jahren zwischen 1970 und 1975 in einem britischen Frauengefängnis untergebracht waren. Zusätzlich wurden 46 % der Täterinnen vom Autor persönlich untersucht. D'Orbáns Interesse galt dabei einer Vielzahl einzelner Aspekte, unter anderem der tatauflösenden Situation.

JASON et al. (1983) untersuchten aufgrund von Datenerhebungen des FBI Fälle tödlich verlaufender Gewalt an Kindern in den USA zwischen 1976 und 1979. Sie analysierten dabei vor allem Geschlecht und Hautfarbe (»race«) der Täterinnen, Täter und Opfer, ihr Verhältnis zueinander sowie die Art des tödlichen Waffengebrauchs.

In einer retrospektiven Untersuchung erhoben BOURGET und BRADFORD (1990) die relevanten demografischen und klinischen Daten von 13 kanadischen Elternteilen, die den Tod ihrer Kinder verursacht hatten und deswegen zwischen 1978 und 1986 in der Forensischen Abteilung der Universitätsklinik Ottawa psychiatrisch begutachtet wurden.

Im Rahmen einer auf den Eintragungen in den Todesbescheinigungen basierenden Erhebung der beiden schwedischen Gerichtsmediziner SOMANDER und RAMMER (1991), in der alle Fälle tödlich verlaufender Gewalt an Kindern unter 15 Jahren in Schweden im Zeitraum von 1971 bis 1980 erfasst wurden, wurden die Hauptcharakteristiken tödlich verlaufender innerfamiliärer Gewalt denen außerfamiliärer Gewalt gegenübergestellt.

Der amerikanische Psychiater PITT veröffentlichte 1995 gemeinsam mit ERIN BALE einen Artikel, der den internationalen Forschungsstand zu Neonatiziden, Infantiziden und Filiziden zusammenfasst und dabei u. a. auf die Täterinnen und Täter, die Opfer und die Motive der Tat eingeht. Die neuseeländischen Psychiater STANTON und SIMPSON (2002) ergänzten mit ihrem Reviewartikel diese Veröffentlichung.

WILCZYNSKI (1997) bezieht sich in ihrer Monografie »Child Homicide« auf drei verschiedene Untersuchungen, an denen sie selbst beteiligt war: Eine Forschungsarbeit am Institut für Kriminologie der Universität Cambridge in den Jahren 1989 bis 1993 sowie zwei regionale australischen Studien bilden die Grundlage ihrer umfassenden quantitativen und qualitativen Analyse von Fällen tödlich verlaufender Gewalt an Kindern.

Grundlage der kriminologischen Analyse von ALDER und POLK (2001) sind 19 Fälle tödlich verlaufender Gewalt an Kindern unter 19 Jahren in Victoria, Australien, die mit britischen und nordamerikanischen Statistiken verglichen werden. Die Falldarstellungen basieren auf Untersuchungen des amtlichen Leichenbeschauers zwischen 1985 und 1995.

Eine finnische Forschungsgruppe untersuchte innerfamiliäre Fälle von tödlich verlaufender Gewalt an Kindern, die sich im 25-Jahreszeitraum von 1970 bis 1994 ereigneten. Grundlage der Untersuchung waren die Todesbescheinigungen aller unnatürlichen Todesfälle von Kindern unter 14 Jahren. Im Rahmen der Studie wurden die Inzidenz, die Todesursachen sowie demografische Charakteristiken herausgearbeitet (VANAMO et al. 2001).

Basierend auf allen Fällen, die zwischen Januar 1991 und Mai 1998 dem amtlichen Leichenbeschauer in Quebec, Kanada, vorgestellt wurden, analysierten BOURGET und GAGNÉ (2002) retrospektiv 34 Fälle, in denen Mütter den Tod ihrer Kinder verursacht hatten, unter psychiatrischen Gesichtspunkten.

FAROOQUE und ERNST (2003) werteten die Daten von 19 Patientinnen und Patienten aus, die sich zwischen August 1993 und April 2001 wegen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt einer psychiatrischen Untersuchung unterziehen mussten. Die Angaben wurden medizinischen und Gerichtsakten, Berichten von Familienmitgliedern oder anderen Sekundärquellen entnommen. Ein besonderes Interesse galt den intellektuellen Fähigkeiten der meist psychisch kranken Täterinnen und Täter.

Ziel einer Studie über Filizide an Kindern unter 18 Jahren in der Türkei war das Aufdecken soziodemografischer Faktoren und die Beurteilung der Schuldfähigkeit der Täterinnen und Täter. Die Untersuchung deckt den Fünfjahreszeitraum von 1995 bis 2000 ab. Die Daten wurden auf Grundlage von 85 Fällen im Institut für Gerichtliche Medizin in Istanbul erhoben (KARAKUS et al. 2003).

Im Dezember 2003 veröffentlichte UNICEF die Ergebnisse einer Untersuchung über Todesfälle von Kindern durch Misshandlung und Vernachlässigung in den

Industrienationen, in der erstmals der Versuch unternommen wurde, vergleichbare Daten aus den industrialisierten Ländern auszuwerten. Basierend auf der Mortalitätsstatistik der WHO, die auf Grundlage der Angaben einzelner Staaten zu Todesursachen und Bevölkerungszahlen erstellt wird, erfasst die Studie größtenteils den Fünfjahreszeitraum von 1995 bis 1999, in einzelnen Staaten wurden jedoch frühere Fünfjahreszeiträume ausgewertet. Die Autoren analysieren vor allem die Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt im internationalen Vergleich sowie deren Zusammenhang mit der Verbreitung von Gewalt in der Gesellschaft.

3. Eigene Untersuchung

3.1 Ziel der Studie

Trotz der ständig wachsenden Zahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen zum Thema »Gewalt an Kindern« sind die Kenntnisse über Häufigkeit, Ursachen und Folgen elterlicher Gewalt sowie möglicher Präventions- und Therapieansätze immer noch unzureichend.

Ziel der Gesamterhebung, in der erstmals bundesweit alle Fälle tödlich verlaufender Gewalt an Kindern unter 18 Jahren erfasst wurden, war es, die Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt an Kindern inklusive der Dunkelziffer zu erforschen und verlässliche Erkenntnisse über Soziologie, Kriminologie und Traumatologie zu gewinnen.

Die in die Studie eingebettete, vorliegende Dissertation analysiert 231 Fälle, in denen Kinder Opfer tödlich verlaufender Gewalt durch ihre Eltern oder elternähnlichen Bezugspersonen wurden (Filizide), aus psychiatrischer Sicht. Dabei wurden folgende Fragestellungen untersucht:

1. Wie häufig kam es im Untersuchungszeitraum zu tödlich verlaufender elterlicher Gewalt?
2. Gibt es regionale Unterschiede oder Besonderheiten im Auftreten tödlich verlaufender elterlicher Gewalt?
3. Welche Aussagen lassen sich über den Tatzeitpunkt (Jahreszeit, Wochentag, Tageszeit) treffen?
4. In der Vergangenheit wurden in einer Reihe von Erklärungsansätzen wissenschaftlich fragwürdige Tätertypen beschrieben. Gibt es die typische Täterin oder den typischen Täter?
5. Beeinflussen schichtspezifische Merkmale die Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt?
6. Welche Rolle spielen psychische Störungen der Täterinnen und Täter für das Auftreten tödlich verlaufender elterlicher Gewalt?
7. Welche Bedeutung haben die Merkmale Geschlecht, Alter und Geschwisterposition des Kindes für das Auftreten tödlich verlaufender elterlicher Gewalt?
8. Welche Interventions- oder Präventionsmaßnahmen sind erforderlich, um die Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt in Zukunft zu senken?

Anhand der Daten sollen wichtige Ansatzpunkte für die interdisziplinäre Zusammenarbeit aufgezeigt werden, deren Ziel es ist, tödlich verlaufende elterliche Gewalt möglichst zu vermeiden. Darüber hinaus soll der noch vorhandene Forschungsbedarf herausgestrichen und dazu beigetragen werden, die zum Teil sehr emotional und ideologisch geführte Diskussion in Richtung einer größeren Wissenschaftlichkeit zu lenken.

3.2 Material und Methoden

Ermittlung der Rohdaten

Als Untersuchungszeitraum wurde der Fünfjahreszeitraum vom 1.1.1985 bis zum 31.12.1989 festgelegt.

Alle 29 rechtsmedizinischen Institute der früheren Bundesrepublik Deutschland beteiligten sich an der multizentrischen Studie, indem sie dem Studienzentrum am Institut für Rechtsmedizin der Julius-Maximilians-Universität Würzburg die Rohdaten (Sektionsnummer, zuständige Staatsanwaltschaft, Aktenzeichen) von Fällen mitteilten, bei denen Kinder unter 18 Jahren durch fremde Hand verstarben; ausgenommen waren Fälle von Kindstötung (siehe Kapitel Definitionen) und eindeutige Unfälle.

Um eine Vollerhebung zu gewährleisten, wurden auch die Pathologischen Institute in die Untersuchung einbezogen. 92 % aller Pathologischen Institute beantworteten die Anfrage des Studienzentrums. Im Untersuchungszeitraum wurden in diesen Instituten jedoch keine getöteten Kinder oder Jugendliche obduziert.

Für die Studie ergaben sich für den Untersuchungszeitraum 357 relevante Fälle. Da 67 der verstorbenen Kinder Geschwister waren, die Täterin oder der Täter also die- bzw. derselbe war (wie es z. B. im Rahmen von erweiterten Suiziden häufig vorkommt), handelt es sich um 317 Ermittlungs- und Strafakten, die zum Zwecke der Datenerhebung eingesehen werden mussten.

Inhalt der Ermittlungs- und Strafakten

Die Akten umfassen je nach Delikt und Ausgang des Verfahrens wenige Seiten bis hin zu mehreren Aktenordnern.

In einer vollständigen Ermittlungs- und Straftakte sind in der Regel folgende Dokumente enthalten: Anzeige einer Straftat, polizeilicher Ermittlungsbericht, Totenschein, Sektionsprotokoll, evtl. ergänzt durch ein schriftliches rechtsmedizinisches Gutachten unter Berücksichtigung bestimmter Fragestellungen, Haftbefehl, Vernehmungsniederschriften, Presseberichte, polizeiliches Führungszeug-

nis des/der Tatverdächtigen, Aktenvermerke und Verfügungen, psychiatrisches Gutachten, eventuell ergänzt durch ein testpsychologisches Zusatzgutachten, Anklageschrift, Urteil, Revisionsanträge und -begründungen sowie eventuelle Bewährungsentscheidungen. Darüber hinaus können je nach Art des Delikts persönliche Briefe des/der Beschuldigten vor der Tat oder während der Haft, Unterlagen über medizinische Untersuchungen und/oder Behandlungen von Täterin/Täter oder Opfer, Berichte des Jugendamtes oder Fahndungsunterlagen enthalten sein.

Einsichtnahme in die Ermittlungs- und Strafakten

Den Justizministerien bzw. Generalstaatsanwaltschaften der einzelnen Bundesländer wurde die geplante Studie vorgestellt und um Erlaubnis zur Akteneinsicht gebeten. Diese wurde ausnahmslos unter Wahrung der unterschiedlichen datenschutzrechtlichen Auflagen gewährt.

Danach wurde mit den leitenden Oberstaatsanwälten die Vorgehensweise bei der Akteneinsichtnahme geklärt. Einige Staatsanwaltschaften schickten die Akten direkt an das Studienzentrum. In der Mehrzahl der Fälle mussten die Akten jedoch in den Räumen der jeweiligen Staatsanwaltschaft eingesehen werden.

In 94,4 % der Fälle konnten die Ermittlungs- und Strafakten eingesehen und ausgewertet werden:

- In sechs Fällen war die staatsanwaltschaftliche Akte nicht mehr aufzufinden, das rechtsmedizinische Institut stellte jedoch die Sektionsunterlagen zur Verfügung.
- In einem Fall waren sowohl die staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakte als auch die Sektionsunterlagen nicht mehr auffindbar. Die Obduzenten schickten dem Studienzentrum einen ausgefüllten Erhebungsbogen zu.
- In acht Fällen übersandte die Staatsanwaltschaft eine anonymisierte Urteilsabschrift.
- In einem Fall verweigerte der Täter die Einsicht in die Strafakte.
- In einem Fall gewährte der leitende Oberstaatsanwalt weder Einsicht in die Strafakte noch war er bereit, ein anonymisiertes Urteil zur Auswertung zu übersenden. Er teilte lediglich die Art des Delikts (Verdeckungsmord nach Sexualstraftat) und das Strafmaß mit.
- Ein rechtsmedizinisches Institut übersandte nur die ausgefüllten Erhebungsbögen seiner drei Fälle in anonymisierter Form. Das Studienzentrum konnte die Akten selbst nicht einsehen.

Von den Sektionsprotokollen, Gutachten und Urteilen sowie eventuell zusätzlich relevanten Dokumenten (Zeugenaussagen, Korrespondenz etc.) wurden Fotokopien angefertigt, die entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen im Studienzentrum (zunächst Würzburg, später Leipzig) aufbewahrt werden.

Kategorisierung der Fälle und Themenvergabe

Die Auswertung der Ermittlungs- und Strafsakten begann 1995. Einige Akten standen erst spät zur Verfügung (Vorlage wegen Haftprüfung, Revision, Einsichtnahme durch den psychiatrischen Gutachter etc.), so dass sich die Auswertung verzögerte.

Zunächst wurden die Akten gesichtet (Auswertungsbogen I siehe Anlage) und die Fälle kategorisiert (»einmalige Kindesmisshandlung«, »fortgeschrittene Kindesmisshandlung«, »Kindesvernachlässigung«, »erweiterter Suizid«, »versuchter erweiterter Suizid«, »Sexualdelikt«, »Kinder töten Kinder«, »Tod im Streit«, »psychiatrische Taten« und »Sonstiges«), um eine sinnvolle thematische Auswertung zu ermöglichen.

Daraufhin wurden innerhalb der Arbeitsgruppe drei Promotionsthemen vergeben: eine rechtsmedizinische Dissertation über die Fälle tödlicher Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, eine rechtsmedizinische Dissertation über alle 357 getöteten Kinder sowie die vorliegende Untersuchung, in die 231 Kinder einbezogen wurden, deren Tod durch ihre Eltern oder elternähnliche Bezugspersonen (Stief- oder Pflegeeltern, neuer Partner eines leiblichen Elternteils) verursacht wurde (Filizide). Auf eine weitere Unterteilung der Filizide wurde aus den in der Einleitung beschriebenen Gründen verzichtet, wenn auch an einzelnen Stellen der Arbeit z. B. selektiv auf (versuchte) erweiterte Suizide oder tödlich verlaufende körperliche Misshandlung eingegangen wird.

Zu den 231 Kindern gehören 195 Straf- und Ermittlungsakten, da 67 Kinder Geschwister waren (28 Geschwisterpaare, zweimal drei Geschwister und einmal fünf Geschwister). Es handelt sich um 197 Einzeltaten, da in zwei Familien die betroffenen Geschwister in einem zeitlichen Abstand von einer Woche bzw. 16 Monaten Gewaltopfer wurden. Die Gesamtzahl (n) variiert also in den Ergebnissen, je nachdem ob die Opfer (n=231), Fälle/Familien (n=195) oder Taten (n=197) betrachtet werden.

Abbildung 4 gibt einen Überblick darüber, welche im Untersuchungszeitraum verstorbenen Kinder in die vorliegende Untersuchung aufgenommen wurden (linke Spalte) und welche nicht erfasst wurden (rechte Spalte).

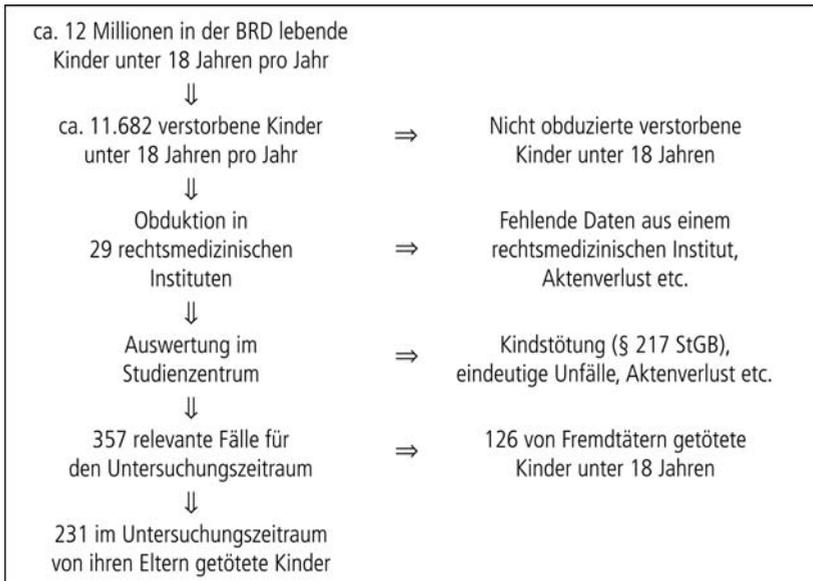


Abb. 4: Zur Erhebung der betroffenen Kinder aus den im Untersuchungszeitraum in der Bundesrepublik Deutschland (alte Länder) lebenden Kindern unter 18 Jahren; Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT (2002)

Der Erhebungsbogen

Für die Datenanalyse wurde ein Erhebungsbogen (siehe Anlage II) entworfen, der aus einem »Erkennungsbogen« und einem Auswertungsteil besteht. Der »Erkennungsbogen« erlaubt eine Zuordnung zur zugehörigen Ermittlungs- oder Strafsakte. Der Auswertungsteil umfasst insgesamt 89 Items. Neben allgemeinen Informationen zu Täterinnen, Tätern und Opfern, wie Alter, Geschlecht etc., werden die Umstände der Tat, die sozialen Verhältnisse der Familie, die familiäre Situation, Intelligenz und Bildungsstand der Täterinnen und Täter, psychische Störungen, (psycho-)somatische Erkrankungen, Besonderheiten während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, juristische Konsequenzen sowie eventuelle Präventionsansätze erfasst. Jedem Fall, d.h. jeder Ermittlungsakte ist ein Erhebungsbogen zugeordnet, der Informationen zu beiden Elternteilen und zu allen getöteten Geschwisterkindern enthalten kann.

Auswertung der Akten

Die 195 für die vorliegende Dissertation relevanten Akten wurden nun erneut gesichtet. Die vorhandenen Informationen zu den Fragestellungen der einzelnen Items wurden den Akten entnommen und mithilfe der Erhebungsbögen dokumentiert.

Nach Abschluss dieser Auswertung wurde im Datenverarbeitungsprogramm Access 97 eine Datenbank bestehend aus drei miteinander verknüpften Tabellen erstellt und das Datenmaterial eingegeben. Anschließend wurde eine Vielzahl von Auswahlabfragen durchgeführt und auf ihre Relevanz hin überprüft. Auf die Analyse einiger Items wurde bewusst verzichtet:

- Angaben zur Religionszugehörigkeit des Täters/der Täterin (Item 8) wurden nicht ausgewertet, da den Akten häufig keine aussagekräftigen Angaben zu entnehmen waren.
- Aufgrund der in Kapitel 2 beschriebenen Probleme bei der Definition mussten Angaben zur Kindheit des Täters/der Täterin und zu einer eventuellen eigenen Misshandlung in der Vorgeschichte (Item 9 und 10) außer Acht gelassen werden.
- Obwohl die finanzielle Situation der Familie Relevanz für die Beschreibung der sozialen Lage hat, musste auf die Auswertung der Items 11 und 12 verzichtet werden: Das Datenmaterial war nicht miteinander vergleichbar. (In einigen Akten wird das Nettoeinkommen angegeben, in anderen das Bruttoeinkommen. Bei Familien, die Sozialhilfe beziehen, wird in einigen Fällen die Wohnungsmiete vom Sozialamt übernommen, in anderen Fällen nicht. Darüber hinaus konnte in den wenigsten Fällen die Höhe der Schulden in Relation zum Einkommen gesetzt werden.)
- In einigen der Akten sind Angaben über die Wohnverhältnisse (Item 13 und 15) zu finden, eine detaillierte Auswertung erschien jedoch aus folgenden Gründen nicht sinnvoll: Angaben zur Wohnungsgröße fallen sehr unterschiedlich aus und reichen z. B. von »Reihenhaus« über »3-Zimmer-Wohnung« bis hin zu genauen Quadratmeterzahlen. Angaben zur Ordnung und Sauberkeit in der Wohnung wurden sowohl aus inhaltlichen Gründen als auch wegen der Subjektivität der Aussage nicht ausgewertet. Nichtsdestotrotz kommt beiden Punkten bei *einzelnen* Taten eine erhebliche Bedeutung zu.
- Die Fragen zur Anzahl der Geschwister (Item 21 bis 24) haben sich im Rahmen der Auswertung als zu ungenau formuliert herausgestellt, so dass sie nicht berücksichtigt werden konnten.
- Items, die »Juristische und kriminologische Aspekte« betreffen (Item 39 bis 53) wurden nur im Hinblick auf psychiatrische Fragestellungen (Schuldfähigkeit, Suizidalität, Alkoholspiegel zum Tatzeitpunkt) ausgewertet.
- Das Datenmaterial zu eventuellen Suiziden oder Suizidversuchen in einem

Zweijahreszeitraum nach der Tat ist so lückenhaft, dass auf die Analyse von Item 57 verzichtet wurde.

- Die Items zu Schwangerschaft und Geburt (Item 64 bis 70) wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht ausgewertet, da sich das Aktenmaterial in Form von Gerichtsakten für diese Art von Fragestellung nur als sehr bedingt geeignet erwiesen hat.
- Aus dem gleichen Grund wurden die Items zum Wochenbett (Item 71 bis 74) nur dann in die Auswertung einbezogen, wenn sie unmittelbare Relevanz für den Tod des Kindes besaßen (z. B. bei einer Tat im Rahmen einer »Wochenbettpsychose« der Mutter).
- Auf die Analyse der Angaben zu den Opfern (Item 38 und Items 75 bis 82) wurde weitestgehend verzichtet, da sich die vorliegende psychiatrische Arbeit hauptsächlich mit dem Aufzeigen elterlicher Merkmalskonstellationen auseinandersetzt. Dennoch wird der Vollständigkeit halber kurz auf das Geschlecht der Opfer, die Altersstruktur und die Geschwisterposition eingegangen.
- Auf eine »endgültige Kategorisierung« der Fälle wurde aus methodischen Gründen verzichtet.

Eine Reihe von Items (beispielsweise die »Beziehung zum Partner«, der »Tatauslöser« oder »präventive Aspekte«) flossen zwar in die Auswertung ein, haben aber keinen eigenen Platz in der Beschreibung der Ergebnisse. Auf eventuelle Probleme bei der Erhebung oder Analyse der ausgewerteten Items wird jeweils unter den betreffenden Punkten genauer eingegangen.

Beschreibende Statistik und Vergleichsdaten

Im Rahmen der deskriptiven Statistik wurden die in Access 97 durchgeführten Auswahlabfragen im Tabellenkalkulationsprogramm Excel 97 weiter bearbeitet und Diagramme erstellt. Als charakteristische Kenngrößen wurden neben relativen und absoluten Häufigkeiten, Minimum, Maximum, Mittelwert und Median berechnet. Die Karte mit der regionalen Verteilung der Fälle wurde mit MapPoint 2002 erstellt, die Verteilungskurve der Intelligenzquotienten mit SPSS Version 11.

Vergleichsdaten wurden größtenteils dem Statistischen Jahrbuch 1987 entnommen. Ergänzt wurden diese Angaben durch persönliche Mitteilungen des Statistischen Bundesamtes, des Bundeskriminalamts (BKA) und von dpa. Bundesweite Vergleichsdaten zu psychischen Störungen liegen nicht vor, weshalb diesbezügliche Ergebnisse erst im Diskussionsteil mit Angaben aus der psychiatrischen Fachliteratur verglichen werden.

3.3 Beschreibung der Ergebnisse

3.3.1 Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt an Kindern

Gesamtkollektiv

Für den Untersuchungszeitraum vom 1.1.1985 bis 31.12.1989 teilten die rechtsmedizinischen Institute dem Studienzentrum die Rohdaten von insgesamt 357 Kindern mit, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres durch fremde Hand verstarben. Nicht in dieser Zahl enthalten sind eindeutige Unfälle und Fälle von Kindstötung (§ 217 StGB).

Abbildung 5 zeigt, wie viele Kinder in welchem Tatjahr an den Folgen einer Gewalteinwirkung verstarben.

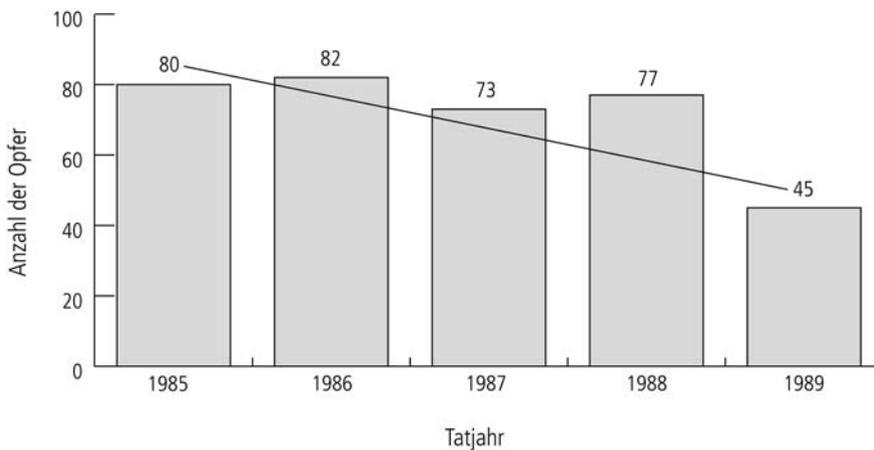


Abb. 5: Absolute Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt an Kindern unter 18 Jahren nach Tatjahren (n=357)

In den ersten vier Jahren des Untersuchungszeitraums wurden jährlich zwischen 73 und 82 Kinder Opfer tödlich verlaufender Gewalt. (Der Mittelwert liegt bei 78 Kindern, der Median bei 78,5 Kindern.) Dagegen wurden dem Studienzentrum für das Jahr 1989 mit 45 verstorbenen Kindern deutlich weniger Opfer gemeldet. Insgesamt betrachtet ist die Anzahl der Opfer rückläufig. Aus diesen Angaben lässt sich die so genannte child homicide rate (Anteil der durch fremde Hand verstorbenen Kindern bezogen auf 100 000 im Untersuchungszeitraum in der Bundesrepublik Deutschland lebende Kinder unter 18 Jahren) berechnen. Sie liegt zwischen 0,6 und 0,7 (Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 62).

Der Anteil der in der Studie erfassten kindlichen Gewaltopfer an den in den alten Ländern der Bundesrepublik Deutschland verstorbenen Kindern unter

18 Jahren ist der Tabelle 1 zu entnehmen. In den ersten vier Jahren des Untersuchungszeitraums (1985 bis 1989) betrug er konstant 1 bis 1,1 %, 1989 lag der Anteil dagegen bei nur 0,7 %.

Tab. 1: Anteil Gewaltopfer an gestorbenen Kindern unter 18 Jahren;
Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT (2002), persönliche Mitteilung

	1985	1986	1987	1988	1989	Summe
Gestorbene Kinder < 18 Jahren	7447	7321	7000	6739	6342	34.849
Opfer tödlich verlaufender Gewalt	80	82	73	77	45	357
Anteil Gewaltopfer an verstorbenen Kindern < 18 Jahren	1,1 %	1,1 %	1,0 %	1,1 %	0,7 %	1,0 %

Tödlich verlaufende elterliche Gewalt

Unter den 357 durch fremde Hand verstorbenen Kindern fanden sich 231 Opfer tödlich verlaufender elterlicher Gewalt. Das heißt, dass fast zwei Drittel (64,7 %) der Kinder, die an den Folgen ihnen zugefügter Gewalt verstarben, durch die Hand ihrer Eltern oder elternähnlicher Bezugspersonen ums Leben kamen. Im Mittel wurden im Untersuchungszeitraum jährlich etwa 50 Kinder Opfer tödlich verlaufender elterlicher Gewalt. (Der Mittelwert liegt bei 46,2 Kindern, der Median bei 51 Kindern.)

Abbildung 6 zeigt in einer Gegenüberstellung von »Gesamtkollektiv« (n = 357) und »Opfern tödlich verlaufender elterlicher Gewalt« (n = 231) die Verteilung der verstorbenen Kinder auf die Tatjahre im Untersuchungszeitraum.

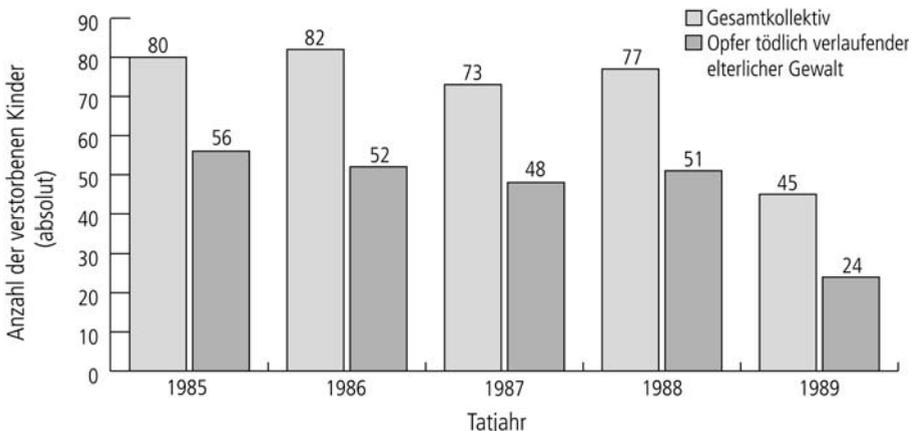


Abb. 6: Anteil tödlich verlaufender elterlicher Gewalt am Gesamtkollektiv nach Tatjahren

Der Anteil elterlicher Gewalt am Gesamtkollektiv war 1985 mit 70 % am höchsten, lag in den Jahren 1986 bis 1988 um die 65 % und war 1989 mit 53,3 % deutlich niedriger als in den Vorjahren. Auch hier war die Anzahl der Opfer insgesamt rückläufig.

3.3.2 Regionale Verteilung

Bei Betrachtung des gesamten Gebietes der früheren Bundesrepublik Deutschland kam es im untersuchten Fünfjahreszeitraum zu 0,32 Fällen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt bezogen auf 100 000 Einwohner.

Die Fälle verteilen sich jedoch nicht gleichmäßig auf die einzelnen Regionen: In Relation zur Einwohnerzahl der einzelnen Bundesländer und Stadtstaaten ereigneten sich die meisten Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt in Berlin (West) (0,48 Fälle/100 000 Einwohner), Bremen (0,46 Fälle/100 000 Einwohner) und Nordrhein-Westfalen (0,41 Fälle/100 000 Einwohner). Verglichen mit der Bevölkerungsdichte von 1985 (Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 53) fällt auf, dass es sich bei den genannten Ländern um drei der vier Länder mit der höchsten Bevölkerungsdichte handelt. Hamburg – mit der zweithöchsten Bevölkerungsdichte – liegt dagegen mit 0,25 Fällen/100 000 Einwohner unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. Die beiden Länder mit der niedrigsten Bevölkerungsdichte (Niedersachsen und Bayern) verzeichneten unterdurchschnittlich wenig Fälle, in Schleswig Holstein, dem Land mit der drittkleinsten Bevölkerungsdichte, war die Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt mit 0,11 Fällen/100 000 Einwohner auffallend niedrig.

Abbildung 7 (S. 36) gibt einen Überblick über die Anzahl der Fälle in Bund und Ländern (bezogen jeweils auf 100 000 Einwohner des entsprechenden Landes bzw. des Bundes). Abbildung 8 (S. 36) zeigt die geografische Verteilung und die Häufigkeit der Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt in den alten Ländern der Bundesrepublik Deutschland (n = 185). In zehn Fällen konnten den Akten keine Angaben über den Tatort bzw. den Wohnort der Familie entnommen werden.

Bei genauer Betrachtung der Abbildung 8 zeigt sich, dass im Umkreis der beteiligten rechtsmedizinischen Institute (Aachen, Berlin, Bonn, Bremen, Dortmund, Düsseldorf, Duisburg, Erlangen, Essen, Frankfurt/Main, Freiburg, Gießen, Göttingen, Hamburg, Hannover, Homburg/Saar, Kiel, Köln, Lübeck, Mainz, Marburg, Memmingen, München, Münster, Stuttgart, Tübingen, Ulm und Würzburg) in der Regel mehr Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt bekannt wurden als in Regionen mit größerer räumlicher Distanz zu den zuständigen rechtsmedizinischen Zentren.

Die 195 Fälle verteilen sich auf 69 Staatsanwaltschaften mit unterschiedlich großen Versorgungsgebieten. Das Minimum der Fälle pro Staatsanwaltschaft

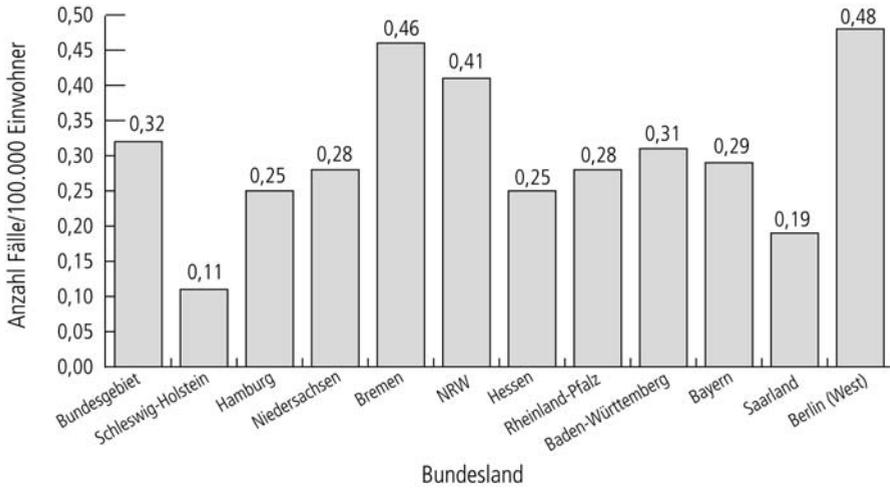


Abb. 7: Verteilung der Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt auf Bund und Länder (bezogen jeweils auf 100 000 Einwohner); Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 53

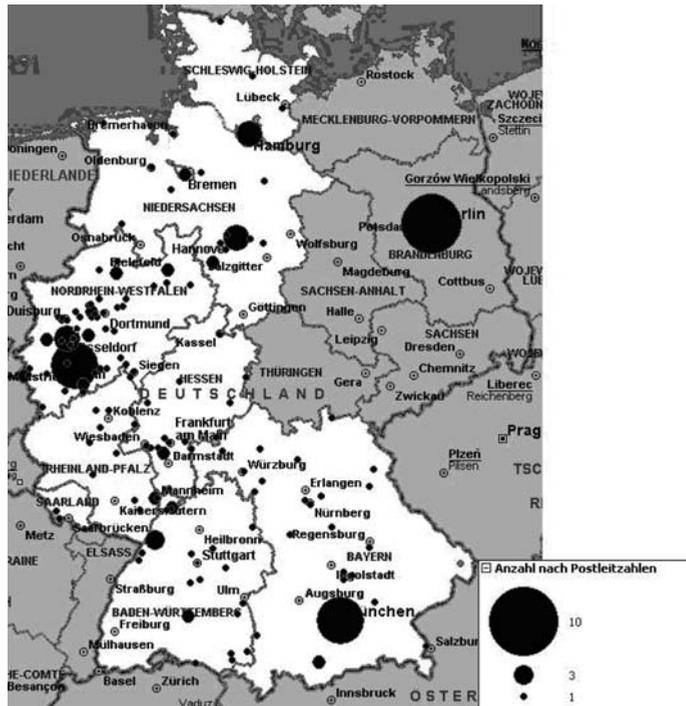


Abb. 8: Geografische Verteilung und Häufigkeit der Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt in den alten Ländern der Bundesrepublik Deutschland (n=185)

liegt bei einem Fall, das Maximum bei neun Fällen. Der Median beträgt zwei Fälle, der Mittelwert 2,83 Fälle. Ein Trend zur Häufung der Fälle in großstädtischen Staatsanwaltschaften (jeweils neun Fälle in München, Köln, Hannover und Berlin) lässt sich erkennen, aber nicht verallgemeinern (lediglich vier Fälle in Frankfurt am Main und nur drei Fälle in Hamburg).

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die bayerische Landeshauptstadt München mit ihren zwei Staatsanwaltschaften: Der Staatsanwaltschaft München I obliegt die Verfolgung von Straftaten, bei denen die Tatorte im Bereich der Landeshauptstadt München und des Landkreises München liegen. Im Zuständigkeitsbereich der Staatsanwaltschaft München I wohnen aktuell rund 1,4 Millionen Personen. Im Untersuchungszeitraum betreute die Staatsanwaltschaft neun Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt. Der Staatsanwaltschaft München II dagegen obliegt die Verfolgung von Straftaten, bei denen die Tatorte in den Bereichen der Amtsgerichte Dachau, Ebersberg, Fürstfeldbruck, Garmisch-Partenkirchen, Miesbach, Starnberg, Weilheim und Wolfratshausen liegen. Im Einzugsbereich wohnen aktuell ca. 958 000 Personen. Im Untersuchungszeitraum betreute die Staatsanwaltschaft drei Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt. Alle zwölf Fälle wurden dem Studienzentrum vom Institut für Rechtsmedizin der Universität München gemeldet.

3.3.3 Der Tatzeitpunkt

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit dem Zeitpunkt der Taten ($n = 197$), der nicht mit dem Todeszeitpunkt der Opfer gleichgesetzt werden darf. Der Tod als Folge schwerwiegender Verletzungen tritt häufig erst einige Zeit nach der Gewaltausübung ein (Stunden bis Tage, unter Umständen auch Wochen oder Monate).

Die Angaben zum Tatzeitpunkt wurden den Ermittlungs- und Strafakten entnommen und basieren in der Regel auf Aussagen der Täterinnen und Täter oder Zeugen.

Im Rahmen der Untersuchung des Tatzeitpunkts wurde auch überprüft, ob es am Tattag allgemeine (z. B. Feiertage) oder persönliche (z. B. Geburtstage) Besonderheiten gab. Bei insgesamt 169 Taten gab es am Tattag keinerlei Besonderheiten (44-mal keine Angabe, 125-mal keine Besonderheiten). Da es sich bei den 28 genannten Besonderheiten größtenteils um Einzelnennungen handelt, ein Zusammenhang mit den Taten also nicht hergestellt werden kann, wird auf eine detaillierte Darstellung verzichtet.

Saisoniales Auftreten

Im Schnitt ereigneten sich im Untersuchungszeitraum monatlich 15 Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt (der Mittelwert liegt bei 15 Taten, der Median bei 15,5 Taten). Die Anzahl von Taten schwankt zwischen zehn Taten in den Monaten Mai, Juli und August und 21 Taten im Juni. Betrachtet man die Verteilung auf die meteorologischen Jahreszeiten, so ereigneten sich im Frühling (März bis Mai) 46 Taten, im Sommer (Juni bis August) 41 Taten, im Herbst (September bis November) 48 Taten und im Winter (Dezember bis Februar) 45 Taten. Auffällig sind die warmen, hellen Monate: Gäbe es die deutliche Häufung von Taten im Juni nicht, könnte man davon ausgehen, dass es in diesen Monaten seltener zu tödlich verlaufender elterlicher Gewalt kommt.

Abbildung 9 gibt einen Überblick über die Verteilung der Taten auf die einzelnen Monate. In die Darstellung flossen lediglich 180 Taten ein, da 17 Taten kein Tatmonat zugeordnet werden konnte. Dabei handelt es sich 14-mal um eine Kindesvernachlässigung über einen mehrmonatigen Zeitraum bzw. um eine mehrzeitige Gewalteinwirkung im Sinne einer Misshandlung, die sich über mehrere Monate erstreckte.

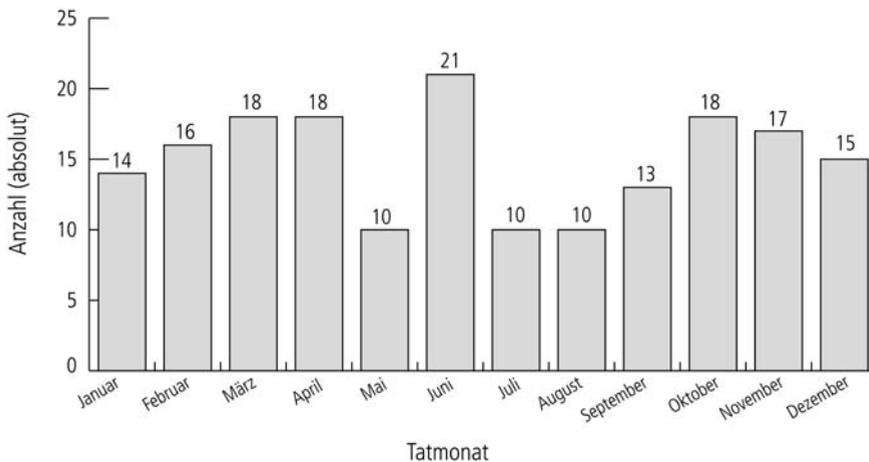


Abb. 9: Anzahl der Taten in den Monaten Januar bis Dezember bezogen auf den Untersuchungszeitraum (n=180)

Wochentage

Eindeutiger verhält es sich dagegen bei den Tattagen: An Montagen ereigneten sich mit 39 Taten fast doppelt so viele Taten wie an den anderen Wochentagen (zwischen 21 Taten an Dienstag und 24 Taten an Sonntag). Ausgewertet

wurden hier nur 174 Taten, da bei 23 Taten keine Angaben über den Tattag vorlagen. Bei 19 Taten handelte es sich um eine Kindesvernachlässigung oder um eine Kindesmisshandlung, die sich über einen gewissen Tatzeitraum (Wochen bis Monate) erstreckte, in vier Fällen konnte der Tattag nicht eruiert werden.

Abbildung 10 zeigt die Anzahl der Taten an den einzelnen Wochentagen bezogen auf den Untersuchungszeitraum.

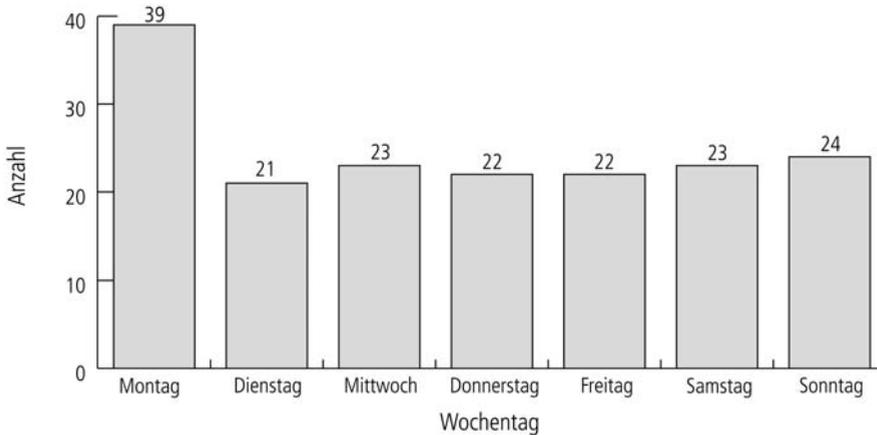


Abb. 10: Anzahl der Taten an den einzelnen Wochentagen bezogen auf den Untersuchungszeitraum (n=174)

Tageszeiten

Auffälligkeiten zeigt ebenfalls die Auswertung der Tatzeiten bei den 162 Taten, bei denen entsprechende Angaben vorlagen. (Bei 35 Taten konnte die Tatzeit nicht benannt werden. Es handelt sich dabei um die oben bereits erwähnten 19 Taten sowie um 16 Taten, bei denen die Tatzeit aus anderen Gründen nicht eruiert werden konnte.)

In den frühen Abendstunden – zwischen 18:00 und 20:59 Uhr – wurden deutlich mehr Taten begangen als in den anderen Drei-Stunden-Zeiträumen des Tages. Die wenigsten Taten ereigneten sich in den frühen Morgenstunden zwischen 3:00 und 5:59 Uhr. Während des restlichen Tages gab es keine großen Unterschiede in der Tathäufigkeit (zwischen 18 und 22 Taten je Drei-Stunden-Zeitraum).

Abbildung 11 zeigt durch Darstellung der Anzahl von Taten während eines Drei-Stunden-Zeitraums die Verteilung der Taten über den Tag.

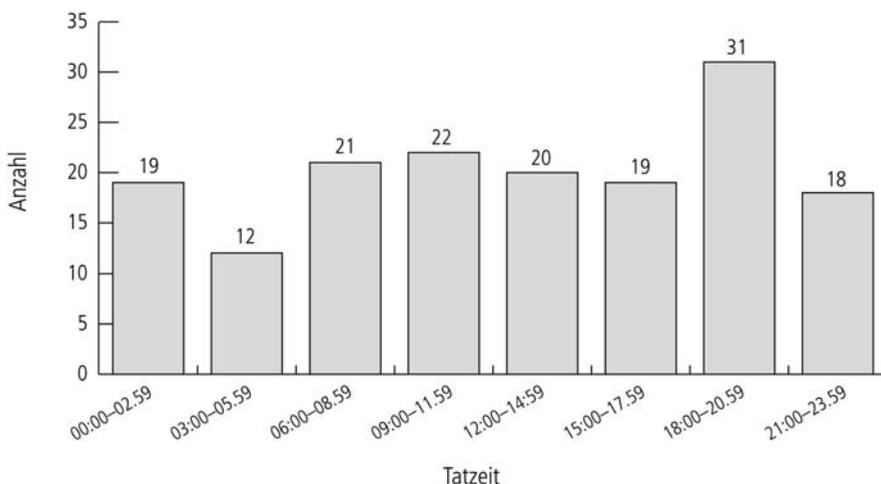


Abb. 11: Verteilung der Taten über den Tag (Anzahl je Drei-Stunden-Zeitraum) (n=162)

3.3.4 Die Täterinnen und Täter

An den 195 Fällen waren insgesamt 244 Täterinnen und Täter beteiligt. In 137 Fällen wurde die Tat durch ein Elternteil begangen, ohne dass das andere Elternteil an der Tat beteiligt war. In neun Fällen gab es keine Angaben über eine Tatbeteiligung der Partnerin/des Partners, so dass diese Fälle zu den Einzeltaten gerechnet wurden. In den übrigen 49 Fällen haben beide Elternteile gemeinsam den Tod des Kindes verursacht, 98 Täterinnen und Täter handelten also gemeinschaftlich.

Nicht in allen Fällen konnten die Täterinnen und Täter überführt und verurteilt werden: Sechs Akten war kein Hinweis auf den Ausgang des Verfahrens zu entnehmen. 37 Täterinnen und Täter nahmen sich nach der Tötung ihrer Kinder das Leben (erweiterter Suizid), in einem weiteren Fall suizidierte sich der mutmaßliche Täter zwei Monate nach der Tat. Die Verfahren gegen 38 mutmaßliche Täterinnen und Täter wurden eingestellt, zwei weitere mutmaßliche Täterinnen und Täter wurden freigesprochen. Bei 16 Partnerinnen/Partnern der Täterinnen und Täter stand eine Mittäterschaft zu Debatte, es kam jedoch nicht zur Anklageerhebung.

Diese Tatsache darf nicht vergessen werden, wenn die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, in die alle (sowohl die mutmaßlichen als auch die überführten) Täterinnen und Täter einbezogen wurden, interpretiert werden. In den meisten Fällen gingen Polizei, Staatsanwaltschaft oder Gericht von tödlich verlaufender elterlicher Gewalt aus, die Tat konnte jedoch nicht mit der zu einer Verurteilung erforderlichen Wahrscheinlichkeit bewiesen werden.

Geschlecht und Beziehung zum Opfer

112 der insgesamt 244 Täterinnen und Täter waren weiblich, 132 männlich. Es waren also knapp 10 % mehr Männer (54 %) an den Taten beteiligt als Frauen (46 %).

Abbildung 12 ist die Geschlechtsverteilung der an der Tat beteiligten Elternteile und elternähnlichen Bezugspersonen (n=244) zu entnehmen.

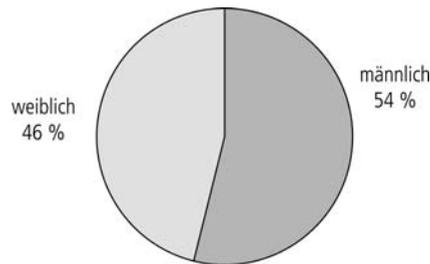


Abb. 12: Geschlechtsverteilung der Täterinnen und Täter (n=244)

Interessant ist die Tatsache, dass es klassische Männer- bzw. Frauentaten zu geben scheint: Während es bei den Misshandlungen fast keine (52 % Täter, 48 % Täterinnen) und bei den Vernachlässigungen nur geringe geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt (43 % Täter, 57 % Täterinnen), kommen Verdeckungstaten nach Sexualdelikten und Taten im Rahmen von Auseinandersetzungen mit dem Opfer ausschließlich bei männlichen Tätern vor (vier Täter). Taten im Rahmen von psychiatrischen Erkrankungen werden zu 75 % von Frauen begangen, demgegenüber werden 76 % der Taten, in denen das Tatmotiv nicht eindeutig zugeordnet werden kann, durch Männer verübt. Auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den (versuchten) erweiterten Suiziden wird im Abschnitt »Suizidalität« näher eingegangen.

Nicht nur die Art des Delikts, sondern auch das Alter des Kindes hat Einfluss auf die Geschlechtsverteilung der Täterinnen und Täter: 91,7 % der Taten an Opfern, die älter als 15 Jahre waren, wurden von Männern begangen. Lediglich in einem Fall tötete eine Mutter zusammen mit ihrem Ehemann die gemeinsame, 17-jährige Tochter in eigener suizidaler Absicht.

Über das Geschlecht hinaus interessiert die Beziehung der Täterinnen und Täter zu ihren Opfern. Abbildung 13 (S. 42) geht daher auf den Anteil der Elternteile bzw. elternähnlichen Bezugspersonen an den Einzeltäterinnen und Einzeltätern ein.

Betrachtet man die Beziehung der Einzeltäterinnen und Einzeltäter zu den verstorbenen Kindern, fällt auf, dass der leibliche Vater (66 Einzeltäter) und die leibliche Mutter (62 Einzeltäterinnen) etwa gleich häufig an den Taten be-

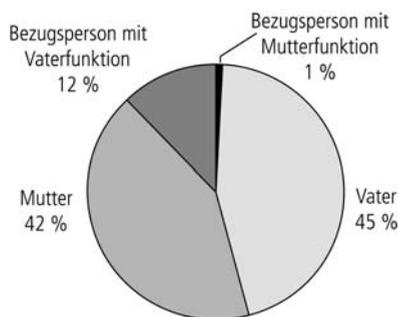


Abb. 13: Anteil der Elternteile/elternähnlichen Bezugspersonen an den Einzeltäterinnen und Einzeltätern (n=146)

teiligt waren. 17 Einzeltäter übten für ihr Opfer eine Vaterfunktion aus, einer als Pflegevater, die übrigen waren Partner der leiblichen Mutter des Kindes. Im Gegensatz dazu waren keine Partnerinnen der leiblichen Väter Einzeltäterinnen. Nur eine Pflegemutter verursachte als Bezugsperson mit Mutterfunktion den Tod des ihr anvertrauten Kindes.

In 49 Fällen (25 % der Fälle) war der Partner/die Partnerin des Täters/der Täterin unmittelbar oder mittelbar an der Tat beteiligt: In neun Fällen lag eine gleichberechtigte Täterschaft vor, wie sie z. B. im Rahmen eines gemeinschaftlich geplanten erweiterten Suizids vorkommt oder einer Vernachlässigung des Kindes, für die beide Elternteile gemeinsam und zu gleichen Teilen verantwortlich sind. In 16 Fällen konnte nicht abschließend geklärt werden, welches Elternteil den Tod des Kindes zu verantworten hatte. In der vorliegenden Untersuchung wurden in einem solchen Fall beide Elternteile als (mutmaßliche) Täter behandelt. In elf Fällen machten sich die Partnerinnen und Partner der Täterinnen und Täter der Mittäterschaft schuldig (z. B. im Rahmen einer Vernachlässigung des Kindes durch beide Elternteile jedoch mit Hauptverantwortung bei einem Elternteil). In 13 Fällen waren die Partnerinnen und Partner nicht direkt an der Tat beteiligt, sie duldeten sie jedoch. Da dieses Verhalten dem Straftatbestand der unterlassenen Hilfeleistung entspricht, wurden sie in der vorliegenden Untersuchung mit zu den Täterinnen und Tätern gerechnet.

Abbildung 14 zeigt, in welchen Täterkombinationen die Elternteile und elternähnlichen Bezugspersonen gemeinschaftlich handelten.

Auch bei den gemeinschaftlich handelnden Täterinnen und Tätern ist der Anteil der Bezugspersonen mit Vaterfunktion deutlich höher als der Anteil der Bezugspersonen mit Mutterfunktion (elf Partner der leiblichen Mutter gegenüber zwei Partnerinnen des leiblichen Vaters).



Abb. 14: Taten mit gemeinschaftlich handelnden Täterinnen und Tätern (n=49)

Alter

In sechs Fällen konnte den Akten keine Angabe über das Alter der Täterinnen und Täter zur Tatzeit entnommen werden. In den beiden bereits beschriebenen Fällen, in denen zwei Taten mit einem gewissen zeitlichen Abstand voneinander verübt wurden, wurde das Alter der Täter bei der ersten Tat zur Auswertung herangezogen.

Der jüngste Täter war zur Tatzeit 19 Jahre alt, die jüngste Täterin war ebenfalls 19 Jahre alt. Der älteste Täter war zur Tatzeit 66 Jahre alt, die älteste Täterin dagegen nur 50 Jahre alt. Der Mittelwert des Alters aller Täterinnen und Täter lag bei 31 Jahren (Täter 33 Jahre, Täterinnen 29 Jahre). Etwas mehr als die Hälfte der Täterinnen und Täter war zur Tatzeit jünger als 30 Jahre, nur knapp 15 % der Täterinnen und Täter waren zur Tatzeit 40 Jahre und älter.

Die Altersverteilung der Täterinnen und Täter zur Tatzeit ist der Abbildung 15 zu entnehmen.

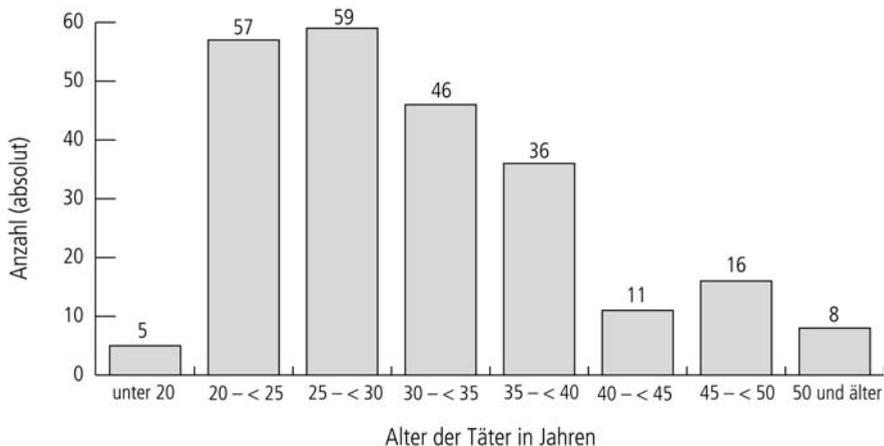


Abb. 15: Alter der Täterinnen und Täter zur Tatzeit (n=238)

Die Diskrepanz im Altersmaximum sowie die Differenz von vier Jahren in den Mittelwerten der Geschlechter deuten bereits an, dass es einen Unterschied in der Altersstruktur der Täterinnen im Vergleich zu der der Täter gibt.

Abbildung 16 gibt einen Überblick über die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Altersstruktur der Täterinnen und Täter.

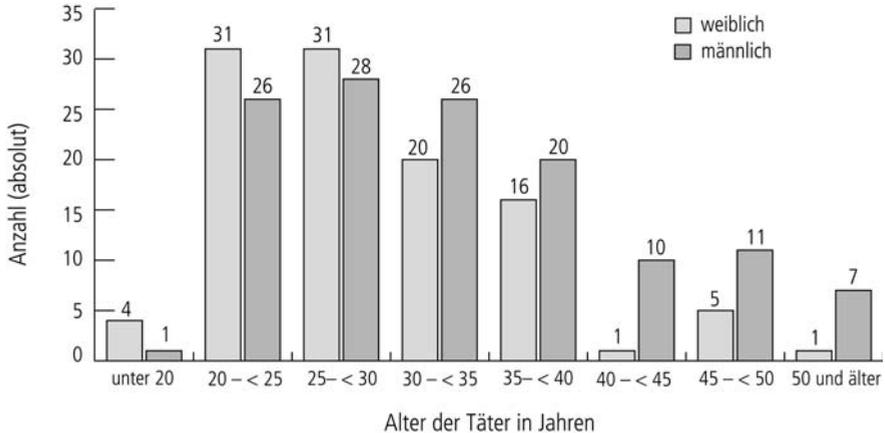


Abb. 16: Alter der Täterinnen und Täter zur Tatzeit getrennt nach Geschlecht (n=238)

Bis zum Alter von 30 Jahren überwiegt unter den Täterinnen und Tätern das weibliche Geschlecht (55 % Täterinnen im Vergleich zu 45 % Tätern). Zwischen dem dritten und vierten Lebensjahrzehnt ist das Verhältnis umgekehrt (56 % Täter im Vergleich zu 44 % Täterinnen), während ab dem 40. Lebensjahr deutlich mehr Männer Verursacher tödlich verlaufender elterlicher Gewalt sind (80 % Täter im Vergleich zu 20 % Täterinnen). Tabelle 2 zeigt die Anzahl der Lebendgeborenen im Jahr 1985 nach dem Alter der Mutter (Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 73). Bei genauer Betrachtung der Angaben fällt auf, dass die Altersverteilung unter den Täterinnen in Richtung junger Mütter verschoben ist: In der Altersgruppe der 20–25-Jährigen gab es genauso viele Täterinnen wie in der Altersgruppe der 25–30-Jährigen, obwohl in der letztgenannten Altersgruppe wesentlich mehr Säuglinge lebend geboren wurden.

Erwähnenswert ist der Zusammenhang zwischen Alter der Täterinnen und Täter und Art des Deliktes: Während bei den Unter-30-Jährigen fast ausschließlich eine Misshandlung oder Vernachlässigung zum Tode des Kindes führte, traten diese Arten von tödlich verlaufender elterlicher Gewalt im höheren Alter so gut wie gar nicht mehr auf. Hier liegen stattdessen verschiedenste Tatmotivationen vor (Verdecktstaten nach Sexualdelikten, [versuchte] erweiterte Suizide, Taten im Rahmen von Auseinandersetzungen mit dem Opfer, Taten im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen etc.).

Tab. 2: Lebendgeborene 1985 nach dem Alter der Mutter; Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 73

Alter der Mutter	Lebendgeborene
unter 20 Jahre	20617
20–unter 25 Jahre	148928
25–unter 30 Jahre	232016
30–unter 35 Jahre	134128
35–unter 40 Jahre	43102
40–unter 45 Jahre	6778

Familienstand

Die Mehrheit der Täterinnen und Täter (56,9 %) war verheiratet und lebte zusammen, 39,5 % waren allein stehend (ledig, getrennt lebend, verwitwet oder geschieden), bei 3,6 % der Täterinnen und Täter konnte der Familienstand nicht eruiert werden. Interessant ist der Vergleich mit der Gesamtbevölkerung von 1985, in der ein wesentlich geringerer Anteil an allein stehenden Bezugspersonen (12,8 %) zu verzeichnen war. Der Anteil an zusammen lebenden Ehepaaren war also dementsprechend höher (87,2 %).

Abbildung 17 zeigt den Familienstand der Täterinnen und Täter im Vergleich zur Gesamtbevölkerung von 1985.

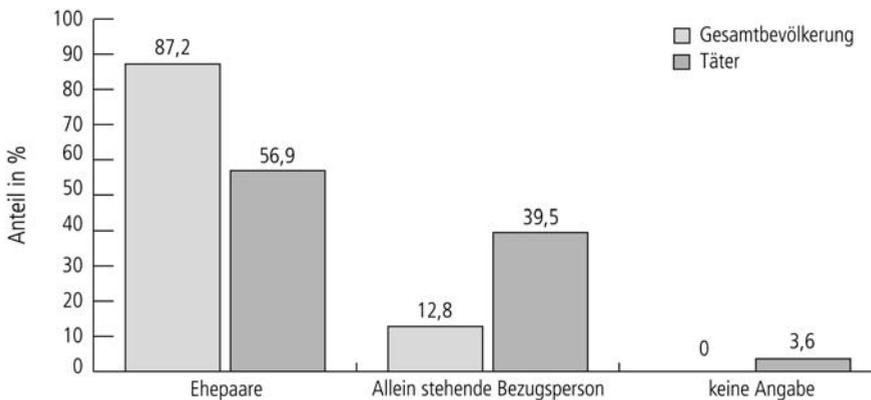


Abb. 17: Familienstand der Täterinnen und Täter im Vergleich zu den Familien in der Gesamtbevölkerung (1985); Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 67

Staatsangehörigkeit

Insgesamt 87,3 % der 236 Täterinnen und Täter, bei denen Angaben über die Staatsangehörigkeit vorlagen, waren Deutsche, 12,7 % waren Ausländer. Unter den deutschen Täterinnen und Tätern befanden sich vier Bürgerinnen und Bürger aus der ehemaligen DDR. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Anzahl und den Anteil der Täterinnen und Täter verschiedener Staatsangehörigkeiten.

Tab. 3: Anzahl und Anteil der Täterinnen und Täter verschiedener Staatsangehörigkeiten

Staatsangehörigkeit	Anzahl der Täter	Anteil in % der Täter
deutsch	206	87,3
US-amerikanisch	10	4,3
türkisch	4	1,7
pakistanisch	3	1,3
italienisch	2	0,8
marokkanisch	2	0,8
jugoslawisch	2	0,8
Sonstige	7	3,0
gesamt	236	100,0

Auffallend hoch ist der Anteil von US-Amerikanerinnen und US-Amerikanern. Der Anteil türkischer, pakistanischer, italienischer, marokkanischer und jugoslawischer Täterinnen und Täter schwankt zwischen 0,8 und 1,7 %. Unter der Rubrik »Sonstige« wurde jeweils ein Täter bzw. eine Täterin aus Ägypten, Brasilien, Iran, Sri Lanka, Thailand, Ghana sowie ein staatenloser Palästinenser eingeordnet. Menschen aus Griechenland, Österreich, Spanien oder den Niederlanden gehören nicht zur Gruppe der Täterinnen und Täter, obwohl diese Nationalitäten im Untersuchungszeitraum in Deutschland relativ stark vertreten waren.

Um die einzelnen Angaben miteinander vergleichen zu können, muss die Anzahl der Täterinnen und Täter verschiedener Nationalitäten auf die in Deutschland lebenden Menschen der entsprechenden Staatsangehörigkeit bezogen werden.

Abbildung 18 zeigt die Raten deutscher, türkischer, jugoslawischer und italienischer Täterinnen und Täter bezogen auf 100 000 im Jahr 1986 in Deutschland lebende Menschen der entsprechenden Staatsangehörigkeit.

Bis auf eine etwas geringere Rate türkischer Täterinnen und Täter zeigen sich keine auffälligen Unterschiede bezüglich der ausgewerteten Nationalitäten. Dem Statistischen Jahrbuch sind keine Angaben zur Anzahl pakistanischer und marokkanischer Staatsangehöriger im Untersuchungszeitraum zu entnehmen.

Bei den zehn US-amerikanischen Staatsangehörigen handelt es sich um sechs US-Soldaten und vier Partnerinnen von US-Soldaten. Sie werden in der bundesdeutschen Bevölkerungsstatistik nicht erfasst.

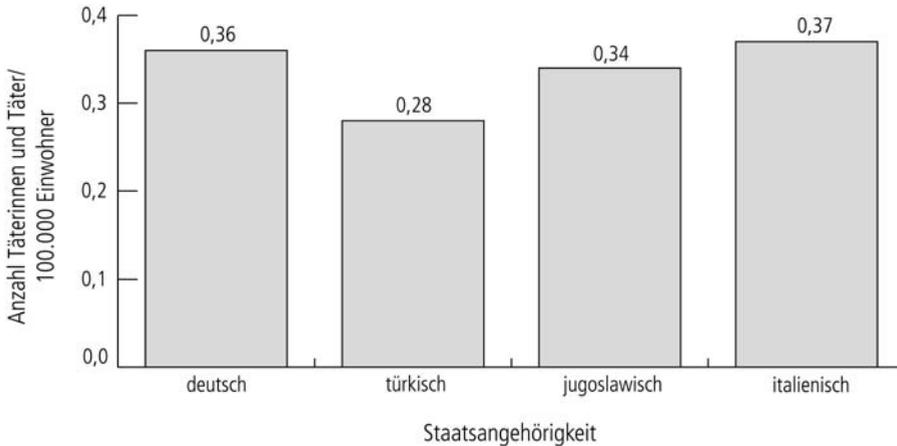


Abb. 18: Anzahl deutscher, türkischer, jugoslawischer und italienischer Täterinnen und Täter bezogen auf 100 000 im Jahr 1986 in Deutschland lebende Menschen der entsprechenden Staatsangehörigkeit; Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 52 und S. 68

Um den Ausländeranteil der Täterinnen und Täter mit dem Ausländeranteil der Gesamtbevölkerung vergleichen zu können, müssen die zehn US-amerikanischen Täterinnen und Täter aus der Berechnung herausgenommen werden. Danach liegt der Ausländeranteil der Täterinnen und Täter mit 8,8 % leicht über dem Ausländeranteil der Gesamtbevölkerung von 1986 (7,4 %) (Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 52 und S. 68).

Wird die Zahl von sechs US-Soldaten auf die rund 245 000 amerikanischen Soldaten bezogen, die sich nach Angaben von dpa im April 1989 in der Bundesrepublik und Berlin befanden, ergibt sich daraus eine Rate von 2,45 Tätern/100 000 US-Soldaten. Angehörige dieser Gruppe waren also etwa siebenmal häufiger Verursacher tödlich verlaufender elterlicher Gewalt als andere Täterinnen und Täter. Daten über die Zahl der Familienangehörigen von US-Soldaten liegen nicht vor, so dass über die Täterinnenrate unter Partnerinnen nur spekuliert werden kann.

3.3.5 Soziale Lage der Täterinnen und Täter

Anhand des Bildungsabschlusses, des Berufs und der Beteiligung am Erwerbsleben soll im folgenden Abschnitt die soziale Lage der Täterinnen und Täter umrissen werden. Auf die Beschreibung der finanziellen Situation musste aus den im Abschnitt »Material und Methoden« genannten Gründen verzichtet werden.

Wegen besserer Vergleichbarkeit mit der Gesamtbevölkerung (Bevölkerung im Alter von 20 bis unter 55 Jahren nach Bildungsabschluss) wurden bei der

Auswertung des Schul- und Berufsabschlusses sechs Täterinnen und Täter nicht berücksichtigt: Fünf Täterinnen und Täter waren jünger als 20 Jahre, ein Täter war älter als 55 Jahre.

Schulabschluss

Bei 62 der berücksichtigten 238 Täterinnen und Täter lagen keine Angaben darüber vor, ob ein Schulabschluss erreicht wurde. Bei weiteren sieben Täterinnen und Tätern war der Abschluss nach Besuch einer ausländischen Schule nicht erueierbar oder aber nicht mit einem deutschen Schulabschluss vergleichbar. Der Abschluss nach Besuch einer Polytechnischen Oberschule der DDR wurde als dem Realschulabschluss gleichwertig kategorisiert (ein Täter), vier Täterinnen und Täter erlangten auf einer ausländischen Schule einen dem Abitur vergleichbaren Abschluss.

Knapp ein Viertel (23,7%) der Täterinnen und Täter (n=169) hatte zum Tatzeitpunkt keinen Schulabschluss im Vergleich zu nur 1,2% der Gesamtbevölkerung. Etwas mehr als die Hälfte der Täterinnen und Täter besaß einen Volks- oder Hauptschulabschluss (62,3% der Gesamtbevölkerung), lediglich 23% erreichten einen höheren Bildungsabschluss.

Abbildung 19 zeigt die gravierenden Unterschiede im Anteil der Täterinnen und Täter ohne und mit allgemeinem Schulabschluss im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Juni 1985).

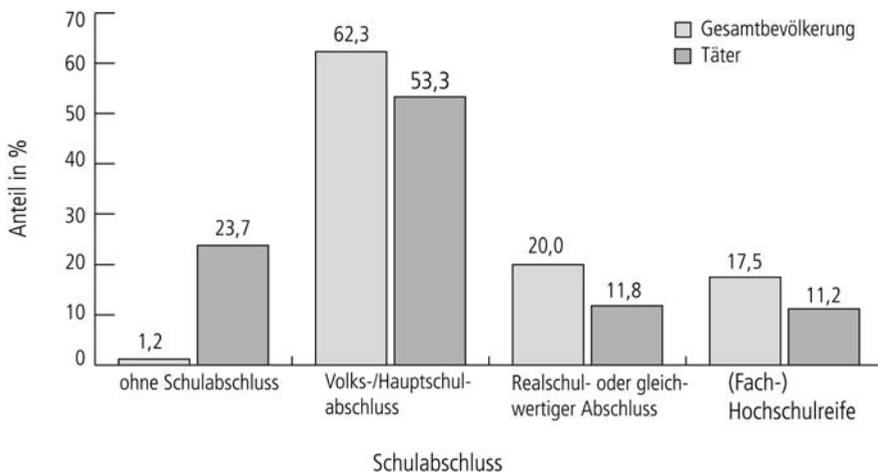


Abb. 19: Allgemeiner Schulabschluss der Täterinnen und Täter im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Juni 1985); Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 354

Beruflicher Bildungsabschluss

Abbildung 20 stellt den Anteil der Täterinnen und Täter mit beruflichem Bildungsabschluss dem Anteil der Männer und Frauen mit entsprechendem Abschluss in der Gesamtbevölkerung (Juni 1985) gegenüber. Auch wenn sich hier das beim Schulabschluss deutlich werdende, auffallend niedrige Bildungsniveau unter den Täterinnen und Tätern wiederfindet, sind die Unterschiede zwischen Täterinnen und Tätern einerseits und Gesamtbevölkerung andererseits lange nicht so deutlich.

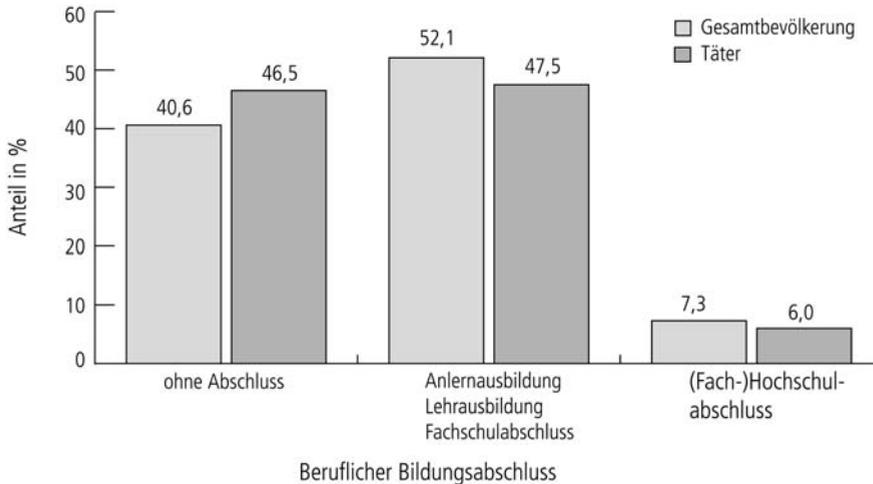


Abb. 20: Beruflicher Bildungsabschluss der Täterinnen und Täter im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Juni 1985); Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 354

Beruf

Zur Darstellung der Berufe der Täterinnen und Täter wurde die »Klassifizierung der Berufe, Ausgabe 1975 (KldB 75)« (STATISTISCHES BUNDESAMT 1975) herangezogen. Diese ist in sechs Berufsbereiche (z. B. »Fertigungsberufe«, »Technische Berufe« »Dienstleistungsberufe«) gegliedert, die sich in insgesamt 33 Berufsabschnitte unterteilen lassen. Die Berufsabschnitte setzen sich aus verschiedenen Berufsgruppen (z. B. »Chemiearbeiter«, »Techniker«, »Bank- oder Versicherungskaufleute«) zusammen, die wiederum aus mehreren Berufsordnungen (z. B. »Chemiebetriebswerker«, »Bautechniker«, »Lebens- oder Sachversicherungsfachleute«) bestehen.

Bei 176 Täterinnen und Tätern konnte der ausgeübte oder frühere Beruf ermittelt und kategorisiert werden. Für die Auswertung wurden die Berufsabschnitte

der Täterinnen und Täter mit den Ergebnissen der Ergänzungserhebung des Mikrozensus von 1985 verglichen. Die Anzahl der Erwerbstätigen in den einzelnen Berufsabschnitten divergiert stark (zwischen 38 000 und 5 193 000 Erwerbstätigen), so dass die ermittelten Täterraten mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Abbildung 21 gibt einen Überblick über die Anzahl der Täterinnen und Täter eines Berufsabschnitts bezogen auf 100 000 Erwerbstätige des entsprechenden Berufsabschnitts.

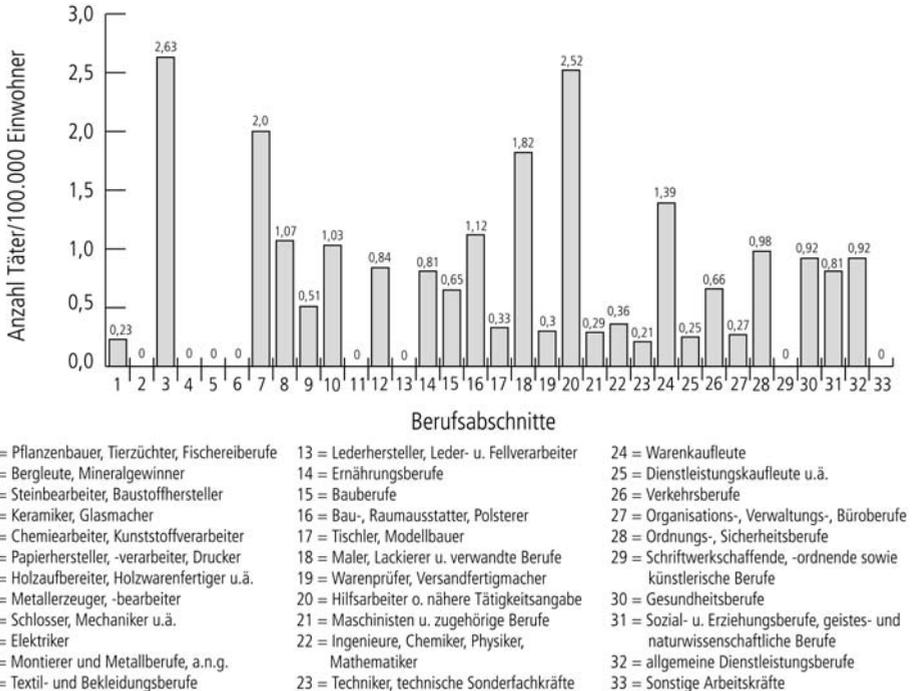


Abb. 21: Anzahl Täterinnen und Täter eines Berufsabschnitts bezogen auf 100 000 Erwerbstätige des entsprechenden Berufsabschnitts (Juni 1985); Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 104

Der Mittelwert liegt bei 0,7 Täterinnen und Tätern bezogen auf 100 000 Erwerbstätige eines Berufsabschnitts. 14 Berufsabschnitte sind überdurchschnittlich häufig vertreten. Auffallend ist vor allem der hohe Anteil an Täterinnen und Tätern in den fünf Berufsabschnitten »Steinbearbeiter, Baustoffhersteller« (ein Täter bezogen auf 38 000 Steinbearbeiter und Baustoffhersteller insgesamt) »Holzaufbereiter, Holzwarenfertiger und verwandte Berufe« (ein Täter bezogen auf 50 000 Holzaufbereiter und Holzwarenfertiger insgesamt), »Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe« (21 Täterinnen und Täter bezogen auf 833 000 Hilfsarbeiter insgesamt), »Maler, Lackierer und verwandte Berufe« (fünf Täterinnen und Täter

bezogen auf 275 000 Maler und Lackierer insgesamt) und »Warenkaufleute« (29 Täterinnen und Täter bezogen auf 2 083 000 Warenkaufleute insgesamt). Der in der Gesamtbevölkerung am häufigsten vorkommende Berufsabschnitt der »Organisations-, Verwaltungs- und Büroberufe« ist unter den Täterinnen und Tätern unterdurchschnittlich häufig vertreten.

Erwerbstätigkeit

In der Gliederung nach der Beteiligung am Erwerbsleben wird zwischen Erwerbspersonen und Nichterwerbspersonen unterschieden. Die Erwerbspersonen setzen sich zusammen aus den Erwerbstätigen und den Erwerbslosen, die sich um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig davon, ob sie beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind oder nicht. Im Gegensatz dazu sind Nichterwerbspersonen alle Personen, die keinerlei auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen.

Etwa zwei Drittel (68 %) der Täterinnen und Täter waren Erwerbspersonen, die übrigen 32 % übten keinerlei auf Erwerb gerichtete Tätigkeit aus (30 % Hausfrauen und 2 % andere Nichterwerbstätige). 65 % der Erwerbspersonen waren erwerbstätig (Abhängige, Selbstständige, Aushilfen oder Wehrdienstleistende), die übrigen 35 % waren erwerbslos. Bei 16 Täterinnen und Tätern waren den Akten keine Angaben über die Beteiligung am Erwerbsleben zu entnehmen.

Die Beteiligung der Täterinnen und Täter (n=228) am Erwerbsleben ist der Abbildung 22 zu entnehmen.

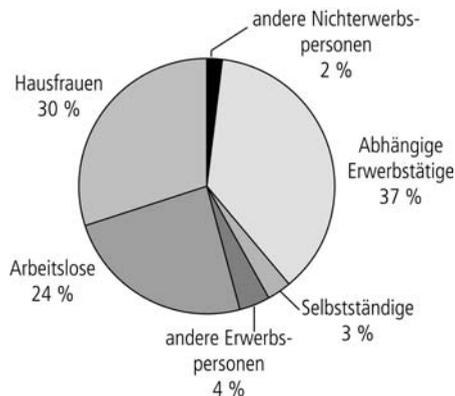


Abb. 22: Beteiligung der Täterinnen und Täter am Erwerbsleben (n=228)

Der Anteil der Arbeitslosen unter den 228 Täterinnen und Tätern, bei denen Angaben über die Beteiligung am Erwerbsleben vorlagen, betrug 24 %. Bezogen auf alle 244 Täterinnen und Täter beträgt der Anteil der arbeitslosen Täterinnen

und Täter 22,5 %. Im Vergleich dazu sei der Arbeitslosenanteil der Gesamtbevölkerung genannt, der 1985 3,8 % betrug.

Noch deutlicher ist der Unterschied bei Betrachtung der Arbeitslosenquoten:¹ 1985 lag die Arbeitslosenquote in der Bundesrepublik Deutschland bei 9,3 %. Die Arbeitslosenquote der Täterinnen und Täter betrug dagegen 64 %, also etwa das Siebenfache. Es sind vor allem männliche Täter, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind (38 Täter im Vergleich zu 17 Täterinnen). Dagegen finden sich unter den im Haushalt tätigen Täterinnen und Tätern fast ausschließlich Frauen (66 Hausfrauen und zwei Hausmänner). Der auffallend hohe Anteil an Hausfrauen unter den Täterinnen und Tätern lässt einen Blick auf die Erwerbstätigenquote unter den Täterinnen interessant erscheinen: Diese betrug im Untersuchungszeitraum 12,5 % im Vergleich zu einer Erwerbstätigenquote von 42,7 % der Frauen mit Kindern unter 18 Jahren in der Gesamtbevölkerung von 1985 (Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 105).

Neben der Differenzierung nach dem Geschlecht erscheint auch eine Auswertung nach dem Alter der arbeitslosen Täterinnen und Täter sinnvoll. Hier fällt auf, dass vor allem junge Menschen betroffen sind: 62 % der arbeitslosen Täterinnen und Täter waren zum Tatzeitpunkt zwischen 20 und 30 Jahren alt.

Abbildung 23 stellt den Anteil arbeitsloser Täterinnen und Täter dem Anteil Arbeitsloser in der Gesamtbevölkerung gegenüber – jeweils gestaffelt nach Altersgruppen.

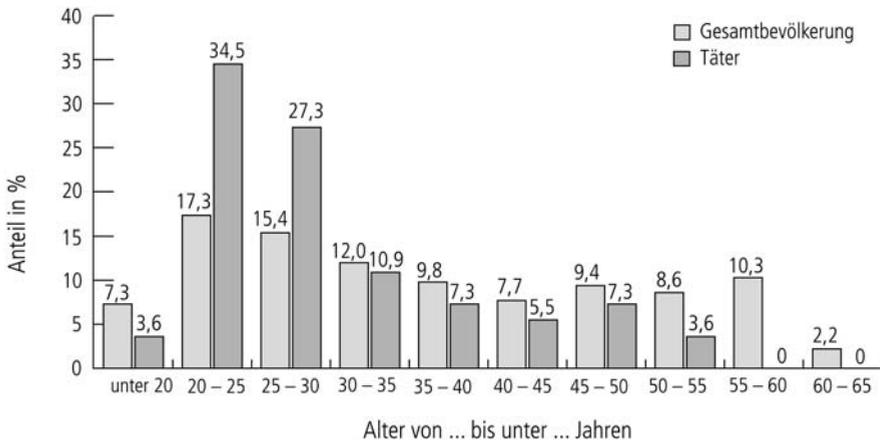


Abb. 23: Anteil arbeitsloser Täterinnen und Täter nach Altersgruppen im Vergleich zum Anteil arbeitsloser Männer und Frauen in der Gesamtbevölkerung (1986); Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 111

1 Arbeitslose in Prozent der abhängigen Erwerbspersonen (ohne Soldaten).

3.3.6 Psychiatrische Begutachtung

In der psychiatrischen Begutachtung der Täterinnen und Täter geht es vor allem um die Beurteilung der Schuldfähigkeit (§§ 20 und 21 StGB) und um die Beurteilung der Sozial- und Kriminalprognose (§§ 63, 64 und 66 StGB). Ob in einem Strafverfahren ein psychiatrischer Sachverständiger hinzuzuziehen ist, steht im Ermessen des Tatrichters, d. h. dass nicht alle Täterinnen und Täter, die wegen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt juristisch verfolgt und verurteilt wurden, auch psychiatrisch begutachtet wurden. Da es weder konkrete rechtliche Bestimmungen über die fachlichen Voraussetzungen des Sachverständigen noch Vorgaben über die Form des schriftlichen Gutachtens gibt, fallen die in den Ermittlungs- und Strafakten vorhandenen psychiatrischen Gutachten quantitativ und qualitativ sehr unterschiedlich aus.

Diagnosen (ICD-10)

Das erschwert vor allem die Auswertung der psychiatrischen Diagnosen. Einige Sachverständige ziehen zur Diagnosestellung die »Internationale Klassifikation psychischer Störungen« (ICD-10) oder das »Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen« (DSM III) heran. Die meisten Gutachterinnen und Gutachter bedienen sich jedoch einer älteren Terminologie (»Sensitiver Beziehungswahn«, »psychopathische Persönlichkeit«, »Charakteropathie«), während andere Sachverständige sich auf die Beschreibung von Symptomen (»Lethargie«), Untersuchungsbefunden (»temporales epileptoides Potenzial«) oder Persönlichkeitsmerkmalen (»charakterologisch unreife infantile Mutter«, »deutliche Verwahrlosungsneigung infolge gravierender Milieuschädigung«) beschränken ohne sie diagnostisch einzuordnen. Nur wenige Gutachterinnen und Gutachter stellen unscharfe Diagnosen (»Alkoholkrankheit«).

Um die Diagnosen miteinander vergleichen zu können, wurden sie von der Autorin in die »Internationale Klassifikation psychischer Störungen« (ICD-10) »übersetzt«. Zusätzlich wurden *eindeutige* psychiatrische Diagnosen, die den Akten zu entnehmen waren aber nicht durch die Sachverständigen gestellt wurden (z. B. »Alkoholabhängigkeit«), mit aufgenommen.

Nicht in die klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 einzuordnen sind so genannte Affektdelikte meist psychisch gesunder Täterinnen und Täter. In der vorliegenden Untersuchung stellten die Sachverständigen bei 15 Täterinnen und Tätern die Diagnose eines solchen psychischen Ausnahmezustands. Bezogen auf alle 244 Täterinnen und Täter entspricht dies einem Anteil von 6 %.

Bei insgesamt 40 % aller Täterinnen und Täter wurden psychische Störungen festgestellt. 74 Täterinnen und Täter verfügten über eine Diagnose, 16 Täterin-

nen und Täter über zwei Diagnosen und acht Täterinnen und Täter über drei Diagnosen, so dass insgesamt 130 Diagnosen in die Auswertung einfließen (15 psychische Ausnahmezustände und 115 Diagnosen nach ICD-10).

40 % der Täterinnen und Täter mit psychischen Störungen waren männlich, 60 % weiblich. Jeweils bezogen auf die Anzahl der Täterinnen (112) und Täter (132) bedeutet das, dass 52,7 % der Täterinnen und 29,5 % der Täter unter psychischen Störungen litten. Im Rahmen der einzelnen Störungen wird auf geschlechtsspezifische Besonderheiten näher eingegangen.

Mit Abstand am häufigsten (34 %) wurde von den Sachverständigen eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F6) diagnostiziert. Störungen durch psychotrope Substanzen (F1), schizophrene Erkrankungen (F2) und affektive Störungen (F3) wurden jeweils bei etwa 15 % der Täterinnen und Täter gestellt, die anderen psychischen Störungen kamen mit 3 bis 5 % der gestellten Diagnosen deutlich seltener vor.

Abbildung 24 gibt einen Überblick über die Häufigkeit der diagnostizierten psychischen Störungen der Täterinnen und Täter.

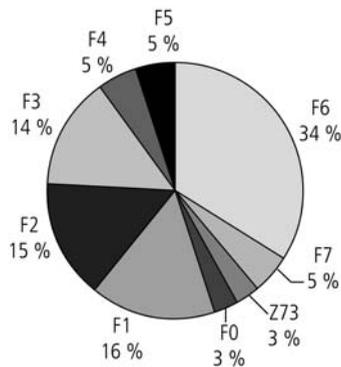


Abb. 24: Häufigkeit psychiatrisch relevanter ICD-10-Diagnosen bei den Täterinnen und Tätern (n=115)

Organische psychische Störungen (F0)

In drei Fällen wurde eine organische psychische Störung (F0) diagnostiziert, deren Ätiologie in einer zerebralen Erkrankung, einer Hirnverletzung oder einer anderen Hirnschädigung liegt. Bezogen auf alle 244 Täterinnen und Täter entspricht dies einem Anteil von 1,2 %. Eine Täterin litt unter einer »epileptischen Persönlichkeitsänderung« (F07.0), ein Täter hatte ein »organisch bedingtes Persönlichkeitssyndrom vom explosiven Typus aufgrund einer latenten Epilepsie« (F07.0) und bei einem Täter wurde ein »temporales epileptoides Potenzial« (F06.9) in Verbindung mit einer hysterischen Persönlichkeitsstörung gebracht.

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)

Im Abschnitt F1 der ICD-10 Kapitel V werden psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen klassifiziert. Die verursachende Substanz wird durch die ersten beiden Stellen nach dem F, das klinische Erscheinungsbild durch die beiden Stellen nach dem Punkt gekennzeichnet. Unter den Täterinnen und Tätern kam es zu Störungen durch Alkohol (F10) und zu Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13). Störungen durch Tabak (F17) wurden in der Auswertung nicht erfasst, Störungen durch andere psychotrope Substanzen wurden nicht diagnostiziert.

Abbildung 25 gibt einen geschlechtsbezogenen Überblick über Art und Häufigkeit von alkoholbedingten psychischen Störungen bei neun Täterinnen und sechs Tätern.

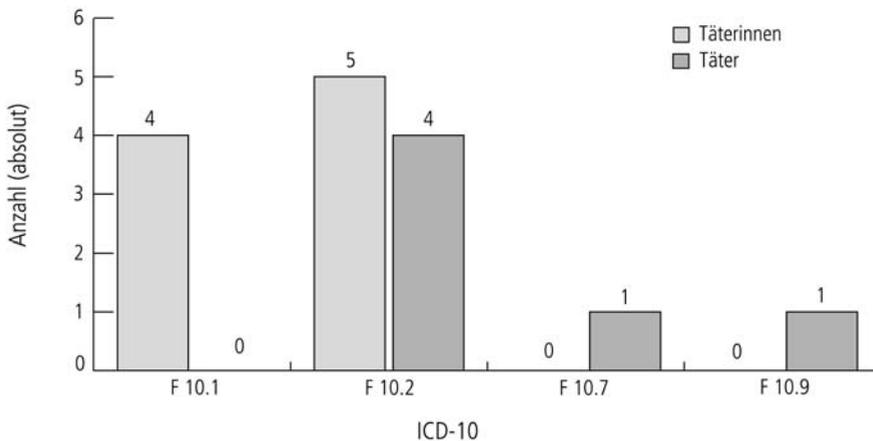


Abb. 25: Anzahl der Täterinnen und Täter mit psychischen Störungen durch Alkohol (ICD-10, Abschnitt F10) getrennt nach Geschlecht (n=15); nähere Erläuterungen sind dem Text zu entnehmen

Ausschließlich Frauen gebrauchten Alkohol in schädlicher Weise (F10.1). Etwa gleich viele Täterinnen und Täter hatten ein manifestes Abhängigkeitssyndrom (F10.2), ein Täter litt unter einer alkoholbedingten Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (F10.71) und bei einem weiteren Täter konnte die alkoholbedingte Störung nicht näher spezifiziert werden (F10.9).

Zum Vergleich mit der Gesamtbevölkerung wurden nur die neun Täterinnen und Täter mit einem alkoholbedingten Abhängigkeitssyndrom herangezogen. In Deutschland gab es 1985 nach Angaben des Jahrbuchs zur Frage der Suchtgefahren 1,5 bis 1,8 Millionen Alkoholabhängige. Bezogen auf die Bevölkerungszahl von 1985 (61 024 000 nach Angaben des Statistischen Jahrbuchs 1987, S. 52)

entspricht dies einem Anteil von 2,5–3 % Alkoholabhängigen in Deutschland. Demgegenüber waren 3,7 % aller 244 Täterinnen und Täter alkoholabhängig.

Jeweils eine Täterin und ein Täter gebrauchten Sedativa oder Hypnotika in schädlicher Weise (F13.1), eine Täterin hatte ein Abhängigkeitssyndrom (F13.2) und bei einem Täter konnte die Störung durch Sedativa oder Hypnotika nicht näher spezifiziert werden (F13.9).

Alkoholisierung zur Tatzeit

Eine eventuell vorhandene Alkoholisierung der Täterinnen und Täter zur Tatzeit wurde über drei verschiedene Items abgefragt: Item 54 erfasst, ob die Täterinnen und Täter zur Tatzeit unter dem Einfluss von Medikamenten oder Drogen standen. Die hier erhobenen Angaben werden durch Item 53 konkretisiert, der die maximale Blutalkoholkonzentration (BAK) zur Tatzeit erhebt. Item 36 untersucht, inwieweit die vorhandene Alkoholisierung auch tat(mit)auslösend war (siehe Anlage II).

Bei 112 der insgesamt 244 Täterinnen und Täter konnten aus den Akten keine Informationen darüber gewonnen werden, ob zur Tatzeit eine Alkoholisierung vorlag. Von den verbleibenden 132 Täterinnen und Tätern waren 58 nicht alkoholisiert, bei 74 Täterinnen und Tätern lag eine Alkoholisierung vor. Ausgehend davon, dass alle 112 Täterinnen und Täter, über die es keine Angaben gibt, nicht alkoholisiert waren, verübten 30,3 % aller Täterinnen und Täter die Tat unter dem Einfluss von Alkohol. Wird bei den Täterinnen und Tätern ohne Angaben über eine eventuelle Alkoholbeeinflussung dagegen die gleiche Verteilung wie bei den Täterinnen und Tätern mit entsprechenden Angaben angenommen, so waren mehr als die Hälfte (56,1 %) der Täterinnen und Täter zur Tatzeit alkoholisiert.

In 82 Fällen konnten die genannten, rein qualitativen Angaben durch Messung der Blutalkoholkonzentration quantifiziert werden. Da sich der gemessene Blutalkoholwert auf den Zeitpunkt der Blutentnahme bezieht, muss für die Rückrechnung auf den Tatzeitpunkt zusätzlich der Alkoholabbau sowie der Resorptionsverlust eingerechnet werden. Zur Beurteilung der Schuldfähigkeit wird zu Gunsten der oder des Angeklagten vom Maximalwert ausgegangen, die erhobenen Promillewerte sind also nicht als reale, sondern als maximale Blutalkoholkonzentrationen zu verstehen. Das Minimum der Blutalkoholkonzentrationen lag bei 0,2 Promille, das Maximum bei 3,2 Promille, der Mittelwert betrug 1,6 Promille und der Median 1,5 Promille. 10,2 % aller 244 Täterinnen und Täter hatten zur Tatzeit eine Blutalkoholkonzentration von mehr als 0,8 Promille, wären nach im Untersuchungszeitraum geltendem deutschen Verkehrsrecht also als fahruntüchtig eingestuft worden.

Abbildung 26 zeigt die Verteilung der maximalen Blutalkoholkonzentrationen der Täterinnen und Täter zur Tatzeit. In 14 Fällen wurde die Alkoholisierung des Täters/der Täterin auch als Tatauslöser gewertet. Das Minimum der Blutalkoholkonzentration lag hier bei 0,7 Promille, das Maximum bei 2,9 Promille, der Mittelwert bei 1,9 Promille und der Median bei 2,0 Promille. In vier Fällen konnte die Blutalkoholkonzentration nicht quantifiziert werden.

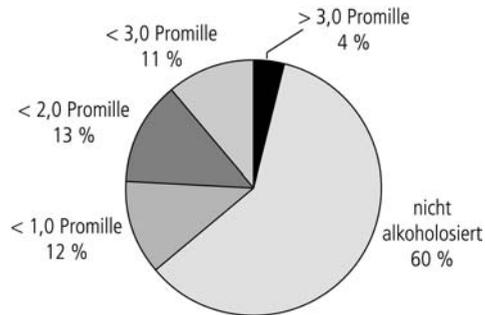


Abb. 26: Maximale Blutalkoholkonzentration (BAK) der Täterinnen und Täter zur Tatzeit (n=82)

Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)

Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen werden in der ICD-10 im Abschnitt F2 behandelt. Dort werden Schizophrenie (F20), schizotype Störungen (F21), anhaltende wahnhaftige Störungen (F22), vorübergehende akute psychotische Störungen (F23), induzierte wahnhaftige Störungen (F24), schizoaffektive Störungen (F25) sowie andere nichtorganische psychotische Störungen (F28) und nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychosen (F29) differenzialdiagnostisch gegeneinander abgegrenzt. Die jeweilige Anzahl der Täterinnen und Täter, die an einer Störung aus den Bereichen der ICD-10 F20–F29 leiden, ist der Abbildung 27 (S. 58) zu entnehmen. Insgesamt 17 Täterinnen und Täter waren an einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung erkrankt. Dies entspricht 7 % aller 244 Täterinnen und Täter und 17,3 % der begutachteten Täterinnen und Täter. Auffällig ist der hohe Anteil von Täterinnen (71 %) sowie das häufige Vorkommen paranoider Schizophrenien (F20.0).

In allen Fällen war die akute paranoid-schizophrene Erkrankung der Täterin oder des Täters tatauslösend. Zur Veranschaulichung sei kurz die Tat einer 29-jährigen Täterin erwähnt, die ihren neun Jahre alten Sohn im Zustand der Schuldunfähigkeit erstach. In einem Traum wurde ihr mitgeteilt, ihre Schwiegermutter habe ihren Sohn nach dessen Geburt ausgetauscht. Er sei vom Teufel besessen und habe sie und ihren Bruder verhext, weshalb sie ihn töten müsse.

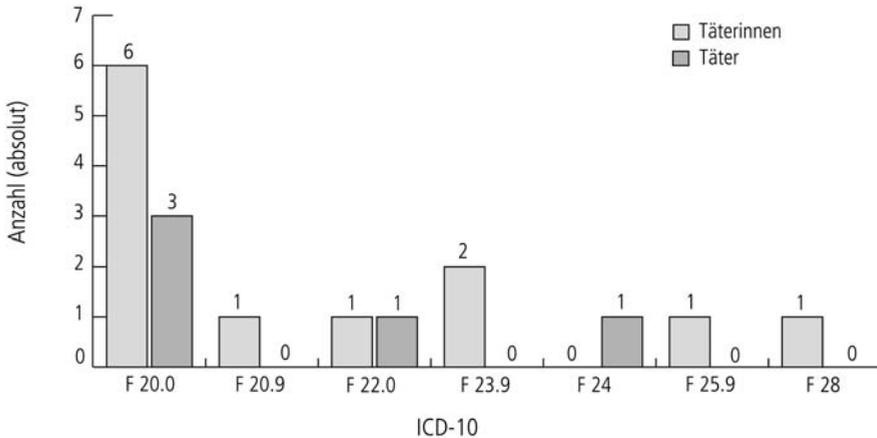


Abb. 27: Anzahl der Täterinnen und Täter, die an Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen leiden (ICD-10, Abschnitt F2) (n=17); nähere Erläuterungen sind dem Text zu entnehmen

Affektive Störungen (F3)

Obwohl die Einteilung der affektiven Störungen unter Fachleuten umstritten ist, macht die ICD-10 einen Klassifizierungsversuch: Manische Episoden (F30) werden von bipolaren affektiven Störungen (F31), depressiven Episoden (F32), rezidivierenden depressiven Störungen (F33), anhaltenden affektiven Störungen (F34), anderen affektiven Störungen (F38) und nicht näher bezeichneten affektiven Störungen (F39) abgegrenzt.

Von den Täterinnen und Tätern, die an affektiven Störungen litten, waren 62,5 % weiblich und 37,5 % männlich. Allen 16 Täterinnen und Tätern mit affektiven Störungen ist gemeinsam, dass sie die Taten in depressiver Stimmungslage verübten. Bei zwei Tätern wurde eine bipolare affektive Störung (F31) diagnostiziert, zwei Täter und eine Täterin hatten eine »reaktive Depression« (F32.9), zwei Täterinnen ein »depressives Syndrom« (F32.9) und eine weitere Täterin eine »chronisch depressive zwanghafte Entwicklung« (F32.9). Sieben Täterinnen und Täter litten unter rezidivierenden depressiven Störungen (F33) und bei einer Täterin wurde eine »neurotische Depression« (F34.1) diagnostiziert.

Abbildung 28 gibt einen geschlechtsbezogenen Überblick über die nach ICD-10 klassifizierten affektiven Störungen der Täterinnen und Täter.

75 % der Täterinnen und Täter mit affektiven Störungen verursachten den Tod ihrer Kinder in eigener suizidaler Absicht, so z. B. auch eine 23-jährige Täterin, die früher bereits mehrere Suizidversuche begangen hatte. Anlässlich einer von ihrem Partner erzwungenen Abtreibung und der anschließenden Trennung geriet sie in eine tiefe reaktive Depression. Sie verfasste einen Abschiedsbrief, erstickte

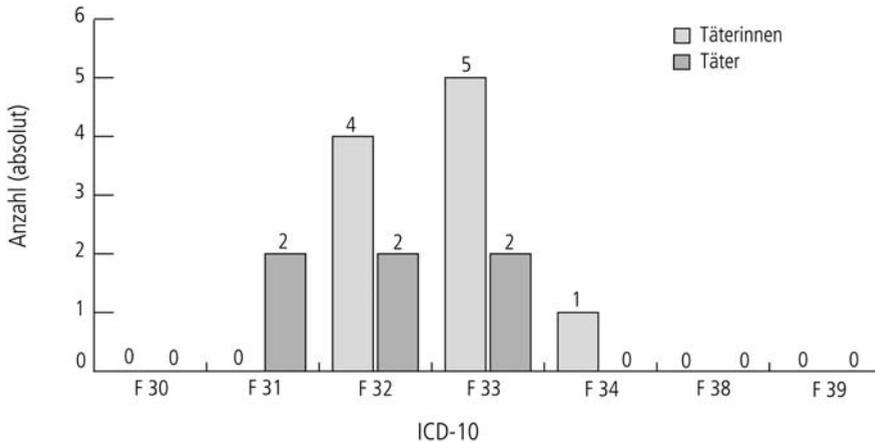


Abb. 28: Anzahl der Täterinnen und Täter mit affektive Störungen (ICD-10, Abschnitt F3) (n=16); nähere Erläuterungen sind dem Text zu entnehmen

ihre einjährige Tochter mit einem Kissen und versuchte anschließend, sich selbst das Leben zu nehmen. Als Motiv für die Tat an ihrer Tochter gab sie an, sie habe diese nicht alleine zurücklassen wollen.

Suizidalität

Zum Phänomenbereich der Suizidalität gehören per definitionem alle Gedanken und Handlungen, die darauf abzielen, das eigene Leben durch Selbsttötung zu beenden. Im folgenden Abschnitt soll allerdings nur auf die Fälle elterlicher Suizidalität eingegangen werden, die den Tod der Kinder unmittelbar bedingte, d. h. der geplante eigene Suizid war die Motivation, vorher die Kinder zu töten. (Siehe auch den Abschnitt »Definitionen«, in dem auf die einzelnen Begriffe eingegangen wird, die unter »Suizidalität« zu subsumieren und für die vorliegende Untersuchung von Bedeutung sind.)

Zur Veranschaulichung sei kurz der Fall eines 32-jährigen Automechanikers erwähnt, der von Zeugen als liebenswerter und friedlicher Mensch beschrieben wird. Als einzige Lösung seiner ehelichen und finanziellen Probleme sah er den eigenen Tod an. Um seine Frau und seinen vierjährigen Sohn, zu dem er eine sehr gute Beziehung hatte, nicht mit den Schulden und der Trauer zurückzulassen, erdrosselte er beide und warf sich dann vor einen Zug.

41 % der Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt wurden begangen, weil ein oder beide Elternteile sich das Leben nehmen wollten. Im Rahmen dieser Taten verstarben im Untersuchungszeitraum 93 Kinder (40,3 % der Opfer), im Schnitt also 18–19 Kinder pro Jahr.

Der Abbildung 29 ist der Anteil versuchter und vollendeter erweiterter Suizide an den Fällen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt zu entnehmen.

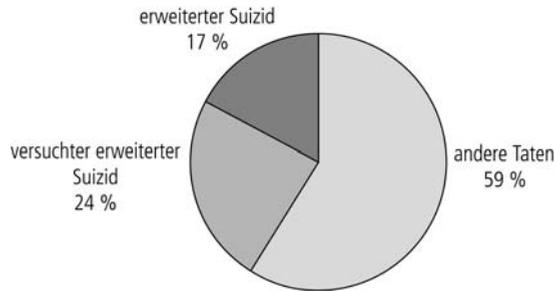


Abb. 29: Anteil (versuchter) erweiterter Suizide an den Fällen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt (n=195)

In 34 Fällen (17 %) lag der Tat eine vollendete erweiterte Suizidhandlung zugrunde. Dabei handelt es sich um insgesamt 37 Täterinnen und Täter, weil in drei Fällen die Tat gemeinschaftlich ausgeführt wurde. Insgesamt waren 29 Männer und acht Frauen an den Taten beteiligt. In 26 Fällen war der leibliche Vater der alleinige Täter, in drei Fällen handelte er gemeinschaftlich mit der leiblichen Mutter des Opfers, und in fünf Fällen war die leibliche Mutter die alleinige Täterin. Das Alter der Täter betrug zwischen 21 und 53 Jahren (Mittelwert 38,4 Jahre, Median 36 Jahre), das Alter der Täterinnen zwischen 23 und 39 Jahren (Mittelwert 33,7 Jahre, Median 34 Jahre). Bei zwei männlichen Tätern konnte den Akten keine Altersangabe entnommen werden.

Im Jahr 1985 verstarben nach Angaben des Statistischen Jahrbuchs 1987 in den alten Ländern der Bundesrepublik Deutschland 12 615 Menschen an »Selbstmord und Selbstbeschädigung«, 9124 davon in einer – der in etwa der Altersstruktur der Tätergruppe entsprechenden – Altersgruppe von 15 bis 45 Jahren. 72,1 % dieser Verstorbenen waren männlich, 27,9 % weiblich. Dem steht die Geschlechtsverteilung bei den Täterinnen und Tätern gegenüber: Dort waren 78,4 % der Suizidenten männlich, 21,6 % weiblich.

Tabelle 4 zeigt die Suizidraten getrennt nach Alter und Geschlecht für die Täterinnen und Täter und die Gesamtbevölkerung. Insgesamt suizidierten sich 15,2 % der Täterinnen und Täter im Rahmen der Tat, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (0,014 %) bedeutet dies eine Vervielfachung um den Faktor 1000. Für die Suizidversuchsraten gibt es dagegen keine vergleichbaren amtlichen Statistiken, so dass die 47 versuchten erweiterten Suizide lediglich beschreibend analysiert werden können. Da in einem Fall die Tat gemeinschaftlich ausgeführt wurde, handelt es sich um insgesamt 48 Täterinnen und Täter. Es waren mehr Frauen (58 %) als Männer (42 %) an den Taten beteiligt. In 27 Fällen war die

Tab. 4: Suizidrate nach Alter und Geschlecht unter den Täterinnen und Tätern (n=244) und in der Gesamtbevölkerung (n=61 024 000)

	Täter	Gesamtbevölkerung (männlich)	Täterinnen	Gesamtbevölkerung (weiblich)
15 – 25 Jahre	0,4 %	0,002 %	0,4 %	0,0004 %
25 – 45 Jahre	7,4 %	0,004 %	2,9 %	0,001 %
45 – 65 Jahre	3,3 %	0,005 %	–	0,002 %
Alter nicht bekannt	0,8 %	–	–	–
Gesamt	11,9 %	0,011 %	3,3 %	0,003 %

leibliche Mutter die alleinige Täterin, in einem Fall handelte sie gemeinschaftlich mit dem leiblichen Vater des Opfers. In 17 Fällen war der leibliche Vater der alleinige Täter und in zwei Fällen der neue Partner der leiblichen Mutter. Das Alter der Täterinnen betrug zwischen 23 und 48 Jahren (Mittelwert 33,6 Jahre, Median 34 Jahre), das Alter der Täter zwischen 24 und 47 Jahren (Mittelwert 36 Jahre, Median 35,5 Jahre). Bei einer Täterin konnte den Akten keine Altersangabe entnommen werden.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)

Im Abschnitt F4 der ICD-10 Kapitel V werden neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen klassifiziert. Zu den neurotischen Störungen zählen phobische Störungen (F40), andere Angststörungen (F41) und Zwangsstörungen (F42). Neben den Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) finden sich in diesem Kapitel weiterhin die dissoziativen Störungen (F44), die somatoformen Störungen (F45) und andere neurotische Störungen (F48).

Bei insgesamt fünf Täterinnen wurden Diagnosen aus dem Bereich F4 gestellt: Zwei Täterinnen litten unter einer Anpassungsstörung (F43.2), bei einer Täterin wurde eine nicht näher bezeichnete (F48.9) und bei einer weiteren Täterin eine andere neurotische Störung (F48.8) diagnostiziert. Eine Täterin hatte die Doppeldiagnose gemischte Angst und depressive Störung (F41.2) sowie andere neurotische Störung (F48.8).

Somatoforme Störungen (F45) wurden bei der Auswertung aus methodischen Gründen nicht berücksichtigt.

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) wurden ausschließlich bei Frauen diagnostiziert: Zwei Täterinnen hatten Essstörungen (Anorexia nervosa [F50.0] und Bulimia nervosa [F50.2]), bei einer Täterin wurde

ein Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen diagnostiziert (F52.0) und drei Täterinnen litten unter schweren psychischen Störungen im Wochenbett, die andernorts nicht klassifizierbar waren (F53.1). Nicht-organische Schlafstörungen (F51), psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (F54), Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen (F55) und nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F59) wurden von den Sachverständigen nicht beschrieben.

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)

Der Abbildung 24 auf Seite 54 ist zu entnehmen, dass die meisten Diagnosen (34 %) dem Abschnitt F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) zuzuordnen sind: Bei 40 % der begutachteten Täterinnen und Täter wurde eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung diagnostiziert, bezogen auf alle 244 Täterinnen und Täter entspricht dies einem Anteil von 16 %. Auffällig ist auch hier das Geschlechterverhältnis: Bei den Täterinnen (18,8 %) wurde die Diagnose einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung mehr als doppelt so häufig gestellt wie bei den Tätern (9,1 %).

Von den insgesamt 39 Täterinnen und Tätern mit Diagnosen aus diesem Bereich hatten 32 Täterinnen und Täter eine spezifische Persönlichkeitsstörung (F60), eine Täterin eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0), ein Täter eine Störung der Sexualpräferenz (F65.9), zwei Täterinnen andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F68.8) sowie jeweils ein Täter und eine Täterin eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F 69). Bei einem Täter wurde sowohl eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus (F60.31) als auch ein Voyeurismus (F65.3) diagnostiziert. Andauernde Persönlichkeitsänderungen (F62), abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63), Störungen der Geschlechtsidentität (F64) sowie psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66) kamen nicht vor.

Abbildung 30 zeigt Auftreten und Häufigkeit der einzelnen spezifischen Persönlichkeitsstörungen innerhalb der Tätergruppe kategorisiert nach ICD-10.

Bei 21 Täterinnen und zwölf Tätern fanden die Sachverständigen deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen, sie diagnostizierten eine spezifische Persönlichkeitsstörung: In einem knappen Drittel der Fälle traf für die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung jedoch keine der spezifischen Kategorien (F60.0–F60.7) zu, die Diagnose (z. B. »narzisstische Persönlichkeitsstörung«, »neurotische Persönlichkeitsstörung«) wurde unter die Kategorie andere spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60.8) subsumiert. Da-

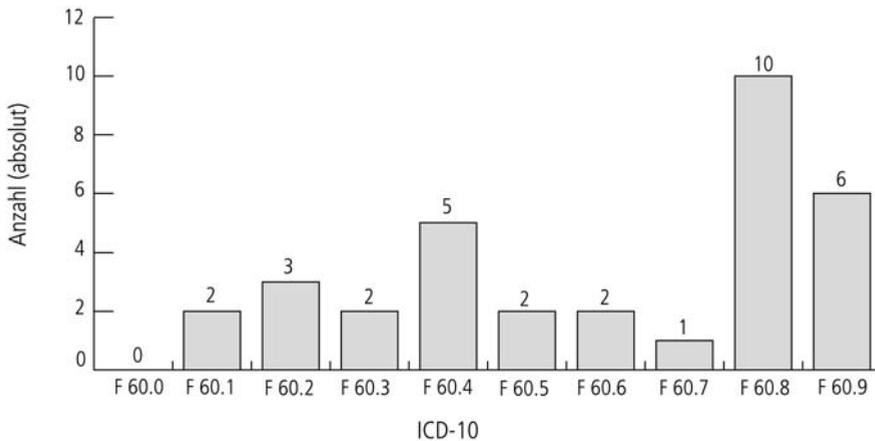


Abb. 30: Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F6) der Täterinnen und Täter klassifiziert nach ICD-10 (n=33); nähere Erläuterungen sind dem Text zu entnehmen

rüber hinaus konnte bei sechs Täterinnen und Tätern die Persönlichkeitsstörung nicht näher bezeichnet werden (F60.9). Bei fünf Täterinnen und Tätern wurde eine histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4) diagnostiziert, bei drei Täterinnen und Tätern eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2). Jeweils zwei Täterinnen und Täter litten unter einer schizoiden Persönlichkeitsstörung (F60.1), einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3), einer anankastischen Persönlichkeitsstörung (F60.5) sowie unter einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung (F60.6). Die Diagnose abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7) wurde bei einer Täterin gestellt, paranoide Persönlichkeitsstörungen (F60.0) kamen nicht vor.

Intelligenz und Intelligenzminderung (F7)

Trotz aller definitorischen Probleme von Intelligenz spielt deren Messung eine wichtige Rolle in der Diagnostik und Beurteilung der intellektuellen Leistungsfähigkeit von Menschen. Abbildung 31 (S. 64) zeigt die Verteilung der IQ-Werte von 71 Täterinnen und Tätern, bei denen im Rahmen von testpsychologischen Zusatzgutachten eine Intelligenztestung durchgeführt wurde.

Die horizontale Achse stellt die IQ-Werte dar, die vertikale Achse zeigt, wie viele Täterinnen und Täter auf jeden IQ-Wert entfallen. Der Psychologe David Wechsler definierte den IQ aufbauend auf einer statistischen Normalverteilung mit Mittelwert 100 und Standardabweichung 15. Danach liegen 68,3 % der Gesamtbevölkerung im Normalbereich zwischen 84 und 116 IQ-Punkten, 95 % der Gesamtbevölkerung liegen zwischen 69 und 131 IQ-Punkten.

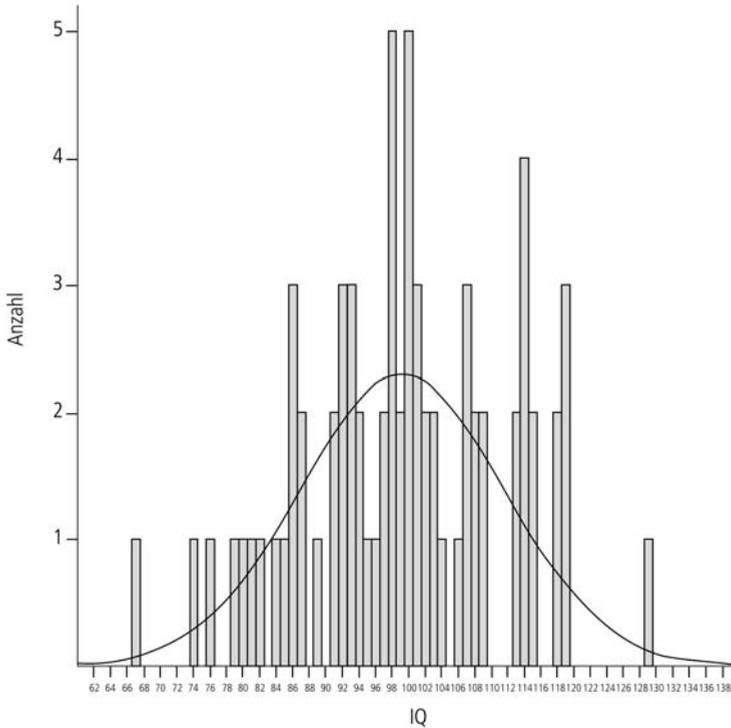


Abb. 31: Verteilung der IQ-Werte unter den Täterinnen und Tätern (n=71); nähere Erläuterungen sind dem Text zu entnehmen

Bei den Täterinnen und Tätern liegt der Mittelwert mit 99,14 IQ-Punkten etwas unter dem Mittelwert der Gesamtbevölkerung. Die Standardabweichung beträgt 12,34, d.h. dass unter den Täterinnen und Tätern die Streuung der IQ-Werte weniger ausgeprägt ist als in der Gesamtbevölkerung: 80,3 % der Täterinnen und Täter liegen mit ihren IQ-Werten im Normalbereich zwischen 84 und 116 Punkten, 98,6 % der Täterinnen und Täter liegen zwischen 69 und 131 IQ-Punkten. Etwas mehr als die Hälfte (50,7 %) der Täterinnen und Täter hat unterdurchschnittliche IQ-Werte (< 100), 7 % der Täter erreichen 100 IQ-Punkte und 42,3 % der Täterinnen und Täter liegen mit ihrem IQ-Wert über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (> 100).

Der niedrigste Intelligenzwert liegt bei 67, der höchste Intelligenzwert bei 129 IQ-Punkten. Fünf Sachverständige diagnostizierten bei den von ihnen begutachteten Täterinnen und Tätern eine Intelligenzminderung (zweimal leichte Intelligenzminderung [F 70] und dreimal nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung [F 79]). Nach der diagnostischen Leitlinie der ICD-10 ist der IQ-Bereich von 50–69 ein Hinweis auf eine leichte Intelligenzminderung. Interessant ist in

diesem Zusammenhang die Diskrepanz zwischen gestellter Diagnose einerseits und diagnostischer Leitlinie andererseits: Nur ein Täter, bei dem die Diagnose »Debilität« (leichte Intelligenzminderung) gestellt wurde, lag mit einem IQ-Wert von 67 innerhalb des von der ICD-10 genannten Bereichs. Bei einem Täter wurde kein Intelligenztest durchgeführt, die IQ-Werte der übrigen drei Täterinnen und Täter lagen zwischen 74 und 85.

Sonstige Diagnosen

Störungen aus den Bereichen F8 (Entwicklungsstörungen) und F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) wurden von den Sachverständigen nicht beschrieben. Die nicht empfohlene Restkategorie F99 (nicht näher bezeichnete psychische Störungen) musste nicht zur Kodierung herangezogen werden, da alle Diagnosen andernorts klassifiziert werden konnten.

Akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) werden nicht als psychische Störungen definiert, sondern als Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen. Sie werden im Kapitel XXI der ICD-10 behandelt. Die psychiatrischen Sachverständigen diagnostizierten bei einem Täter eine »akzentuierte Persönlichkeit mit schizoiden, narzisstischen und paranoiden Zügen«, bei einem anderen Täter eine »akzentuierte Persönlichkeit am Übergang zur infantil egozentrischen Psychopathie« und bei einem dritten Täter eine »akzentuierte Persönlichkeit mit nachhaltiger Wesensart«.

Schuldfähigkeit

Die Schuldfähigkeit einer Täterin oder eines Täters kann aufgehoben (§ 20 StGB) oder eingeschränkt (§ 21 StGB) sein, wenn durch eine krankhafte seelische Störung, eine tiefgreifende Bewusstseinsstörung, Schwachsinn oder eine andere seelische Abartigkeit die Fähigkeit, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln aufgehoben oder erheblich eingeschränkt ist.

Bei 100 Täterinnen und Tätern waren den Akten keine Angaben zur Schuldfähigkeit zu entnehmen. (72 dieser Täterinnen und Täter wurden jedoch gar nicht verurteilt: 34 Täterinnen und Täter verstarben im Zusammenhang mit der Tat [erweiterter Suizid], die Verfahren gegen weitere 35 Täterinnen und Täter wurden eingestellt, jeweils ein Täter und eine Täterin wurden freigesprochen und gegen einen Täter wurde wegen nicht hinreichendem Tatverdacht keine Anklage erhoben.) 144 Täterinnen und Tätern wurden auf ihre strafrechtliche

Verantwortlichkeit hin überprüft: Bei zwei Täterinnen und einem Täter schlossen die Sachverständigen eine »Aufhebung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit zur Tatzeit« nicht aus, in weiteren drei Fällen wurde das Jugendgerichtsgesetz (JGG) angewendet.²

Der Abbildung 32 ist zu entnehmen, welcher Prozentsatz der Täterinnen und Täter als voll schulfähig, eingeschränkt schulfähig und schulfunfähig beurteilt wurde. Bei mehr als der Hälfte (55 %) der verurteilten Täterinnen und Täter war die Schulfähigkeit zur Tatzeit erheblich vermindert oder aufgehoben.

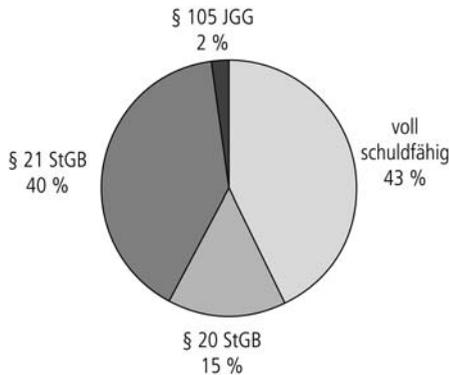


Abb. 32: Schulfähigkeit der Täterinnen und Täter zur Tatzeit (n=141)

Abbildung 33 zeigt den Anteil der Täterinnen und Täter mit der Diagnose einer psychischen Störung aus den verschiedenen Bereichen des Kapitels F der ICD-10 bzw. eines psychischen Ausnahmezustands, deren Schulfähigkeit zur Tatzeit gemindert oder aufgehoben war.

Fast zwei Drittel (64,7 %) der Täterinnen und Täter mit einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störung (F2) begingen die Tat im Zustand der Schulfunfähigkeit. Zur Aufhebung der Schulfähigkeit führten weiterhin schwere psychische Störungen im Wochenbett (33,3 % aller Täterinnen mit Störungen aus dem Bereich F5), affektive Störungen (18,8 % der Täterinnen und Täter mit affektiven Störungen [F3]) sowie Persönlichkeitsstörungen (7,7 % der Täterinnen und Täter mit Störungen aus dem Bereich F6).

Bei 6,7 % der Täterinnen und Täter, die den Tod ihrer Kinder im Affekt verursacht hatten, führte der psychische Ausnahmezustand auch zur Aufhebung der Schulfähigkeit. Bei weiteren 53,3 % der Täterinnen und Täter wurde aufgrund

2 Heranwachsende vom vollendeten 18. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr sind in der Regel nach allgemeinem Strafrecht zu verurteilen, sie können aber nach § 105 JGG bei Vorliegen von Reifungs- und Entwicklungsrückständen den Jugendlichen rechtlich gleichgestellt werden.

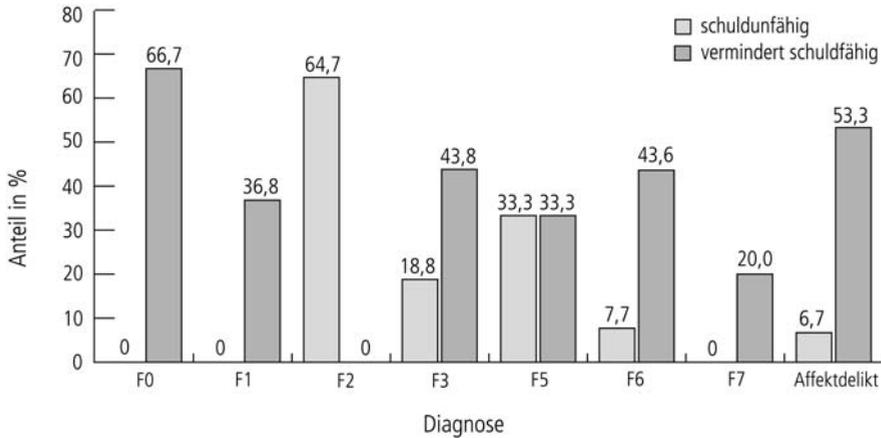


Abb. 33: Anteil der Täterinnen und Täter mit einer psychischen Störung aus dem Bereich ... , deren Schuldfähigkeit zur Tatzeit gemindert oder aufgehoben war; nähere Erläuterungen sind dem Text zu entnehmen

der affektiven Erregung eine Einschränkung der Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) angenommen.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) führten in keinem Fall zu einer Aufhebung oder Minderung der Schuldfähigkeit. Alle anderen psychischen Störungen – mit Ausnahme der Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen – führten bei 20 bis 66,7 % der Täterinnen und Täter zu einer strafrechtlichen Würdigung gemäß § 21 StGB.

3.3.7 Die Opfer

Im Folgenden wird der Einfluss der kindlichen Merkmale Geschlecht, Alter und Geschwisterposition auf die Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt untersucht.

Geschlecht

51 % der insgesamt 231 verstorbenen Kinder waren weiblich, 48 % männlich. In zwei Fällen (1 %) konnte den Akten keine Information über das Geschlecht der Opfer entnommen werden.

Alter

Das jüngste Opfer war zur Tatzeit drei Wochen, das älteste Opfer 17 Jahre und zehn Monate alt. Der Mittelwert des Alters aller Opfer lag bei 4,6 Jahren. 62,3 % der Kinder verstarben in den ersten vier Lebensjahren, 28,6 % waren zur Tatzeit jünger als ein Jahr alt. Die Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt nahm bis zur Vollendung des sechzehnten Lebensjahres ab, um dann wieder anzusteigen.

Der Abbildung 34 ist das Alter der Kinder zu entnehmen, in dem sie zum Opfer tödlich verlaufender elterlicher Gewalt wurden. Besonders auffällig ist der hohe Anteil verstorbenen Säuglinge, weshalb Abbildung 35 detaillierter auf das Alter der Opfer eingeht, die zur Tatzeit zwölf Monate und jünger waren.

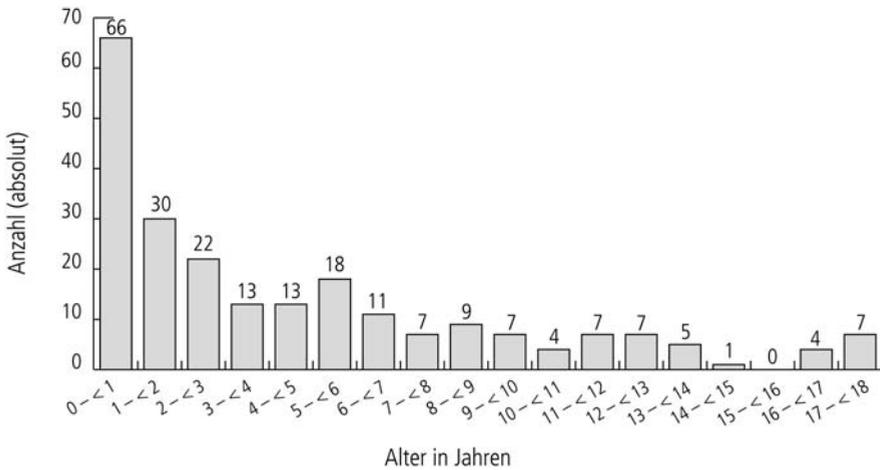


Abb. 34: Alter der Opfer zur Tatzeit (n=231)

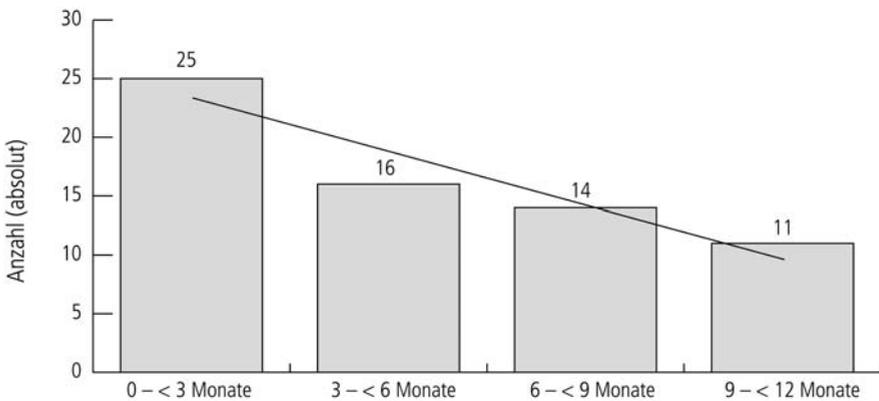


Abb. 35: Alter der Opfer, die zur Tatzeit zwölf Monate und jünger waren, in Monaten (n=66)

Es zeigt sich, dass in den ersten drei Lebensmonaten fast genauso viele Kinder an den Folgen elterlicher Gewalt verstarben wie im gesamten zweiten Lebensjahr. Über 60 % der Säuglinge wurden im ersten Lebenshalbjahr Opfer tödlich verlaufender elterlicher Gewalt.

Im Jahr 1985 starben in der Bundesrepublik Deutschland (alte Länder) 5244 Säuglinge (Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 78). An den Folgen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt starben im Untersuchungszeitraum im Schnitt 13 Säuglinge pro Jahr. Dies entspricht einem Anteil von 0,25 % an der Säuglingssterblichkeit. Nach Abzug der in den ersten sieben Lebenstagen Verstorbenen steigt dieser Anteil auf 0,4 %.

Geschwisterposition

Abschließend soll anhand von Abbildung 36 ein Blick auf die Geschwisterpositionen der Opfer geworfen werden.

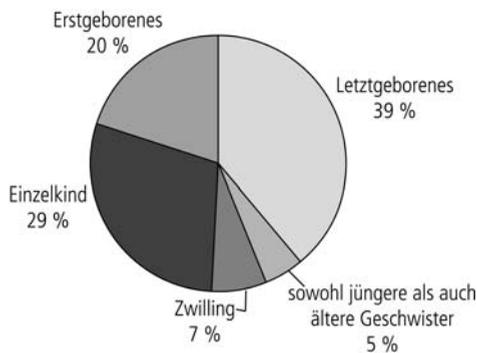


Abb. 36: Geschwisterposition der Opfer (n=207)

Bei elf Opfern konnte den Akten keine Angaben über ihre Stellung innerhalb der Familie entnommen werden. Drei Opfer waren Pflegekinder und zehn Kinder hatten ausschließlich Halbgeschwister, so dass lediglich 207 Opfer in die Auswertung einbezogen wurden. Am häufigsten fanden sich »Letztgeborene« unter den Opfern – mit 39 % fast doppelt so viele wie »Erstgeborene« (20 %). Einzelkinder waren mit 29 % vertreten – im Vergleich zu 34,9 % Einzelkindern, die es im Juni 1985 in der Gesamtbevölkerung gab (Quelle: Statistisches Jahrbuch 1987, S. 67).

Auffällig ist der hohe Anteil von Zwillingkindern: Nach der Hellin-Regel treten Zwillingsgeburten mit einer Häufigkeit von 1,18 % auf, d. h. dass 2,36 % der in Deutschland lebenden Kinder Zwillingkinder sein müssten. Dem steht

der Anteil von 7 % Zwillingkindern gegenüber, die Opfer tödlich verlaufender elterlicher Gewalt wurden.

67 % der Opfer hatten ein oder mehrere Geschwister verglichen mit 65 % der Kinder in der Gesamtbevölkerung von 1985.

3.3.8 Interventionen

In diesem Abschnitt sollen die Interventionsmöglichkeiten von Ärztinnen, Ärzten und Jugendamt dargestellt werden – und auch die Probleme, die mit ihnen verbunden sind und die in folgenden Kasuistiken deutlich werden.

Schwere Vorwürfe gegen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte

Eine 27-jährige Türkin wird nach einer komplizierten Schwangerschaft von ihrem vierten Kind entbunden. Nach der Geburt wirkt sie psychisch stark verändert. Sie überlässt die Versorgung des Säuglings ihrem Ehemann, entwickelt starke Angstzustände und halluziniert. Ihre Familie ist sehr besorgt und sucht immer wieder ärztliche Hilfe. Von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten wird eine Wochenbettpsychose diagnostiziert, weitere Maßnahmen werden jedoch nicht ergriffen. Schließlich wirft die Frau ihren vierwöchigen Sohn in einem unbeobachteten Moment vom Balkon des siebten Stockwerks. Die Täterin, die die Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20StGB) begangen hat, wird freigesprochen, gegen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte werden von Seiten der Staatsanwaltschaft schwere Vorwürfe erhoben.

Die Täterinnen und Täter haben in mindestens 20 % der Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt vor der Tat Hilfe gesucht, die meisten (8,2 %) gleich bei mehreren Personen. In jeweils sechs Fällen (3,1 %) waren Partnerinnen und Partner oder Ärztinnen und Ärzte die alleinigen Ansprechpartner. In nur einem Fall suchte die Täterin die Unterstützung der Kinder- und Jugendhilfe, indem sie sich um eine Heimunterbringung für ihre fünfjährige Tochter – das spätere Tatopfer – bemühte.

Im Zweifel für die Angeklagte

Ein zwei Monate alter männlicher Säugling wird mit einem Schädelhirntrauma und Rippenfrakturen in reduziertem Ernährungszustand in die Kinderklinik eingewiesen. Die Mutter erklärt die schwerwiegenden Verletzungen ihres Sohnes durch einen Sturz. Im Rahmen des sechswöchigen stationären Aufenthaltes wird

von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten der Verdacht auf Misshandlung geäußert und das Jugendamt eingeschaltet. Die Entlassung des Kindes erfolgt gegen ärztlichen Rat. Sechs Tage nach der Entlassung wird der Junge erneut in die Klinik gebracht, wo er im Alter von vier Monaten an den Folgen einer traumatisch bedingten Hirnschwellung stirbt. Das Verfahren gegen die Mutter wird eingestellt, da das Verschulden am Tod ihres Kindes nicht mit ausreichender Sicherheit nachgewiesen werden kann. Anderthalb Jahre nach dem Tod ihres ersten Kindes wird die Mutter erneut von einem Sohn entbunden, der im Alter von sechs Monaten an »plötzlichem Kindstod« (SIDS) bei Bronchitis verstirbt. Es finden sich keine Hinweis auf eine Misshandlung.

Den meisten Akten sind keine Angaben darüber zu entnehmen, ob das Opfer bereits vor seinem Tod wegen tatunabhängiger Misshandlungsfolgen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen musste. Von den 89 Kindern, bei denen entsprechende Angaben vorlagen, befanden sich 34 (14,7 % aller Opfer) vor der Tat ein- oder mehrmals wegen ihrer Verletzungen in ambulanter oder stationärer ärztlicher Behandlung. Bemerkenswert ist, dass aus der Gruppe der Kinder, die an den Folgen einer elterlichen Misshandlung verstarben, knapp dreimal so viele (41,7 %) schon vor der Tat wegen ihnen zugefügter Misshandlungen ärztlich behandelt werden mussten.

Fehleinschätzung des Jugendamtes

Ein zwölf Monate alter Junge kommt in eine Pflegefamilie, da er von seiner leiblichen Mutter vernachlässigt wurde. Die Pflegefamilie ist nicht unumstritten: Ärzte hatten bereits bei einem früheren Pflegekind den Verdacht auf Misshandlung geäußert, das Jugendamt sah damals von einer Anzeige ab, da es von der Unschuld der Pflegemutter überzeugt war. Der Hausarzt informiert das Jugendamt darüber, dass die Pflegemutter diverse Arzttermine mit dem Jungen nicht wahrnimmt und äußert zusätzlich den Verdacht auf eine Misshandlung. Im Alter von 21 Monaten verstirbt das Kind an schwerwiegenden Verletzungen aufgrund mehrfacher, unterschiedlich gearteter und mehrzeitiger Gewalteinwirkung. Die Pflegemutter gibt an, der Junge sei die Kellertreppe hinabgestürzt. Da nicht bewiesen werden kann, dass sie dem Kind die bestehenden Verletzungen durch aktives Tun zugefügt hat, wird sie freigesprochen. Die absolute und relative Häufigkeit der Antworten auf die Frage, ob »die Familie dem Jugendamt bereits vor der Tat bekannt« war, ist der Tabelle 5 (S. 72) zu entnehmen.

Tab. 5: Absolute und relative Häufigkeit der Antworten auf die Frage »War die Familie dem Jugendamt bereits vor der Tat bekannt?« (Item 85)

	Anzahl (absolut)	Anteil (%)
keine Angabe	122	62,6
nicht bekannt	17	8,7
ja, wegen Misshandlung oder Vernachlässigung des Opfers	16	8,2
ja, wegen Misshandlung oder Vernachlässigung von Geschwistern	5	2,6
bekannt aus anderen Gründen	35	17,9
gesamt	195	100,0

Bezogen auf alle 195 Fälle war die Familie dem Jugendamt in 28,7 % der Fälle vor der Tat bekannt, in 10,8 % der Fälle sogar wegen Misshandlung oder Vernachlässigung eines Kindes. Werden die Angaben lediglich auf die 73 Fälle bezogen, in denen den Akten entsprechende Angaben zu entnehmen waren, hatten sogar 76,7 % der Familien vor der Tat mindestens einmal Kontakt zur Kinder- und Jugendhilfe.

Angst vor dem Verlust des Sorgerechts

Eine 27-jährige allein erziehende Mutter befindet sich wegen einer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie mehreren Suizidversuchen immer wieder in psychiatrischer bzw. psychosomatischer Behandlung. Die Beziehung zu ihrem fünfjährigen Sohn ist geprägt durch erhebliche Erziehungsprobleme. Aufgrund der Gesamtsituation wird vom Jugendamt erwogen, der Mutter das Sorgerecht zu entziehen und entsprechende Gutachten werden in Auftrag gegeben. Währenddessen wird das Kind vorübergehend bei der Großmutter untergebracht. Noch während die Gutachten erstellt werden, stranguliert die Mutter ihren Sohn aus Angst, das Jugendamt könne ihn ihr »wegnehmen«.

Die »Angst vor dem Verlust des Sorgerechts« war in 17 % aller Fälle tat(mit) auslösend. 60 % davon waren (versuchte) erweiterte Suizidhandlungen.

4. Bewertung der Ergebnisse und Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der eigenen Untersuchung mit denen bisheriger Studien verglichen und diskutiert. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass aufgrund der Vielzahl der zugrunde liegenden Definitionen und Untersuchungsansätze Vergleiche nur begrenzt möglich sind.

Ergebnisse internationaler Studien sind wegen der Unterschiede in den Gesellschaftssystemen nur mit Einschränkungen übertragbar, für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland liegen hauptsächlich regionale Erhebungen vor.

4.1 Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt an Kindern

Über die Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt an Kindern gibt es in der wissenschaftlichen Literatur stark divergierende Angaben, die aus unterschiedlichen Definitionen, Quellen und Erhebungsmodi resultieren. So geht das STATISTISCHE BUNDESAMT (1998) von jährlich etwa sieben bis zwölf Fällen aus, TRUBE-BECKER (1982) gibt an, dass über 600 bis 1000 Kinder »Jahr für Jahr von ihren eigenen Eltern getötet« werden, während AMMON (1979) die jährliche Zahl an Misshandlung verstorbener Kinder auf 700 bis über 1500 Fälle schätzt. Nach wie vor fehlt eine zuverlässige Dunkelfeldforschung, so dass Angaben über die tatsächliche Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt an Kindern letztlich auf Schätzungen basieren.

Das Dunkelfeld

Das Dunkelfeld beruht in der vorliegenden Untersuchung auf

- unentdeckt bleibenden Opfern tödlich verlaufender Gewalt (z. B. Vermisstensachen);
- Opfern tödlich verlaufender Gewalt, deren Tod als Unfall oder als natürlicher Tod fehleingeschätzt wurde. Dazu zählen Todesfälle, die die Polizei trotz Eintragung einer nichtnatürlichen bzw. nicht-aufgeklärten Todesart auf den Leichenschauscheinchen ohne Sektion als Unfall abgeschlossen hat sowie Todesfälle, die der leichenschauende Arzt als natürliche Todesursache klassifiziert und somit nicht der Polizei gemeldet hat;
- Opfern tödlich verlaufender Gewalt, deren Tod als »plötzlicher Kindstod« (SIDS) fehleingeschätzt wurde. Nach einer Untersuchung von KLEEMANN,

VOCK et al. (1997) über die Obduktionsfrequenz bei plötzlichen Kindstodfällen wurden etwa 55 % der Säuglinge, die zwischen 1985 und 1989 unter dem Bild des plötzlichen Kindstods verstorben sind und bei denen der Leichenschauarzt diese Diagnose als Todesursache eingetragen hat, nicht obduziert. Darüber hinaus gibt der britische Pädiater EMERY (1993) an, dass in 25 % der Obduktionen von SIDS-Fällen keine todesursächliche Erklärung zu finden sei, bei einem Fünftel bis einem Zehntel der SIDS-Fälle müsse man von einer nichtnatürlichen Todesursache ausgehen. Im Rahmen einer Studie des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Münster entpuppte sich jeder 30., zunächst unverdächtig aussehende Fall eines plötzlichen Todes im Säuglings- und Kleinkindesalter durch die Sektion als Tötungsdelikt (DU CHESNE, BAJANOWSKI, BRINKMANN 1997);

- fehlenden Daten aus einem rechtsmedizinischen Institut und aus 8 % der Pathologischen Institute sowie eventuellen Daten- oder Aktenverlusten in den beteiligten Rechtsmedizinischen Instituten oder im Studienzentrum;
- falsch deklarierten Fällen von Kindstötung (§ 217 StGB), die in die vorliegende Studie nicht eingeschlossen wurden.

Neuere rechtsmedizinische Untersuchungen in Deutschland gehen davon aus, dass die Dunkelziffer für Tötungsdelikte bei etwa 1:1 liegt (BRINKMANN et al. 1997, VOCK et al. 1999 a), während WILCZYNSKI (1997) aufgrund internationaler Literatur- und Datenbankauswertungen die Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt an Kindern drei- bis siebenmal höher einschätzt als sich durch offizielle Statistiken belegen lässt. Daraus lässt sich folgern, dass die in dieser Untersuchung genannten Zahlen – ebenso wie die Daten offizieller Statistiken – sicherlich nicht das gesamte Ausmaß tödlich verlaufender elterlicher Gewalt widerspiegeln.

Tödlich verlaufende Gewalt an Kindern in der Bundesrepublik Deutschland

Im Folgenden werden die in der eigenen Erhebung ermittelten Häufigkeitsangaben in Bezug zu den beiden in der Bundesrepublik Deutschland vorhandenen, offiziellen Statistiken gesetzt, denen Daten zur Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt an Kindern zu entnehmen sind: Die Polizeiliche Kriminalstatistik ist eine Zusammenstellung aller der Polizei bekannt gewordenen strafrechtlichen Sachverhalte unter Beschränkung auf ihre erfassbaren wesentlichen Inhalte, Grundlage der Todesursachenstatistik sind die von den Ärztinnen und Ärzten ausgestellten Leichenschauscheinne sowie die von den Standesämtern ausgestellten Sterbefallzählkarten. In den ersten vier Jahren des Untersuchungszeitraums wurden den eigenen Ergebnissen zufolge jährlich etwa 78 Kinder unter 18 Jahren Opfer tödlich verlaufender Gewalt. 1989 erlagen 45 Kinder den ihnen zugefügten Verletzungen.

Demgegenüber fielen in den ersten vier Jahren des Untersuchungszeitraums nach Angaben der Polizeilichen Kriminalstatistik (BUNDESKRIMINALAMT 2004) etwa 150 Kinder pro Jahr tödlich verlaufender Gewalt (Straftaten gegen das Leben und Körperverletzung mit Todesfolge) zum Opfer, also etwa doppelt so viele wie in der eigenen Untersuchung. 1989 wurden rund 10 % weniger Opfer erfasst (138 Opfer).

Für die Jahre 1985 bis 1988 verzeichnet die Todesursachenstatistik (STATISTISCHES BUNDESAMT 1986–1990) unter der Kategorie »Mord, Totschlag und vorsätzliche Verletzung durch eine andere Person (ICD-9 E960–E969)« bei den 0–15-Jährigen bzw. 0–20-Jährigen eine Zahl zwischen 70 und 123 Opfern pro Jahr, 1989 lag die Zahl deutlich niedriger (zwischen 55 und 87 Opfern). Auch aufgrund der Todesursachenstatistik wäre in der vorliegenden Erhebung also eine höhere Opferzahl zu erwarten gewesen.

Die beschriebenen Abweichungen der Opferzahlen lassen sich sowohl durch die Nichterfassung der Kindstötungen (§ 217 StGB) in der eigenen Erhebung als auch durch die divergierende Form der Datenerhebung erklären.

Abbildung 37 zeigt die absolute Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt an Kindern in der Bundesrepublik Deutschland für jedes Jahr des Untersuchungszeitraums; gegliedert nach den eigenen Ergebnissen, nach Angaben der Todesursachenstatistik (0–15-Jährige bzw. 0–20-Jährige) sowie nach Angaben der Polizeilichen Kriminalstatistik.

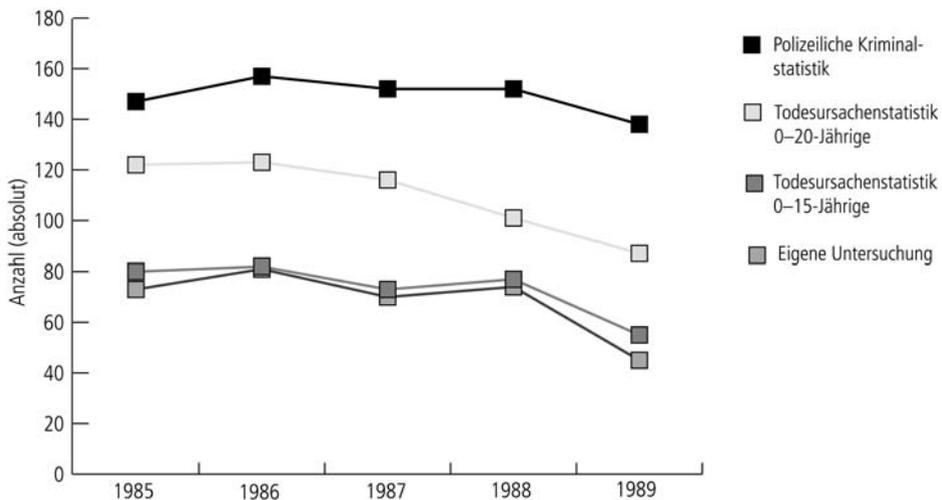


Abb. 37: Angaben aus drei verschiedenen Datenbanken zur absoluten Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt an Kindern in der Bundesrepublik Deutschland im Untersuchungszeitraum; Quellen: Reihe 4 »Todesursachen« in der Fachserie 12 »Gesundheitswesen« (STATISTISCHES BUNDESAMT 1986, 1987b, 1988, 1989 a, 1990); Polizeiliche Kriminalstatistik 1971 bis 2000 (BUNDESKRIMINALAMT 2004)

Auffällig ist in allen vier Kurven die geringere Anzahl von kindlichen Opfern im Jahr 1989. Die Betrachtung der offiziellen Statistiken des Jahres 1990 legt die Vermutung nahe, dass die Zahl der durch fremde Hand verstorbenen Kinder weiter abnimmt. Zur Bestätigung müssen allerdings die Ergebnisse der im Institut für Rechtsmedizin der Universität Leipzig durchgeführten Analyse der Fälle tödlich verlaufender Gewalt an Kindern ab 1990 abgewartet werden.

Auch UNICEF (2003) verzeichnet in 14 von 23 Industrienationen einen leichten Rückgang der Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt an Kindern und führt diesen auf die Sensibilisierung der Öffentlichkeit, Kinderschutzprogramme sowie Fortschritte in der Notfallmedizin zurück.

Tödlich verlaufende Gewalt an Kindern im internationalen Vergleich

Bezogen auf die Anzahl aller Kinder unter 18 Jahren, die im Untersuchungszeitraum in der Bundesrepublik Deutschland lebten (STATISTISCHES BUNDESAMT 1987), wurden den eigenen Ergebnissen zufolge jährlich zwischen 0,6 und 0,7 von 100 000 Kindern unter 18 Jahren Opfer tödlich verlaufender Gewalt.

Nach Angaben von UNICEF (2003) verstarben zehn Jahre später (zwischen 1995 und 1999) in der Bundesrepublik Deutschland jährlich 0,8 von 100 000 Kinder unter 15 Jahren an den Folgen einer Misshandlung oder Vernachlässigung; entsprechend etwa 74 bis 96 an tödlich verlaufender Gewalt verstorbenen Kindern unter 15 Jahren jährlich.

In der DDR kam es in den letzten fünf Jahren vor der Wende zu 172 Fällen tödlich verlaufender Gewalt (VOCK et al. 1999 c), was bezogen auf die mittlere Bevölkerungszahl im Untersuchungszeitraum (STATISTISCHES AMT DER DDR 1990) einer jährlichen Rate von etwa einem Opfer tödlich verlaufender Gewalt pro 100 000 Kindern entspricht. Allerdings muss hier von einem sehr geringen Dunkelfeld ausgegangen werden, da in der DDR gemäß der »Anordnung über die ärztliche Leichenschau« die Obduktion verstorbener Kinder und Jugendlicher bis zum vollendeten 16. Lebensjahr vorgeschrieben war. Von der Übertragbarkeit der Daten der ehemaligen DDR auf die alten Länder der Bundesrepublik Deutschland sowie auf die Bundesrepublik Deutschland nach der Wiedervereinigung muss wegen der divergierenden sozialen, gesellschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen allerdings Abstand genommen werden.

SOMANDER und RAMMER (1991) ermittelten für den von ihnen untersuchten Zeitraum von 1971 bis 1980 eine Rate von 0,6 kindlichen Gewaltopfern pro 100 000 in Schweden lebenden Kindern der entsprechenden Altersgruppe, wobei in den letzten fünf Jahren deutlich weniger Fälle registriert wurden als in der ersten Hälfte des Erhebungszeitraums. Dadurch erklärt sich auch die Differenz zu den Ergebnissen von UNICEF (2003), die für die Jahre 1971 bis 1975 eine

Rate von einem an tödlich verlaufender Gewalt verstorbenen Kind pro 100 000 schwedischen Kindern fanden.

In dem sehr langen 25-jährigen Untersuchungszeitraum der Erhebung von VANAMO et al. (2000) verstarb in Finnland eines von 100 000 Kindern an den Folgen einer Gewalteinwirkung durch fremde Hand. UNICEF (2003) registrierte zwischen 1995 und 1999 mit 0,8 Fällen tödlich verlaufender Gewalt pro 100 000 Kindern angesichts der sinkenden Häufigkeit eine in etwa vergleichbare Fallzahl.

Basierend auf Daten des Bureau of Justice Statistics geben ALDER und POLK (2001) für die Vereinigten Staaten im Jahr 1998 eine Rate von 1,9 durch fremde Hand verstorbenen Kindern bezogen auf 100 000 Kinder unter 15 Jahren an. Nach Angaben von UNICEF (2003) verstarben im Zeitraum von 1995 bis 1999 in den USA jährlich 2,4 von 100 000 Kindern unter 15 Jahren an den Folgen einer Misshandlung oder Vernachlässigung. Die Differenz lässt sich u. a. dadurch erklären, dass in der Erhebung von UNICEF (2003) im Gegensatz zu der von ALDER und POLK (2001) auch die so genannten »ungeklärten Todesfälle« berücksichtigt wurden.

Abbildung 38 (S. 78) gibt einen Überblick über die jährliche Zahl der Kinder unter 15 Jahren, die in den Industrieländern an den Folgen einer Misshandlung oder Vernachlässigung verstarb; jeweils bezogen auf 100 000 Kinder in der entsprechenden Altersgruppe. Der von UNICEF (2003) erstellten Grafik lässt sich entnehmen, dass in Spanien, Griechenland, Italien, Irland und Norwegen deutlich weniger Kinder Opfer tödlich verlaufender Gewalt wurden, während die Fallzahlen in den USA, Mexiko und Portugal im Vergleich zu Deutschland das Drei- bis Vierfache betragen.

Tödlich verlaufende elterliche Gewalt (Filizide)

Nach der ausführlichen Darstellung der Häufigkeit aller Fälle tödlich verlaufender Gewalt an Kindern soll nun zum Anteil tödlich verlaufender elterlicher Gewalt Stellung genommen werden.

In der vorliegenden Studie wurden im Untersuchungszeitraum knapp zwei Drittel (64,7 %) der durch fremde Hand verstorbenen Kinder Opfer tödlich verlaufender elterlicher Gewalt.

Auf einen ähnlich hohen Anteil innerfamiliärer Gewalt (64,4 %) kommen auch ALDER und POLK (2001) im Rahmen ihrer zehnjährigen Erhebung in Victoria (Australien). Ihr Ergebnis wird durch WILCZYNSKI (1997) bestätigt, die für ganz Australien einen Anteil von 67,7 % fand. Der Arbeit von VANAMO et al. (2001) ist zu entnehmen, dass in Finnland 68,8 % der durch fremde Hand verstorbenen Kinder Opfer tödlich verlaufender elterlicher Gewalt wurden (Filizide, erweiterte

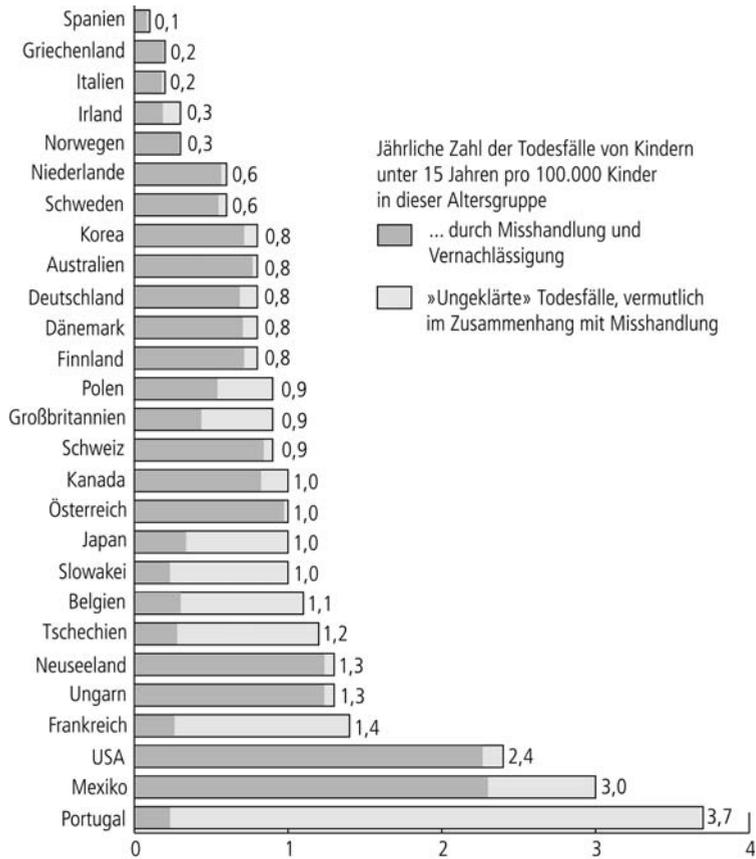


Abb. 38: Todesfälle von Kindern durch Misshandlung und Vernachlässigung in den Industrieländern. Entnommen aus: UNICEF-Nachrichten 4 (Dezember 2003), S. 15

Suizide und Neonazide). In England und Wales erlagen 71 % der Opfer der Gewalt durch ihre Eltern (WILCZYNSKI 1997) und in Schweden wurden sogar 85,4 % der durch fremde Hand verstorbenen Kinder Opfer elterlicher Gewalt (SOMANDER und RAMMER 1989). Lediglich in den USA lag die Zahl der Filizide (27,3 % der durch fremde Hand getöteten Kinder) weit unter der von Fremdtätern verübten Taten (WILCZYNSKI 1997).

Angesichts dieser Datenlage kann es als gesichert gelten, dass in Europa und Australien die überwiegende Mehrheit der kindlichen Gewaltopfer an den Folgen elterlicher Gewalt verstirbt. In den Vereinigten Staaten verhält es sich dagegen genau umgekehrt.

Aus dieser Beobachtung können ganz unterschiedliche Schlüsse gezogen werden: Sicherlich ist es möglich, einen hohen Anteil von Eltern unter den Täterinnen und Tätern durch ein Misslingen der häuslichen Erziehung oder ein Versagen der

sozialen Unterstützungssysteme zu erklären. Auf der anderen Seite können die Ergebnisse aber auch so interpretiert werden, dass Kinder in den meisten Ländern Europas und in Australien vor tödlich verlaufender Gewalt durch Fremdtäter verhältnismäßig gut geschützt sind, der prozentuale Anteil also in Relation zur Gesamtzahl gesehen werden muss.

Diese These wird durch die Verhältnisse in den USA unterstützt. Auf Grundlage der Untersuchung von UNICEF (2003) sowie der von JASON, GILLILAND und TYLER (1983) unterscheidet sich die Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt in den Vereinigten Staaten nicht grundlegend von der in den meisten europäischen Ländern. Dagegen liegt der Anteil tödlich verlaufender Gewalt durch Fremdtäter um ein Vielfaches höher. Die Gründe hierfür sind sicherlich vielfältig und nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung, erwähnt seien deshalb lediglich mögliche ursächliche Faktoren wie die im Vergleich zu den meisten europäischen Staaten ausgeprägtere soziale Ungleichheit oder das umstrittene Recht auf freien Waffenbesitz.

4.2 Regionale Verteilung

Die in der vorliegenden Untersuchung gefundene Verteilung der Fälle auf die einzelnen Bundesländer und Staatsanwaltschaften lässt keine eindeutigen Schlussfolgerungen über regionale Unterschiede in der Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt zu.

Das überdurchschnittlich häufige Auftreten tödlich verlaufender elterlicher Gewalt in den bevölkerungsreichen Bundesländern Berlin, Bremen und Nordrhein-Westfalen (0,41 bis 0,48 Fälle/100 000 Einwohner) sowie das seltenere Vorkommen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt in Niedersachsen, Bayern und Schleswig-Holstein (0,11 bis 0,29 Fälle/100 000 Einwohner) – den drei Bundesländern mit der niedrigsten Bevölkerungsdichte – legen zwar einen Zusammenhang zwischen Bevölkerungsdichte und Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt nahe, eine Regelmäßigkeit lässt sich aus den Ergebnissen jedoch nicht ableiten.

Auch der angedeutete Trend hin zu einer Häufung von Fällen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt im Gebiet großstädtischer Staatsanwaltschaften lässt sich nicht verallgemeinern.

Auffällig ist die Tatsache, dass im Umkreis der beteiligten rechtsmedizinischen Institute in der Regel mehr Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt bekannt wurden als in Regionen mit größerer räumlicher Distanz zu den zuständigen rechtsmedizinischen Zentren. Aufgrund dieser Beobachtung lässt sich vermuten, dass die Hemmschwelle, eine unklare Todesursache abklären zu lassen, mit der zu überwindenden Entfernung zum nächsten rechtsmedizinischen Institut und

dem damit verbundenen Kosten- und Zeitaufwand steigt. Um diese These zu stützen sind Forschungsansätze, die den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von tödlich verlaufenden Gewaltdelikten und der Entfernung zum zuständigen rechtsmedizinischen Institut gezielt untersuchen, erforderlich.

Unabhängig davon sind die Ursachen regionaler Unterschiede in Bezug auf die ermittelte Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt komplex, bedingen sich wechselseitig und reichen von rein bevölkerungspolitischen Aspekten (Anteil von Kindern unter 18 Jahren an der Gesamtbevölkerung, Anteil kinderreicher Familien, etc.) über verschiedene soziale Variablen (u. a. Arbeitslosenquote, Wohnsituation sowie Struktur, Verfügbarkeit und Qualität sozialer Unterstützungsangebote) bis hin zu regionalen Unterschieden bei der Art der Datenerhebung (z. B. Aufklärungsraten von Polizei und Staatsanwaltschaft in einer bestimmten Region, Ausfüllen der Leichenschaukarte durch die Ärztinnen und Ärzte).

Vermutlich aufgrund dieser vielfältigen Variablen und der damit zusammenhängenden Schwierigkeiten bei der Datenerhebung sowie der Interpretation der Ergebnisse finden sich in der Literatur keine Angaben, die zum Vergleich mit den eigenen Beobachtungen herangezogen werden könnten.

4.3 Der Tatzeitpunkt

In den bisher vorliegenden Veröffentlichungen wird die Bedeutung des Tatzeitpunktes für das Entstehen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt weder beschrieben noch diskutiert, so dass die eigenen Ergebnisse nicht mit denen anderer wissenschaftlicher Untersuchungen verglichen werden können.

Auch die Erforschung von Zeitstrukturen bei Gewaltverbrechen im Allgemeinen steht noch ganz am Anfang. Die bisher verfügbaren Ergebnisse legen allerdings die Vermutung nahe, dass es sich hierbei um eine relevante und komplexe Fragestellung handelt.

Saisonales Auftreten

In der Literatur zur saisonalen Abhängigkeit des Auftretens von Gewaltverbrechen finden sich widersprüchliche Angaben: LESTER (1979) beschreibt in einer Auswertung der »Vital Statistics of the United States« für Tötungsdelikte (»homicides«) einen Häufigkeitsgipfel in den Monaten Juli bis September und einen im Dezember, während Suizide – weniger eindeutig – vor allem im Frühjahr und Herbst auftreten. ABEL et al. (1985) finden in einer Studie in Erie County, New York, keine signifikante Abhängigkeit des Auftretens der Taten von Monaten oder Jahreszeiten. In Finnland gibt es nach einer Untersuchung von TIHONEN

et al. (1997) im Winter eine niedrigere und im Sommer eine höhere Rate von Tötungsdelikten (»homicides«). Interessant ist hier die signifikante Abhängigkeit zwischen dem monatlichen Auftreten von Tötungsdelikten und »gewalttätigen Suiziden«, während zwischen Tötungsdelikten und »nicht-gewalttätigen Suiziden« keine signifikante Abhängigkeit besteht. In Belgien lässt sich eine signifikante saisonale Abhängigkeit der gewalttätigen Suizide – mit Häufigkeitsgipfeln im März und April sowie im August – nicht aber der nicht-gewalttätigen Suizide und Homizide beobachten (MAES et al. 1993). KOHLER (1990) beschreibt in einer statistischen Auswertung von 118 psychiatrischen Gutachten über Gewalttäter in Baden-Württemberg eine signifikante Häufung von Tötungsdelikten in den Frühjahrs- und Sommermonaten, aber keine signifikante saisonale Abhängigkeit von Körperverletzungsdelikten. Eine bundesweite Untersuchung zur saisonalen Abhängigkeit von Gewaltverbrechen liegt nicht vor, auch in der Polizeilichen Kriminalstatistik werden Tatmonate nicht erfasst (BKA, persönliche Mitteilung).

Die vorliegende Erhebung zeigt bezüglich der Anzahl von Taten in den einzelnen Monaten und Jahreszeiten zwar gewisse Auffälligkeiten, diese sind jedoch nicht eindeutig und lassen daher keine definitiven Schlussfolgerungen zu: Im Sommer ereigneten sich etwas weniger Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt (41 Fälle) als im Winter (45 Fälle), die Häufigkeit im Frühling lag bei 46 Fällen und im Herbst bei 48 Fällen. Der Monat mit den meisten Taten (21 Fälle) war der Juni, dafür verstarben in den Monaten Mai, Juli und August (jeweils zehn Fälle) deutlich weniger Kinder durch fremde Hand.

PFLUG (1987) wies auf die Notwendigkeit hin, Faktoren, wie z. B. biologische Parameter, Umweltbedingungen und soziale Gefüge in ihrer Zuordnung zu rhythmischen Phänomenen zu studieren. Gegenwärtig liegen aber immer noch zu wenige Kenntnisse über jahreszeitlich bedingte, ursächliche Faktoren und ihre wechselseitige Beeinflussung vor, um die einzelnen Untersuchungsergebnisse verlässlich einordnen und interpretieren zu können. Das saisonale Auftreten von Gewaltverbrechen im Allgemeinen und tödlich verlaufender elterlicher Gewalt im Besonderen scheint von einer ganzen Reihe einzelner Faktoren abhängig zu sein. Mögliche Ursachen sind neben gesellschaftlichen Faktoren wie Ferien und Feiertagen oder saisonale Schwankungen der Arbeitslosigkeit vermutlich auch circannuale Rhythmen der Neurotransmitter, die durch Tageslänge, Helligkeit und Temperatur beeinflusst werden. So ist z. B. bekannt, dass niedrige Konzentrationen des Serotoninmetaboliten 5-Hydroxyindolessigsäure (5HIAA) im Liquor in Bezug zu Impulsivität und Aggressivität stehen (TIIHONEN et al. 1997).

Wochentage

Der amerikanische Psychologe und Suizidforscher LESTER (1979) fand ein häufigeres Vorkommen von Suiziden an Montagen, während Tötungsdelikte (»homicides«) überwiegend samstags und sonntags verübt wurden. Auch ABEL et al. (1985) kommen zu dem Ergebnis, dass das Risiko, Opfer eines Gewaltverbrechens zu werden, an den Wochenenden am höchsten ist. KOHLER (1990) beschreibt – bei einer Häufung von Gewaltdelikten an den Wochenenden (Freitag bis Sonntag) – noch den Montag mit 18 % der Tötungsdelikte und 17 % der Körperverletzungen als relativ stark vertreten.

LESTER (1979) führt die beschriebene Häufung von Homiziden an Wochenenden auf höheren Alkoholkonsum, engeren Kontakt von Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten sowie den im Vergleich zu den Werktagen veränderten Tagesrhythmus zurück.

In der vorliegenden Untersuchung ließ sich eine Häufung von Taten an Wochenenden nicht beobachten: Stattdessen kam es im Untersuchungszeitraum mit 39 Taten an Montagen fast doppelt so häufig zu tödlich verlaufender elterlicher Gewalt wie an den übrigen Wochentagen (21 bis 24 Taten täglich). Dabei handelt es sich nicht um eine Häufung von Taten, die sich in der Nacht von Sonntag auf Montag ereigneten, wie es in Kohlers Erhebung der Fall war (KOHLER 1990), sondern um eine den anderen Wochentagen entsprechende Verteilung über den Tag.

Werden die bereits erwähnten Erklärungsmodelle zugrunde gelegt, könnte das Fehlen eines Häufigkeitsgipfels tödlich verlaufender elterlicher Gewalt an Samstagen und Sonntagen darauf zurückgeführt werden, dass mehr als die Hälfte der Täterinnen und Täter zum Tatzeitpunkt keiner Erwerbstätigkeit nachging, ihr Tagesrhythmus am Wochenende sich also nicht wesentlich von dem an einem normalen Werktag unterschied. Die beobachtete Häufung von Taten an Montagen könnte – zumindest teilweise – auf den hohen Anteil (versuchter) erweiterter Suizide in der eigenen Erhebung zurückgeführt werden: In Übereinstimmung mit der bereits erwähnten Untersuchung von LESTER (1979) fanden auch MASSING und ANGERMEYER (1985) in ihrer Analyse der niedersächsischen Sterbeziffern von 1968 bis 1977 einen Häufigkeitsgipfel von Selbsttötungen am Wochenanfang, während es am Wochenende seltener zu Suiziden kam. Darauf basierend formulierten sie die These, die Häufigkeit von Suiziden hänge mit einer Diskrepanz aus Erwartungen und Bedürfnissen der Betroffenen sowie ihrer möglichen Realisierung zusammen, die am Wochenanfang besonders deutlich werde und zu einem starken psychischen Druck führe, dem die Betroffenen durch Suizid zu entgehen versuchten.

Tageszeiten

Nur wenige Studien untersuchen die tageszeitliche Bindung von Gewaltverbrechen und auch der Vergleich mit tödlich verlaufender Gewalt in der Bundesrepublik Deutschland (Straftaten gegen das Leben und Körperverletzung mit Todesfolge) ist nicht möglich, da Tatzeitpunkte in der Polizeilichen Kriminalstatistik nicht erfasst werden (BKA, persönliche Mitteilung).

KOHLER (1990) fand eine signifikante Häufung von Körperverletzungsdelikten in der Zeit zwischen 16:00 und 22:00 Uhr sowie eine signifikante Häufung von Tötungsdelikten in der Zeit zwischen 22:00 und 4:00 Uhr. Dieses Ergebnis wird von den österreichischen Gerichtsmedizinern LAUBICHLER et al. (1990) bestätigt, die für Tötungshandlungen unter Alkoholisierung zwar einen deutlichen Gipfel um Mitternacht feststellten, für Tötungshandlungen infolge menschlicher Tragödien (also die Tötung eines Familienmitglieds im Rahmen von Partnerschaftskonflikten o. Ä.) jedoch ein vorwiegendes Auftreten am Nachmittag oder in den frühen Abendstunden beobachteten.

In der vorliegenden Untersuchung findet sich eine deutliche Häufung von Fällen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt in den frühen Abendstunden zwischen 18:00 und 20:59 Uhr sowie ein selteneres Auftreten in den frühen Morgenstunden zwischen 3:00 und 5:59 Uhr.

Für die gefundenen Auffälligkeiten könnten sowohl soziale und gesellschaftliche als auch kindliche und täterbedingte Faktoren verantwortlich sein, für die es bislang allerdings keine empirisch gesicherten Beweise gibt:

Der Tagesablauf in einer Gesellschaft wird durch äußere Faktoren wie Schul- und Arbeitsbeginn, übliche Mittagszeiten, Ladenöffnungszeiten etc. mitbedingt und unterscheidet sich dadurch in einzelnen Ländern und Kulturen. In mediterranen Staaten gibt es beispielsweise die mittägliche Siesta, während in Deutschland der »Feierabend« als Ende des Arbeitstages eine große Bedeutung besitzt. Da sich in dieser Zeitspanne Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt häuften, wäre es interessant, den Einfluss dieser gesellschaftlichen Variablen – auch und gerade im Vergleich zu anderen Ländern – weiter zu untersuchen.

Als mögliche Ursache von kindlicher Seite aus ist das unspezifische Schreien junger Säuglinge zu erwähnen, das charakteristischerweise am späten Nachmittag und in den Abendstunden auftritt (LARGO 2000). Das Schreien kann für Eltern zu einer großen Belastung werden. Übermüdung und das Fehlschlagen aller Versuche, die Ursache des Schreiens herauszufinden und zu beseitigen, können zu Aggressionen und Gewalt dem Kind gegenüber führen.

Darüber hinaus sei auf tageszeitbedingte Schwankungen der physischen und psychischen Befindlichkeit verwiesen, die bei nahezu allen Lebewesen beobachtet werden und die aus einer Interaktion von endogenen und exogenen Faktoren resultieren (PFLUG 1986). Mit den bisher vorliegenden Untersuchungen und

Erklärungsmodellen lassen sich die tageszeitabhängigen Schwankungen in der Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt jedoch nicht hinreichend erklären.

4.4 Die Täterinnen und Täter

Im Ergebnisteil wurde bereits darauf hingewiesen, dass in der vorliegenden Untersuchung unter dem Begriff »Täterinnen und Täter« sowohl Beschuldigte als auch Abgeurteilte³ und Verurteilte subsumiert werden. Die zugrunde liegende Definition unterscheidet sich damit von der im bundesdeutschen Rechtssystem üblichen, was u. a. dadurch bedingt ist, dass die Entscheidung, ob die schweren Verletzungen von Kindern auf Misshandlungen oder Unfälle zurückzuführen sind, in der rechtlichen Praxis schwerer zu treffen ist als in der klinischen (BRATZKE 1996).

Geschlecht und Beziehung zum Opfer

Die Frage, ob prinzipiell mehr Männer oder mehr Frauen den Tod ihrer Kinder verursachen, ist unter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zum Teil heftig umstritten. Zur Verdeutlichung gibt Tabelle 6 einen Überblick über die Ergebnisse verschiedener internationaler Studien.

Tab. 6: Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen zum Tätergeschlecht bei tödlich verlaufender elterlicher Gewalt

	Täter	Täterinnen	unbekannt
Resnick (1969)	33,0 %	67,0 %	–
Bourget u. Bradford (1990)	30,8 %	69,2 %	–
Somander u. Rammer (1991)	63,0 %	37,0 %	–
Alder u. Polk (2001)	52,2 %	47,8 %	–
Vanamo et al. (2001)	37,0 %	61,0 %	2,0 %
Karakus et al. (2003)	48,0 %	52,0 %	–
UNICEF (2003)	55,3 %	44,7 %	–
Eigene Erhebung (2005)	54,0 %	46,0 %	–

3 Angeklagte, gegen die Strafbefehle erlassen wurden bzw. Strafverfahren nach Eröffnung des Hauptverfahrens durch Urteil oder Einstellungsbeschluss rechtskräftig abgeschlossen worden sind.

Während in einigen Erhebungen häufiger Väter tödlich verlaufende elterliche Gewalt an ihren Kindern verüben als Mütter, sind in anderen Untersuchungen die Täterinnen zum Teil deutlich in der Mehrheit. In der vorliegenden Arbeit waren Männer (54 %) häufiger Verursacher tödlich verlaufender elterlicher Gewalt als Frauen (46 %).

Die dargestellten Ergebnisse sind insgesamt zu uneinheitlich, als dass der wissenschaftliche Disput zum jetzigen Zeitpunkt beigelegt werden könnte. Allerdings gibt es eine Reihe von Erklärungen dafür, wie es – trotz intensiver Erforschung der auf den ersten Blick doch recht übersichtlich erscheinenden Variable »Geschlecht« – zu solch gravierenden Unterschieden in den Ergebnissen kommen kann:

Zunächst einmal muss die Art der Untersuchungsgruppe berücksichtigt werden. Erhebungen auf Basis von Kriminalstatistiken (z. B. VANAMO et al. 2001, SOMANDER und RAMMER 1991) spiegeln vermutlich eher das reale Verhältnis von Männern und Frauen wieder als Untersuchungen in psychiatrischen Kliniken, in denen ein höherer Anteil von Müttern zu erwarten ist (siehe Abschnitt »Psychiatrische Begutachtung«). In Studien über Gefängnisinsassen dürften dagegen hauptsächlich Väter wegen tödlich verlaufender Gewalt an ihren Kindern inhaftiert sein.

Darüber hinaus hat auch die Definition und Operationalisierung des Begriffes »Täterinnen und Täter« einen großen Einfluss auf das Ergebnis. Manche Untersuchungen beziehen sich ausschließlich auf leibliche Eltern (z. B. RESNICK 1969), während andere Arbeiten auch Bezugspersonen mit Elternfunktion berücksichtigen (z. B. KARAKUS et al. 2003). In einige Erhebungen wurden mutmaßliche Täterinnen und Täter eingeschlossen (z. B. WILCZYNSKI 1997), andere Autoren analysieren lediglich die Daten von überführten Täterinnen und Tätern (z. B. BOURGET und GAGNÉ 2002).

Weiterhin wirkt sich das Alter der untersuchten Kinder auf die Geschlechterverteilung der Täterinnen und Täter aus: Mütter sind vor allem für den Tod jüngerer Kinder verantwortlich (VANAMO et al. 2001), bei Jugendlichen sind dagegen fast ausschließlich Männer Verursacher tödlich verlaufender elterlicher Gewalt (ALDER und POLK 2001). Diese Aussagen werden durch die eigenen Ergebnisse bestätigt.

Abschließend sei noch auf den Einfluss der einzelnen Tat kategorien hingewiesen. In einigen Untersuchungen wird beispielsweise das Delikt der Kindstötung (Neonazid), das praktisch ausschließlich von Müttern begangen wird, berücksichtigt (z. B. VANAMO et al. 2001), während andere Autoren diese Art von Taten aufgrund der tatspezifischen Besonderheiten explizit ausschließen (z. B. RESNICK 1969). Auch die Erfassung und Häufigkeit (versuchter) erweiterter Suizide wirkt sich auf das Geschlechterverhältnis der Täterinnen und Täter aus (siehe Abschnitt Suizidalität).

Als unabhängig vom Studiendesign ist der Erklärungsansatz zu betrachten, auf den ENGFER (1986) hingewiesen hat: Sie führt den höheren Anteil von Müttern in vielen Studien darauf zurück, dass – gerade in älteren Untersuchungen – wesentlich mehr Frauen als Männer für die Erziehung ihrer Kinder verantwortlich oder gar allein erziehend waren bzw. sind. Über das Geschlecht hinaus interessiert die Beziehung der Täterinnen und Täter zu ihren Opfern. In der eigenen Untersuchung waren 87,3 % der Täterinnen und Täter die biologischen Eltern, die übrigen 12,7 % übten für das Opfer eine Art Mutter- oder Vaterfunktion aus. Während der biologische Vater (45 %) und die biologische Mutter (42 %) etwa gleich häufig an den »Einzeltaten« beteiligt waren, verübten deutlich mehr Männer tödlich verlaufende Gewalt an ihren Stief- oder Pflegekindern als Frauen.

Im Vergleich dazu wurden 92 % der in der Türkei verübten Taten von leiblichen Eltern und 5 % von Stiefeltern verübt, in 3 % konnte die Täterschaft nicht eindeutig geklärt werden (KARAKUS et al. 2003). Nach Angaben von VANAMO et al. (2001) wurden in Finnland 97,5 % der Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt durch biologische Eltern und 2 % durch Stiefväter begangen, in 0,5 % der Fälle war die Täterschaft unklar. In der Erhebung von SOMANDER und RAMMER (1991) wurden 9,2 % der Taten durch Bezugspersonen mit Vaterfunktion und 1,5 % durch Bezugspersonen mit Mutterfunktion verübt, der Anteil der biologischen Eltern unter den Täterinnen und Tätern lag also bei 89,3 %.

Übereinstimmend liegt in verschiedenen internationalen Studien der Anteil biologischer Eltern unter den Täterinnen und Tätern also zwischen 87 und 97 %.

Auffällig ist, dass in den hier erwähnten Untersuchungen der Anteil von Frauen, die tödlich verlaufende Gewalt an einem Stiefkind verübten, sehr gering ist. Das dürfte einerseits damit zusammenhängen, dass Kinder nach der Trennung ihrer Eltern in der Regel bei der Mutter bleiben und darüber hinaus wesentlich mehr Mütter von vornherein allein erziehend sind. Andererseits darf aber auch der bislang noch nicht erwähnte Aspekt übersehen werden, dass Frauen insgesamt deutlich weniger Gewaltdelikte (Tötungs- und Körperverletzungsdelikte) begehen als Männer. Taten von Frauen sind in der Regel als Beziehungstaten zu werten, d. h. dass vor allem ihnen nahe stehende Menschen – also auch und gerade ihre eigenen Kinder – zu Opfern werden, während die größere emotionale Distanz zu Stiefkindern diese vor Gewalt durch ihre »Ersatzmütter« zu schützen scheint.

In der eigenen Erhebung wurden weniger als 1 % der Kinder von Pflegeeltern getötet. Der Anteil der »Pflegekinder unter Aufsicht« in der Gesamtbevölkerung lag zwischen 1985 und 1987 bei etwa 0,5 % (STATISTISCHES BUNDESAMT 2003). Da nicht alle von Tageseltern betreuten Kinder dem Jugendamt bekannt sind, dürfte der Anteil der fremdbetreuten Kinder in Deutschland höher als 0,5 % liegen. Daraus lässt sich schließen, dass Pflegeeltern nicht häufiger (aber auch nicht seltener) tödlich verlaufende Gewalt an ihren Schutzbefohlenen verübten als biologische Eltern.

Alter

Neben rein formalen Kriterien, die den bereits im Abschnitt »Geschlecht und Beziehung zum Opfer« erwähnten ähneln, scheinen vor allem kulturelle Aspekte das durchschnittliche Alter der Täterinnen und Täter zur Tatzeit zu beeinflussen: Mögliche Ursachen differierender Altersangaben in verschiedenen internationalen Studien sind Unterschiede in Bezug auf das Alter der Täterinnen und Täter zum Zeitpunkt der Geburt, die durchschnittliche Kinderzahl pro Familie, religiöse Überzeugungen sowie der gesellschaftliche Umgang mit Schwangerschaftsverhütung und Abtreibung.

In der Erhebung von BOURGET und BRADFORD (1990) waren die Täterinnen und Täter zum Tatzeitpunkt durchschnittlich 27,3 Jahre alt. KARAKUS et al. (2003) fanden für die türkischen Väter einen Altersdurchschnitt von 35 Jahren, für die türkischen Mütter dagegen einen Altersdurchschnitt von nur 26 Jahren. Aus den Angaben von VANAMO et al. (2001) lässt sich schließen, dass in der finnischen Studie das Durchschnittsalter zwischen 27 Jahren (Täterinnen) und 31 Jahren (Täter) lag. Lediglich in den Untersuchungen von WILCZYNSKI (1997) waren die Mütter zur Tatzeit älter als die Väter.

In der eigenen Erhebung lag das Durchschnittsalter der Täterinnen und Täter bei 31 Jahren, die Väter waren mit durchschnittlich 33 Jahren vier Jahre älter als die Mütter (durchschnittlich 29 Jahre).

Der im Ergebnisteil dargestellte Vergleich zu den »Lebendgeborenen 1985 nach dem Alter der Mutter« (STATISTISCHES BUNDESAMT 1987a) zeigt, dass die Altersverteilung unter den Täterinnen in der vorliegenden Untersuchung in Richtung junger Mütter verschoben ist. Bemerkenswert ist dabei allerdings, dass keines der Elternteile jünger als 19 Jahre alt war. Nach Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (1987a) gab es 1985 etwa genauso viele Mütter, die zum Zeitpunkt der Geburt maximal 18 Jahre alt waren, wie 19-jährige Mütter. Dass keine der minderjährigen oder 18-jährigen Mütter tödlich verlaufende Gewalt an ihrem Kind verübte, obwohl beispielsweise in den USA ein mütterliches Alter von weniger als 17 Jahren zum Zeitpunkt der Geburt als Risikofaktor für tödlich verlaufende elterliche Gewalt gilt (OVERPECK et al. 1998), könnte auf eine in Deutschland greifende striktere soziale Kontrolle, z. B. durch das Jugendamt oder auch auf einen rigoroseren Umgang mit dem elterlichen Sorgerecht zurückgeführt werden.

Der in der eigenen Untersuchung beobachtete Zusammenhang zwischen Alter der Täterinnen und Täter und Art des Deliktes wird auch von anderen Autoren beschrieben: So verweisen ALDER und POLK (2001) darauf, dass Eltern, die den Tod ihrer Kinder in eigener suizidaler Absicht verursachen, älter und reifer sind als Mütter, deren Kinder infolge einer Misshandlung oder Vernachlässigung versterben.

Interessant ist auch die Tatsache, dass bis zum Alter von 30 Jahren mehr Frauen als Männer tödlich verlaufende elterliche Gewalt verüben, während Männer in einem Alter von 30 Jahren und mehr häufiger unter den Täterinnen und Tätern vertreten sind. Hierfür gibt es verschiedene Erklärungen: Da Männer auch in höherem Alter noch Kinder zeugen können, sind sie bei der Geburt ihrer Kinder durchschnittlich etwas älter als Frauen, was sich – wie bereits erwähnt – auch im Alter zur Tatzeit widerspiegelt. Zudem haben Frauen alleine aus körperlichen Gründen weniger Möglichkeiten, ihren älteren Kindern tödlich verlaufende Gewalt zuzufügen.

Familienstand

Auffälligkeiten ergibt auch die Analyse des Familienstands der Eltern: Zwar waren mehr als die Hälfte (56,9 %) der Täterinnen und Täter verheiratet, der Anteil allein Erziehender (39,5 %) war jedoch dreimal so hoch wie der in der Gesamtbevölkerung von 1985.

WILCZYNSKI (1997) kommt in ihrer Erhebung in England zu einem nahezu identischen Ergebnis: Die überwiegende Mehrheit der Täterinnen und Täter lebte zum Tatzeitpunkt mit einer Partnerin oder einem Partner zusammen, der Anteil allein erziehender Elternteile betrug mit 36,2 % das Dreifache der Gesamtbevölkerung von 1984. KARAKUS et al. (2003) fanden unter den türkischen Täterinnen und Tätern eine Scheidungsrate von 35 %. Angaben zur Scheidungsrate in der türkischen Gesamtbevölkerung liegen nicht vor, sie dürfte jedoch deutlich unterhalb dieses Wertes liegen. In Finnland waren dagegen nur 22 % der Täter und 9 % der Täterinnen geschieden. VANAMO et al. (2001) beziehen ihr Ergebnis leider ebenfalls nicht auf die finnische Gesamtbevölkerung, in der allerdings aufgrund der historischen, ökonomischen und kulturellen Entwicklung ein im Vergleich zu Deutschland völlig anderes Geschlechtermodell mit einer wesentlich höheren Rate von erwerbstätigen Frauen und entsprechend besseren Kinderbetreuungsmöglichkeiten existiert (KLEMENT und RUDOLPH 2003).

Anhand der vorliegenden Ergebnisse lässt sich schlussfolgern, dass der Anteil allein erziehender oder geschiedener Elternteile, die den Tod ihrer Kinder verursacht haben, wesentlich höher ist als in der Gesamtbevölkerung. Die Frage, wie dieser hohe Anteil erklärt werden kann, lässt sich dagegen nicht beantworten. SCHNEIDER et al. (2001) weisen zurecht darauf hin, dass »Alleinerziehende keine homogene Gruppe mit gleichen Lebensumständen« sind, sondern dass vielmehr »von einer Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Lebensverhältnisse, Problem- und Bedarfslagen auszugehen« ist. Allerdings seien allein Erziehende im Vergleich zur Eltern-Familie von besonderen, oft sogar kumulierenden Deprivationsrisiken betroffen. Diese könnten für das häufigere Auftreten tödlich verlaufender elter-

licher Gewalt verantwortlich sein. Andererseits könnten aber auch Merkmale vorliegen, die sowohl zur Trennung vom Partner als auch zum Ausüben tödlich verlaufender elterlicher Gewalt führen (Konflikte in der Partnerschaft, psychische Störungen etc.). Daher sind genauere Untersuchungen darüber erforderlich, ob und wie sich die Beziehung zum anderen leiblichen Elternteil, das Vorhandensein einer neuen Partnerschaft, die Erwerbs- und die finanzielle Situation sowie das Geschlecht des erziehenden Elternteils auf das Zustandekommen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt auswirken.

Staatsangehörigkeit

»Die Themenfelder Zuwanderung, Ausländer und Kriminalität gehören seit langem zu den politischen und ideologischen Minenfeldern des gesellschaftlichen Diskurses.« (GESEMANN 2000) Regelmäßig ergibt die Aufbereitung der Kriminalstatistiken hohe Ausländeranteile unter Tatverdächtigen und Verurteilten. Sozialforscher wie RAINER GEIßLER (2000) kritisieren, dass – vor allem auf Kriminalstatistiken basierende – Daten zur Kriminalitätsentwicklung bei Deutschen und Nichtdeutschen nicht immer direkt miteinander verglichen werden können. Diesem Argument muss auch in der vorliegenden Untersuchung Rechnung getragen werden.

Nach Abzug der in der bundesdeutschen Bevölkerungsstatistik nicht erfassten US-amerikanischen Soldaten und ihrer Familienangehörigen betrug der Anteil der nichtdeutschen Täterinnen und Täter 8,8 % und lag damit etwas höher als der vom STATISTISCHEN BUNDESAMT (1987 a) registrierte Ausländeranteil in der Gesamtbevölkerung von 1986 (7,4 %). Dabei ist jedoch zu beachten, dass eingebürgerte Migrantinnen und Migranten sowie Menschen mit doppelter Staatsangehörigkeit vom Statistischen Bundesamt zur ansässigen Bevölkerung gezählt werden, Illegalisierte, Wohnsitzlose und »Durchreisende« von der Bevölkerungsstatistik gar nicht erfasst werden.

Die Kriminologen PFEIFFER und WETZELS (2000) beschreiben eine »hohe Rate innerfamiliärer Gewalt in türkischen Familien«, weshalb insbesondere die Betrachtung des Anteils türkischer Täterinnen und Täter interessant ist. Dieser lag mit 0,28 bezogen auf 100 000 im Jahr 1986 in Deutschland lebende Türkinnen und Türken unter dem Anteil deutscher Täterinnen und Täter (0,36/100 000 deutsche Staatsangehörige im Jahr 1986), der sich wiederum kaum vom Anteil jugoslawischer und italienischer Täterinnen und Täter unterschied.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ausländische Eltern nicht häufiger den Tod ihrer Kinder verursachen als deutsche Mütter und Väter. Lediglich US-Soldaten waren siebenmal häufiger Verursacher tödlich verlaufender elterlicher Gewalt als andere Täterinnen und Täter. Dieses Ergebnis korrespondiert zum

Teil mit der von verschiedenen Autoren (z. B. UNICEF 2003) ermittelten hohen Rate tödlich verlaufender Gewalt an Kindern in den USA, es darf aber nicht übersehen werden, dass es sich bei den im Ausland stationierten Angehörigen einer Berufsarmee nicht um eine repräsentative Stichprobe der US-amerikanischen Gesamtbevölkerung handelt.

4.5 Soziale Lage der Täterinnen und Täter

Der Begriff »soziale Schicht« bezeichnet eine Kategorie von Gesellschaftsangehörigen, die hinsichtlich der vertikalen Sozialstruktur beziehungsweise der sozialen Ungleichheiten gemeinsame Merkmale aufweisen (HILLMANN 1994). Als wesentliche Dimensionen der sozialen Schicht werden Bildung, Einkommen und Stellung im Beruf betrachtet, aber auch andere Merkmale wie zum Beispiel Wohngegend, soziale Selbsteinschätzung oder Konsumgewohnheiten werden zur Operationalisierung herangezogen.

BOURGET und BRADFORD (1990) beschreiben bei 53,8 % der kanadischen Eltern, die den Tod ihrer Kinder verursacht haben, einen »niedrigen sozioökonomischen Status«, während sie bei den restlichen 46,2 % einen »durchschnittlichen sozioökonomischen Status« feststellten.

In nahezu allen Erhebungen zu Gewalt an Kindern sind Angehörige der unteren Sozialschichten deutlich überrepräsentiert (ENGFER 1986), so dass davon auszugehen ist, dass die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht Auswirkungen auf das Auftreten und den Verlauf elterlicher Gewalt hat. Über die Frage, welche Prozesse eine schlechte soziale Lage zum Risiko für elterliche Gewalt an Kindern werden lassen, ist viel diskutiert worden. Einerseits hat die Forschung einen direkten Zusammenhang zwischen ökonomischer Deprivation und physischer Misshandlung bzw. Vernachlässigung von Kindern ausfindig gemacht (GARBARINO 2002), andererseits können sich aber auch schichtspezifische Einstellungen und Verhaltensweisen auf die Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt auswirken.

In der vorliegenden Erhebung wurde – ebenso wie in anderen Untersuchungen zu tödlich verlaufender elterlicher Gewalt – darauf verzichtet, die Täterinnen und Täter einer bestimmten sozialen Schicht zuzuordnen. Vielmehr soll anhand der Beschreibung der Merkmale Bildung, Beruf und Erwerbstätigkeit ihre soziale Lage grob umrissen werden.

Bildung

Knapp ein Viertel (23,7 %) der Täterinnen und Täter besaß zum Tatzeitpunkt keinen Schulabschluss im Vergleich zu 1,2 % der Gesamtbevölkerung von 1985. Das hier deutlich werdende, auffallend niedrige Bildungsniveau der Täterinnen und Täter spiegelt sich – weniger deutlich – auch beim beruflichen Bildungsabschluss wider: Der Anteil von Täterinnen und Tätern ohne einen beruflichen Bildungsabschluss lag mit 46,5 % über dem Anteil in der Gesamtbevölkerung von 1985 (40,6 %). Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung von 1985 haben 9 % weniger Täterinnen und Täter eine Berufsausbildung und 18 % weniger Täterinnen und Täter ein Studium absolviert.

Andere Untersuchungen zu tödlich verlaufender elterlicher Gewalt kommen zu ähnlichen Ergebnissen: Mehr als 80 % der Täterinnen und Täter in der englischen Erhebung von WILCZYNSKI (1997) hatte entweder keinen Schulabschluss oder die Schule mit dem O-Level verlassen; ein Anteil der höher war als der in der Gesamtbevölkerung von 1986. KARAKUS et al. (2003) fanden unter den türkischen Täterinnen und Tätern einen Anteil von 48 % ohne Schulabschluss (illiteracy rate) im Vergleich zu 14 % in der türkischen Gesamtbevölkerung im Jahr 2001.

Eine fehlende oder schlechte Schul- und Berufsausbildung ist gleichzeitig Ursache und Auswirkung einer benachteiligten sozialen Lage. Daher ist die isolierte Betrachtung des Einzelfaktors Bildung weder möglich noch sinnvoll. Ein solches Vorgehen birgt die Gefahr, größere soziale Zusammenhänge aus den Augen zu verlieren. Die durch Tests gemessenen Intelligenzwerte der Täterinnen und Täter in der eigenen Erhebung geben jedoch keinerlei Hinweis darauf, dass das beobachtete niedrige Bildungsniveau auf eine im Vergleich zur Gesamtbevölkerung niedrigere Intelligenz zurückgeführt werden kann.

Beruf

KOHN (1981) geht davon aus, dass Berufsbedingungen von Menschen Einfluss auf die Erziehung ihrer Kinder haben. Auch HENNIG (1999) konnte zeigen, dass Berufserfahrungen von Eltern in ihre Erziehungsziele einfließen. Da wiederum ein Zusammenhang zwischen elterlichen Erziehungsvorstellungen bzw. -praktiken und der Häufigkeit tödlich verlaufender Gewalt zu bestehen scheint (ein nicht unbedeutender Anteil der kindlichen Todesfälle durch Misshandlung ist auf elterliche Disziplinierungsversuche zurückzuführen), ist die Betrachtung der elterlichen Berufsabschnitte ein wichtiger Bestandteil der vorliegenden Untersuchung. Obwohl eine detaillierte Analyse der Bedeutung des erlernten oder ausgeübten Berufes in diesem Rahmen nicht möglich ist, ergeben sich einige interessante Aspekte für zukünftige Forschungsansätze:

Fünf Berufsabschnitte waren unter den Täterinnen und Tätern deutlich häufiger vertreten als andere. Die hohe Täterrate unter »Steinbearbeitern, Baustoffherstellern« sowie »Holzaufbereitern, Holzwarenfertigern und verwandten Berufen« erklärt sich dadurch, dass es sich um jeweils einen Täter in den beiden seltensten Berufsabschnitten überhaupt handelt. Der hohe Anteil von »Hilfsarbeitern ohne nähere Tätigkeitsangabe« korrespondiert sicherlich mit dem bereits beschriebenen niedrigen Bildungsniveau der Täterinnen und Täter. Darüber hinaus muss aber auch der Frage nachgegangen werden, ob und wie sich die in diesem Berufsabschnitt sicherlich vorhandene Arbeitsunzufriedenheit negativ auf die Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt auswirkt. Der auffällig überdurchschnittliche Anteil von »Malern, Lackierern und verwandten Berufen« kann nicht allein auf die geringe Fallzahl in der eigenen Erhebung zurückgeführt werden. Weitere Untersuchungen müssten diese Beobachtung zunächst bestätigen, bevor mögliche Erklärungsansätze überprüft werden. Denkbar wäre neben sozialen und gesellschaftlichen Faktoren zum Beispiel auch ein Einfluss von in Farbstoffen enthaltenen zentralwirksamen Substanzen auf Impulsivität und Aggressivität der Betroffenen. Für den hohen Anteil von »Warenkaufleuten« unter den Täterinnen und Tätern bieten sich dagegen zunächst keine Erklärungsansätze an, zumal Angehörige des einigermaßen vergleichbaren Berufsabschnittes »Dienstleistungskaufleute und zugehörige Berufe« unterdurchschnittlich selten unter den Täterinnen und Tätern zu finden sind.

Aufgrund des eingangs erwähnten Zusammenhangs zwischen Berufsbedingungen und Kindererziehung wurde drei Berufsabschnitten besondere Aufmerksamkeit geschenkt: Der erleichterte Zugang zu Schusswaffen in »Ordnungs- und Sicherheitsberufen« könnte ebenso einen Einfluss auf die Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt besitzen wie die beruflich bedingte Auseinandersetzung mit dem Thema Tod und Sterben in »Gesundheitsdienstberufen«. Auch der dauernde professionelle Umgang mit Kindern und Jugendlichen in »Sozial- und Erziehungsberufe, anderweitig nicht genannten geistes- und naturwissenschaftlichen Berufen« könnte sich auf das Vorkommen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt auswirken. Alle drei genannten Berufsabschnitte sind zwar überdurchschnittlich häufig unter den Täterinnen und Tätern vertreten, jedoch nicht so deutlich, als dass daraus Schlussfolgerungen gezogen werden könnten.

Erwerbstätigkeit

Mehr als die Hälfte (56 %) der Täterinnen und Täter war zur Tatzeit nicht erwerbstätig (24 % Arbeitslose, 30 % Hausfrauen und Hausmänner, 2 % andere Nichterwerbspersonen). Bezogen auf alle Täterinnen und Täter lag der Anteil der arbeitslosen Täterinnen und Täter bei 22,5 % im Vergleich zu einem

Arbeitslosenanteil von 3,8 % in der Gesamtbevölkerung von 1985. Die Arbeitslosenquote der Täterinnen und Täter betrug mit 64 % fast das Siebenfache der Arbeitslosenquote von 1985 (9,3 %).

In den Untersuchungen von WILCZYNSKI (1997) waren drei Viertel der englischen und mehr als die Hälfte der australischen Täterinnen und Täter nicht erwerbstätig. In der Erhebung von KARAKUS et al. (2003) lag die Arbeitslosenquote unter den Täterinnen und Tätern mit 45 % mehr als fünfmal so hoch wie die Arbeitslosenquote in der Türkei im Jahr 2001 (8 %).

Unabhängig von Untersuchungspopulationen, Begriffen und Datenquellen sind diese Ergebnisse so deutlich, dass ein Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und tödlich verlaufender elterlicher Gewalt angenommen werden kann. Dieser lässt sich wohl darauf zurückführen, dass Erwerbstätigkeit im Leben des modernen Menschen einen zentralen Platz einnimmt. Neben der existenziellen finanziellen Bedeutung dürfen die psychologischen und sozialen Aspekte nicht übersehen werden. GARBARINO (2002) erklärt die Bedeutung (vor allem männlicher) Arbeitslosigkeit für das Entstehen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt wie folgt: »Arbeitslosigkeit reduziert in der Regel die Ressourcen und beeinträchtigt das psychische Befinden. Die männliche Identität und der Elternstatus sind von jeher an die Beschäftigungssituation gebunden. Arbeitslosigkeit schwächt diese Identität und sorgt für Ambivalenz oder sogar offenen Konflikt in der Familie. Sie bedeutet ferner, dass die Familienmitglieder mehr Zeit miteinander verbringen, und damit ergeben sich mehr Gelegenheiten zur Misshandlung.«

Auch den im Bereich der Erwerbstätigkeit zu beobachtenden charakteristischen Geschlechtsunterschieden erheblichen Ausmaßes muss also Rechnung getragen werden: Während (vorwiegend junge) männlicher Täter beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet waren (28,8 % aller Täter), waren zwar »nur« 15,2 % der Täterinnen arbeitslos, dafür aber 58,9 % Hausfrauen. Im Vergleich zu einer Erwerbstätigenquote von 42,7 % der Frauen mit Kindern unter 18 Jahren in der Gesamtbevölkerung von 1985 waren lediglich 12,5 % der Täterinnen erwerbstätig. Dieser sehr niedrige Anteil lässt sich zum Teil darauf zurückführen, dass die Kinder der Täterinnen zum Tatzeitpunkt noch sehr jung waren, während in der Gesamtbevölkerung eine höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen mit älteren Kindern vorlag. Aber auch der im Vergleich zur Gesamtbevölkerung höhere Anteil allein erziehender Mütter unter den Täterinnen dürfte hier eine Rolle spielen. WENDT und MAUCHER (2000) weisen darauf hin, dass das mit einer Teilzeitstelle zu erzielende Gehalt zur Deckung des Lebensunterhaltes oft nicht ausreicht, weshalb insbesondere allein erziehende Mütter häufig keine Alternative zur Sozialhilfe sehen, solange die Betreuung ihrer Kinder sehr zeitintensiv ist.

4.6 Psychiatrische Begutachtung

Die Prävalenz psychischer Störungen in Deutschland wird mit 18,6 % für die ländliche Bevölkerung (DILLING et al. 1984), 26 % für die Stadtbevölkerung (SCHEPANK 1987) und 32,1 % für die erwachsene Wohnbevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren (WITTCHEN und JACOBI 1998) angegeben. Die doch erheblichen Unterschiede in den Prävalenzraten werden von den Autoren diskutiert, sie erklären sich u. a. durch verschiedene theoretische Ansätze, Unterschiede in Bezug auf Art und Größe der Stichproben, verwendete Messinstrumente sowie unterschiedliche Erhebungszeiträume.

Bis in die 70er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurde von vielen Fachleuten die Meinung vertreten, Geisteskranke seien in hohem Maße gewalttätig. Wie hoch der Anteil psychisch Kranker unter Gewalttätern jedoch wirklich ist, lässt sich aufgrund des erheblichen Einflusses definitionsabhängiger Variablen nur schwer abschätzen (RASCH 1999). Bei einer zusammenfassenden Betrachtung verschiedener neuerer Untersuchungen fand BALJER (1995) keinen überzeugenden Anhalt dafür, dass psychisch kranke Menschen häufiger Straftaten begehen als Geistesgesunde.

In der Literatur zu tödlich verlaufender elterlicher Gewalt finden sich folgende Angaben über den Anteil psychisch kranker Eltern unter den Täterinnen und Tätern: KARAKUS et al. (2003) berichten, dass mehr als die Hälfte der in der Türkei untersuchten Filizide von Elternteilen mit psychischen Störungen verübt werden. SOMANDER und RAMMER (1991) fanden »einen hohen Anteil« psychisch kranker Täterinnen und Täter, während die Fragestellung von VANAMO et al. (2001) sowie den Autoren der UNICEF-Studie (UNICEF 2003) nicht untersucht wurde. D'ORBÁN (1979) sowie BOURGET und GAGNÉ (2002), die jeweils nur Mütter in ihre Erhebungen aufnahmen, beschrieben bei 84 % bzw. 85 % der Mütter psychiatrische Motive.

PÉTURSSON und GUDJÓNSSON (1981) äußerten die Vermutung, die Anzahl von Taten psychisch kranker Täterinnen und Täter spiegele die Häufigkeit der Erkrankten in der Bevölkerung wider, während die Anzahl von Taten psychisch Gesunder von soziologischen Faktoren abhängig sei. COID (1983) leitete daraus die Hypothese ab, in Ländern mit häufigem Auftreten tödlich verlaufender Gewalt sei der Anteil von Taten psychisch kranker Täterinnen und Täter gering (static nature), während eine steigende Zahl von Homiziden auf einen Anstieg von Taten psychisch gesunder Täterinnen und Täter zurückzuführen sei (dynamic nature). SOMANDER und RAMMER (1991) stützen diese Hypothese, die jedoch insofern kritisch zu beurteilen ist, als die Prävalenz psychischer Störungen auch von sozialen Faktoren abhängig ist (TRESS und SCHEPANK 1990, HUBER 1999).

In der vorliegenden Untersuchung liegt die Prävalenz psychischer Störungen unter allen Täterinnen und Tätern mit 40 % deutlich höher als in der Allgemein-

bevölkerung. Darüber hinaus werden viele im Rahmen eines erweiterten Suizids handelnde psychisch kranke Täterinnen und Täter (v. a. mit affektiven Erkrankungen) durch die Selbsttötung nicht erfasst. Aufgrund des vorliegenden Datenmaterials kann jedoch keine Aussage darüber getroffen werden, ob dieses Ergebnis tatsächlich darauf beruht, dass psychisch kranke Täterinnen und Täter häufiger tödlich verlaufende Gewalt an ihren Kindern verüben als andere Elternteile oder ob es vielmehr auf methodische Ansätze (z. B. die Art der Datenerhebung) oder die oben erwähnte Hypothese von COID (1983) zurückgeführt werden muss.

»Men are bad, women are mad«

Im Rahmen der Erforschung tödlich verlaufender elterlicher Gewalt wurde den Gewalt ausübenden Müttern – und ihren psychischen Störungen – ein sehr viel größeres Maß an Aufmerksamkeit geschenkt als den Vätern. Dieses Vorgehen erscheint zunächst gerechtfertigt: In der vorliegenden Untersuchung waren 60 % der Täterinnen und Täter mit psychischen Störungen weiblich, 40 % waren männlich. Bezogen auf die Gesamtzahl der Täterinnen und Täter wurde bei 52,6 % der Täterinnen eine psychische Störung diagnostiziert im Vergleich zu lediglich 29,5 % der Täter.

Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien: In England fanden sich signifikant mehr Täterinnen mit psychischen Störungen als Täter (WILCZYNSKI 1997), RESNICK (1969) stellte bei 86 % der Täter eine psychiatrische Diagnose im Vergleich zu 95 % der Täterinnen und auch ALDER und POLK (2001) sowie MOUZOS (1999) verwiesen auf einen höheren Anteil psychisch kranker Täterinnen.

Der Vergleich mit der deutschen Gesamtbevölkerung zeigt jedoch, dass psychiatrische Diagnosen allgemein sehr viel häufiger bei Frauen gestellt werden als bei Männern. WITTCHEN und JACOBI (2001) schlossen aus dem bundesweiten Zusatz-Survey »Psychische Störungen«, dass Frauen von allen psychischen Erkrankungen – mit Ausnahme der Abhängigkeitserkrankungen – deutlich häufiger betroffen sind als Männer. Die Untersuchung von DILLING et al. (1984) in der ländlichen Bevölkerung bestätigt dieses Ergebnis.

ALLEN (1987) beschreibt in seiner Untersuchung über »Ungerechtes Recht: Geschlecht, Psychiatrie und gerichtliche Entscheidungen« die Tatsache, dass Frauen »über-psychiatrisiert« werden, d. h. sie werden zu schnell als psychisch krank abgestempelt und wegen nicht existenter oder nur gering ausgeprägter psychischer Störungen psychiatrisch behandelt, während Männer »unter-psychiatrisiert« werden, d. h. psychische Störungen werden häufig nicht erkannt oder als solche wahrgenommen. Die Ursachen dieser Ungleichbehandlung sind vermutlich in den unterschiedlichen Geschlechterrollen von Mann und Frau zu finden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Frage, wie viele psychisch kranke Mütter und Väter an der Erziehung und Versorgung ihrer Kinder beteiligt sind und ob es hier geschlechtsabhängige Unterschiede gibt.

Die Feststellung, Mütter, die den Tod ihrer Kinder verursachen, seien »verrückt« und Väter »böse«, lässt sich – wenn überhaupt – nur in Kenntnis geschlechtsspezifischer Prävalenzen psychischer Störungen in der Gesamtbevölkerung be- oder widerlegen.

Organische psychische Störungen (F0)

Forensisch spielen körperlich begründbare Psychosen nur eine untergeordnete Rolle. Die Bedeutung chronischer Psychosynndrome für das Auftreten tödlich verlaufender elterlicher Gewalt ist vor allem auf Veränderungen im affektiven Bereich und in der Reduktion der Urteils- und Kritikfähigkeit zurückzuführen (BALJER 1995). In der vorliegenden Untersuchung wurde bei 1,2 % aller Täterinnen und Täter eine organische psychische Störung (F0) diagnostiziert, alle drei Betroffenen litten unter den psychischen Folgen einer Epilepsie.

Die Prävalenz epileptischer Erkrankungen wird in gängigen neurologischen Lehrbüchern mit 0,5 bzw. 0,65 % angegeben (POECK 1992, MASUHR und NEUMANN 1998). Die Angaben zur Häufigkeit psychischer Symptome bei Epilepsiepatienten gehen dagegen weit auseinander (FRÖSCHER 1995). So lässt sich lediglich schlussfolgern, dass der Anteil von Anfallskranken mit organischen psychischen Störungen unter den Täterinnen und Tätern mindestens doppelt so hoch ist wie in der Gesamtbevölkerung, wobei auf die sehr kleine Fallzahl in der eigenen Untersuchung ausdrücklich hingewiesen werden muss.

Nach Auffassung von BECK-MANNAGETTA (1989) sind Angaben zur Häufigkeit von Straftaten bei Epilepsiepatienten aus methodischen Gründen schwer zu interpretieren. RITTER (1994) betrachtet die strafrechtliche Bedeutung als allgemein überschätzt, während RASCH (1999) Wesensänderung und Verstimmungszustände Anfallskranker für die Delinquenz verantwortlich macht. Forensisch relevant sei vor allem das Phänomen der erhöhten Reizbarkeit.

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)

Während Alkohol- und Drogenmissbrauch in Deutschland als Merkmal misshandelnder Eltern gilt (TRUBE-BECKER 1987, BUNDESÄRZTEKAMMER 1998), sind Abhängigkeitserkrankungen in internationalen Studien zu tödlich verlaufender elterlicher Gewalt seltener Gegenstand der Untersuchung. FAROOQUE und ERNST (2003) fanden bei einem hohen Anteil (53 %) der Patientinnen und Patienten,

die in Tennessee wegen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt forensisch-psychiatrisch untersucht wurden, ernsthafte Probleme mit Alkohol und Drogen. D'ORBÁN (1979) diagnostizierte bei knapp 9 % der untersuchten Mütter eine Alkohol oder Drogenabhängigkeit, BOURGET und GAGNÉ (2002) stellten bei keiner der 27 kanadischen Mütter die Diagnose eines Substanzmissbrauchs.

In der vorliegenden Untersuchung ist eine psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F1) die am zweithäufigsten gestellte Diagnose: 7,8 % aller Täterinnen und Täter waren betroffen, 52,6 % davon litten unter einem manifesten Abhängigkeitssyndrom.

Insgesamt waren 3,7 % aller Täterinnen und Täter alkoholabhängig im Vergleich zu einer geschätzten Prävalenz von 2,5–3 % in der deutschen Gesamtbevölkerung (DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN 1997, STATISTISCHES BUNDESAMT 1987a). Nach Angaben von LACHNER und WITTCHEN (1997) ist in Deutschland jedes siebte Kind – wenigstens teilweise – von der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils betroffen. In der vorliegenden Untersuchung wurde der Tod jedes 27. Kindes von einem alkoholabhängigen Elternteil verursacht. Aus den genannten Daten lässt sich schließen, dass Kinder alkoholabhängiger Eltern nicht auffällig häufiger Opfer tödlich verlaufender elterlicher Gewalt werden als andere Kinder. Diese Feststellung besagt jedoch nichts über die Rolle der alkoholischen Beeinflussung zur Tatzeit, die später gesondert diskutiert wird.

Auffällig ist, dass die Diagnose Alkoholabhängigkeit etwas häufiger bei Täterinnen gestellt wurde als bei Tätern (4,5 % der Täterinnen gegenüber 3 % der Täter), während sich in der ländlichen »Normalbevölkerung« die geschlechtsspezifischen Verhältnisse genau umgekehrt verhalten (3,8 % der Männer gegenüber 0,2 % der Frauen) (DILLING et al. 1984). Vorausgesetzt, die forensisch-psychiatrischen Sachverständigen legen ihrer Diagnosestellung nicht grundsätzlich andere Kriterien zugrunde als die Autoren psychiatrisch-epidemiologischer Studien, bietet sich dafür die Erklärungsmöglichkeit an, dass Väter, die Alkohol missbrauchen oder von ihm abhängig sind, seltener die Erziehungsverantwortung für ihre Kinder haben, so dass es weniger Gelegenheiten gibt, tödlich verlaufende Gewalt auszuüben. Diese These müsste jedoch durch weitere Untersuchungen bestätigt werden.

Bei keinem der 244 Täterinnen und Täter wurde eine Drogenabhängigkeit diagnostiziert. Zwischen 1980 und 1990 schwankte die Zahl der Abhängigen von illegalen Drogen in Deutschland zwischen 40 000 und 80 000, die Zahl der Kinder drogenabhängiger Eltern beträgt in Deutschland nach Schätzungen aktuell etwa 30 000 (LANDESFACHSTELLE FRAUEN UND SUCHT NRW 2004). Kinder von drogenabhängigen Eltern werden also nicht häufiger Opfer tödlich verlaufender elterlicher Gewalt als andere Kinder. Dafür gibt es mehrere Erklärungsansätze: FOERSTER (1994) verweist darauf, dass die Drogendelinquenz neben dem illegalen Handel im Wesentlichen durch die direkte bzw. indirekte Beschaffungskrimina-

lilität gekennzeichnet ist. Ein häufigeres Auftreten von Gewalttaten wird in der Literatur dagegen nicht beschrieben. Dafür spricht auch die gängige Meinung, im Falle elterlicher Drogenabhängigkeit komme es vor allem zu Fällen von Kindesvernachlässigung (KLEIN 2004). Da betroffene Eltern durch die Besonderheiten der Drogenabhängigkeit (Illegalisierung, soziale Marginalisierung, Verarmung, Langzeitarbeitslosigkeit) bei den allgemeinen sozialen Diensten besonders häufig als Klienten vertreten sind, scheinen hier die Interventionsmaßnahmen besonders wirksam zu sein. Diese These wird dadurch gestützt, dass nach Angaben von KLEIN (2004) ein hoher Anteil der Kinder drogenabhängiger Eltern (30–70 %) fremdplatziert ist.

Bei Menschen, die von Medikamenten mit Suchtpotenzial abhängig sind, handelt es sich um die am schwersten zu identifizierende Gruppe Suchtkranker (DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN 1997). HUBER (1999) gibt für Deutschland eine Zahl von einer Million Medikamentenabhängigen an, während die DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (1997) von 1 400 000 Betroffenen ausgeht. Aufgrund der genannten Zahlen kann die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung mit mindestens 1,6 bis 2,3 % angegeben werden.

In der eigenen Erhebung fanden sich zwei Täterinnen und zwei Täter mit psychischen Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, lediglich eine Täterin (0,4 % aller Täterinnen und Täter) hatte ein manifestes Abhängigkeitssyndrom. Demnach ist die Abhängigkeit von Sedativa oder Hypnotika kein Merkmal von Eltern, die den Tod ihrer Kinder verursachen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Bedeutung von elterlichen Abhängigkeitserkrankungen – zumindest für die Entstehung tödlich verlaufender elterlicher Gewalt – in der Vergangenheit entweder überbetont wurde oder aber Interventionsmaßnahmen bei dieser so genannten Risikogruppe inzwischen sehr schnell und auch sehr wirksam eingesetzt werden.

Alkoholisierung zur Tatzeit

Die Angaben zum Alkoholeinfluss bei Straftaten schwanken in der Literatur zwischen 6 und 72 % (BALJER 1995). »Der gefundene Anteil dürfte davon abhängen, welche Population, welcher Zeitraum und welche Delikte untersucht wurden sowie schließlich von der Zuverlässigkeit der benutzten Unterlagen.« (RASCH 1999)

In der vorliegenden Untersuchung waren zwischen 30,3 % und 56,1 % der Täterinnen und Täter zur Tatzeit alkoholisiert. Da unbekannt ist, wie viele Menschen täglich alkoholische Getränke zu sich nehmen ohne dabei straffällig zu werden, können diese Zahlen nicht im Vergleich zur Gesamtbevölkerung gewertet werden.

Eine Alkoholisierung der Täterin oder des Täters zur Tatzeit ist von forensischer Bedeutung, da in Deutschland – anders als in anderen Ländern – eine Alkoholintoxikation dem juristischen Begriff der krankhaften seelischen Störung zugeordnet werden und eine Einschränkung oder gar eine Aufhebung der Steuerungsfähigkeit nach sich ziehen kann. Aufgrund erheblicher inter- und intraindividuelle quantitativer Unterschiede der Alkoholwirkung (FOERSTER 1994) muss eine grobe Einschätzung des Alkoholeinflusses bei Straftaten auf Grundlage der geschätzten Blutalkoholkonzentration zum Tatzeitpunkt durch eine exakte Erfassung des psychopathologischen Zustandsbildes zur Tatzeit ergänzt werden.

In der vorliegenden Untersuchung wurde bei keinem der Täterinnen und Täter aufgrund der Alkoholisierung zur Tatzeit eine Aufhebung der Steuerungsfähigkeit gemäß § 20 StGB angenommen. Bei 41,5 % der Täterinnen und Täter, bei denen zur Tatzeit eine quantifizierbare Alkoholisierung vorlag, wurde eine Verminderung der Schuldfähigkeit gemäß § 21 StGB angenommen, allerdings fanden sich darunter lediglich zwei Fälle, in denen die Verminderung der Schuldfähigkeit ausschließlich auf die Alkoholisierung zurückzuführen war, während bei den übrigen 15 Täterinnen und Tätern mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Beide hier erwähnten Täter hatten eine Blutalkoholkonzentration von mehr als 3,0 Promille.

WILCZYNSKI (1997) fand in ihren Erhebungen noch geringere Anteile von Täterinnen und Tätern (ein Drittel in der englischen Erhebung und ein Zehntel in der australischen Gruppe), die zur Tatzeit psychotrope Substanzen konsumiert hatten. KOHLER (1990) geht dagegen von einem Anteil von 60–64 % zur Tatzeit alkoholisierter Gewalttäter aus. Geht man davon aus, dass die beschriebenen Daten die realen Verhältnisse widerspiegeln, bestätigt dies die These von LAUBICHLER et al. (1990) dass Tötungshandlungen im Rahmen von Famili-entragödien, Partnerschaftskonflikten usw. eine »relativ geringe Bindung an Alkoholisierung« zeigen.

Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)

Über die Verbindung von Schizophrenie und Kriminalität, vornehmlich der Begehung von Gewaltdelikten, existiert eine umfangreiche Literatur (RASCH 1999). BÖKER und HÄFNER (1973) stellten fest, dass 53 % aller psychisch Kranken, die eine Gewalttat begangen hatten, unter einer Schizophrenie litten.

Tötungshandlungen werden vorwiegend von Erkrankten »mit einer floriden, meist systematisierten Wahnsymptomatik zur Abwehr vermeintlicher Bedrohungen, aber auch aus einem Hass- und Racheaffekt an Personen begangen, durch die sie sich benachteiligt und gefährdet fühlen« (VENZLAFF 1994 b). Wie beschrieben

ereigneten sich auch in der vorliegenden Untersuchung fast alle Taten an einer Schizophrenie Erkrankter als Folge einer Wahnsymptomatik.

Die Schizophrenie ist mit einer Erkrankungswahrscheinlichkeit von 1 % in der Gesamtbevölkerung die häufigste psychotische Erkrankung (HUBER 1999, VENZLAFF 1994b). Die Prävalenz beträgt nach HUBER (1999) 0,3 %, während DILLING et al. (1984) für die ländliche Bevölkerung eine Prävalenz von 0,4 % angeben.

Wenn auch nur ein relativ geringer Anteil (7 %) aller Eltern, die den Tod ihrer Kinder verursachten, an einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung (ICD-10 F2) erkrankt war, so ist dieser Anteil im Vergleich zur Gesamtbevölkerung um ein Vielfaches erhöht. Unter den Täterinnen und Tätern mit psychischen Störungen machen die von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen Betroffenen einen Anteil von 17,3 % aus.

Vergleichbare Untersuchungen beschreiben noch höhere Anteile schizophrener Eltern unter den (psychisch kranken) Täterinnen und Tätern: In der australischen Erhebung von WILCZYNSKI (1997) war eine Schizophrenie (»psychosis«) mit 23 % die am häufigsten diagnostizierte Störung und FAROQUE und ERNST (2003) fanden einen Anteil von 26 %.

Auffällig ist vor allem der hohe Anteil von Täterinnen in der eigenen Erhebung, da nach Angaben von HUBER (1999) in der Mehrzahl der Studien Inzidenz und Prävalenz bei beiden Geschlechtern nicht different sind. In der vorliegenden Untersuchung wurde bei 3,8 % aller männlichen Täter eine schizophrene Erkrankung diagnostiziert im Vergleich zu 10,7 % aller Täterinnen. Diese Beobachtung lässt sich unter anderem darauf zurückführen, dass sich drei der hier kategorisierten Mütter im Wochenbett befanden – einer Zeit erheblicher endokriner und psychodynamischer Umstellungen, die unabhängig von der umstrittenen Diagnose einer Puerperalpsychose für Frauen mit entsprechender Disposition als sehr kritisch angesehen werden kann. Weiterhin berichtet KOCH-STOECKER (2001) über ihre Erfahrungen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz, wonach in keinem Fall ein schizophrener Vater allein mit seinem Kind lebt und die Zuständigkeit für die Versorgung hat, während an Schizophrenie erkrankte Mütter allein erziehend oder im familiären Kontext als Hausfrau des Öfteren die Hauptverantwortung für die Erziehung ihrer Kinder haben. Die eigenen Ergebnisse werden durch andere Autoren bestätigt, die in ihren Erhebungen noch höhere Anteile schizophrener Mütter fanden: D'ORBÁN (1979) sowie BOURGET und GAGNÉ (2002) diagnostizierten bei 16 % bzw. 15 % der Mütter eine Schizophrenie, während RESNICK (1969) 67 % der Mütter als psychotisch bezeichnete.

Affektive Störungen (F3)

Hauptsymptom der affektiven Störungen ist die pathologisch veränderte Stimmung oder Affektivität, die in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet wird. Innerhalb der affektiven Störungen kommt den depressiven Erkrankungen bei weitem die größte Bedeutung zu.

In der vorliegenden Untersuchung wurde bei 6,6 % aller Täterinnen und Täter eine affektive Störung diagnostiziert. Da die Täterinnen und Täter, die sich aufgrund einer depressiven Störung das Leben nahmen, in dieser Zahl jedoch nicht enthalten sind, dürfte die wahre Prävalenz affektiver Erkrankungen unter den Täterinnen und Tätern deutlich höher liegen: ausgehend von der Anzahl aller Täterinnen und Täter, die sich selbst getötet haben, in einer Größenordnung von bis zu 21,7 %.

Die Bewertung der eigenen Ergebnisse im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist nicht möglich, da Angaben zur Prävalenz affektiver Erkrankungen in verschiedenen Studien zwischen 5 und 40 % schwanken.

Im Vergleich zu den Ergebnissen internationaler Studien ist die Prävalenz affektiver Erkrankungen in der eigenen Erhebung als eher niedrig einzustufen: BOURGET und BRADFORD (1990) fanden einen Anteil von 30,9 % aller Täterinnen und Täter, die an einer depressiven Störung (major depression) litten, WILCZYNSKI (1997) diagnostizierte bei 9 % der australischen und bei 23,7 % der englischen Täterinnen und Täter eine depressive Erkrankung.

Unumstritten ist die Tatsache, dass Depressionen beim weiblichen Geschlecht deutlich häufiger auftreten als beim männlichen (z. B. LAUX 1995). Ein höherer Anteil depressiver Täterinnen findet sich auch in den eigenen Ergebnissen: 8,9 % aller Täterinnen litten unter einer depressiven Störung im Vergleich zu nur 4,5 % der Täter. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass fast 80 % der erweiterten Suizide von Männern begangen wurden, dürfte die Anzahl männlicher Depressiver jedoch höher liegen.

Im Vergleich dazu diagnostizierten BOURGET und GAGNÉ (2002) bei 67 % der Mütter eine affektive Störung, in der Erhebung von D'ORBÁN (1979) hatten 21 % der Mütter zur Tatzeit eine reaktive Depression.

In Ergänzung zum Abschnitt »Der Tatzeitpunkt« soll an dieser Stelle noch einmal kurz auf die Bedeutung des zirkadianen Systems eingegangen werden, da dieses bei affektiven Erkrankungen eine große Rolle spielt. Ausdruck einer zirkadianen Rhythmusstörung sind insbesondere die ausgeprägten Tagesschwankungen bei depressiven Erkrankungen mit einem Morgentief und einer abendlichen Stimmungsaufhellung.

Zur Beantwortung der Frage, ob sich dieses auch auf die Tatzeiten auswirkt, zeigt Abbildung 39 (S. 102) noch einmal die tageszeitliche Verteilung der Taten.

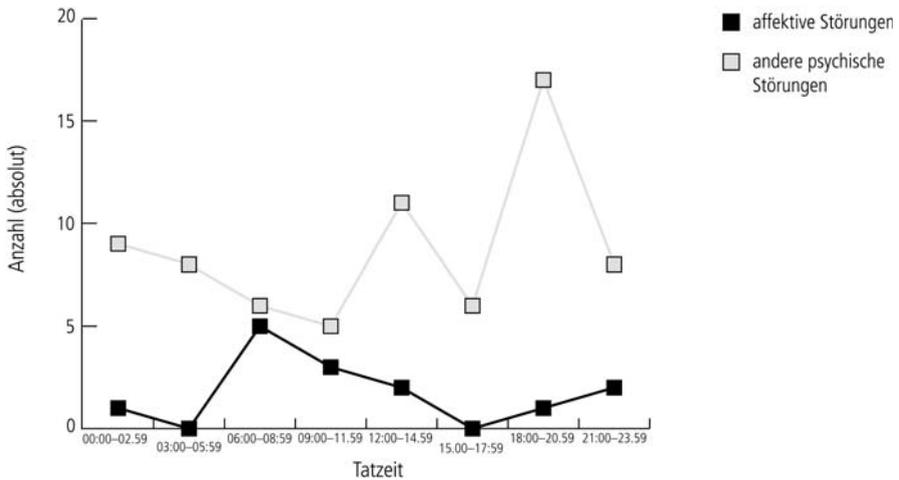


Abb. 39: Tageszeitliche Verteilung der Taten bei Täterinnen und Tätern mit affektiven Störungen sowie bei Täterinnen und Tätern mit anderen psychischen Störungen

Dabei wird die Gruppe der depressiv Erkrankten der Gruppe von Täterinnen und Tätern mit psychischen Störungen gegenübergestellt. Während sich bei Letzterer der bereits beschriebene Häufigkeitsgipfel zwischen 18.00 Uhr und 20.59 Uhr zeigt, fehlt dieser bei Täterinnen und Tätern mit depressiven Erkrankungen, die die Taten etwas häufiger während des für eine affektive Erkrankung charakteristischen Morgentiefs begehen.

Aus der depressiven Symptomatik ergeben sich eine Reihe besonderer Gefährdungsmomente, unter denen strafbare Handlungen im Rahmen der Suizidalität herausragen. Nach Angaben von LAUX (1995) versterben ca. 10 bis 15 % der Depressiven durch Suizid. In der vorliegenden Untersuchung verursachten 75 % der Täterinnen und Täter mit affektiven Störungen den Tod ihrer Kinder in eigener suizidaler Absicht.

Suizidalität

»Die Suizidalität ist in ihrer Erkennung und Verhütung wichtigstes Problem und erste Aufgabe in der Psychiatrie.« (PFLUG 1978) Gerade im Hinblick auf tödlich verlaufende elterliche Gewalt kann diese Aussage nur unterstrichen werden. Die Bedeutung elterlicher Suizidalität für die Tötung der eigenen Kindern wurde bereits von RESNICK (1969) erkannt. Er sprach von Filiziden aus altruistischen Motiven, die so erklärt werden können, dass Eltern, die sich das Leben nehmen wollen, zu der Überzeugung gelangen, es sei für ihre Kinder das Beste, ebenfalls zu sterben.

Die meisten der zum gegenwärtigen Zeitpunkt vorliegenden Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass mindestens ein Drittel der Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt auf erweiterte Suizidhandlungen zurückzuführen ist: Nach Angaben von VANAMO et al. (2001) waren etwa 37 % der Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt erweiterte Suizide, in Schweden begingen 71 % der Eltern, die den Tod ihrer Kinder verursachten, die Tat in eigener suizidaler Absicht (SOMANDER und RAMMER 1991) und in der Erhebung von BOURGET und GAGNÉ (2002) verstarben 41 % der Mütter durch Suizid, weitere 15 % überlebten die Suizidhandlung.

In der eigenen Untersuchung lag in 41 % aller Fälle tödlich verlaufender elterlicher Gewalt eine erweiterte Suizidhandlung zugrunde. 37 Täterinnen und Täter verstarben, 48 Täterinnen und Täter überlebten die Tat – zum Teil deshalb, weil »mitunter nach der Tötung eines oder mehrerer Kinder die aggressiven Energien so erlahmt sind, dass zur Selbsttötung keine Antriebskräfte mehr zur Verfügung stehen« (VENZLAFF 1994a).

Die Geschlechtsverteilung unter den Eltern entspricht in etwa der bei Suiziden und Suizidversuchen zu beobachtenden: 78,4 % der durch erweiterten Suizid verstorbenen Täter waren männlich, 21,6 % weiblich. Im Vergleich dazu starben 1985 72,1 % Männer und 27,9 % Frauen an »Selbstmord und Selbstbeschädigung« (STATISTISCHES BUNDESAMT 1987a). Bei den erweiterten Suizidversuchen waren Mütter (58 %) häufiger vertreten als Väter (42 %), das Verhältnis von Frauen und Männern bei Suizidversuchen wurde früher im Bereich von 2 : 1 angenommen, der Quotient hat sich jedoch mit den Jahren verringert (SCHMIDTKE et al. 1994).

Die Täterinnen und Täter, die den Tod ihrer Kinder aus altruistischen Motiven verursachten, waren im Schnitt etwa fünf Jahre älter als andere Täterinnen und Täter. Diese Beobachtung, die auch von anderen Autoren (z. B. ALDER und POLK 2001) beschrieben wird, stützt die These, dass erweiterten Suizide andere Tatumstände zugrunde liegen. Eltern, die den Tod ihres Kindes fahrlässig verursachen (im Rahmen einer Misshandlung oder Vernachlässigung), machen sich in der Regel weniger Gedanken um sein Wohlergehen, die Eltern-Kind-Beziehung ist problematisch und durch elterliche Unreife geprägt. Dagegen führen Eltern im Rahmen erweiterter Suizidhandlungen den Tod ihrer Kinder, zu denen sie überwiegend eine gute und enge Beziehung haben, bewusst herbei, weil sie der Überzeugung sind, ihren Kindern damit etwas Gutes zu tun.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)

Den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen ist gemeinsam, dass es sich um psychische Störungen ohne nachweisbare organische Grundlage handelt. Die Beurteilung ihrer Bedeutung für das Auftreten tödlich verlaufender

elterlicher Gewalt ist schwierig, da die drei dieser Kategorie zugrunde liegenden Störungsformen erst im Rahmen der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten zusammengefasst wurden und es zurzeit noch keine ausreichend sicheren Angaben zur Häufigkeit gibt. Darüber hinaus bedienen sich viele Sachverständige einer älteren Terminologie, so dass eine Zuordnung zu diesem Abschnitt oft nicht möglich ist.

GRANDERATH (2004) fand in ihrer Untersuchung über die Epidemiologie psychischer Störungen im Allgemeinkrankenhaus eine abteilungsübergreifende Prävalenz neurotischer, belastungsreaktiver und somatoformer Störungen von 13,8 %, ein Wert der sicher etwas über dem in der Allgemeinbevölkerung liegen dürfte.

In der vorliegenden Erhebung wurde bei 2 % der Täterinnen und Täter eine psychische Störung aus dem Bereich F4 diagnostiziert, wobei darauf hingewiesen werden muss, dass aus methodischen Gründen auf die Analyse der Angaben zu bei den Täterinnen und Tätern vorliegenden somatoformen Störungen verzichtet wurde.

Verhaltensstörungen mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)

In diesem Abschnitt der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen werden u. a. Essstörungen, nicht organische Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, andernorts nicht klassifizierbare psychische Störungen im Wochenbett und der Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen, kategorisiert.

Bei 3,5 % aller Täterinnen und Täter wurde eine Diagnose aus dem Bereich F5 gestellt. Obwohl darüber hinaus eine Reihe von Täterinnen und Tätern unter Schlafstörungen litten oder Medikamente wie Analgetika missbrauchten, wurden entsprechende Störungen von den Sachverständigen nicht diagnostiziert. Da sich das Datenmaterial (Gerichtsakten) für eine retrospektive Analyse dieser Angaben nur bedingt eignet, wurde auf eine Kategorisierung durch die Autorin verzichtet. Es ist aber davon auszugehen, dass der Anteil von Täterinnen und Tätern mit Verhaltensstörungen mit körperlichen Störungen und Faktoren insgesamt höher liegt.

»Unter dem Oberbegriff Essstörungen werden zwei wichtige und eindeutige Syndrome beschrieben: Anorexia nervosa und Bulimia nervosa (Bulimie).« (DILLING et al. 1991) In der Risikogruppe der jungen Frauen zwischen 15 und 25 Jahren findet sich die Anorexie mit einer Prävalenz von bis zu 1 %. Die Bulimie ist deutlich häufiger und wird in der Gruppe der jungen Frauen bei 2–4 % gefunden (DEISTER 1995 a).

Die Prävalenz von Essstörungen unter den Täterinnen (1,8 %) entspricht also in etwa dem Erwartungswert. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang eine

Kasuistik, bei der die bulimische Erkrankung einer 23-jährigen Täterin unmittelbar tatalösend war: Infolge ihres eigenen, massiv gestörten Körperschemas war sie nicht in der Lage, das zunehmende Untergewicht ihres Sohnes realistisch einzuschätzen. Der Junge verstarb schließlich – zum Erstaunen der Mutter, die der festen Überzeugung war, ihn ausreichend gefüttert zu haben – an Unterernährung. Die psychischen Störungen im Wochenbett sind für das Auftreten tödlich verlaufender elterlicher Gewalt von besonderem wissenschaftlichen Interesse, weshalb sie im Folgenden ausführlich betrachtet werden.

Psychische Störungen im Wochenbett

Psychosen treten zehnmal häufiger im Wochenbett auf als zu anderen Lebzeiten der Frau (MÖLLER 1995 b). Da sich Puerperalpsychosen jedoch nicht eindeutig von affektiven oder schizophrenen Störungen unterscheiden, empfiehlt die WHO, diese Diagnose nur dann zu stellen, wenn die Kriterien für andere im Kapitel V (F) klassifizierte Störungen nicht erfüllt werden (DILLING et al. 1991).

Etwa 50–70 % der Wöchnerinnen leiden unter den meist am dritten bis fünften Tag nach der Entbindung auftretenden Heultagen (»Baby-Blues«). Etwa 20–30 % davon (10–15 % aller Wöchnerinnen) erkranken Wochen bis Monate später an einer manifesten Wochenbettdepression. Diese kann in eine Wochenbettpsychose übergehen, von der 0,1–0,2 % aller Wöchnerinnen betroffen sind (KEMP et al. 2003).

In der vorliegenden Untersuchung wurde bei drei Täterinnen eine Wochenbettpsychose (F53.1) diagnostiziert, weitere drei Wöchnerinnen litten unter einer akuten schizophrenen Psychose. Folglich verursachten 5,4 % der Täterinnen den Tod ihrer Kinder im Zustand einer akuten Psychose im Wochenbett. Übertragen auf die Zahl der Lebendgeborenen 1985 (STATISTISCHES BUNDESAMT 1987 a) haben mindestens 0,5–1 % der Frauen mit einer Wochenbettpsychose den Tod ihrer Kinder verursacht.

Der von Fachleuten geführte Streit um eine eindeutige nosologische Zuordnung der akuten Psychosen im Wochenbett sollte möglichst schnell beigelegt werden, um für die betroffenen Frauen wirksame und fachübergreifende Interventionsmaßnahmen treffen zu können. »Perhaps the most disturbing fact about tragedies stemming from postpartum psychosis is how easily they might have been avoided with rapid diagnosis and treatment.« (KELLY 2002)

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)

Die in der eigenen Erhebung am häufigsten diagnostizierte psychische Störung ist die einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-10 F6). Nach Angaben der Sachverständigen waren 40 % der begutachteten Täterinnen und Täter betroffen. Der Terminus »Persönlichkeitsstörung« steht als Oberbegriff für den großen Übergangsbereich neurotisch-psychopathischer Persönlichkeitsanomalien mit fließenden Grenzen zur psychischen Gesundheit einerseits und den geistig-seelischen Erkrankungen andererseits (SAß 1995). Damit hängt die Feststellung einer Persönlichkeitsstörung noch stärker von der gesellschaftlichen Situation und Wertung ab als andere psychiatrische Diagnosen (RASCH 1999). Die im ICD-Schlüssel wiedergegebene Typologie der Persönlichkeitsstörung ist rein deskriptiv und weicht sowohl nomenklatorisch als auch durch die Aufgliederung erheblich von der klassischen deutschsprachigen Psychiatrie ab, was auch erklärt, dass knapp ein Drittel der von den Gutachterinnen und Gutachtern diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen keiner der spezifischen ICD-Kategorien zugeordnet werden konnten.

Zuverlässige epidemiologische Untersuchungen über die Häufigkeit der einzelnen Persönlichkeitsstörungen gibt es aus methodischen Gründen bisher nicht (SAß 1995). In den meisten Studien aus unterschiedlichen europäischen und nordamerikanischen Ländern werden für die Allgemeinbevölkerung Häufigkeiten zwischen 5 und 15 % angegeben (DEISTER 1995 b). In diesem Bereich bewegen sich auch die Ergebnisse von TRESS und SCHEPANK (1990), die für eine deutsche Großstadtbevölkerung eine Prävalenzrate der Persönlichkeitsstörungen von 5,7 % fanden. DILLING et al. (1984) diagnostizierten dagegen nur bei 4 % der ländlichen Bevölkerung eine Persönlichkeitsstörung. Unter psychiatrischen Patienten ist auf Grundlage gängiger Lehrbücher mit einer Prävalenz von bis zu 50 % zu rechnen und in einer forensisch-psychiatrischen Klientel dürfte die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen bis zu 80 % betragen (SAß 1995).

In der eigenen Erhebung wurde bei 16 % aller Täterinnen und Täter eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung diagnostiziert. Auf dem Hintergrund der oben erwähnten Angaben ist die Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen unter den Täterinnen und Tätern also höher als in der Allgemeinbevölkerung.

In den wenigen Untersuchungen zu tödlich verlaufender elterlicher Gewalt, in denen Persönlichkeitsstörungen explizit Gegenstand der Untersuchung sind, kommen diese wesentlich häufiger vor. D'ORBÁN (1979) diagnostizierte bei 43 % der Mütter eine Persönlichkeitsstörung, BOURGET und BRADFORD (1990) befanden 46,2 % der Täterinnen und Täter als persönlichkeitsgestört. Abbildung 40 zeigt den Anteil der spezifischen Persönlichkeitsstörungen unter den Täterinnen und Tätern im Einzelnen sowie im Vergleich dazu den entsprechenden Anteil in einer deutschen Großstadtbevölkerung (TRESS und SCHEPANK 1990).

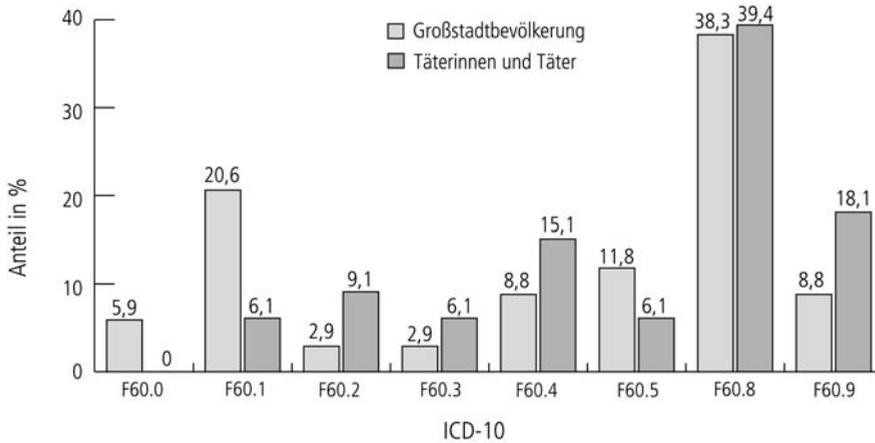


Abb. 40: Anteil der spezifischen Persönlichkeitsstörungen klassifiziert nach ICD-10 unter den Täterinnen und Tätern und in einer deutschen Großstadtbevölkerung;
Quelle: TRESS und SCHEPANK 1990

Auffällig ist, dass bei den Täterinnen und Tätern im Vergleich zur Großstadtbevölkerung häufiger die Diagnose einer dissozialen (F60.2), einer emotional instabilen (F60.3), einer histrionischen (F60.4) oder einer nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörung (F 60.9) gestellt wurde, während eine paranoide (F60.0), eine schizoide (F60.1) oder eine anankastische (F60.5) Persönlichkeitsstörung seltener oder gar nicht auftraten.

Bei der Bewertung dieser Ergebnisse darf nicht vergessen werden, dass den relativen Verhältnissen in der eigenen Erhebung sehr kleine absolute Fallzahlen zugrunde liegen, die schnell zu Verzerrungen führen können. Dennoch entspricht der im Vergleich zur deutschen Großstadtbevölkerung (TRESS und SCHEPANK 1990) bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung dreimal höhere und bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus etwa doppelt so hohe Anteil von Täterinnen und Tätern sowohl der gängigen Überzeugung, dass diese Arten von Persönlichkeitsstörungen unter forensischer Klientel häufiger auftreten als auch den Ergebnissen anderer Studien zu tödlich verlaufender elterlicher Gewalt. D'ORBÁN (1979) diagnostizierte bei 26,3 % der Täterinnen eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (antisocial), während BOURGET und BRADFORD (1990) in ihrer Erhebung bei 38,5 % der Täterinnen und Täter eine Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben.

Drei Täter und zwei Täterinnen hatten eine histrionische Persönlichkeitsstörung. Interessant ist die Tatsache, dass alle fünf zur Tatzeit alkoholisiert waren, während der Anteil alkoholisierter Täterinnen und Täter bei allen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen 25,6 % ausmacht.

Der hohe Anteil nicht näher bezeichneter Persönlichkeitsstörungen in der eigenen Erhebung ist darauf zurückzuführen, dass einige Gutachter bei den Täterinnen und Tätern eine »Kern- oder Charakterneurose« diagnostizierten, ohne diese weiter zu spezifizieren.

Intelligenz und Intelligenzminderung (F7)

Es ist eine weit verbreitete Meinung, dass Menschen, die als schwach begabt oder schwachsinnig bezeichnet werden, häufiger delinquente Handlungen begehen, als dies innerhalb der übrigen Bevölkerung der Fall ist. SPECHT (1994) zeigt dagegen anhand verschiedener Studienergebnisse, dass unter Tatverdächtigen und Verurteilten allenfalls Menschen mit unterdurchschnittlichen geistigen Fähigkeiten, nicht jedoch Menschen mit oligophrenen Zuständen häufiger anzutreffen sind als in der übrigen Bevölkerung. »Die Ausprägung der Entwicklungsabweichungen im unterdurchschnittlichen Grenzbereich wird aber soweit von ungünstigen sozialen Bedingungen beeinflusst, dass deren Bedeutung auch für das delinquente Verhalten oft größer sein dürfte als die primären Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten.« (SPECHT 1994)

Auch in der vorliegenden Untersuchung zeigt die Verteilung der IQ-Werte der Täterinnen und Täter, bei denen im Rahmen von testpsychologischen Zusatzgutachten eine Intelligenztestung durchgeführt wurde, gegenüber der statistischen Normalverteilung keine gravierenden Unterschiede: Der Mittelwert liegt etwas unter dem Mittelwert der Gesamtbevölkerung während die Streuung der IQ-Werte etwas weniger ausgeprägt ist als in der Gesamtbevölkerung. Nur ein Täter hatte einen im Bereich einer Intelligenzminderung liegenden IQ-Wert von 67, bei einem weiteren Täter wurde eine Intelligenzminderung diagnostiziert, ohne dass ein Intelligenztest durchgeführt wurde.

In der Türkei wurde dagegen bei 17 % der nicht schuldfähigen Täterinnen und Täter eine Intelligenzminderung diagnostiziert (KARAKUS et al. 2003), D'ORBÁN (1979) fand sogar bei 17 von 22 Müttern (77,3 %) einen IQ von unter 90, 4 % der Mütter hatten eine Intelligenzminderung (IQ unter 70).

Schuldfähigkeit

»Der Begriff der Schuldfähigkeit ist ein Rechtsbegriff, über den vom Richter normativ entschieden wird. Auf naturwissenschaftlicher Basis gibt es kein Außenkriterium, nach dem eine Bestimmung der Konzepte Schuldfähigkeit, verminderte Schuldfähigkeit oder Schuldunfähigkeit eindeutig definiert werden könnte.« (RASCH 1999) So richtet sich die Beurteilung der strafrechtlichen Ver-

antwortlichkeit auch nicht ausschließlich nach einem Katalog von Diagnosen oder Krankheitsgruppen, sondern misst psychodynamischen und psychosozialen Faktoren eine gleichrangige Wertigkeit bei (FOERSTER und VENZLAFF 1994). Dementsprechend führten in der vorliegenden Untersuchung auch nicht alle diagnostizierten psychischen Störungen zu einer strafrechtlichen Würdigung gemäß § 20 oder § 21 StGB. Auf der anderen Seite wurden Täterinnen und Täter als vermindert schuldfähig angesehen, ohne dass den Akten genauere Angaben über eine zugrunde liegende psychische Störung zu entnehmen waren.

Insgesamt wurden 23 % aller Täterinnen und Täter gemäß § 21 StGB als vermindert schuldfähig angesehen, 8,6 % aller Täterinnen und Täter wurden nach § 20 StGB für schuldunfähig erklärt.

In der bundesdeutschen Strafverfolgung werden die §§ 20 und 21 StGB allgemein wesentlich seltener angenommen: Den Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (1989 b) ist zu entnehmen, dass 3,2 % aller 1989 in der Bundesrepublik Deutschland Abgeurteilten (ohne Straftaten im Straßenverkehr) und 5,9 % der wegen einer Straftat gegen das Leben oder einer Körperverletzung Abgeurteilten gemäß § 21 StGB als vermindert schuldfähig angesehen wurden. Für schuldunfähig nach § 20 StGB wurden 0,1 % aller Abgeurteilten (ohne Straftaten im Straßenverkehr) und 0,3 % der wegen einer Straftat gegen das Leben oder einer Körperverletzung Abgeurteilten erklärt.

Diese Differenz lässt sich anhand folgender These erklären: Durch die Besonderheiten der Eltern-Kind-Beziehung handelt es sich bei tödlich verlaufender elterlicher Gewalt um ein kriminelles Geschehen, das mit anderen Gewalttaten nur in begrenztem Umfang vergleichbar ist. Die bisherigen Ausführungen legen nahe, dass nicht nur bestimmte psychiatrische Erkrankungen, sondern auch ungünstige psychosoziale und psychodynamische Bedingungen bei den Täterinnen und Tätern häufiger zu finden sind, so dass eine Verminderung oder gar ein Aufheben der strafrechtlichen Verantwortlichkeit häufiger angenommen wird als bei anderen Straftaten.

Der Vergleich mit den Ergebnissen aus anderen Ländern ist wegen der unterschiedlichen Rechtssysteme und Kriterien für die Annahme einer Schuldunfähigkeit in diesem Punkt besonders diffizil. Daher sei lediglich darauf verwiesen, dass in der Studie von KARAKUS et al. (2003) fast die Hälfte (48 %) der türkischen Täterinnen und Täter nicht strafrechtlich verantwortlich (»not criminally liable«) waren.

4.7 Die Opfer

»Der Gefährdung eines Kindes, misshandelt zu werden, können sowohl objektive Faktoren zugrunde liegen, als auch die subjektive Einstellung der Eltern oder Betreuer.« (BUNDESÄRZTEKAMMER 1998)

In der Literatur gelten vor allem Kinder, die nicht den Erwartungen der Eltern entsprechen (unerwünschte, behinderte oder verhaltensauffällige Kinder) als gefährdet.

In der vorliegenden Untersuchung werden die kindlichen Merkmale Geschlecht, Alter und Geschwisterposition daraufhin überprüft, ob sie eine Relevanz für das Auftreten tödlich verlaufender elterlicher Gewalt besitzen.

Geschlecht

Historisch betrachtet hatten Mädchen aus den in der Einleitung erwähnten Gründen immer das größere Risiko, Opfer tödlich verlaufender elterlicher Gewalt zu werden. ENGFER (1986) fand in ihrer Gegenüberstellung von neun epidemiologischen Untersuchungen über Merkmale misshandelnder Familien jedoch einen etwas höheren Anteil von Jungen. Dieser Trend wird durch die Studien von SOMANDER und RAMMER (1991) sowie VANAMO et al. (2001) bestätigt. In der Untersuchung von KARAKUS et al. (2003) ist das Geschlechterverhältnis unter den Opfern ausgeglichen (bei 16 % unbekanntem Geschlecht). Lediglich in der eigenen Erhebung sind weibliche Opfer in der Überzahl. Die Unterschiede in den Geschlechtern fallen insgesamt jedoch so gering aus, dass daraus keine Schlüsse gezogen werden können.

Tabelle 7 gibt einen Überblick über den Anteil weiblicher und männlicher Opfer in den Studien in der Bundesrepublik Deutschland, Schweden, Finnland und der Türkei.

Tab. 7: Anteil weiblicher und männlicher Opfer in verschiedenen Untersuchungen zu tödlich verlaufender elterlicher Gewalt

	weiblich	männlich	unbekannt
Schweden (SOMANDER und RAMMER 1991)	48 %	52 %	–
Finnland (VANAMO et al. 2001)	40 %	60 %	–
Türkei (KARAKUS et al. 2003)	42 %	42 %	16 %
Bundesrepublik Deutschland (Eigene Untersuchung)	51 %	48 %	1 %

Alter

Das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen unterteilt in seiner Untersuchung die Opfer in drei Altersgruppen: 24 % der Opfer waren Säuglinge bis zu einem Alter von zwölf Monaten, 31 % der Opfer waren zwischen einem und vier Jahre alt und 45 % der Opfer waren zwischen fünf und 14 Jahren alt. Aus dieser Altersverteilung wurde eines der Schlüsselergebnisse der Studie abgeleitet: Das Risiko eines Todes durch Misshandlung ist für Säuglinge annähernd dreimal so

hoch wie das der 1–4-Jährigen, deren Risiko wiederum doppelt so hoch ist wie das der 5–14-Jährigen (UNICEF 2003).

Die vorliegende Untersuchung bestätigt in etwa diese Regel: 28,6 % der Opfer waren zur Tatzeit jünger als ein Jahr alt, während 33,7 % im Alter von einem bis vier Jahren an den Folgen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt verstarben. Im ersten Lebensjahr war das Risiko also etwa 3,4-mal höher als in den folgenden vier Lebensjahren, in denen das Risiko wiederum 1,8-mal höher war als bei den Über-4-Jährigen.

Die beschriebene Häufung von Fällen in den ersten Lebensmonaten und -jahren deckt sich auch mit den Ergebnissen zahlreicher anderer Untersuchungen: In der Studie von KARAKUS et al. (2003) verstarb ein Anteil von 28 % der Opfer innerhalb des ersten Lebensjahres, 58 % der Opfer waren jünger als sechs Jahre. VANAMO et al. (2001) beschrieben einen noch höheren Anteil von Säuglingen unter den Opfern: 37 % der Opfer waren zur Tatzeit jünger als ein Jahr, 79 % waren jünger als vier Jahre alt. SOMANDER und RAMMER (1991) fanden einen Anteil von 61 % der Opfer, die jünger als sieben Jahre alt waren. In Australien verstarben basierend auf Daten von MOUZOS (2000) 42,9 % der Opfer innerhalb des ersten Lebensjahres und 61,3 % innerhalb der ersten vier Lebensjahre. RESNICK (1969) beschrieb die Tatsache, dass 42 % der Opfer in den ersten sechs Lebensmonaten verstarben, D'ORBÁN (1979) fand einen Anteil von 44 % der Opfer, die jünger als ein Jahr alt waren, während 89 % der Opfer jünger als fünf Jahre alt waren.

In der Literatur finden sich verschiedene Erklärungsansätze für diese Beobachtung: RESNICK (1969) begründet die Häufung von Taten bei jüngeren Kindern mit postpartalen Zuständen und der stärker entwickelten Mutter-Kind-Bindung im höheren Alter. Obwohl die Abschätzung des Kraftaufwands, der zu einer Schädelfraktur bei Säuglingen führt, schwer abzuschätzen ist, da verständlicherweise keine experimentellen Daten vorliegen (BRATZKE 1996), wird häufig die höhere Vulnerabilität des kindlichen Kopfes betont (z. B. TRAUTH 2000). ALDER und POLK (2001) verweisen auf die »routine activities hypothesis« von SILVERMAN und KENNEDY (1988), wonach der routinierte Ablauf des täglichen Lebens das Kind in der Mitte der Kindheit vor tödlich verlaufender Gewalt zu schützen scheint, was mit der Entfernung des Kindes von den mit der Familie verbundenen Risiken zu tun haben dürfte.

Die Häufung tödlich verlaufender elterlicher Gewalt an Säuglingen und jungen Kleinkindern ist also auf ein komplexes Gefüge verschiedener Faktoren zurückzuführen, das man sich – in Anlehnung an das sozialpsychologische Modell von Gelles – so vorstellen kann, wie es in der Abbildung 41 dargestellt ist.

Die Geburt eines Kindes hat unmittelbare und mittelbare Auswirkungen auf die verschiedensten Lebensbereiche. Während die Sozialisationserfahrung und die Schicht bzw. das Lebensmilieu der Eltern (in der Abbildung grau hinterlegt)

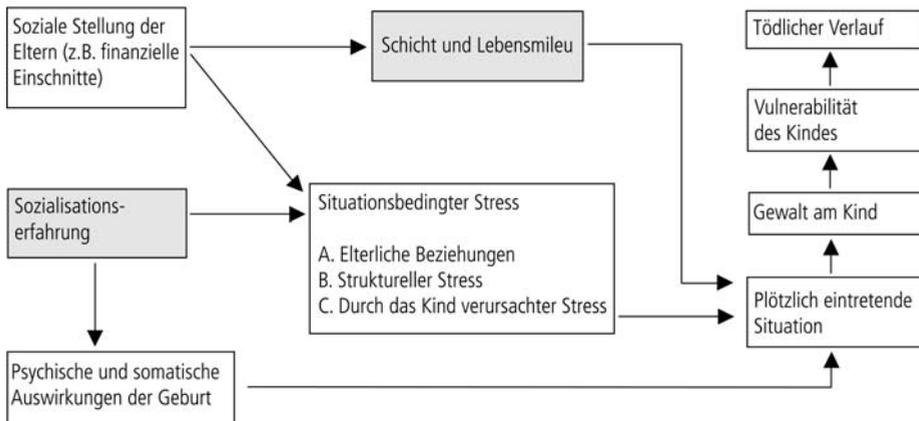


Abb. 41: Erklärungsmodell (in Anlehnung an das sozialpsychologische Modell nach Gelles) der Ursachen des gehäuftem Auftretens tödlich verlaufender elterlicher Gewalt bei jüngeren Kindern

weitgehend unbeeinträchtigt bleiben, kann sich durch finanzielle Einschnitte (Wegfall eines Gehalts, erforderliche Neuanschaffungen etc.) die soziale Stellung der Eltern (Kasten links oben) durchaus verändern. Weiterhin hat die Geburt eines Kindes sowohl Auswirkungen auf Körper und Psyche der Mutter als auch auf die Beziehung zum Partner und zu eventuell vorhandenen anderen Kindern. Struktureller Stress wird u. a. durch die stärkere Bindung an die häusliche Umgebung und verminderten Kontakt zu Freunden, Arbeitskollegen etc. ausgelöst. Auch ein gesunder Säugling verursacht bei den Eltern Stress z. B. durch die noch nicht eingespielte Eltern-Kind-Beziehung oder durch häufiges Schreien (so genannte Drei-Monats-Kolik). Das alles führt dazu, dass in plötzlich eintretenden Situationen (Kasten unten rechts) die Situation eskaliert. Der Tod wird durch die höhere Vulnerabilität des jüngeren Kindes mitbedingt.

Geschwisterposition

»Angaben über die Stellung des misshandelten Kindes in der Geschwisterreihe vermitteln den Eindruck, dass zwar jedes Kind zum Opfer werden kann, eine besondere Prädestination jedoch für Erstgeborene – wahrscheinlich häufig uneheliche Kinder – und Letztgeborene – oft eine zusätzliche Belastung der sozioökonomischen Dauerkrise der Familie – besteht.« (STEINHAUSEN 1975)

In der vorliegenden Untersuchung wurden Letztgeborene annähernd doppelt so häufig Opfer tödlich verlaufender elterlicher Gewalt wie Erstgeborene. Ausgehend

von der Richtigkeit der oben zitierten These könnte der deutlich geringere Anteil von Erstgeborenen unter den Opfern auf die veränderte Stellung unehelicher Mütter in der Gesellschaft zurückgeführt werden, während die sozioökonomische Belastung durch mehrere Kinder gesellschaftlich fortbesteht, sich in der jüngsten Zeit sogar zuspitzt. Diese These lässt sich stützen durch die Tatsache, dass der Anteil von Einzelkindern unter den Opfern (29 %) geringer ist als der Anteil von Einzelkindern in der Gesamtbevölkerung von 1985 (34,9 %).

Diese Beobachtung wird durch die Erhebungen von ERKRATH (1985) und KARAKUS et al. (2003) bestätigt. ERKRATH (1985) fand unter zwanzig tödlich misshandelten Kindern einen Anteil von 30 % Einzelkindern. Auch in der Türkei waren 33 % der kindlichen Opfer Einzelkinder; ein Anteil, der sich nicht von dem in der türkischen Gesamtbevölkerung (erhoben durch den letzten türkischen demografischen und Gesundheitsreport aus dem Jahr 1998) unterschied (KARAKUS et al. 2003).

Auffällig ist der im Vergleich zur Gesamtbevölkerung hohe Anteil von Zwillingkindern in der eigenen Studie. Es gibt keine Untersuchungen zu tödlich verlaufender elterlicher Gewalt an Zwillingen, diverse Veröffentlichungen (z. B. HANSEN 1994, NELSON und MARTIN 1985) widmen sich jedoch der größeren Häufigkeit von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen bei Zwillingen. GROOTHUIS et al. (1982) führen die beobachtete Häufung elterlicher Gewalt in Zwillingfamilien nicht auf die im Zusammenhang mit Mehrlingsgeburten erhöhten »kindlichen Risikofaktoren« wie Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht oder längere Klinikaufenthalte zurück, sondern sehen den ursächlichen Faktor vor allem im wesentlich ausgeprägteren materiellen und emotionalen Stress der Eltern.

4.7 Interventionen

Die gesellschaftliche Diskussion über tödlich verlaufende elterliche Gewalt beschränkt sich in der Regel auf Art und Umfang der Bestrafung von Eltern, die den Tod ihrer Kinder verursacht haben, statt der Frage nachzugehen, wie solche Taten in Zukunft verhindert werden können. Die in der Einleitung zitierte Forderung nach härteren Strafen für »Folter-Eltern« wird der Problematik jedoch keineswegs gerecht. Aus der vorliegenden Untersuchung lässt sich einmal mehr schließen, dass die überwiegende Mehrheit der Eltern nicht rational und überlegt handelt, sondern vielmehr aus einer komplexen Stress- oder Überforderungssituation heraus agiert. Härtere Strafen im Sinne einer »Abschreckung« dürften folglich kaum dazu beitragen, die Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt zu senken. Eine »gerechte Strafe« kann es nicht geben und selbst wenn es sie gäbe, würde keines der Opfer davon wieder lebendig werden. Stattdessen

sind Interventions- und Präventionsmaßnahmen erforderlich, die ansetzen bevor es zur Ausübung tödlich verlaufender elterlicher Gewalt kommt:

1. Verhütung von elterlicher Gewalt durch Identifizierung ursächlicher Faktoren, Aufklärung der Bevölkerung und möglichst vollständige Beseitigung der ursächlichen Faktoren (primäre Prävention),
2. frühzeitige Identifizierung potenziell gefährdeter Familien und daran anschließende konkrete familienstützende Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen (sekundäre Prävention),
3. professionelle Zusammenarbeit von medizinischem Personal, Ämtern und Behörden nach dem Bekanntwerden einer Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung (tertiäre Prävention).

Die dazu erforderlichen finanziellen Mittel dürfen in der Diskussion – wenn überhaupt – nur eine untergeordnete Rolle spielen. Es geht darum, »Menschenleben zu retten, körperliches und seelisches Leiden zu verhindern und mit der Zeit einen Rückgang der Größenordnung des Problems« elterlicher Gewalt verzeichnen zu können (DONNELLY 2002).

Identifizierung ursächlicher Faktoren tödlich verlaufender elterlicher Gewalt

In den letzten Jahren und Jahrzehnten wurden auf dem Gebiet der Forschung und des Kinderschutzes erhebliche Fortschritte gemacht, was sich in sinkenden Fallzahlen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt widerzuspiegeln scheint. Auch die Schaffung rechtlicher Grundlagen wie das Gesetz zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung hat sicherlich einen Beitrag dazu geleistet, die Situation von Kindern zu verbessern. Dennoch sind weitergehende intensive Forschungsanstrengungen notwendig, um die ursächlichen Faktoren von Gewalt an Kindern in ihrer Gesamtheit zu erfassen und den immer noch zu hohen Anteil tödlich verlaufender elterlicher Gewalt zu senken. Die Bundesärztekammer hat deshalb bereits 1998 gefordert, entsprechende Forschungsprojekte »organisatorisch und finanziell massiv« zu unterstützen.

Die wichtigste und vordringlichste Maßnahme zur Identifizierung ursächlicher Faktoren tödlich verlaufender elterlicher Gewalt ist die Erfassung aller kindlichen Todesfälle durch obligatorische gerichtsmedizinische Sektionen mit standardisierten Untersuchungsprotokollen sowie – im Falle eines gewaltsamen Todes – daran anschließende interdisziplinäre Fallkonferenzen. Diese Forderung wurde von ärztlicher Seite in den vergangenen Jahren immer wieder gestellt (vgl. z. B. BUNDESÄRZTEKAMMER 1998), von der Politik bislang aber nicht umgesetzt.

Weiterhin wurde in den zum gegenwärtigen Zeitpunkt vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchungen dem Zusammenwirken einzelner ursächlicher

Faktoren tödlich verlaufender elterlicher Gewalt zu wenig Beachtung geschenkt. Es ist unbedingt erforderlich, die Interaktion von Stress, sozialer Lage und psychischen Störungen sowie ihren Einfluss auf die Entstehung tödlich verlaufender Gewalt an Kindern zu klären. Alle diese Merkmale scheinen eine Eskalation der Gewalt mitzubedingen, sie kommen in der Bevölkerung jedoch häufig vor, ohne zwangsläufig zur Ausübung tödlich verlaufender Gewalt zu führen. Es scheint also protektive Faktoren zu geben, die für präventive Maßnahmen von entscheidender Bedeutung sein könnten, von der Forschung bisher aber außer Acht gelassen wurden. Zukünftige Forschungsansätze müssen sich daher auch mit der paradox erscheinenden Fragestellung beschäftigen, was Eltern davon abhält, den Tod ihrer Kinder herbeizuführen.

Einige Merkmale tödlich verlaufender elterlicher Gewalt können inzwischen als hinreichend erforscht gelten (z. B. das Alter der Kinder). Die Bedeutung anderer Faktoren wurde dagegen zu wenig untersucht oder ist in den Ergebnissen zu uneinheitlich, als dass Aussagen über ihre Bedeutung für die Entstehung tödlich verlaufender elterlicher Gewalt getroffen werden können. Zukünftige Studien müssen sich daher verstärkt mit der Bedeutung des Tatzeitpunktes, der Situation psychisch kranker Eltern und ihrer Kinder (nicht nur im Hinblick auf die Entwicklung einer eigenen psychischen Störung), der Rolle von Geschlechtsunterschieden sowie dem Einfluss von Neurotransmitteraktivitäten auseinander setzen.

Aufklärung der Bevölkerung

In unserer Gesellschaft existieren zwei sich widersprechende Ansichten über Elternschaft und Kindererziehung: Die positiven Aspekte von Schwangerschaft und Geburt werden sehr stark betont, während die ebenfalls vorhandenen negativen Auswirkungen auf die Familie häufig verharmlost werden. Dadurch geraten Eltern, die Probleme mit ihrer neuen Rolle haben, deren Kinder schreien statt zu schlafen oder die aus irgendeinem anderen Grund nicht so glücklich über die Geburt ihres Nachwuchses sind, wie die Gesellschaft das von ihnen erwartet, zusätzlich unter Druck. Falsche Erwartungen aufgrund irrationaler Ideale stellen aber ein Erziehungsrisiko dar, dass elterliche Gewalt nach sich ziehen kann (vgl. HEINDL 1992). Auf der anderen Seite können sich viele Menschen auch heute noch dem Motto »Eine Ohrfeige hat noch keinem Kind geschadet« anschließen (DWERTMANN 2000), wodurch die körperliche Bestrafung von Kindern bagatellisiert wird.

Im Rahmen der Prävention elterlicher Gewalt muss Aufklärung darauf abzielen, diesen Widerspruch zu verdeutlichen und Kenntnisse über real existierende Probleme sowie mögliche Problemlösestrategien zu vermitteln, um dadurch Einstellungen und Verhaltensweisen zu verändern. Durch vereinzelte Maßnahmen werden sich die erwünschten Effekte kaum erzielen lassen; verschiedene Formen

der Informationsvermittlung müssen genutzt werden, um nachhaltige Veränderungen zu bewirken:

Jugendliche müssen für die Problematik elterlicher Gewalt an Kindern sensibilisiert werden, bevor sie selbst mit einer Elternschaft konfrontiert werden. Neben Sexualaufklärung und Schwangerschaftsverhütung muss in den Schulen ein reales Bild von Elternschaft vermittelt werden. Kindererziehung sollte gelehrt und gelernt werden und auch Selbstsicherheitstraining und Konfliktbewältigungsstrategien sind wichtige Elemente schulischer Präventionsmaßnahmen. In den Lehrplänen sollte der Vermittlung von sozialer Kompetenz ein stärkeres Gewicht beigemessen werden.

In der Einleitung wurde bereits darauf hingewiesen, dass gerade den Medien eine bedeutende Rolle bei der Sensibilisierung der Öffentlichkeit zukommt. DONNELLY (2002) vertritt die These, dass »längst nicht mehr so viele Babys geschüttelt würden, wenn wir eine Fernsehbotschaft wie etwa ›Schütteln Sie Ihr Baby nicht!‹ finanziell ebenso gut ausstatten würden wie die Werbekampagne für ein gewisses superweiches Toilettenpapier«. Im Rahmen seriöser Berichterstattungen könnten darüber hinaus Ursachen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt transparenter gemacht werden. Auch die Vorbildfunktion der Medien im Hinblick auf den eingangs erwähnten Widerspruch ist nicht zu unterschätzen: Durch die Darstellung gewaltfreier Erziehungsmethoden im Rahmen von Filmen und Serien sowie der Vermittlung eines realistischen Bildes von Elternschaft könnte mittel- bis langfristig ein Umdenken in der Bevölkerung bewirkt werden.

Schließlich ist es erforderlich, die (werdenden) Eltern als Zielgruppe direkt anzusprechen. Zwar gibt es in Deutschland bereits eine Reihe von Unterstützungsmaßnahmen und Hilfsangeboten (Säuglingspflegekurse, Familienberatungszentren etc.), diese werden jedoch längst nicht von allen Eltern wahrgenommen. Durch niedrigschwellige und kostenfreie Angebote könnten mehr (werdende) Eltern erreicht werden. In den Vereinigten Staaten sind eine Vielzahl von präventiven Ansätzen entwickelt worden, von denen der U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect ein Programm als wünschenswert empfohlen hat, das Hausbesuche bei jungen Eltern und ihrem Kind vorsieht (DONNELLY 2002). Alternativ oder ergänzend sind sicherlich auch verschiedene Informationsmaterialien, Kurse sowie die psychosoziale Betreuung in der Klinik oder im Geburtshaus denkbar.

Beseitigung ursächlicher Faktoren tödlich verlaufender elterlicher Gewalt

Aus den bereits bekannten und durch die vorliegende Untersuchung bestätigten Forschungsergebnissen lassen sich folgende Forderungen ableiten:

- Oberstes Ziel einer so genannten Bildungsoffensive muss die Sicherstellung einer fundierten schulischen Ausbildung aller Kinder und Jugendlichen sein,

so dass mehr Schulabgängerinnen und Schulabgänger einen qualifizierten Schulabschluss besitzen.

- Die Politik muss sich konsequenter als bisher dafür einsetzen, dass den Schulabgängerinnen und Schulabgängern eine ausreichende Anzahl von Berufsausbildungsplätzen zur Verfügung steht.
- Eine Senkung der Arbeitslosigkeit in Deutschland ist auch im Hinblick auf die Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt dringend erforderlich.
- Die flächendeckende Versorgung mit Kinderbetreuungsplätzen muss sichergestellt werden. Nach Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (2004) standen in Westdeutschland nur für 3 % der Kinder im Krippenalter Betreuungsplätze zur Verfügung. Für Kindergartenkinder lag die »Platz-Kind-Relation« – trotz des vor Jahren normierten Rechtsanspruchs auf einen Kindergartenplatz – bei 88 %. Infolge niedriger Geburtenraten wird sich bei unverändertem Platzangebot bundesweit nur im Kindergartenbereich eine spürbare Verbesserung des Platz-Kind-Verhältnisses ergeben.
- Konzepte müssen erarbeitet werden, wie die finanzielle und soziale Situation junger Familien unmittelbar nach der Geburt eines Kindes verbessert werden kann. Die bislang existierenden Formen finanzieller Unterstützung werden nur bei bestimmten, jeweils unterschiedlichen Voraussetzungen gewährt. Als Folge dessen sehen sich Eltern in den ersten Wochen nach der Entbindung, in denen Unsicherheit und Hilfsbedürfnis am größten sind, mit einer Vielzahl verschiedener Antragsformulare konfrontiert. Unter Umständen vergehen Monate bis die Zahlungen eingehen. Sinnvoll wäre die Einführung einer »Elternpauschale« oder zumindest einer zentralen Stelle, bei der ein einziger Antrag (bereits vor der Geburt) eingereicht wird und aufgrund dessen dann die infrage kommenden Leistungen koordiniert werden können (Mutterschaftsgeld, Erziehungsgeld, Kindergeld, Wohngeld, etc.).

Es ist zu befürchten, dass sich aufgrund der Einsparungen auf kommunaler, Bundes- und Landesebene die sozioökonomische Situation junger Familien in Zukunft verschärfen wird. Höhere Arbeitslosigkeit und finanzielle Belastung durch Einsparungen bei den sozialen Leistungen können sich ebenso wie Einschnitte bei den allgemeinen sozialen Diensten negativ auf die Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt auswirken. Eine sorgfältige Beobachtung der Entwicklung in den nächsten Jahren ist daher dringend indiziert.

Familienstützende Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen

Auch wenn es aufgrund des gegenwärtigen Forschungsstandes noch nicht möglich ist, gefährdete Familien klar zu identifizieren, müssen beim Vorliegen bestimmter Merkmale (schlechte sozioökonomische Verhältnisse, psychische Erkrankungen der Eltern etc.) familienstützende Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen in Erwägung gezogen werden. Deren Effizienz ist am ehesten gewährleistet, »wenn psychotherapeutische Behandlung mit sozialen Hilfen in jeweils für die einzelne Familie angemessener Weise gekoppelt wird und wenn in diese Maßnahmen Eltern und Kinder einbezogen werden« (ZENZ 1981).

Eine bisher leider nur in fünf Bundesländern bestehende Möglichkeit, sozial benachteiligte schwangere Frauen und Mütter zu betreuen, sind die meist bei den Gesundheitsämtern angestellten, speziell ausgebildeten Familienhebammen. Im Rahmen von Hausbesuchen, mit denen bereits während der Schwangerschaft begonnen wird und die erst mit der Vollendung des ersten kindlichen Lebensjahres eingestellt werden, bauen die Familienhebammen eine vertrauensvolle Beziehung zur betreuten Familie auf. Aufklärung und Vermittlung von bzw. Begleitung zu weiterführenden Diensten (Jugend- und Sozialamt, Beratungsstellen, Ärztinnen und Ärzten etc.) ergänzen die klassische Hebammentätigkeit, so dass eine bedarfsgerechte Unterstützung der betroffenen Familien gewährleistet ist (SCHNEIDER 2004).

Darüber hinaus muss der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern nicht nur von Seiten der Forschung, sondern auch im klinischen Alltag Rechnung getragen werden. Die Kinder müssen als betroffene Angehörige stärker einbezogen werden, es sollten ihnen Hilfestellungen angeboten werden und die Möglichkeit elterlicher Fremdgefährdung, v. a. im Rahmen einer erweiterten Suizidhandlung, darf nicht übersehen werden. Es ist daher eine vordringliche Aufgabe, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte für die Problematik zu sensibilisieren. Dabei besteht »eine sehr schwierige und nur im Einzelfall zu klärende Frage« darin, »ob für das betroffene Kind eine Pflegefamilie nötig ist oder gar die Erziehungsberechtigung in Frage gestellt werden muss« (KÜCHENHOFF 1997). Das Problem besteht darin, für die Sicherheit des Kindes Sorge zu tragen, ohne die für die therapeutische Arbeit notwendige vertrauensvolle Beziehung zu den Eltern zu gefährden. Eine Lösung könnten die in einigen psychiatrischen Kliniken bereits eingerichteten Eltern-Kind-Einheiten sein (HARTMANN 1997, KILIAN et al. 2003), in denen psychisch kranke Mütter oder Väter gemeinsam mit ihren Kindern aufgenommen werden.

Eine weitere sinnvolle Interventionsmöglichkeit zur Prävention tödlich verlaufender elterlicher Gewalt besteht in der Schaffung von Familienzentren, in denen junge Eltern gemeinsam mit ihren Kindern leben. Sie erhalten Unterstützung bei der Betreuung und Erziehung ihrer Kinder sowie der Bewältigung ihres Alltags,

nehmen an psychotherapeutischen Gesprächsgruppen teil und können darüber hinaus einen Schul- oder Berufsabschluss nachholen (SCHWARTZ und ISSER 2000).

In vielen Fällen kann man Familien aber auch schon durch konkrete Handlungshinweise in akuten Krisen helfen (HEINDL 1992). Seit März 2001 gibt es deshalb bundesweit das Elterntelefon, das Müttern und Vätern ein telefonisches Gesprächs- und Beratungsangebot macht. Da dieses sich jedoch zu einem großen Teil über private Spenden und Sponsoren finanziert, ist es zurzeit nur acht Stunden pro Woche erreichbar. Eine finanzielle und ideelle Unterstützung und Förderung dieser Einrichtung ist dringend indiziert.

Multiprofessionelle Kooperation

Das Kinder- und Jugendhilferecht verpflichtet die Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Kinder vor Gefahren zu schützen. Dabei bewegen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes stets auf einem schmalen Grat zwischen »Handlungszwang und Hilfe«: Nach Möglichkeit soll der Verbleib des Kindes in der Familie erreicht werden, im Einzelfall kann jedoch eine Fremdunterbringung die einzig angemessene Form der Hilfe sein (HEINDL 1992). Im Falle einer Fehlentscheidung mit eventuell sogar tödlichen Folgen für das Kind steht das Jugendamt sofort im Zentrum der öffentlichen Kritik.

Den mindestens 10,8 % aller im Rahmen der vorliegenden Untersuchung analysierten Fällen, in denen die Familie den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe bereits wegen Misshandlung oder Vernachlässigung eines Kindes bekannt war, steht ein Anteil von 17 % aller Fälle gegenüber, in dem die Angst vor dem Verlust des elterlichen Sorgerechts unmittelbar tat(mit)auslösend war.

Ein Problem liegt also sicherlich darin, dass das Jugendamt sowohl Koordinator der verschiedenen Formen der Familienhilfe, als auch die Instanz ist, die letztlich die Entscheidung über einen Sorgerechtsentzug oder die Fremdplatzierung eines Kindes herbeiführt. Die Einschaltung des Jugendamtes führt daher häufig zur Abwehrhaltung bei den Betroffenen, wenn nicht gar zur Zuspitzung der familiären Situation. Deshalb sollte eine Diskussion darüber stattfinden, ob es sinnvoll ist, die Praxis der Sorgerechtsentziehungen und Fremdplatzierungen rein organisatorisch von den anderen Aufgaben der Jugendhilfe zu trennen.

Unabhängig davon muss die Kooperation von Ärztinnen und Ärzten, freien Trägern und Behörden, die nicht dem Strafverfolgungszwang unterliegen (Kinderschutzbund, Kinderschutzzentren, soziale Dienste) weiterentwickelt werden. Alle, die beruflich mit (tödlich verlaufender) elterlicher Gewalt konfrontiert sind, müssen professionell geschult werden. Nur regelmäßiger Austausch in Form von gemeinsamen Helferkonferenzen, Fortbildungen und Supervisionen kann auf Dauer eine gute Versorgungsqualität gewährleisten.

» Wer Kinder schützen will, muss Helfer und Hilfesysteme so verändern, dass sie zu einer offenen Erörterung wahrgenommener Probleme und zu partnerschaftlicher Hilfe und Unterstützung in der Lage sind. Erst wenn Hilfe zu einem Prozess konkreter Gegenseitigkeit im Verstehen wie im Handeln, zu einer Koproduktion wird, kann die Hilfe von den Betroffenen angenommen und genutzt werden.«
(KINDERSCHUTZ-ZENTRUM 2000)

5. Zusammenfassung/Abstract

Die Geschichte der Kindheit ist gleichzeitig auch die Geschichte der Tötung, Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern. Erst seit wenigen Jahrzehnten stehen kindliche Bedürfnisse und Rechte im Mittelpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit. Obwohl seitdem auf dem Gebiet der Forschung und des Kinderschutzes erhebliche Fortschritte erzielt wurden, sind die Kenntnisse über Häufigkeit, Ursachen und Folgen tödlich verlaufender (elterlicher) Gewalt immer noch unzureichend.

In der deutschsprachigen Literatur existieren vornehmlich Kasuistiken oder Berichte über Regionalauswertungen von Fällen tödlich verlaufender Gewalt an Kindern. Deshalb wurden am Institut für Rechtsmedizin der Julius-Maximilians-Universität Würzburg in einer multizentrischen Studie erstmals bundesweit alle Fälle tödlich verlaufender Gewalt an Kindern erfasst. Nach Klärung datenschutzrechtlicher Fragen beteiligten sich 28 der insgesamt 29 rechtsmedizinischen Institute der früheren Bundesrepublik Deutschland, indem sie dem Studienzentrum die Rohdaten von Fällen mitteilten, bei denen Kinder unter 18 Jahren durch fremde Hand verstarben; ausgenommen waren Fälle von Kindestötung (§ 217 StGB) und eindeutige Unfälle.

Im Untersuchungszeitraum (1.1.1985 bis 31.12.1989) wurden insgesamt 357 Kinder Opfer tödlich verlaufender Gewalt. In 94,4 % der Fälle konnten die entsprechenden Ermittlungs- und Strafakten eingesehen, ausgewertet und kategorisiert werden. In die vorliegende Dissertation wurden nur die 231 Kinder einbezogen, deren Tod durch ihre Eltern oder elternähnlichen Bezugspersonen (Stief- oder Pflegeeltern, neuer Partner eines leiblichen Elternteils) verursacht wurde (Filizide). Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse kurz dargestellt:

Im Mittel wurden jährlich zwischen 0,6 und 0,7 von 100 000 Kindern unter 18 Jahren, die im Untersuchungszeitraum in der Bundesrepublik Deutschland lebten, Opfer tödlich verlaufender elterlicher Gewalt. Die Anzahl der Opfer ist insgesamt betrachtet rückläufig. Wie in vergleichbaren europäischen Erhebungen verstarb die überwiegende Mehrheit (64,7 %) der Kinder an den Folgen elterlicher Gewalt.

Die Verteilung der Fälle auf die einzelnen Bundesländer und Staatsanwaltschaften lässt keine eindeutigen Schlussfolgerungen über regionale Unterschiede in der Häufigkeit tödlich verlaufender elterlicher Gewalt zu.

Während sich eine saisonale Häufung von Taten nicht nachweisen ließ, kam es an Montagen fast doppelt so häufig zu tödlich verlaufender elterlicher Gewalt

wie an den übrigen Wochentagen. Weiterhin zeigte sich eine deutliche Häufung von Fällen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt in den frühen Abendstunden zwischen 18:00 und 20:59 Uhr sowie ein selteneres Auftreten in den frühen Morgenstunden zwischen 3:00 und 5:59 Uhr.

54 % der Täterinnen und Täter waren männlich, 46 % weiblich. Etwas mehr als die Hälfte (50,8%) der Täterinnen und Täter war zur Tatzeit jünger als 30 Jahre, nur knapp 15% der Täterinnen und Täter waren zur Tatzeit 40 Jahre und älter. Die Altersverteilung unter den Täterinnen war in Richtung junger Mütter verschoben, wobei jedoch keine Täterin jünger als 19 Jahre war. Die Mehrheit (56,9%) der Täterinnen und Täter war verheiratet, der Anteil alleinerziehender Elternteile (39,5%) war aber etwa dreimal so hoch wie der in der Gesamtbevölkerung. Bezüglich der ausgewerteten Staatsangehörigkeiten gab es keine nennenswerten Unterschiede – mit Ausnahme einer siebenfach höheren Töterrate unter in Deutschland stationierten US-amerikanischen Soldaten.

Anhand der Merkmale Bildung, Beruf und Erwerbstätigkeit wurde die soziale Lage der Täterinnen und Täter grob umrissen. Besonders eindrücklich ist, dass knapp ein Viertel (23,7%) der Täterinnen und Täter zum Tatzeitpunkt keinen Schulabschluss besaß. Darüber hinaus fanden sich im Vergleich zur Gesamtbevölkerung mehr Menschen mit einem schlechteren beruflichen Bildungsabschluss sowie ein höherer Anteil arbeitsloser Täter und nicht erwerbstätiger Täterinnen.

Die Prävalenz psychischer Störungen unter den Täterinnen und Tätern lag mit 40% deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Mütter (52,6% der Täterinnen) scheinen häufiger betroffen zu sein als Väter (29,5% der Täter). Als sehr hoch ist vor allem der Anteil der Täterinnen einzuschätzen, die den Tod ihrer Kinder im Zustand einer akuten Psychose im Wochenbett verursachten (5,4%). Bezogen auf die Zahl der Lebendgeborenen haben mindestens 0,5-1% der Frauen mit einer Wochenbett-psychose den Tod ihrer Kinder verursacht. Weiterhin wurden bei den Täterinnen und Tätern insbesondere Persönlichkeitsstörungen (16%), schizophrene Psychosen (7%), und organische psychische Störungen (1,2%) öfter diagnostiziert als in der Gesamtbevölkerung. Abhängigkeitserkrankungen kamen nicht häufiger vor als in der Gesamtbevölkerung.

Erwähnenswert ist auch die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung entsprechenden Alters etwa 1000-mal höhere Suizidrate unter den Täterinnen und Tätern. 40,3% aller Opfer verstarben im Rahmen eines erweiterten Suizids.

Jungen (48%) und Mädchen (51%) sind von tödlich verlaufender Gewalt durch ihre Eltern in etwa in gleichem Maße betroffen. Knapp ein Drittel (28,6%) der Opfer waren zur Tatzeit jünger als ein Jahr alt, während ein weiteres Drittel (33,7%) im Alter von 1-4 Jahren an den Folgen tödlich verlaufender elterlicher Gewalt verstarb. Unter den Opfern fanden sich im Vergleich zur Gesamtbevölkerung wenige Einzelkinder und auffällig viele Zwillingsskinder. Letztgeborene

waren mit 39% fast doppelt so häufig von tödlich verlaufender elterlicher Gewalt betroffen wie Erstgeborene (20%).

Anhand der beschriebenen Ergebnisse werden Interventions- und Präventionsmaßnahmen (Aufklärung, Beseitigung ursächlicher Faktoren, familienstützende Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen sowie multiprofessionelle Kooperation) aufgezeigt, die ansetzen, bevor es zur Ausübung tödlich verlaufender elterlicher Gewalt kommt. Darüber hinaus soll der noch vorhandene Forschungsbedarf herausgestrichen werden. Insbesondere der Interaktion von Stress, sozialer Lage und psychischen Störungen muss größere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Schließlich soll mit der vorliegenden Dissertation dazu beigetragen werden, die zum Teil sehr emotional und ideologisch geführte Diskussion in Richtung einer größeren Wissenschaftlichkeit zu lenken.

Abstract

The history of childhood is also the history of homicide, abuse and neglect of children. Not until a few decades ago did the needs and rights of children move to the centre of public interest. Although substantial progress has been achieved both in research and in child protection knowledge of the frequency, reasons and consequences of child homicide (and especially filicide) remains insufficient.

Previous studies published in German primarily focus on case reports or regional samples of child homicide. The purpose of the multicenter study housed at the Institute of Forensic Medicine at Julius-Maximilians-Universität Würzburg was – for the first time – to investigate all child homicide cases in the area of Federal Republic of Germany prior to reunification. After clarifying issues of data protection, 28 of 29 German Institutes of Forensic Medicine participated by providing data of child homicide cases to the study centre; Neonaticides (Kindstötungen, § 217 StGB) and clear accidents were excluded.

A total of 357 child homicides occurred during the five-year period from January 1st 1985 to December 31st 1989. In 94,4% of these cases the files were accessible and could be classified. The present dissertation only includes the 231 children who were killed by their parents or parent-substitutes (step parents, foster parents or a new partner of one of the birth parents) (filicide).

A brief summary of findings follows: On average during the investigation period the child homicide rate was 0,6 to 0,7 per 100.000 children under 18 years living in the Federal Republic of Germany. The rate has been decreasing. Like in other European studies most of the children (64,7%) died due to violence committed by their parents. There is no clear regional pattern for the frequency of filicide. While a seasonal variation of filicide cases could not be detected, there are variations across days and time of day. On Mondays the rate of filicide cases

is nearly twice as high as on other days of the week. Furthermore there is a peak of filicide cases in the early evening between 18:00 and 20:59 p.m. while the incidence is low in the early morning hours between 3:00 and 5:59 a.m.

54% of the offenders were male, 46% female. At the time of offence slightly more than half of the subjects (50,8%) were younger than 30 years, only 15% were 40 years and older. Compared to the entire population the rate is higher among young mothers, but none of them was younger than 19 years. Though most of the offenders (56,9%) were married, compared to the entire population the share of single parents (39,5%) was three times higher. There were no noticeable differences regarding the offenders' nationalities – with the exception of a sevenfold higher rate among US-American soldiers based in Germany.

Education, occupation and employment of the offenders were used to describe their social situation. Strikingly, nearly a quarter (23,7%) of the offenders had no school-leaving qualification at the time of crime. In comparison to the entire population there were more offenders with lesser vocational qualifications and a higher share of unemployed and economically inactive offenders.

The prevalence of mental disorders among offenders, at 40%, substantially exceeds that of the German population as a whole. Mothers (52,6% of the female offenders) more often seem to be mentally ill than fathers (29,5% of the male offenders). Especially high is the rate of mothers killing their children in a state of puerperal mental illness (5,4%). Relative to the number of live births at least 0,5-1% of patients with puerperal mental illness killed their children. Other mental disorders that are diagnosed more often for offenders than for the entire population are personality disorders (16%), schizophrenic psychosis (7%) and organic mental disorders (1,2%). The frequency of substance use disorders was not higher than in the overall German population.

The suicide rate of offenders is about 1000 times higher compared to the entire population. 40,3% of all victims died as part of a homicide-suicide-act.

The gender balance of victims was roughly equal, 48% of the victims were boys and 51% girls. Nearly a third (28,6%) of the victims were younger than 1 year, another third (33,7%) died between 1 and 4 years of age. Relative to the entire population there were fewer single children and noticeably more twins. Last-born children (39%) were victims nearly twice as often as first-born children (20%).

Based on these results the dissertation discusses intervention and prevention measures (education programmes, elimination of causal factors and multiprofessional co-operation). In addition the need of further research is pointed out. Future studies should especially aim at a better understanding of the interaction among stress, social situation and mental disorders. Finally the present dissertation aims to contribute to a more scientific orientation of this sometimes emotional and ideological discussion.

6. Literaturverzeichnis

- ABEL EL, STRASBURGER EL, ZEIDENBERG P (1985) Seasonal, monthly, and day-of-week trends in homicide as affected by alcohol and race. *Alcohol Clin Exp Res* 9(3), 281–283
- ALDER C, POLK K (2001) *Child victims of homicide*. Cambridge University Press, Cambridge
- ALLEN H (1987) *Justice Unbalanced: Gender, Psychiatry and Judicial Decisions*. Open University Press, Milton Keynes
- AMMON G (1979) *Kindesmisshandlung*. Kindler, München
- ARIÈS P (1975) *Geschichte der Kindheit*. Dtv, München
- BAKER J (1991) You can't let your children cry: Filicide in Victoria, 1978–1988. Master's thesis, Department of Criminology, University of Melbourne
- BALJER E (1995) Forensische Psychiatrie. In: FAUST V (Hrsg.) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung*. Fischer, Stuttgart, 813–845
- BECK-MANNAGETTA G (1989) Die forensische Bedeutung der Epilepsien. In: BECK-MANNAGETTA H, REINHARDT K (Hrsg.) *Psychiatrische Begutachtung im Strafverfahren unter besonderer Berücksichtigung der Psychodynamik*. Luchterhand, Neuwied, 171–190
- BELSKY J (1980) Child maltreatment: an ecological integration. *Am Psychol* 35(4), 320–335
- BLOCH H (1988) Abandonment, infanticide, and filicide. An overview of inhumanity to children. *Am J Dis Child* 142(10), 1058–1060
- BÖKER W, HÄFNER H (1973) *Gewalttaten Geistesgestörter*. Springer, Heidelberg
- BÖTTCHER M, GEIGER RE (1997) Ich war Monika Weimar. Kiepenheuer und Witsch, Köln
- BOURGET D, BRADFORD JMW (1990) Homicidal parents. *Can J Psychiatry* 35, 233–238
- BOURGET D, GAGNÉ P (2002) Maternal filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law* 30, 345–351
- BRATZKE H (1996) Forensic-neuropathological aspects of brain injuries in child abuse. *Neuropathol Appl Neurobiol* 22(6), 513–515
- BRINKMANN B et al. (1997) Fehlleistungen bei der Leichenschau in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer multizentrischen Studie (I). *Arch Kriminol* 199 (1–2), 1–12
- BUNDESÄRZTEKAMMER (Hrsg. 1998) *Zum Problem der Misshandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht (Diagnostik und Interventionsmöglichkeiten)*. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Bd. 17, 1. Auflage. Köln
- BUNDESKRIMINALAMT (2004) *Polizeiliche Kriminalstatistik. Aufgliederung der Opfer nach Alter und Geschlecht – vollendete Fälle – Zeitraum: 1971 bis 2000*, pers. Mitteilung. Wiesbaden
- CAFFEY J (1946) Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol* 56, 163–173
- COID J (1983) The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychol Med* 13 (4), 855–860
- DEISTER A (1995 a) Essstörungen. In: MÖLLER HJ, LAUX G, DEISTER A (Hrsg.) *Psychiatrie. Hippokrates*, Stuttgart, 243–252
- DEISTER A (1995 b) Persönlichkeitsstörungen. In: MÖLLER HJ, LAUX G, DEISTER A (Hrsg.) *Psychiatrie. Hippokrates*, Stuttgart, 330–354
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (Hrsg. 1997) *Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte – Strukturen – Perspektiven*. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Bd. 40. Lambertus, Freiburg

- DEUTSCHES KOMITEE FÜR UNICEF e. V. (Hrsg. 2003) Kindesmisshandlungen: Jedes Jahr sterben 3.500 Kinder. In: UNICEF-Nachrichten 4, 14–15
- DILLING H, MOMBOUR W, SCHMIDT MH (Hrsg. 1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern, Göttingen
- DILLING H, WEYERER S, CASTELL R (1984) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Enke, Stuttgart
- DONNELLY AC (2002) Zur Prävention physischer Misshandlung und Vernachlässigung. In: HELFER ME, KEMPE RS, KRUGMAN RD (Hrsg.) Das misshandelte Kind. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 862–883
- DU CHESNE A, BAJANOWSKI T, BRINKMANN B (1997) Spurearme Tötungsdelikte an Kindern. Arch Kriminol 199 (1–2), 21–26
- DWERTMANN (2000) Das Aktionsprogramm des BMFSFJ zur gewaltfreien Erziehung. In: BMFSFJ (Hrsg.) Gewaltfreie Erziehung: Dokumentation einer Fachtagung der Abteilung Familie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 18. und 19. Mai 2000. Materialien zur Familienpolitik Nr. 9. Bonn, 48–55
- EMERY JL (1993) Child Abuse, Sudden Infant Death Syndrome, and Unexpected Infant Death. Am J Dis Child 147 (10), 1097–1100
- ENGFER A (1986) Kindesmisshandlung – Ursachen, Auswirkungen, Hilfen. Thieme, Stuttgart
- ERKRATH KD (1985) Gerichtsärztliche Studien zur Kindesmisshandlung mit Todesfolge: eine morphologische und literaturkritische Darstellung. Inaug. Diss., Essen
- FAROOQUE R, ERNST FA (2003) Filicide: A review of eight years of clinical experience. J Natl Med Ass 95 (1), 90–94
- FOERSTER K, VENZLAFF U (1994) Die «tiefgreifende Bewusstseinsstörung». In: VENZLAFF U, FOERSTER K (Hrsg.) Psychiatrische Begutachtung. Fischer, Stuttgart, 245–255
- FOERSTER K (1994) Die alkohol- und drogenbedingten Störungen. In: VENZLAFF U, FOERSTER K (Hrsg.) Psychiatrische Begutachtung. Fischer, Stuttgart, 225–243
- FRÖSCHER (1995) Psychische Störungen bei Epilepsien. In: FAUST V (Hrsg.) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Fischer, Stuttgart, 605–608
- GARBARINO J (1982) Children and families in the social environment. Aldine, New York
- GARBARINO J (2002) Kindesmisshandlung vor dem Hintergrund angespannter wirtschaftlicher Verhältnisse. In: HELFER ME, KEMPE RS, KRUGMAN RD (Hrsg.) Das misshandelte Kind. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 79–95
- GEIGER DW (1991) Erweiterter Suizid. Genese der Tatsituation und Tatmotivation, Täter-Opfer-Beziehung. Kasuistische Beiträge aus der Gutachtenpraxis des Instituts für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen (Berichtszeit 1964 bis 1985). Inaug. Diss., Tübingen
- GEIßLER R (2000) »Ausländerkriminalität« – Vorurteile, Missverständnisse, Fakten. Anmerkungen zu einer vielschichtigen Problematik. In: INSTITUT FÜR SOZIALARBEIT UND SOZIALPÄDAGOGIK e. V. (Hrsg.) Migranten – Kriminalität und Polizei. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Juventa, Weinheim, 20–27
- GELLES RJ (1975) Kindesmisshandlung als Psychopathologie. Eine soziologische Kritik und Neuformulierung des Problems. In: BAST H et al. (Hrsg.) Gewalt gegen Kinder. Kindesmisshandlungen und ihre Ursachen. Rowohlt-TB-Verlag, Reinbek, 263–277
- GESEMANN F (2000) Migration, Ethnizität und Gewalt – Ein Forschungsüberblick. In: INSTITUT FÜR SOZIALARBEIT UND SOZIALPÄDAGOGIK e. V. (Hrsg.) Migranten – Kriminalität und Polizei. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim, 28–33
- GIL DG (1975) Gewalt gegen Kinder. In: BAST H et al. (Hrsg.) Gewalt gegen Kinder. Kindesmisshandlungen und ihre Ursachen. Rowohlt-TB-Verlag, Reinbek, 241–263
- GIL DG (1979) Child abuse and violence. AMS Press, New York
- GRANDERATH D (2004) Epidemiologie psychischer Störungen im Allgemeinkrankenhaus unter

- besonderer Berücksichtigung dysthymen, neurotischer, belastungsreaktiver, funktioneller, psychosomatischer und persönlichkeitsbedingter psychischer Störungen. Med. Diss., Freiburg (www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/1269)
- GROOTHUIS JR et al. (1982) Increased child abuse in families with twins. *Pediatrics* 70 (5), 769–773
- GUILEYARDO JM, PRAHLOW JA, BARNARD JJ (1999) Familial filicide and filicide classification. *Am J Forens Med Pathol* 20 (3), 286–292
- HANSEN KK (1994) Twins and child abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 148 (12), 1345–1346
- HARTMANN HP (1997 a) Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Teil I: Übersicht über bisherige Erfahrungen. *Psychiatr Prax* 24, 56–60
- HARTMANN HP (1997 b) Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Teil II: Eigene Erfahrungen – Behandlungskonzepte und besondere Probleme. *Psychiatr Prax* 24, 172–177
- HEINDL H (1992) Gewalt gegen Kinder – das Jugendamt zwischen Handlungszwang und Hilfe. In: SCHULZ E, VOCK R (Hrsg.) *Rechtsmedizin 9 – Vorträge über aktuelle Themen*. Institut für Rechtsmedizin der Universität Würzburg, Würzburg, 31–55
- HENNIG M (1999) Wandel von Einstellungen und Werten unter dem Aspekt des Autoritarismus deutscher Eltern im Zeitvergleich. Inaug. Diss., Berlin (www.dochost.rz.hu-berlin.de/dissertationen/phil/hennig-marina)
- HILLMANN KH (1994) *Wörterbuch der Soziologie*. Kröner, Stuttgart
- HUBER (1998) *Psychiatrie. Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Schattauer, Stuttgart
- JASON J, GILLILAND JC, TYLER CW (1983) Homicide as a cause of pediatric mortality in the United States. *Pediatrics* 72 (2), 191–197
- KARAKUS et al. (2003) Filicide cases in Turkey, 1995–2000. *Croat Med J* 44, 592–595
- KELLEHER MJ et al. (2000) Parasuizid. In: HELMCHEN H et al. (Hrsg.) *Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid*. Springer, Berlin, 248–272
- KELLY C (2002) The legacy of too little, too late. The inconsistent treatment of postpartum psychosis as a defense to infanticide. *J Contemp Health Law Policy* 19 (1), 247–277
- KEMP B, BONGARTZ K, RATH W (2003) Postpartale psychische Störungen – ein unterschätztes Problem in der Geburtshilfe. *Z Geburtshilfe Neonatol* 207 (5), 159–165
- KEMPE HC et al. (1962) The battered child syndrome. *J Am Med Assoc* 181, 17–24
- KILIAN H et al. (2003) Eltern-Kind-Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie. *Nervenarzt* 74 (9), 779–784
- KINDERSCHUTZ-ZENTRUM BERLIN (Hrsg. 2000) *Kindesmisshandlung. Erkennen u. Helfen*. Berlin
- KLEEMANN WJ, VOCK R et al. (1997) Obduktionsfrequenz bei plötzlichen Kindstodfällen in den Jahren 1985 bis 1989. *Z Rechtsmed* 7, 72–75
- KLEMENT C, RUDOLPH B (2003) Auswirkungen staatlicher Rahmenbedingungen und kultureller Leitbilder auf das Geschlechterverhältnis. (www.bpb.de/publikationen)
- KLEIN M (2004) Kinder suchtkranker Eltern – Vom Geheimnis zur Hilfe. www.suchthilfe-duisburg.de/Info/klein.5.5.htm
- KOCH-STOECKER S (2001) Zur Wirkung mütterlicher schizophrener Psychosen auf die Entwicklungspotenziale ihrer Kinder. In: INSTITUT FÜR SOZIALE ARBEIT E. V. (Hrsg.) *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Soziale Praxis, Heft 21. Votum, Münster, 48–64
- KOHLER UF (1990) *Psychiatrie Begutachtung von Gewalttätern; Statistische Auswertung von 118 Gutachten über Gewalttäter, differenziert nach Körperverletzungsdelikten, Tötungsdelikten und nach dem Geschlecht*. Inaug. Diss., Tübingen
- KOHN ML (1981) *Persönlichkeit, Beruf und soziale Schichtung*. Klett-Cotta, Stuttgart
- KORBIN JE (2002) *Kindesmisshandlung im kulturellen Kontext*. In: HELFER ME, KEMPE RS, KRUGMAN RD (Hrsg.) *Das misshandelte Kind*. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 49–78

- KÜCHENHOFF B (1997) Kinder psychisch kranker Eltern. *Münch Med Wochenschr* 139 (21), 331–339
- LACHNER G, WITTCHE HU (1997) Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit. In: WATZL H und ROCKSTROH B (Hrsg.) *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. Hogrefe-Verlag, Göttingen, 43–89
- LANDESFACHSTELLE FRAUEN UND SUCHT NRW (2004) Kooperationsvereinbarung zwischen den an der Betreuung von drogenkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern und deren Kindern beteiligten Institutionen zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppen innerhalb der Stadt Essen. (www.psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/185)
- LANGE E (1964) *Der misslungene erweiterte Suizid*. VEB G. Fischer, Jena
- LARGO RH (2000) *Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht*. Piper, München
- LAUBICHLER W, RUBY M, SPIELMANN A (1990) Tageszeitliche Bindungen kriminellen Verhaltens. *Beitr Gerichl Med* 48, 363–368
- LAUX G (1995) Affektive Störungen. In: MÖLLER HJ, LAUX G, DEISTER A (Hrsg.) *Psychiatrie. Hippokrates*, Stuttgart, 58–96
- LESTER D (1979) Temporal variation in suicide and homicide. *Am J Epidemiol* 109 (5), 517–520
- MAES M et al. (1993) Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide or homicide. *Am J Psychiatry* 150 (9), 1380–1385
- MASSING W, ANGERMEYER MC (1985) The monthly and weekly distribution of suicide. *Soc Sci Med* 21 (4), 433–441
- MASUHR KF, NEUMANN M (1998) *Neurologie*. Hippokrates, Stuttgart
- MAUSE DE L (Hrsg. 1977) *Hört ihr die Kinder weinen. Eine psychogenetische Geschichte der Kindheit*. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- MEYER CL, OBERMAN M (2001) *Mothers who kill their children. Understanding the acts of moms from Susan Smith to the »Prom Mom«*. New York University Press, New York
- MÖLLER HJ (1995 a) Suizidalität. In: MÖLLER HJ, LAUX G, DEISTER A (Hrsg.) *Psychiatrie. Hippokrates*, Stuttgart, 362–384
- MÖLLER HJ (1995 b) Schwangerschafts-, Wochenbett- und Laktationspsychosen. In: MÖLLER HJ, LAUX G, DEISTER A (Hrsg.) *Psychiatrie. Hippokrates*, Stuttgart, 157
- MOUZOS J (1999) *Mental disorder and homicide in Australia*. Australian Institute of Criminology, Canberra
- MOUZOS J (2000) *Homicidal encounters. A study of homicide in Australia 1989–1999*. Australian Institute of Criminology, Canberra
- NELSON HB, MARTIN CA (1985) Increased child abuse in twins. *Child Abuse Negl* 9 (4), 501–505
- NUNNER-WINKLER G (2004) Überlegungen zum Gewaltbegriff. In: HEITMEYER W, SOEFFNER HG (Hrsg.) *Gewalt*. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 21–61
- D'ORBÁN PT (1979) Women who kill their children. *Br J Psychiatry* 134, 560–571
- OVERPECK MD et al. (1998) Risk factors for infant homicide in the United States. *N Engl J Med* 339 (17), 1211–1216
- PÉTURSSON H, GUDJÓNSSON GH (1981) Psychiatric aspects of homicide. *Acta Psychiatr Scand* 64 (5), 363–372
- PFEIFFER C, WETZELS P (2000) Junge Türken als Täter und Opfer von Gewalt. *DVJJ-Journal* 11 (2), 107–113
- PFLUG B (1978) Untersuchungen über jahreszeitliche Schwankungen von Suizid und Suizidversuchen. In: HEIMANN H, PFLUG B (Hrsg.) *Rhythmusprobleme in der Psychiatrie*. Fischer, Stuttgart, 69–74

- PFLUG B (1986) Tagesschwankungen. In: MÜLLER C (Hrsg.) Lexikon der Psychiatrie. Springer, Heidelberg, 669–671
- PFLUG B (1987) Rhythmusfragen bei affektiven Psychosen. In: KISKER KP et al. (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart 5. Affektive Psychosen. Springer, Heidelberg, 241–270
- PITT SE, BALE EM (1995) Neonaticide, infanticide, and filicide: A review of the literature. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 23 (3), 375–386
- POECK K (1992) Neurologie. Springer, Heidelberg
- RASCH W (1999) Forensische Psychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart
- RESNICK PJ (1969) Child murder by parents: A psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry* 126 (3), 325–334
- RITTER G (1994) Die hirnorganischen Störungen einschließlich Anfallsleiden. In: VENZLAFF U, FOERSTER K (Hrsg.) Psychiatrische Begutachtung. Fischer, Stuttgart, 195–223
- ROSENBERG DA (2002) Ungewöhnliche Formen der Kindesmisshandlung. In: HELFER ME, KEMPE RS, KRUGMAN RD (Hrsg.) Das misshandelte Kind. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 643–668
- SABH H (1995) Persönlichkeitsstörungen. In: FAUST V (Hrsg.) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Fischer, Stuttgart, 215–222
- SCHARPING T (1996) Bevölkerungspolitik und demographische Entwicklung in China. Information der Pressestelle der Universität zu Köln.
- SCHEPANK H (1987) Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer, Berlin
- SCHMIDTKE A et al. (1994) Sociodemographic characteristics of suicide attempters in Europe. In: KERKHOF AJFM et al. (Hrsg.) Attempted suicide in Europe: findings from the Multicentre Study on Parasuicide by the WHO Regional Office for Europe. Leiden, 231–241
- SCHNEIDER E (2004) Familienhebammen. Eine empirische Untersuchung. Mabuse-Verlag, Frankfurt
- SCHNEIDER NF et al. (2001) Alleinerziehen – Vielfalt und Dynamik einer Lebensform. Juventa, Weinheim
- SCHWARTZ LL, ISSER NK (2000) Endangered Children. Neonaticide, Infanticide and Filicide. CRC Press, Boca Raton
- SCOTT PD (1973) Parents Who Kill Their Children. *Med Sci Law* 13, 120–126
- SILVERMAN RA, KENNEDY LW (1988) Women who kill their children. *Violence Vict* 3 (2), 113–127
- SOMANDER LKH, RAMMER LM (1991) Intra- and extra-familial child homicide in Sweden 1971–1980. *Child Abuse Negl* 15, 45–55
- SOMMER B (1996) Zum Bedeutungswandel von Gewalt gegen Kinder. Aspekte qualitativen Wandels des Phänomens Gewalt gegen Kinder als Problem sozialer Wirklichkeit. Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach
- SOMMER B (2002) Gewalt gegen Kinder/Kindesmisshandlung. Grundlagen für Fortbildungsveranstaltungen und Selbststudium. Tectum, Marburg
- SPECHT F (1994) Angeborene und früherworbene Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung. In: VENZLAFF U, FOERSTER K (Hrsg.) Psychiatrische Begutachtung. Fischer, Stuttgart, 257–283
- STANTON J, SIMPSON A (2002) Filicide: A review. *Int J Law Psychiatry* 25, 1–14
- STATISTISCHES AMT DER DDR (Hrsg. 1990) Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik. Rudolf Haufe Verlag, Berlin
- STATISTISCHES BUNDESAMT (1975) Klassifizierung der Berufe – Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen. Kohlhammer, Stuttgart, Mainz
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg. 1986) Gesundheitswesen, Fachserie 12. Reihe 4, Todesursachen 1985. Kohlhammer, Stuttgart, Mainz

- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg. 1987a) Statistisches Jahrbuch 1987 für die Bundesrepublik Deutschland. Kohlhammer, Stuttgart, Mainz
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg. 1987b) Gesundheitswesen, Fachserie 12. Reihe 4, Todesursachen 1986. Kohlhammer, Stuttgart, Mainz
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg. 1988) Gesundheitswesen, Fachserie 12. Reihe 4, Todesursachen 1987. Kohlhammer, Stuttgart, Mainz
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg. 1989a) Gesundheitswesen, Fachserie 12. Reihe 4, Todesursachen 1988. Metzler-Poeschel, Stuttgart
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg. 1989b) Rechtspflege, Fachserie 10. Reihe 3, Strafverfolgung 1989. Metzler-Poeschel, Stuttgart
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg. 1990) Gesundheitswesen, Fachserie 12. Reihe 4, Todesursachen 1989. Metzler-Poeschel, Stuttgart
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2002) Sonderauswertung (Gestorbene nach Altersjahren und Familienstand) für die Jahre 1985–1989, persönliche Mitteilung. Wiesbaden
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg. 2004) Kindertagesbetreuung in Deutschland – Einrichtungen, Plätze, Personal und Kosten 1990 bis 2002. www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2004/kindertagesbetreuung_2002i.pdf
- STEELE B, POLLOCK C (1978) Eine psychiatrische Untersuchung von Eltern, die Säuglinge und Kleinkinder misshandelt haben. In: HELFER RE, KEMPE CH (Hrsg.) Das geschlagene Kind. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 161–243
- STEINHAUSEN HC (1975) Sozialmedizinische Aspekte der körperlichen Kindesmisshandlung. In: BAST H et al. (Hrsg.) Gewalt gegen Kinder. Kindesmisshandlungen und ihre Ursachen. Rowohlt-TB-Verlag, Reinbek, 277–292
- TARDIEU A (1860) Etude medico-legale sur les services et mauvais traitements exercees sur des enfants. Ann Hyg Publ Med Leg 13, 361
- TIIHONEN J, RÄSÄNEN P, HAKKO H (1997) Seasonal variation in the occurrence of homicide in Finland. Am J Psychiatry 154 (12), 1711–1714
- TRAUTH W (2000) Tödliche Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1985–1989. Inaug. Diss., Würzburg
- TRESS W, SCHEPANK H (1990) Zur Epidemiologie psychogener Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. In: SCHMIDT MH (Hrsg.) Fortschritte in der Psychiatrischen Epidemiologie. VCH, Weinheim, 75–89
- TRUBE-BECKER E (1964) Zur Kindesmisshandlung. Med Klin 59, 1649–1653
- TRUBE-BECKER E (1966) Kindesmisshandlung mit tödlichem Ausgang. Dt Ärztebl 26, 1663–1670
- TRUBE-BECKER E (1973) Die Kindesmisshandlung und ihre Folgen. Pädiat Prax 12, 389–399
- TRUBE-BECKER E (1982) Gewalt gegen das Kind. Kriminalistik, Heidelberg
- TRUBE-BECKER E (1989) Kindesmisshandlung als soziales Problem. In: RETZLAFF I (Hrsg.) Gewalt gegen Kinder. Misshandlung und sexueller Missbrauch Minderjähriger. Jungjohann, Essen
- UNICEF (2003) A league table of child maltreatment deaths in rich nations. Innocenti Report Card No.5, Florence
- VANAMO T et al. (2001) Intra-familial child homicide in Finland 1970–1994: incidence, causes of death and demographic characteristics. Forensic Sci Int 117, 199–204
- VENZLAFF U (1994a) Die affektiven Psychosen. In: VENZLAFF U, FOERSTER K (Hrsg.) Psychiatrische Begutachtung. Fischer, Stuttgart, 183–194
- VENZLAFF U (1994b) Die schizophreneren Psychosen. In: VENZLAFF U, FOERSTER K (Hrsg.) Psychiatrische Begutachtung. Fischer, Stuttgart, 167–182
- VOCK et al. (1999a) Tödliche Kindesmisshandlung (durch physische Gewalteinwirkung) in der

- Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990. Arch Kriminol 203 (3–4), 73–85
- VOCK et al. (1999 b) Tödliche Kindesvernachlässigung in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990. Arch Kriminol 204 (1–2), 12–22
- VOCK et al. (1999 c) Tödliche Kindesmisshandlung (durch physische Gewalteinwirkung) in der DDR im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990. Arch Kriminol 204 (3–4), 75–87
- WEDLER H, REIMER C, WOLFERSDORF M (1995) Suizidalität. In: FAUST V (Hrsg.) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Fischer, Stuttgart, 397–416
- WENDT C, MAUCHER M (2000) Mütter zwischen Kinderbetreuung und Erwerbstätigkeit: Institutionelle Hilfen und Hürden bei einem beruflichen Wiedereinstieg nach einer Kinderpause. Mannheim (www.mzes.uni-mannheim.de)
- WHO (1992) The ICD classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (CDDG). Gaskell (Royal College of Psychiatrists), Geneva
- WILCZYNSKI A (1997) Child Homicide. Greenwich Medical Media Ltd, London
- WITTCHEN HU, JACOBI F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Psychotherapeutenjournal 0/2002, 6–15
- WOLFF R (1975) Kindesmisshandlung und ihre Ursachen. In: BAST H et al. (Hrsg.) Gewalt gegen Kinder. Kindesmisshandlungen und ihre Ursachen. Rowohlt-TB-Verlag, Reinbek, 13–45
- WOLFF R (1982) Kindesmisshandlung als ethnopsychische Störung. In: BERNECKER A et al. (Hrsg.) Ohnmächtige Gewalt. Rowohlt-TB-Verlag, Reinbek, 69–80
- ZENZ G (1981) Kindesmisshandlung und Kindesrechte. Suhrkamp, Frankfurt/Main

Anhang

AUSWERTUNGSBOGEN I

Fall Nr.

I. ALLGEMEINES

Staatsanwaltschaft:

Rechtsmedizin:

Jahr:

Aktenzeichen:

Sektionsnummer:

Tatbestand:

Urteil/andere Verfahren:

Tötungsart:

Bemerkung:

Kategorisierung:

II. OPFER

Name:

Alter:

Besonderheiten:

Anzahl der Geschwister:

III. TÄTER

Name:

Alter:

Beziehung zum Opfer:

Beruf/Bildungsstand:

Familienstand:

Besonderheiten:

AUSWERTUNGSBOGEN II

Teil 1: Erkennungsbogen

Fall-Nr.: ____

Name des Opfers: Kind 1 _____

Kind 2 _____

Kind 3 _____

Name des Täters/der Täterin: 1 _____

2 _____

Staatsanwaltschaft: _____

Rechtsmedizin: _____

Jahr: ____

Bemerkung zur Akte:

Besonderheiten des Falls, die in der Auswertung nicht erfasst wurden:

Vorläufige Kategorisierung: ____

Endgültige Kategorisierung: ____

Teil 2: Auswertungsteil

1) Rechtsmedizin _____

2) Staatsanwaltschaft _____

3) Bundesland _____

Die Täterin/der Täter

4) Täterin/Täter

	Mutter	»Mutterersatz«	Vater	»Vaterersatz«
Täter/Täterin 1	_____	_____	_____	_____
Täter/Täterin 2	_____	_____	_____	_____

Bemerkung:

5) Geburtsdatum der Täterin/des Täters

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

6) Familienstand der Täterin/des Täters

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

7) Staatsangehörigkeit der Täterin/des Täters

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

8) Bekenntnis der Täterin/des Täters

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

9) Wurde die Täterin/der Täter als Kind misshandelt? (j/n/-)

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

10) Kindheit der Täterin/des Täters (Mehrfachnennung möglich)

	harmo- nisch	zerstörtes Elternhaus	Heimauf- enthalte	Alkoholiker i. d. Familie	überstrenge Erziehung	mangelnde Zuwendung
Täter 1	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Täter 2	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Bemerkung:

Soziale Verhältnisse

11) Nettoeinkommen/Monat

Täter/Täterin 1 DM

Täter/Täterin 2 DM

Bemerkung:

12) Schulden

Täter/Täterin 1 -faches Monatseinkommen

Täter/Täterin 2 -faches Monatseinkommen

Bemerkung:

13) Wohnverhältnisse (Fläche in Quadratmeter pro Person) _____ m²

Bemerkung:

14) Stadt _____

Einwohnerzahl _____

Bemerkung:

15) Verhältnisse in der Tatwohnung _____

Bemerkung:

Familiäre Situation

16) Beziehung zur Partnerin/zum Partner _____

Bemerkung:

17) Differenzen um das Sorgerecht zum Tatzeitpunkt (j/n/-) ____

Bemerkung:

18) Wie beurteilt die Täterin/der Täter die Beziehung zum Kind? _____

Bemerkung:

19) Wie beurteilen andere die Eltern-Kind-Beziehung? _____

Bemerkung:

20) Verantwortlich für die Erziehung/Versorgung des Kindes _____

Bemerkung:

21) Anzahl der leiblichen Geschwister ____

22) Anzahl der Geschwister (einschließlich Halb- und Stiefgeschwister) ____

23) Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden leiblichen Geschwister ____

24) Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden Geschwister _____

Bemerkung zu den Punkten 21 bis 24:

25) Wurden Geschwister des Opfers misshandelt? _____

Bemerkung:

Intelligenz/Bildungsstand

26) Schulabschluss

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

27) Berufsausbildung

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

28) Studium

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

29) IQ

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

30) Tätigkeit zum Tatzeitpunkt

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

31) Beruf
Täter/Täterin 1
Täter/Täterin 2
Bemerkung:

Der Tatzeitpunkt
32) Datum der Tat
Kind 1
Kind 2
Kind 3
Bemerkung:

33) Uhrzeit
Kind 1 Uhr
Kind 2 Uhr
Kind 3 Uhr
Bemerkung:

34) Wochentag
Kind 1
Kind 2
Kind 3
Bemerkung:

35) Besonderheiten am Tattag
Kind 1
Kind 2
Kind 3
Bemerkung:

36) Konkreter Tatauslöser
1. 2. 3.

Bemerkung:

37) Stimmung der Täterin/des Täters zum Tatzeitpunkt
Täter/Täterin 1
Täter/Täterin 2
Bemerkung:

38) War das Kind zum Tatzeitpunkt akut erkrankt?
1. 2. 3.

Kind 1
Kind 2
Kind 3
Bemerkung:

Juristische und kriminologische Aspekte

39) Schuldfähigkeit der Täterin/des Täters

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

40) Unterbringung der Täterin/des Täters

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

41) Anklage wegen

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

42) Strafmaß

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

43) Bewährung (j/n/-)

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

44) Vorstrafen der Täterin/des Täters (Mehrfachnennung möglich)

	keine	Verkehrsdelikte	Sexualdelikte	Diebstahldelikte	Körperverletzung	Tötungsdelikte
<u>Täter 1</u>	<u> </u>					
<u>Täter 2</u>	<u> </u>					

Bemerkung:

45) Straftaten in Tateinheit mit der tödlich verlaufenden Gewaltausübung am Kind (Mehrfachnennung möglich)

	keine	Verkehrsdelikte	Sexualdelikte	Diebstahldelikte	Körperverletzung	Tötungsdelikte
<u>Täter 1</u>	<u> </u>					
<u>Täter 2</u>	<u> </u>					

Bemerkung:

46) »Erinnerungslücke« den Tathergang betreffend

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

57) Suizid(versuch) nach Verhaftung/Unterbringung (bis zu 2 Jahren nach der Tat) (j/n/-)

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

58) Psychosomatische Beschwerden/Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (Mehrfachnennung möglich)

1.

2.

3.

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

59) Klassifikation nach ICD 10 (Mehrfachnennung möglich)

1.

2.

3.

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

60) Persönlichkeitstests

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

61) EEG-Befund

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

62) CCT-Befund

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

63) Organische Erkrankungen (Mehrfachnennung möglich)

Täter/Täterin 1

Täter/Täterin 2

Bemerkung:

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

64) Reaktion von Täter 1 auf die Schwangerschaft

Kind 1

Kind 2

Kind 3

65) Reaktion von Täter 2 auf die Schwangerschaft

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Bemerkung zu den Punkten 64 und 65:

66) Wurde während der Schwangerschaft ein Abbruch erwogen? (j/n/-)

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Bemerkung:

67) Anzahl der mütterlichen Schwangerschaftsabbrüche bis zur Tat ____

Bemerkung:

68) Schwangerschaft (Mehrfachnennung möglich)

	ohne Komplikationen	Gestose	Risikoschwangerschaft	Begleiterkrankungen	Noxen
Kind 1	_____	_____	_____	_____	_____
Kind 2	_____	_____	_____	_____	_____
Kind 3	_____	_____	_____	_____	_____

Bemerkung:

69) Geburtszeitpunkt

Kind 1 SSW

Kind 2 SSW

Kind 3 SSW

Bemerkung:

70) Geburt (Mehrfachnennung möglich)

	ohne Komplikationen	operative Geburt	Lageanomalie	protahierter Geburtsverlauf	vorzeitiger Blasensprung
Kind 1	_____	_____	_____	_____	_____
Kind 2	_____	_____	_____	_____	_____
Kind 3	_____	_____	_____	_____	_____

Bemerkung:

71) Wie lange wurde das Kind gestillt?

Kind 1 Wochen

Kind 2 Wochen

Kind 3 Wochen

Bemerkung:

72) Mütterliche Wochenbettkomplikationen

1. 2. 3.

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Bemerkung:

73) Kindliche Wochenbettkomplikationen

1. 2. 3.

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Bemerkung:

74) Wie lange war das Kind nach der Geburt von der Mutter getrennt?

Kind 1 Tage

Kind 2 Tage

Kind 3 Tage

Bemerkung:

Das Opfer

75) Geschlecht des Kindes (w/m)

Kind 1

Kind 2

Kind 3

76) Geburtsdatum des Kindes

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Bemerkung:

77) Staatsangehörigkeit des Kindes

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Bemerkung:

78) Besonderheiten beim Kind (Mehrfachnennung möglich)

1. 2. 3.

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Bemerkung:

79) Geschwisterposition des Kindes

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Bemerkung:

80) Ernährungszustand des Kindes

Kind 1

Kind 2

Kind 3

81) Pflegezustand des Kindes

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Bemerkung zu den Punkten 80 und 81:

82) Klassifikation nach ICD-10 (Mehrfachnennung möglich)

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Bemerkung:

Präventive Aspekte

83) War das Kind bereits wegen tatunabhängiger Misshandlungsfolgen (auch fraglicher) in ärztlicher Behandlung?

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Bemerkung:

84) Ergab die Obduktion Hinweise auf Misshandlungen älteren Datums?

Kind 1

Kind 2

Kind 3

Bemerkung:

85) War die Familie dem Jugendamt bereits vor der Tat bekannt? ____

Bemerkung:

86) Wurde vor der Tat die Tatabsicht geäußert? ____

Bemerkung:

87) Suchte der Täter Hilfe/Rat bei anderen Personen? ____

Bemerkung:

Kategorisierung

88) Vorläufige Einteilung ____

89) Endgültige Einteilung ____

Die Autorin

Christiane Schlang, Jahrgang 1970, war Promotionsstipendiatin der Hans Böckler Stiftung. Nach zweijähriger Assistenzarztzeit im Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Lehraufträgen am Fachbereich Sozialarbeit der Fachhochschule Frankfurt sowie ärztlicher Tätigkeit in einer Methadonsubstitutionsambulanz arbeitet sie jetzt als Weiterbildungsassistentin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Bürgerhospitals Friedberg.

