

Masterstudiengang Kriminologie und Polizeiwissenschaft
Juristische Fakultät
Ruhr-Universität Bochum

Masterarbeit

Neonazid und andere Formen der Kindstötung

Ein Versuch der Abgrenzung anhand tatuslösender Faktoren und
tatfördernder Bedingungen

Erstellt von:

Sabine Reuther

Matrikel-Nummer: 108 109 202 452

reuther.s@gmx.de

Erstgutachter:

Dr. Karlhans Liebl

Zweitgutachter:

N. N.

Dresden, März 2012

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Tötung von Kindern aus kriminologischer und kriminalpsychologischer Sicht: Theoretische Grundlagen und Forschungsstand	5
2.1 Begriffsklärung und Klassifikation.....	5
2.2 Phänomenologie.....	8
2.2.1 Probleme bei der deliktbezogenen Datenerfassung in Deutschland	8
2.2.2 Häufigkeit und Opfergefährdung	10
2.2.3 Täter und Täter-Opfer-Beziehung	13
2.3 Ursachen und Motive zur Kindstötung.....	19
2.3.1 Historischer Überblick und klassische Motive.....	19
2.3.2 Aktuelle Erkenntnisse zu Motiven und Ursachen	21
3. Neonatizid als Spezialfall der Kindstötung: Theoretische Vorüberlegungen	24
3.1 Tatfördernde und tatalösende Faktoren.....	25
3.1.1 Tatalösende Faktoren.....	25
3.1.2 Tatfördernde Faktoren und Bedingungen.....	26
3.1.3 Die negierte Schwangerschaft.....	29
3.2 Ansätze zur Abgrenzung des Neonatizids von anderen Formen der Kindstötung.....	33
3.2.1 Die Besonderheiten des Neonatizids.....	33
3.2.2 Aspekte zur Abgrenzung des Neonatizids von anderen Formen der Kindstötung	35
4. Fragestellung und Hypothesen	40
5. Methoden und Ablauf der Untersuchung	42

6. Ergebnisse	45
6.1 Soziodemographische Daten.....	45
6.2 Fallbeschreibungen	47
6.3 Befunde zu tatalösenden Faktoren	54
6.4 Befunde zu tatifördernden Faktoren und Bedingungen	58
6.5 Auswertung der Befunde unter dem Gesichtspunkt der Abgrenzung des Neonatizids von anderen Formen der Kindstötung.....	64
7. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	70
8. Zusammenfassung	74
Literaturverzeichnis	76
Anhang	

1. Einleitung

Der Tod eines Kindes zählt zu den tragischsten Ereignissen, die einen Menschen treffen können. Es ist für die Eltern nur schwer zu bewältigen, wenn sie ein Kind aufgrund einer Krankheit, eines Verkehrsunfalls oder gar eines Verbrechens verlieren. Umso überraschender und unverständlicher erscheint es daher, wenn Eltern den Tod ihres eigenen Kindes herbeiführen. Die öffentliche Diskussion solcher Fälle ist geprägt von Entsetzen und Empörung.

Als besonders verwerflich wird die Tötung von Neugeborenen durch die Mutter eingestuft. Daran lässt die Berichterstattung in den Medien oftmals keine Zweifel. Die Bezeichnung „Baby-Killerin“ oder „Mördermutter“, die mit eigenen Händen ihr Neugeborenes tötet und es anschließend einfach „wegwirft“, trägt dazu bei, dass die Täterinnen in der Öffentlichkeit als gefühllos und brutal wahrgenommen werden. Unbegreiflich erscheint, wie die Schwangerschaft vor dem Umfeld verborgen bleiben konnte. Hierzu wird im Allgemeinen der späteren Täterin eine aktive Rolle zugeschrieben, d.h. als einzige Erklärung wird eine zielgerichtete Verheimlichung der Schwangerschaft angenommen und damit (mehr oder weniger bewusst) unterstellt, dass die betreffende Frau bereits zum Zeitpunkt der Schwangerschaft die Tötung des Kindes nach der Geburt geplant hat. Es stößt auf breites Unverständnis, das Problem einer unerwünschten Schwangerschaft in der heutigen Zeit auf derartig radikalem Weg zu lösen. So wird häufig gefragt, warum die Frau keinen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließ bzw. nicht die Freigabe des Kindes zur Adoption oder eine anonyme Abgabe des Säuglings (anonyme Geburt, Babyklappe) in Erwägung zog.

Der Blick der Medien auf diese Fälle und die dazu geführten Diskussionen in der Öffentlichkeit beruhen meist auf Spekulationen, die aus wenigen Kenntnissen gebildet werden, wie beispielsweise dem Fundort des getöteten Säuglings. Über die Täterinnen selbst, ihre Motive und die Tatumstände dringen nur selten Informationen an die Öffentlichkeit. Auf wissenschaftliche Erkenntnisse wird im Zusammenhang mit Kindstötungen durch die Eltern bei der Darstellung in den Medien kaum zurück gegriffen, sodass ein von negativen Emotionen begleitetes Zerrbild der Täterinnen bestehen bleibt.

Mittlerweile existieren zahlreiche Studien zur Erforschung der Ursachen und Motive für Neugeborenentötungen. Die Ergebnisse zeigen, dass hierbei Schwangerschaftsverleugnung und Schwangerschaftsverdrängung eine zentrale Rolle spielen (vgl. z.B.: Bozankaya 2010, Resnick 2005, Bauermeister 1994). In beiden Fällen wird die Schwangerschaft nicht bewusst gelebt. Körperliche Veränderungen werden nicht wahrgenommen oder fehlinterpretiert. Eine aktive Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft und Vorbereitung auf die spätere Mutterschaft finden nicht statt. Die betreffenden Frauen werden von der einsetzenden Geburt meist überrascht und bewältigen diese Überforderungssituation, indem sie das Neugeborene so schnell wie möglich verschwinden lassen. Nicht immer kommt es dabei zu einer aktiven Tötungshandlung, häufig wird das Kind auch nur eingewickelt und einfach liegen gelassen.

Kennzeichnend für Fälle von Neugeborenentötungen scheint einerseits zu sein, dass sich keine pränatale mütterliche Bindung zum Kind entwickeln konnte, wodurch die Hemmschwelle zur Tötung des Kindes stark herabgesetzt wird. Andererseits wird durch die Verleugnung/Verdrängung der Schwangerschaft eine Vorbereitung auf die Geburt und Mutterschaft verhindert, sodass die betreffenden Frauen zur Bewältigung ihrer Lage während und nach der Geburt nicht über ausreichende und geeignete Handlungsalternativen verfügen. Im Gegensatz dazu kann bei der Tötung älterer Kinder durch die Eltern davon ausgegangen werden, dass eine Bindung zum Kind vorgelegen hat. Die Hemmschwelle zur Tötung des Kindes wird daher offenbar durch andere bzw. zusätzliche Faktoren herabgesetzt.

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, tatauflösende Faktoren und tatfördernde Bedingungen herauszuarbeiten, anhand derer sich Neugeborenentötungen von anderen Formen der Kindstötung durch die Eltern abgrenzen lassen. Bislang existieren keine Studien, die sich explizit mit dieser Frage befassen haben. Es liegen mittlerweile jedoch zahlreiche Untersuchungsbefunde zu Kindstötungen vor, aus denen sich erste Ansatzpunkte für die gesuchten Faktoren und Bedingungen ableiten lassen. Die so aus der Fachliteratur gewonnenen Vor-Erkenntnisse werden mittels einer kleinen eigenen Untersuchung, die auf der Analyse von Straftaten basiert, in einem ersten Annäherungsversuch überprüft und ergänzt.

2. Die Tötung von Kindern aus kriminologischer und kriminalpsychologischer Sicht: Theoretische Grundlagen und Forschungsstand

2.1 Begriffsbestimmung und Klassifikation

Der Begriff der Kindstötungen umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Delikt-konstellationen, die über das Alter des Opfers, die Täter-Opfer-Beziehung, die zugrunde liegenden Motive und die Intentionalität der Handlung näher zu spezifizieren sind (vgl. Höynck & Görge 2006; 23f.). In der Fachliteratur hat sich die aus dem medizinischen Bereich stammende begriffliche Unterscheidung nach dem Alter des Opfers zum Tatzeitpunkt durchgesetzt: Filizid, Infantizid und Neonatizid. Diese Begriffe gehen im Wesentlichen auf Resnick (1969, 1970) zurück und werden heute noch, allerdings häufig in leicht abgewandelter Bedeutung, verwendet. Demnach bezeichnet Neonatizid die Tötung eines Säuglings innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt. Unter Infantizid wird die Tötung eines Kindes innerhalb des ersten Lebensjahres verstanden und Filizid beschreibt die Tötung eines Kindes, das älter als 1 Jahr ist. Uneinheitlich werden diese Begriffe auch verwendet, um Kindstötung durch ein Elternteil zu beschreiben. Diese begriffliche Differenzierung der Kindstötungen nach dem Alter des Opfers geht zurück auf die jeweils verschiedenen Tatmotivationen, die unterschiedlich enge Täter-Opfer-Beziehung und die altersspezifischen Opferrisiken.

Es existieren mittlerweile zahlreiche Typologien und Klassifikationsversuche zu Kindstötungen, die sich allerdings hauptsächlich auf Taten im sozialen Nahraum des Opfers beziehen. Am häufigsten wird dabei nach Art des Tötungsmotivs, teilweise in Kombination mit der Tötungsintention, unterschieden.

Die älteste, noch immer häufig zitierte Typologie stammt von Resnick (1969, 1970), der 131 literarisch zugängliche Fälle elterlicher Kindstötungen analysierte und daraus fünf Kategorien entwickelt hat:

- Altruistischer Filizid, der aus altruistische Motiven begangen wird. Meist soll das Kind vor unnötigem Leid durch Krankheit oder elterlichen Tod bewahrt werden.

- Akut psychotischer Filizid, der im Zusammenhang mit Wahrnehmungsstörungen (z.B. Halluzinationen) begangen wird. In diese Kategorie zählt Resnick auch alle Fälle, bei denen kein eindeutiges Motiv gefunden wurde.
- Versehentlicher („accidental“) Filizid, der all solche Fälle umfasst, bei denen keine eigentliche Tötungsabsicht vorlag (z.B. Tod infolge von Misshandlung oder Vernachlässigung).
- Filizid eines unerwünschten Kindes, worunter vor allem Neonatizide fallen, aber auch Tötungen älterer, nicht mehr erwünschter Kinder.
- Filizid aus Rache am Partner („spouse revenge“), der meist zur Bestrafung von Untreue begangen wird.

Außerdem stellt Resnick (1969) Neonatizid als eine besondere Kategorie dar, die sich zwar grundsätzlich in die Systematik der Filizide einordnen lässt, aber dennoch deutlich abhebt.

Die von Resnick vorgestellten Kategorien finden sich mehr oder weniger vollständig in vielen anderen Typologien der Kindstötungen wieder. Scott (1973) differenziert die Fälle nach tausalösenden Impulsen und klassifiziert wie folgt: Tötung eines ungewollten Kindes durch Gewaltanwendung oder Vernachlässigung, gnädige Tötung aus Mitleid, Tötung infolge der Aggression im Rahmen psychischer Erkrankung und Tötungen infolge aggressionsauslösenden Kontrollverlustes, der vom Kind direkt verursacht wird (z.B. Trotzverhalten) oder der anderweitig herrührt, aber auf das Kind entladen wird. D’Orban (1979) befasste sich nur mit Tötungen durch die Mutter und unterscheidet in seiner Typologie: Tötung infolge von Aggression mit Kontrollverlust, Tötung aufgrund psychischer Erkrankung, Tötung von Neugeborenen (Neonatizid), Tötung aus Rache, Tötung ungewollter Kinder durch Aggression oder Vernachlässigung und Tötung aus Mitleid. Bei Bourget und Bradford (1990) finden sich drei mit der Systematik von D’Orban fast deckungsgleiche Kategorien: Unbeabsichtigte Tötung im Rahmen von Misshandlung, Tötung aus Rache und Neonatizid. Ergänzt werden diese durch eine pathologische Kategorie, die Tötungen im Zusammenhang mit Suizid eines Elternteils erfasst, und durch eine Fallgruppe für Tötungen durch Väter. Wilczynski (1997) sowie Guileardo et. al. (1999) differenzieren die Motive und Tatanlässe deutlich stärker aus. So finden sich hier als gesonderte

Kategorien Tötung im Rahmen des Münchhausen-Stellvertreter-Syndroms¹ und Tötung im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch. Guileyardo et. al. führen ergänzend noch Tötung in Verbindung mit Alkohol- und Drogenmissbrauch der Eltern sowie Tötung durch ältere Kinder auf. Raic (1997) untersuchte 757 Todesfälle von Kindern und Jugendlichen und extrahierte aus dieser umfangreichen Analyse drei Klassen elterlicher Tötungen: Tötungen im Rahmen eines Suizids, Neugeborenentötungen und Kindesmisshandlungen mit Todesfolge. Blackman (2004) identifiziert vier Gruppen elterlicher Täter: Junge Mütter (Neonazid), Frauen mit postpartaler Psychose² (Infantizid), gewalttätige männliche Partner (Filizid) und Frauen mit eigenen Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrungen (Filizid infolge von Misshandlung oder Vernachlässigung).

Am Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen wird seit 2007 eine bemerkenswerte Studie zu Tötungsdelikten an Kindern in Deutschland durchgeführt. Mit dem Ziel der umfangreichen Erforschung dieses Deliktbereichs werden alle Straftaten zu vorsätzlichen, vollendeten Tötungsdelikten an Kindern unter 6 Jahren im Zeitraum 1997-2006 in Deutschland analysiert. Die von Höynck (2010) vorgelegten Zwischenergebnisse basieren auf der Analyse von 336 Fällen³, die projektspezifisch nach dem Erscheinungsbild der Taten klassifiziert wurden: „Neonazid, Misshandlungstötungen, Tötungen durch Vernachlässigung, Tötungen im Zusammenhang mit einer akuten, schweren psychischen Erkrankung, erweiterte Suizide, gezielte Tötungen und sonstige Tötungen“ (Höynck 2010; 29).

Die zahlreichen und teilweise sehr unterschiedlichen Typologien zur Differenzierung der Tötungsdelikte an Kindern zeigen, dass es sich um ein Delikt handelt, das sich vor allem in Bezug auf die zugrunde liegende Motivation und Tatintention sehr vielgestaltig zeigt. Die verschiedenen Klassifikationsansätze

¹ Das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom ist eine psychische Störung, die vorwiegend Frauen (Mütter) betrifft. Kennzeichnend ist die gezielte Verursachung von behandlungsbedürftigen Krankheiten beim Kind (z.B. durch leichte Vergiftung). Über die Arztbesuche und die Pflege des erkrankten Kindes gleicht die Mutter Defizite ihres Selbstwertgefühls aus, das hauptsächlich an ihre Mutterrolle geknüpft ist.

² Als postpartal werden im medizinischen Bereich Symptome und Erkrankungen bezeichnet, die nach der Geburt auftreten.

³ Dies entspricht etwas mehr als der Hälfte aller zu untersuchenden Fälle, die in Deutschland im Zeitraum 1997-2006 vorgelegen haben.

weisen allerdings auch einige auffällige Gemeinsamkeiten auf: Neben eher unbeabsichtigten Tötungen im Rahmen von Misshandlung oder Vernachlässigung, Tötungen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung begangen werden, und Tötungen mit dem Ziel der Rache werden Tötungen von Neugeborenen durchgängig als gesonderte Kategorie gefasst.

2.2 Phänomenologie von Kindstötungen

2.2.1 Probleme der deliktbezogenen Datenerfassung in Deutschland

Genauere Aussagen über die Häufigkeit von Tötungsdelikten an Kindern können nur schwer getroffen werden. Einerseits existieren unterschiedliche Statistiken zur Erfassung von Straftaten an kindlichen Opfern, die keinen Vergleich gestatten, andererseits ist mit einer Dunkelziffer unbekannter Größe zu rechnen, da sich Tötungsdelikte an Kindern (z.B. wegen der geringen Körpergröße des Opfers) leicht verbergen lassen. Besonders deutlich wird dies im Zusammenhang mit Neugeborenentötungen, die oft erst durch zufälliges Auffinden einer Säuglingsleiche bekannt werden. Nicht in jedem Fall lässt sich gerichtsmedizinisch nachweisen, dass der Tod gewaltsam herbeigeführt wurde. Auch hinter einem plötzlichen Kindstod kann sich ein Tötungsdelikt verbergen. Ebenso verhält es sich mit Unfällen im Wohnbereich, z.B. Tod durch Sturz aus dem Fenster oder durch Vergiftung, welche durchaus auch vorsätzlich herbeigeführt sein können, bei denen ein entsprechender Nachweis aber sehr schwer zu führen ist.

In Deutschland werden die Zahlen polizeilich erfasster Fälle jährlich in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) des Bundeskriminalamtes veröffentlicht. Bei der Deutung der dort vorgelegten Daten, sind jedoch einige Besonderheiten zu beachten, die in der speziellen Erhebungspraxis durch die Polizei begründet liegen. In der PKS werden ausgewählte Daten zu Straftaten, Tatverdächtigen und Opfern erfasst. Dabei unterliegt zunächst die Zuordnung von den Fällen zu Straftaten einzig der polizeilichen Einschätzung, die jedoch keine abschließende rechtliche Beurteilung darstellt. Entsprechend vorsichtig müssen auch Angaben zur Art der Täter-Opfer-Beziehung betrachtet werden, da in der PKS nur *Tatverdächtige* erfasst werden. Ob diese durch die Polizei ermittelten Tatverdächtigen auch die Täter sind, kann erst nach Abschluss des Strafverfah-

rens eingeschätzt, mitunter, z.B. mangels Beweisen, auch gar nicht abschließend beurteilt werden. Nicht zuletzt enthält die PKS nur wenige Angaben über die Opfer. Die altersbezogene Auswertung erfolgt durch Zusammenfassung der Daten nach Altersgruppen. Für Kinder⁴ gibt es nur zwei Kategorien, nämlich 0 bis < 6 und 6 bis < 14 Jahre. Deshalb lassen sich hier nur grobe Aussagen über die altersmäßige Opfergefährdung treffen.

Neben den bereits erwähnten Problemen bereiten die Daten der PKS auch Schwierigkeiten in der Jahresauswertung. Es handelt sich bei der PKS um eine sogenannte Ausgangsstatistik, d.h. die Fälle werden für das Jahr erfasst, in dem sie durch die Polizei an die Staatsanwaltschaft abgegeben werden, was nicht notwendigerweise das Jahr ist, in dem das Delikt begangen wurde. Zudem handelt es sich bei Kindstötungen um seltene Delikte. Einzelfälle, bei denen mehrere Kinder getötet wurden, können sich daher gravierend auf die Gesamtrate eines Jahres auswirken⁵.

Unabhängig von der Straftaten-orientierten PKS wird in Deutschland eine Todesursachenstatistik⁶ geführt, die über das Statistische Bundesamt verfügbar ist. Aber auch hier ist eine differenziertere Altersauswertung nicht möglich, allerdings gibt es eine gesonderte Kategorie für Kinder bis zum ersten Lebensjahr. Im Anschluss daran sind die Gruppierungsgrenzen so weit gezogen, dass alle älteren Kinder in nur eine Klasse fallen, nämlich 1-15 Jahre. Zudem ist über die Todesursachenstatistik eine Identifizierung von Tötungsdelikten sehr schwierig. Einzig die Fallgruppe „Tätlicher Angriff“ umfasst mit hoher Wahrscheinlichkeit das Vorliegen einer Straftat als Todesursache, aber es bleibt offen, in welchem Umfang Tötungsdelikte auch in anderen Kategorien erfasst sind.

Weitere amtliche Statistiken, die nach dem Alter der Opfer von Tötungsdelikten differenzieren, gibt es in Deutschland nicht. Daher wird hier auf die Daten der

⁴ Kinder im Sinne des Strafgesetzbuches sind alle unter 14-Jährigen.

⁵ Zum Beispiel wurden 2005 in Bieskow-Finkenheerd (Brandenburg) in einem Grundstück 9 Säuglingsleichen entdeckt, für deren Tod die Mutter verantwortlich war. Obwohl sich die Taten auf einen Zeitraum von 10 Jahren verteilten, wurden sie in der PKS im Jahr 2005 registriert.

⁶ Die Todesursachenstatistik wird auf der Grundlage der auf den ärztlichen Leichenschauscheinen und den Sterbefallzählkarten der Standesämter ausgewiesenen Todesursachen erstellt.

PKS zurückgegriffen sowie auf die Angaben einiger Studien, die z.B. anhand von Medienberichten eigene Schätzungen vorgenommen haben.

2.2.2 Häufigkeit und Opfergefährdung

Kindstötungen sind Delikte, die sowohl weltweit als auch in Deutschland sehr selten vorkommen. Bei Betrachtung der letzten 15 Jahre sind die Zahlen außerdem, wie bei allen Tötungsdelikten, rückläufig. Dieser Trend zeigt sich nicht nur in den absoluten Häufigkeiten vorsätzlicher, vollendeter Tötungsdelikte⁷ an Kindern (vgl. Abb. 1), sondern auch in den zugehörigen Opferbelastungsziffern in den Jahren 1996-2010.

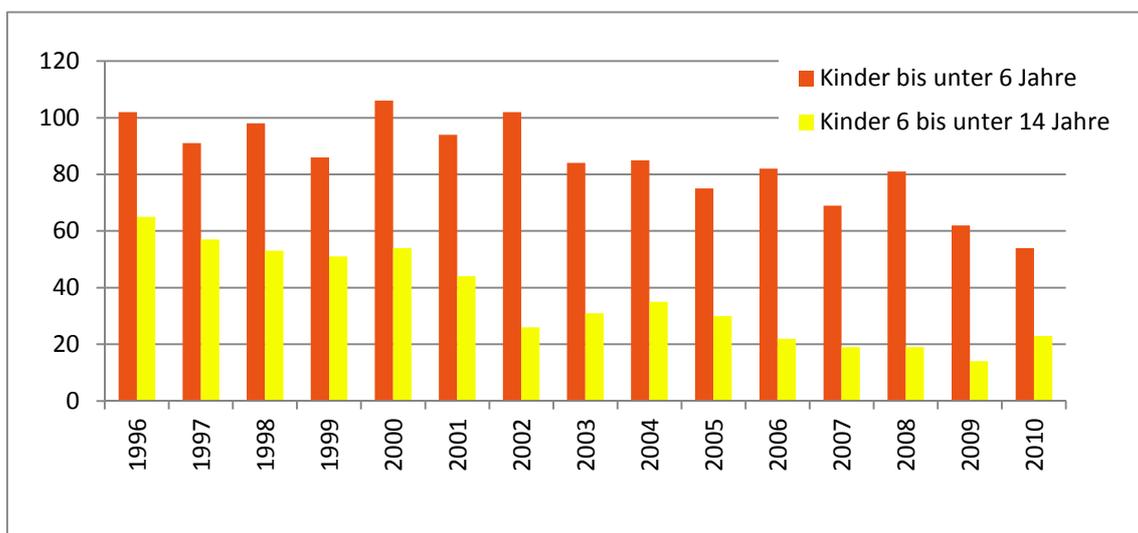


Abb. 1: Häufigkeiten der vollendeten Tötungsdelikte an Kindern nach Jahr und Altersklasse; Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik.

Um bei diesen generell geringen Zahlen eine Verzerrung der Werte durch etwaige Ausreißer zu vermeiden⁸, werden hier wie bei Höynck (2006) die mittleren Opferbelastungsziffern für 5-Jahres-Zeiträume angegeben. Trotz des Gesamtrückganges ist auffallend, dass die jüngeren Kinder (also unter 6 Jahre) ein im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt deutlich höheres Opferrisiko

⁷ Vorsätzliche Tötungsdelikte gemäß StGB: Mord (§ 211), Totschlag (§ 212), Minder schwerer Fall des Totschlags (§ 213), Tötung auf Verlangen (§ 216) sowie erfolgsqualifizierte Tötungsdelikte (§§ 178, 176b, 227: Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung, Sexueller Missbrauch von Kindern, Körperverletzung mit Todesfolge)

⁸ Zudem werden durch Zusammenfassung der Fälle über mehrere Jahre die PKS-bedingten Verzerrungen (z.B. bzgl. des Jahres) reduziert.

haben, während diese Gefährdung für ältere Kinder (6-13 Jahre) deutlich darunter liegt (vgl. Abb. 2). Ähnliche Befunde finden sich auch in zahlreichen Studien anderer Länder, z.B. Großbritannien, USA oder Kanada (vgl. Finkelhor 1997, Craig 2004, Friedman et al. 2005, Resnick 2007).

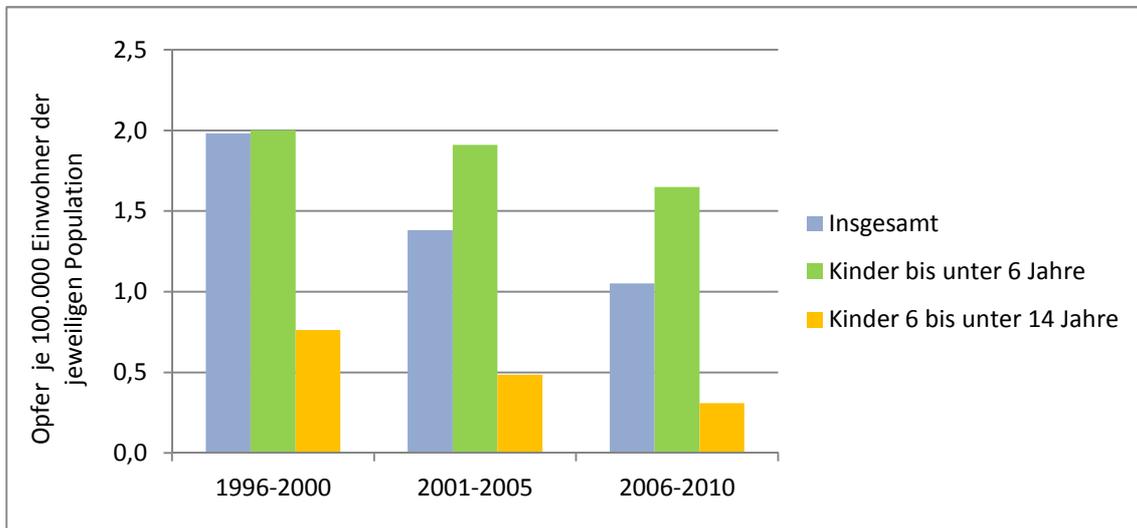


Abb. 2: Mittlere Opferbelastungsziffern bei vollendeten Tötungsdelikten an Kindern nach Zeitraum und Altersklasse; Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik.

Die für jüngere Kinder erhöhte Opfergefährdung ergibt sich vermutlich vor allem aus dem im Vergleich zu allen anderen Altersstufen von Kindern extrem hohen Tötungsrisiko für Neugeborene. Darauf schließen lassen die Ergebnisse von Rohde et al. (1998), die in ihrer umfangreichen Analyse von Todesfällen von Kindern und Jugendlichen der Jahre 1970-1993 folgende Altersverteilung für die Opfer von Tötungsdelikten durch die Eltern ermittelten (Abb. 3):

Altersverteilung der Kinder (n=60)				
< 24h	> 24h bis < 1 Jahr	1 – 5 Jahre	6 – 10 Jahre	11 – 15 Jahre
43,3 %	26,7 %	20,0 %	6,7 %	3,3 %

Abb. 3: Altersverteilung der Kinder auf Tötungsdelikte durch die Eltern; Quelle: Rohde (2003; 7)

Höyneck (2010) stellt in einer Zwischenauswertung der bislang umfangreichsten und detailliertesten Studie zu Kindstötungen in Deutschland fest, dass über 30% der unter 6-jährigen Opfer Neugeborene sind. Die in 3-Monatsschritten

dargestellte Altersanalyse zeigt weiter, dass mindestens noch einmal so viele Kinder bis zum Alter von einem Jahr getötet werden, wobei das Opferrisiko stetig sinkt, und dann ab dem Alter von einem Jahr bis 6 Jahre ungefähr gleich niedrig bleibt.

Eine eigene Berechnung der Opfergefährdung von Neugeborenen⁹ anhand von Zahlen, die über die Kinderhilfsorganisation „terre des hommes“ veröffentlicht wurden und auf Recherchen von Bott, Swientek und Wacker beruhen, bestätigt ebenfalls die Annahme, dass Neugeborene im Vergleich zu älteren Kindern besonders gefährdet sind, Opfer von Tötungsdelikten zu werden (vgl. Abb. 4). Wie groß die Gefährdung der übrigen unter 1-Jährigen ist und inwiefern sich das Risiko der 1-bis-5-Jährigen von älteren Kindern unterscheidet, kann bislang nicht bestimmt werden. Dazu fehlt es an statistischen Angaben zur Zahl der jährlichen Opfer sowohl im Alter von 1 Tag bis unter 1 Jahr als auch von 1 Jahr bis unter 6 Jahre.

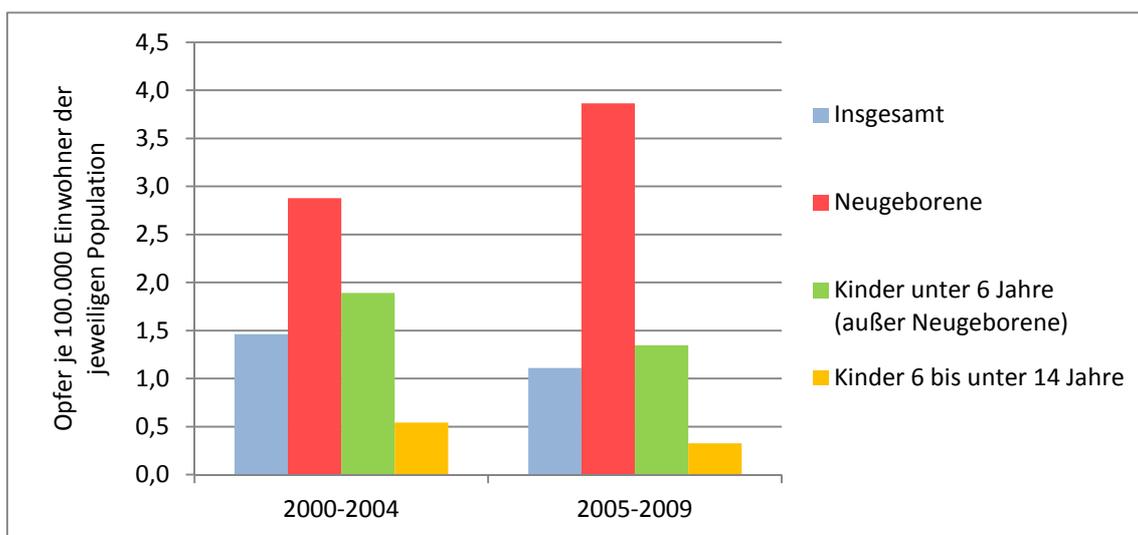


Abb. 4: Mittlere Opferbelastungsziffern bei vollendeten Tötungsdelikten an Kindern nach Zeitraum und Altersklasse; Quellen: „terre des hommes“, Polizeiliche Kriminalstatistik.

Eine besondere geschlechtsspezifische Opfergefährdung für Kinder kann in Deutschland aufgrund mangelnder Daten nicht festgestellt werden.

⁹ Die Opfergefährdung für Neugeborene wurde errechnet über die Anzahl tot aufgefunderer Neugeborener je 100.000 lebend Geborener (Quelle: Statistisches Bundesamt). Für die Berechnung der Gefährdung der übrigen Kinder wurden die zugehörigen Fallzahlen und Grundgesamtheiten um die jeweiligen Zahlen bzgl. Neugeborener reduziert.

2.2.3 Täter und Täter-Opfer-Beziehung

Obwohl bereits vielfach untersucht, lässt sich zur Beschreibung der Täter keine einheitliche Struktur finden. Eine Unterscheidung nach Art der Kindstötung bringt nur im Zusammenhang mit Neonatizid mäßige Erkenntnisse, und veröffentlichte Befunde sind teilweise widersprüchlich.

Friedman et al. (2005) legten mit Blick auf Kindstötungen durch die Mutter die Ergebnisse einer umfassenden Meta-Analyse aller bislang zu Kindstötungen durchgeführten Studien vor. Sie differenzierten die Befunde dabei nach Herkunft (USA versus Nicht-USA), nach Art der Stichprobe (klinisch-psychiatrisch versus nicht-klinisch) und nach Alter des Opfers (Neonatizid, Infantizid und Filizid¹⁰).

Mütter, die Neonatizid begangen haben, sind demnach meist jünger, in den USA im Durchschnitt unter 20 Jahre. Die Frauen mit klinisch-psychiatrischem Hintergrund sowie Infantizid-Täterinnen sind hingegen etwas älter, meist Anfang 20.

Niedriger sozio-ökonomischer Status der Mutter scheint bei allen drei Kategorien der Kindstötungen ein weitverbreitetes Merkmal zu sein. Infantizid in den USA steht häufig in Zusammenhang mit finanziellem, wirtschaftlichem Stress, außerhalb der USA mit Arbeitslosigkeit. In Neonatizidfällen sind die Mütter meist unverheiratet und leben (noch) bei den Eltern.

Außer bei Neugeborenentötungen liegen häufig psychische Störungen bei den Täterinnen vor. In Studien außerhalb der USA werden bei etwa 50 % der Frauen ernsthafte psychische Störungen festgestellt, z.B.: Psychosen und Depressionen mit Suizidalität. Neonatizid geht fast immer mit Schwangerschaftsverleugnung bzw. –verheimlichung einher, und Geburtsvorsorge wird von den Frauen gar nicht, in den eher seltenen Fällen ernsthafter psychischer Erkrankungen nur unregelmäßig wahrgenommen.

Insbesondere beim Filizid handelt es sich um sozial isolierte Mütter, die zu Hause sind und die Hauptverantwortung für die Kindererziehung tragen.

Problematisch bei dieser Meta-Analyse von Friedman et al. ist die mangelnde Differenzierung nach kulturellen Besonderheiten. Befunde ausländischer Stu-

¹⁰ Begriffsbestimmung nach Resnick (1969, 1970), vgl. Kapitel 2.1

dien (nicht USA) wurden ohne weitere Untergliederung zusammengefasst. In Ländern außerhalb Europas (z.B. Indien oder Japan) können jedoch bestimmte Faktoren ganz anders zum Tragen kommen und damit die Analyseergebnisse verzerren, wie z.B. der sozio-ökonomische Status oder die soziale Isoliertheit der Frau. Insgesamt wird deutlich, dass eine Vergleichbarkeit der vorliegenden Befunde zu Kindstötungen nur rudimentär möglich ist, da die Studien sich sowohl methodisch als auch hinsichtlich der zugrunde gelegten Klassifikation von Kindstötungen kaum oder nur schwer zusammenfassen lassen.

Eine Beschränkung auf die Betrachtung ausschließlich mütterlicher Tötungen, wie in den meisten vorliegenden Studien, kann das Bild der Täter nur ungenügend aufklären. Einigkeit besteht darüber, dass der Anteil von Fremdtätern bei Kindstötungen sehr gering ist¹¹ und diese erst in den späteren Lebensjahren von Kindern in Erscheinung treten. Im Wesentlichen werden Tötungsdelikte an Kindern von Tätern aus dem unmittelbaren Umfeld des Kindes verübt, in den meisten Fällen von den eigenen Eltern oder gleichgestellten Bezugspersonen¹² (z.B. Stiefeltern, Zieheltern, Lebensgefährten eines Elternteils). Dabei nimmt offenbar mit zunehmendem Alter des Kindes der Anteil von Frauen als Täterinnen ab. Während Neonatizide fast ausschließlich von (den biologischen) Müttern begangen werden¹³, sind die Täter bei Tötungen im Zusammenhang mit Misshandlungen zu etwa 60% die (biologischen oder sozialen) Väter (vgl. Höyneck 2010). Eine detaillierte Darstellung zur Verteilung der Täter-Opfer-Beziehungen bei Tötungsdelikten an Kindern unter 5 Jahren kann in Abb. 5 am Beispiel der USA eingesehen werden.

¹¹ Z.B.: Kanada 8% (Canadian Centre for Justice Statistics 2004), Australien 4% (Strang 1996), USA 3% (Cooper & Smith 2011)

¹² Z.B.: Kanada 67% Familienmitglieder (Canadian Centre for Justice Statistics 2004), Australien 70% biologische oder soziale Eltern (Strang 1996), USA 90 % biologische / soziale Eltern oder Lebensgefährten eines Elternteils bei Kindern unter 5 Jahren (Cooper & Smith 2011)

¹³ Diese Aussage bezieht sich auf die aufgeklärten Fälle. Zu beachten ist die hohe Zahl unaufgeklärter und unaufgedeckter Fälle von Neonatizid, wodurch der Anteil von Vätern oder anderer Familienmitglieder (z.B. die eigenen Eltern) durchaus unterschätzt werden kann.

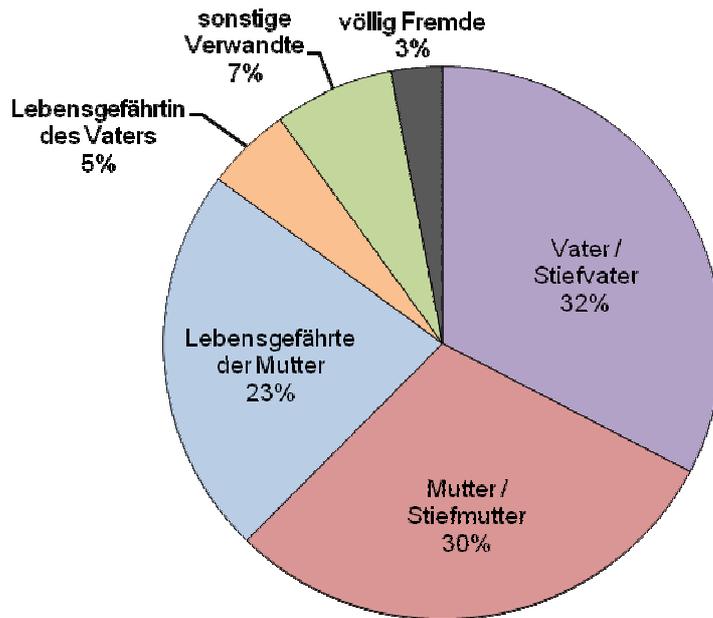


Abb. 5: Täter-Opfer-Beziehung bei Tötungsdelikten an Kindern unter 4 Jahren in den USA 1976-2005; Quelle: Cooper & Smith (2011).

Für Deutschland liegen bislang nur wenige Erkenntnisse über Täter und Täterinnen von Tötungsdelikten an Kindern vor, da hier im Gegensatz zu vielen anderen Ländern¹⁴ weder spezielle Statistiken geführt werden, noch zentral gesteuerte Programme zur systematischen Erhebung und Auswertung amtlicher Daten existieren. Immerhin liegen neben einigen kleineren gerichtsmedizinischen und psychiatrischen Studien drei größere Untersuchungen vor (Bauermeister 1993, Raic 1997, Vock & Meinel 1999 / Vock & Trauth 1999), die sich allerdings hinsichtlich der jeweiligen Fragestellung und der untersuchten Zielgruppen deutlich voneinander unterscheiden.

Die Kieler Verbundstudie (Bauermeister 1993) befasste sich ausschließlich mit Neonatiziden und analysierte die dazu aus den Jahren 1980-1989 vorliegenden Daten aller Westdeutschen Institute für Rechtsmedizin. Die Befunde bestätigen nur zum Teil, was bislang angenommen wurde. So sind die Täterinnen mit großer Streuung (14 bis 42 Jahre) im Durchschnitt 22 Jahre alt. Nur etwas mehr als die Hälfte lebte bei ihren Eltern, etwas weniger als die Hälfte führte eine feste Beziehung mit Freund oder Ehemann. Der Bildungsstand und das beruf-

¹⁴ Z.B.: USA (Supplement Homicide Reports), Australien (National Homicide Monitoring Program), Kanada (Family Violence in Canada Reports)

liche Qualifikationsniveau waren bei einem großen Teil der Frauen eher niedrig. Geburtsvorsorge wurde nur in einem Fall getroffen, 17% ließen die Schwangerschaft ärztlich feststellen und alle anderen Frauen suchten in diesem Zusammenhang überhaupt keinen Arzt auf. Schwangerschaftsverheimlichung und –verdrängung gingen bis auf ganz wenige Ausnahmen der späteren Neugeborenentötung voraus.

Raic (1997) untersuchte 757 Todesfälle von Kindern und Jugendlichen (bis 20 Jahre). Ihre Studie basiert auf der Analyse aller Sektionsprotokolle aus dem Zeitraum 1970-1993 am Bonner Institut für Rechtsmedizin. In 60 Fällen waren die Eltern für den Tod des Kindes verantwortlich, überwiegend die Mütter allein (50%) oder zusammen mit dem Vater (61,7%). Bei etwa einem Viertel der Fälle konnte keine eindeutige Zuordnung der Verantwortung getroffen werden. Von den Müttern begingen 13 Frauen Neonatizid, und 12 Frauen töteten ihr Kind im Rahmen eines erweiterten Suizid(versuchs).

Die Forschergruppe um Vock (Vock, Meinel et al. 1999 / Vock, Trauth et al. 1999) untersuchte die im Zeitraum 1985-1990 vorliegenden Straftaten zu Tötungsdelikten an Kindern, die im Rahmen von Kindesmisshandlung begangen wurden, und zwar sowohl auf dem damaligen Gebiet der BRD als auch der DDR. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Taten hauptsächlich durch dem Kind am nächsten stehende Männer (Vater, Stiefvater, Lebensgefährte der Mutter, Bruder des Opfers) verübt wurden, entweder allein (DDR: 66,6%, BRD: 46,5%) oder zusammen mit der Mutter des Kindes (DDR: 77,0%, BRD: 69,8%). In Westdeutschland waren zwei Drittel der Opfer, in der DDR nur 40%, jünger als 1 Jahr.

Die derzeit am Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen durchgeführte Studie zu Tötungsdelikten an Kindern unter 6 Jahren lässt auf umfangreiche Aufklärung hoffen. Bislang liegen allerdings nur wenige, von Höynck (2010) vorgestellte Zwischenergebnisse vor. So wird festgestellt, dass es sich – entgegen den Befunden aus der Metaanalyse von Friedman et al. (2005) – bei den Täterinnen nicht um sehr junge Mütter handelt, sondern dass das Durchschnittsalter bei etwa 23 Jahren, also nur knapp unter dem mittleren Alter der Erstgebärenden¹⁵, liegt. In fast 60% der bislang untersuchten und aufgeklärten

¹⁵ In Deutschland: 25-26 Jahre (Quelle: Statistisches Bundesamt)

Fälle sind die Täterinnen mindestens 21 Jahre alt und die über 30-Jährigen stellen immerhin noch einen Anteil von 15%¹⁶. In Übereinstimmung mit der bisherigen Befundlage wird berichtet, dass Neonatiziden fast immer eine ungewollte, unterdrückte oder verleugnete Schwangerschaft voraus ging, die in einer überraschend einsetzenden und schnell vollzogenen Geburt mündet. Im Zusammenhang mit Misshandlungstötungen stellt Höynck fest, dass diese fast ausschließlich von den biologischen oder sozialen Eltern des Kindes begangen werden, wobei ein auffallend hoher Anteil sozialer Väter verzeichnet wird und deutlich über die Hälfte dieser Taten von Männern verübt wird.

Befunde ganz anderer Systematik legte Kroetsch (2011) im Ergebnis einer im Rahmen des eben erwähnten KFN-Projektes¹⁷ geführten Interviewstudie mit 24 TäterInnen in Form einer Tätertypologie vor, die sechs Risikogruppen beschreibt:

- Die depressiv Symbiotischen: Hierunter fallen Mütter und Väter, die eine sehr enge und überbehütende Beziehung zum Kind pflegen und die im Zusammenhang mit Zukunftsängsten eine depressive Symptomatik entwickeln. Die Tötung des Kindes oder der Kinder erfolgte im Rahmen eines Suizidversuchs.
- Die gewaltbereiten Narzissten: Diese Gruppe umfasst Männer, die bereits durch Gewalttätigkeit aufgefallen sind und eine überhöhte Ich-Bezogenheit aufweisen. Die Tötung des Kindes erfolgte im Rahmen einer Trennung von der Partnerin.
- Die überforderten Familienorientierten: Hier werden Mütter und Väter beschrieben, die eigentlich verantwortungsvolle und fürsorgliche Eltern sind, aber auf gravierende Belastungen oder Konflikte mit Überforderung reagieren. Die Tötung des Kindes erfolgte aus unterschiedlichen Situationen und Motiven heraus.
- Die unsicheren Verdränger: In dieser Kategorie werden fast ausschließlich junge Frauen erfasst, die sich in stark belastenden Lebenssituationen befinden.

¹⁶ Diese Angaben beruhen auf eigenen Berechnungen anhand der graphischen Darstellung zur Altersverteilung der Täterinnen bei Höynck (2010; 32).

¹⁷ KFN = Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen

den und aber nach außen hin den Eindruck vermitteln wollen, alles im Griff zu haben. Kennzeichnend ist die Angst vor sozialer Zurückweisung aufgrund der Problemlage. Es handelt sich hier vorwiegend um Neonazide sowie Taten aufgrund einer psychischen Erkrankung.

- Die fürsorglichen Schuldzuweiser: Dabei handelt es sich ausschließlich um Männer mit problematischem Hintergrund und sozial unangepasstem Verhalten, die das Ausfüllen ihrer Vaterrolle beschönigen und sich als fürsorglicher als die Kindesmutter beschreiben. Mit der eigenen Schuld am Tod des Kindes setzen sie sich nicht auseinander. In dieser Kategorie finden sich nur Fälle einmaliger Misshandlung.
- Die empathieunfähigen Väter: Diese Gruppe umfasst Männer, die durch eine stark distanzierte Beziehung zum Kind auffallen und entsprechend wenig Einfühlungsvermögen zeigen. Es handelt sich vorwiegend um soziale Väter, die das Kind wiederholt misshandelt und/oder vernachlässigt haben.

Kroetsch legt ihrer Typologie die unterschiedlichen problematischen Beziehungsmuster zum Kind sowie die Positionierung der TäterInnen zu sich selbst (Selbstkonzept) zu Grunde. Beide Merkmale werden als tatfördernde Faktoren unter 3.1.2 näher diskutiert.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Kindstötungen fast immer aus dem sozialen Umfeld des Kindes heraus begangen werden, wobei die Eltern (biologische und soziale) eine besonders große Rolle spielen. Die Opfergefährdung ist umso größer, je jünger und verletzlicher das Kind ist. Am ersten Lebensjahr ist das Risiko besonders hoch. Mütter treten vor allem unmittelbar nach der Geburt bis zum ersten Lebensjahr als Täterinnen in Erscheinung. Mit zunehmendem Alter des Kindes wächst jedoch der Anteil männlicher Bezugspersonen bei den Tätern. Insgesamt scheinen die TäterInnen ein nicht unproblematisches Verhältnis zum Kind und zu ihrer eigenen Elternrolle zu haben.

2.3 Ursachen und Motive zur Kindstötung

2.3.1 Historischer Überblick und klassische Motive

Die Motive zur Tötung von Kindern sind vielfältig und unterliegen teilweise dem zeitlichen Wandel. Ohne Zweifel ist die Tötung eines Kindes durch die eigenen Eltern oder nahestehende Bezugspersonen kein neuartiges Phänomen. Vielmehr existieren zahlreiche Überlieferungen, Berichte und archäologische Funde aus unterschiedlichen Zeiten und Kulturen, die das belegen (vgl. Oberman 2003). Auch Sagen und Märchen ranken sich um Kindstötungen, Aussetzungen und andere Tötungsversuche, die von den eigenen oder Stiefeltern aus unterschiedlichen Gründen unternommen wurden¹⁸. Zu den klassischen Motiven in alten Kulturen gehören Kontrolle des Bevölkerungswachstums, Reinhaltung des Erbgutes (kranke, behinderte oder missgebildete Kinder) sowie Vermeidung und Bewältigung sozio-ökonomischer Notlagen, die sich aus der Ernährungsfrage bei zu vielen Kindern oder aus kulturbedingten Mitgiftregelungen bei der Hochzeit ergeben konnten. Letzteres betraf in vielen Kulturen die Mädchen, weshalb diese meist unmittelbar nach der Geburt getötet wurden¹⁹.

Im Zusammenhang mit Neonatizid ist außerdem die Angst vor der Schande, ein uneheliches Kind zu haben, als klassisches Motiv zu nennen. In Kulturen, die außerehelichen Geschlechtsverkehr verbieten oder mindestens verachten, wird dieser Normbruch spätestens mit der Geburt des Kindes publik und stellt eine ledige Mutter an den Rand der Gesellschaft. Im christlich geprägten Europa standen Unzucht und Ehebruch (in Deutschland noch bis 1969) unter Strafe und wurden auch nach Abschaffung der Strafbarkeit von der Öffentlichkeit missbilligt (vgl. Grozdanic/Karlavaris-Bremer 1998).

In der heutigen Zeit dürften die genannten klassischen Motive für Kindstötungen, sowohl in Deutschland als auch in vielen anderen modernen Ländern, keine große Rolle mehr spielen. Das soziale Netz unserer Gesellschaft hält

¹⁸ Z.B.: - die Geschichte der Medea aus der griechischen Mythologie: Tötung der eigenen Kinder aus Rache an ihrem Mann, der Ehebruch beging; - das Märchen „Hänsel und Gretel“: Aussetzung der leiblichen Kinder im Wald aus Existenznot; - das Märchen „Schneewittchen“: mehrfach versuchte Tötung der Stieftochter aus Neid/Eifersucht.

¹⁹ Indien und China verzeichnen auch heute noch hohe Infantizid-Raten an Mädchen (vgl. Oberman 2003).

neben finanzieller Unterstützung auch zahlreiche medizinische und pädagogische Betreuungs- und Beratungsangebote bereit. Sexuelle Aufklärung und die Verfügbarkeit sicherer empfängnisverhütender Mittel haben außerdem dazu beigetragen, die Zahl ungewollter Schwangerschaften drastisch zu reduzieren (vgl. Laue 2008). Legaler Schwangerschaftsabbruch, anonyme Geburt, sogenannte Babyklappen²⁰ und die Freigabe des Kindes zur Adoption sind weitere Alternativen, die Frauen zur Verfügung stehen, um das Problem ungewollter Schwanger- bzw. Mutterschaft zu lösen. Die alten Moralvorstellungen über die Ehe als ausschließliche familiäre Lebensform verlieren ihren Einfluss auf die individuelle Lebensgestaltung, wie die große Zahl unverheirateter und/oder alleinerziehender Eltern belegt (vgl. Abb. 6).

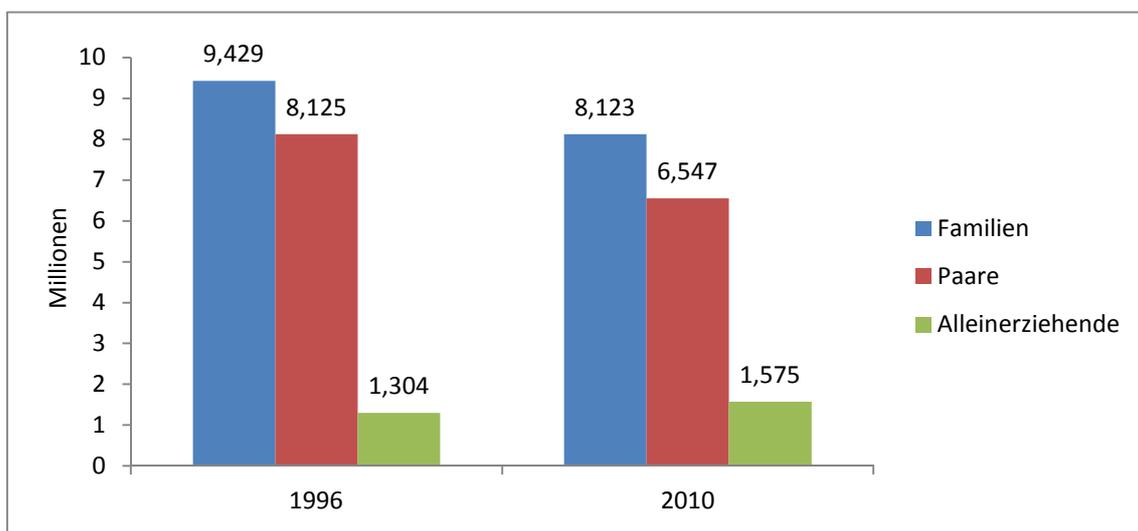


Abb. 6: Häufigkeit verschiedener Lebensformen in Haushalten mit Kindern;
Quelle: Statistisches Bundesamt.

Die beschriebenen Veränderungen scheinen tatsächlich positive Auswirkungen auf die Fallzahlen von Tötungsdelikten an Kindern zu haben. Bozankaya (2010; 32) gibt einen Überblick über den Rückgang der Neonatizidfälle in Deutschland im Verlauf der vergangenen 130 Jahre. Wurden Anfang des 20. Jahrhunderts noch über 150 Fälle jährlich registriert, sind es heute nur noch etwa 25 Fälle pro Jahr. Ein auffallend starker Rückgang der Zahlen war in den 60er Jahren, nach Einführung der Antibabypille, zu verzeichnen. Für alle anderen Kindstötungen

²⁰ Als Alternative zur Aussetzung ungewünschter Säuglinge wurden von verschiedenen wohltätigen Vereinen anonyme Abgabemöglichkeiten geschaffen, die eine zeitnahe Versorgung des abgelegten Kindes ermöglichen.

konnte keine vergleichbare Übersicht gefunden werden. Anhand des deutlich rückläufigen Trends der jährlichen Fallzahlen in den letzten 15 Jahren (vgl. Abb. 7) kann nur vermutet werden, dass verbesserte Lebensbedingungen, Möglichkeiten der Familienplanung (weniger Kinder im Haushalt) und staatliche Unterstützungsangebote für diesen positiven Effekt zumindest mitverantwortlich sind.

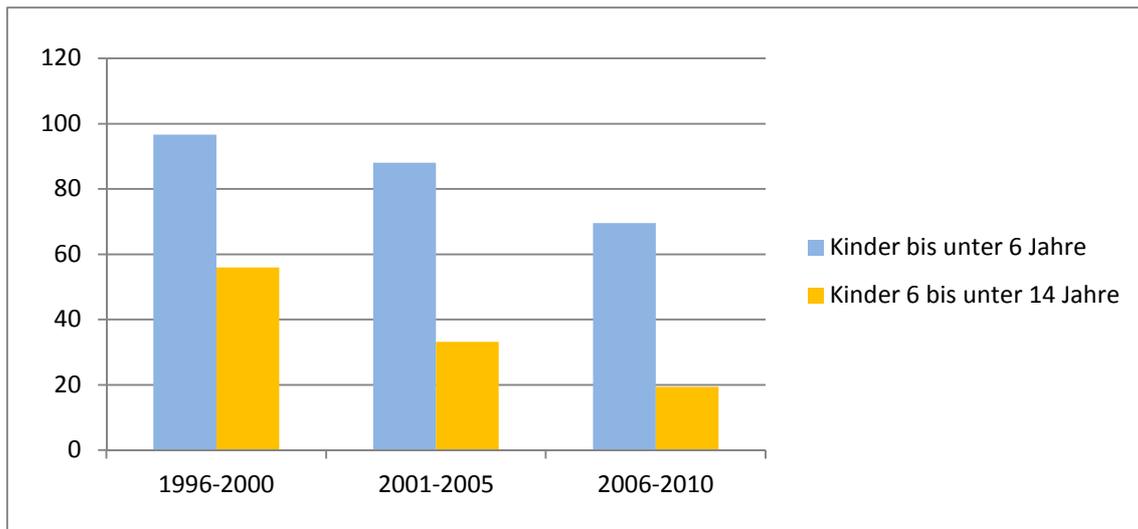


Abb. 7: Mittlere jährliche Häufigkeiten der Tötungsdelikte an Kindern nach Zeitraum und Altersklasse; Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik

2.3.2 Aktuelle Erkenntnisse zu Motiven und Ursachen

Die äußeren Bedingungen der heutigen Gesellschaft sind offenbar geeignet, der Herausbildung klassischer (historischer) Motive zur Tötung von Kindern durch die Eltern entgegen zu wirken. Nichtsdestotrotz können je nach individueller Situation und Disposition finanzielle Sorgen und Existenzängste (z.B. wegen Überschuldung) unmittelbar zum Tötungsmotiv werden (z.B. beim erweiterten Suizid) oder mittelbar dazu beitragen, indem sie als starker Dauerstressor die emotionale Kontrollfähigkeit senken, wodurch es zu Impulsdurchbrüchen kommen kann (z.B. bei Misshandlungstötungen). Im Zusammenhang mit Neonatizid spielt auch heute noch die Angst vor der Schande eine wichtige Rolle, allerdings vorrangig im Sinne von Scham gegenüber der Familie und/oder dem Partner (vgl. Miller 2003).

Bislang existiert keine vollständige Übersicht zu Motiven der Kindstötung. Am häufigsten wird dazu in der Literatur auf Resnick (1969, 1970) verwiesen: Altruistische Motive, Unerwünschtheit des Kindes, Rache am Partner, akut psychotische Symptomatik und versehentliche Tötung. Dabei handelt es sich aber allenfalls bei den ersten drei Punkten tatsächlich um Motive, d.h. um Beweggründe für die Tat²¹. In den anderen beiden Fällen werden persönliche und situative Zustände genannt, vor deren Hintergrund die Tat geschieht. Eine ähnliche Durchmischung von Motiven, psychischen Zuständen, Rahmenbedingungen und Situationen findet sich in nahezu allen Studien und Klassifikationen zur Kindstötung. Motive (im Sinne des Verhaltensantriebes) entspringen den Bedürfnissen eines Menschen und richten das Verhalten auf die Befriedigung dieser Bedürfnisse aus (Birkenbihl 1994; 72). Unter diesem Blickwinkel lassen sich aus der einschlägigen Literatur²² zu Kindstötungen folgende Motive finden und ableiten:

- **Dem Kind Leid ersparen wollen** (es von seinem Leid aufgrund schwerer Behinderung oder Krankheit erlösen, es nicht „allein“ zurück lassen, z.B. bei Suizidabsicht),
- **Rache am Partner**, z.B. wegen dessen Untreue bzw. weil diese(r) die Familie verlassen hat,
- **Aufrechterhaltung enger sozialer Beziehungen** (Angst vor der Reaktion des Partners oder anderer zentraler Bezugspersonen auf Schwangerschaft und Geburt eines Kindes, z.B. verlassen zu werden, verachtet zu werden),
- **Soziale Missachtung vermeiden** (Schamgefühle gegenüber der Familie/dem Partner, z.B.: zu früh Mutter zu werden, mit einem als ungeeignet eingestuften bzw. anderen Partner verkehrt zu haben, von irgendeinem Unbekannten ein Kind zu erwarten),
- **Verbesserung enger sozialer Beziehungen** (Ablehnung des Kindes, weil es die Beziehung zum Partner stört),

²¹ Der Begriff „Motiv“ wird eigentlich unzutreffend verwendet. Genau genommen handelt es sich um die Motivation. Die Psychologie beschreibt Motiv als eine „relativ überdauernde Disposition“, die als Persönlichkeitsmerkmal das Verhalten einer Person je nach Situation beeinflussen kann. Der Beweggrund "für das Hervorbringen einer konkreten Handlung" wird hingegen unter dem Begriff der Motivation gefasst (Greuel et al. 1998, S.169).

²² Insbesondere: Resnick 1969/1970, Pitt & Bale 1995, Raic 1997, Rohde et al. 1998, Rohde 2006, Spinelli 2001, Liem & Koenraadt 2008, Friedman & Friedman 2010, Kroetsch 2011.

- **Kontrolle über das eigene Leben bewahren** (Angst vor der Verantwortung oder davor, in eine sozioökonomische Notlage zu geraten, wenn ein Kind da ist),
- **Bewältigung/Beendigung überfordernder Interaktionssituationen mit dem Kind** (das schreiende Kind zur Ruhe bringen, es für seinen Ungehorsam bestrafen, Erziehungsmaßnahmen durchsetzen),
- **Abbau eines Aggressionsstaus** (auch z.B. das Kind stellvertretend für andere bestrafen),
- **Halluzinationen und Wahnvorstellungen**, die zur Tötung aufrufen oder eine Tötung nahe legen.

Gemeinsam ist diesen Motiven das Bestreben des Täters oder der Täterin, mit Hilfe der Tat bestehende Konflikte oder Probleme zu bewältigen. In ähnlicher Weise resümiert Kroetsch anhand der Ergebnisse ihrer Interviewstudie mit TäterInnen: „Die Tat kann demzufolge als die Wiedererlangung von Kontrolle über eine bis dahin erfolglos zu verändern versuchte Situation betrachtet werden.“ (Kroetsch 2011; 48). Somit kann geschlussfolgert werden, dass die Ursachen für Kindstötungen in der Täterpersönlichkeit liegen, die unter bestimmten Bedingungen in der Auseinandersetzung mit speziellen Konflikten und Problemen die Tötung des Kindes (oder eine dahin führende Handlung) als Form der Bewältigung wählt.

3. Neonatizid als Spezialfall der Kindstötung: Theoretische Vorüberlegungen

Bislang weisen die zahlreichen wissenschaftlichen Bemühungen zur Klassifikation von Kindstötungen stets die Tötung Neugeborener als eigenständige Kategorie aus (vgl. 2.1). Dabei wird als zentrales Abgrenzungsmerkmal nahezu immer die Beseitigung eines unerwünschten Kindes genannt. Dieses Handlungsziel findet sich jedoch auch im Zusammenhang mit Tötungsdelikten an älteren Kindern und klärt daher die Besonderheiten von Neugeborenentötungen nur unzureichend auf.

Ein Weg zur Abgrenzung zeichnet sich über die hinter dem Handlungsziel liegenden Motive ab. Nach Diskussion der diesbezüglichen Befunde muss davon ausgegangen werden, dass a) nur in den seltensten Fällen ein einzelnes Motiv zugrunde liegt und b) die Motive bzw. das Motivkonglomerat erst auf der Basis verschiedener Faktoren zustande kommt. Betrachtet man die Tat als das Ergebnis einer spezifischen problematischen Person-Situation-Konstellation, in der die handelnde Person zur Bewältigung keine alternativen Strategien zur Verfügung hatte, ergibt sich die Frage, welche Persönlichkeitsmerkmale und situativen Faktoren zu einer solchen Konstellation führen können. Dabei muss grundsätzlich unterschieden werden, ob es sich um Faktoren handelt, die unmittelbar als Auslöser für die tödliche Handlung fungieren (tatauslösende Faktoren) oder um Hintergrundfaktoren, die über längere Zeit wirksam sind und dazu beitragen, die Wahrnehmung und Einschätzung von Situationen in negative Richtung zu verzerren, die individuelle Reaktion auf Konfliktsituationen affektiv zu überhöhen und die Verfügbarkeit alternativer Bewältigungsstrategien zu minimieren (tatfördernde Faktoren). Zahlreiche Studien legen dazu mehr oder weniger systematisch erhobene Befunde vor, von denen die bedeutsamsten und die zur Abgrenzung des Neonatizids von anderen Formen der Kindstötung geeignet erscheinenden im Folgenden vorgestellt werden.

3.1 Tatfördernde und tatalösende Faktoren

3.1.1 Tatauslösende Faktoren

Mit akut wirksamen Auslösern für die tödliche Handlung befassen sich nur wenige Studien im Detail. Oberman (2003) benennt im Zusammenhang mit tödlicher Kindesmisshandlung affektgeladene Situationen, die in der Regel zu den zentralen Elternaufgaben zählen. So gehen Essens- und Schlafenszeiten regelmäßig mit Stress, Diskussionen und Streit einher, auch in unauffälligen Familien. Kritische Erziehungssituationen erleben also nicht nur die TäterInnen. Diese unterscheiden sich jedoch von anderen Eltern durch einen Mangel an Impulskontrolle im entscheidenden Moment. Die Art der Impulse (z.B. zu schlagen) sind in schwierigen Erziehungssituationen weit verbreitet und kommen auch in liebevollen Familien vor (vgl. Chew et al. 1999). Levitzky und Cooper (2000) untersuchten mütterliche Fantasien bei akuten Kolik-Anfällen ihrer Babies. 70% der Mütter berichteten ausgesprochen aggressive Gedanken und 26% dachten sogar daran, das Kind zu töten. D'Orban (1979) stellt bei Misshandlungstötungen folgende Auslöser fest, die im unmittelbaren Verhalten des Kindes liegen: Weinen, Schreien, Probleme mit dem Essen, Erbrechen, Einnässen, Unordnung machen, Ungehorsam, Provokationen und emotionale Nicht-Ansprechbarkeit nach einer Weile der Trennung. Vock / Trauth et al. (1999) bestätigen diese Befunde. Offenbar handelt es sich um Erziehungssituationen, die von den TäterInnen als überfordernd erlebt werden und die hochgradigen Stress gepaart mit extremen negativen Emotionen hervorrufen, wodurch die Impulskontrolle herabgesetzt wird (vgl. Palermo 2002, Krischer et al. 2007).

Überforderung spielt auch im Zusammenhang mit anderen Formen der Kindstötung eine zentrale Rolle. So resümiert Oberman (2003) zu zielgerichteten Tötungen, dass die tragischen Entscheidungen (z.B. erweiterter Suizid) aus einem Überforderungserleben heraus getroffen werden, das durch die Kombination aus psychischer Störung und isolierter Position als sorgender Elternteil entsteht. Inwiefern es sich in diesen Fällen um Impulshandlungen oder längerfristig vorbereitete (zumindest vorgedachte) Taten handelt, bleibt offen. Besonders interessant an dieser Stelle wäre die Abgrenzung zum Neonatizid, den Höynck (2010) als ungeplante Impulshandlung beschreibt, die sich aus der

Überforderung durch die überraschende Geburt und plötzliche Konfrontation mit dem Neugeborenen nach erfolgreicher Schwangerschaftsverleugnung ergibt. Als unmittelbar auslösend für die Tötungshandlung muss hier die Angst bzw. Panik genannt werden. Inhalte dieser Angst sind vor allem der Verlust des Partners bzw. anderer wichtiger Bezugspersonen (vgl. Oberman 2003), Angst auf Unverständnis zu stoßen und vor der Aufdeckung der Schwangerschaft (vgl. Bozankaya 2010).

3.1.2 Tatfördernde Faktoren und Bedingungen

Belastende Lebensbedingungen, einhergehend mit niedrigem sozio-ökonomischen Status, Arbeitslosigkeit, finanziellem und wirtschaftlichem Stress, werden relativ häufig in Verbindung mit Kindstötungen berichtet (vgl. z.B. Scott 1973, D'Orban 1979, Raic 1997, McKee & Shea 1998, Rohde et al. 1998, Friedman et al. 2005). Die Tötung älterer Kinder, insbesondere infolge von Misshandlung, findet sehr oft vor dem Hintergrund schwieriger Lebensumstände statt. D'Orban (1979) konstatiert in dieser Gruppe 52% der TäterInnen mit finanziellen Schwierigkeiten und im Vergleich zu allen anderen Kategorien die höchsten sozialen Stressraten (sozioökonomischer Stress, Gesetzeskonflikte und Beziehungsprobleme). Vock und Trauth (1999) stützen mit ihrer Untersuchung zu tödlichen Kindesmisshandlungen diese Befunde. Raic (1997) findet bei den Misshandlungstötungen einen großen Anteil (31%) hoch verschuldeter Eltern. Die Interviewstudie von Kroetsch (2011) bringt zu Tage, dass sich alle befragten TäterInnen als hochbelastet beschreiben (ebd.; 34), wobei allerdings Beziehungsprobleme, Trennungssituationen und Erziehungsschwierigkeiten im Vordergrund stehen.

Mütter, die ihr Kind töten, leben oft sozial isoliert. In den meisten Fällen tragen sie die Hauptverantwortung bei der Sorge um das Kind (vgl. Friedman et al. 2005, McKee & Shea 1998, Oberman 2003, Kauppi et al. 2010) und/oder sind übermäßig stark auf den Partner fixiert (vgl. Simpson & Stanton 2000). In Neonatizidfällen sind die Mütter meist unverheiratet und leben (noch) bei den Eltern (vgl. Friedman et al. 2005). Eine feste Beziehung zum Kindsvater besteht nur in seltenen Fällen, jedoch pflegt ein Großteil dieser Frauen eine mehr oder

weniger feste Partnerschaft zu einem (anderen) Mann (vgl. Beier et al. 2006, Bozankaya 2010).

Außer bei Neugeborenenentötungen liegen häufig psychische Störungen bei den Täterinnen vor. In Studien außerhalb der USA wurden bei etwa 50 % der Frauen ernsthafte psychische Störungen festgestellt, z.B.: Psychosen und Depressionen mit Suizidalität (vgl. Friedman et al. 2005). McKee und Shea (1998) finden bei der Mehrheit ihrer Stichprobe (N=20) eine hohe Rate psychischer Störungen, ebenso Rohde et al. (1998) sowie Kauppi et al. (2010). Liem und Kroenraad (2008) stellen sogar bei 91% ihrer Fälle (N=161) psychische Störungen fest. Dagegen klassifiziert D'Orban (1979) nur 27% der Frauen (N=89) in seiner Studie als psychisch krank, 14% mit psychotischer Symptomatik. Rohde et al. (1998) verweisen allerdings auf die hohen Anteile (78%) psychischer Erkrankungen (schwere Depression und Psychosen) in ihrer Kategorie des "erweiterten Suizids", und Oberman (2003) findet in ihrer Kategorie der „zielgerichteten mütterlichen Filizide“ bei allen Frauen mehr oder weniger ausgeprägte psychische Erkrankungen. Nahezu übereinstimmend wird jedoch berichtet, dass Neonatizid-Täterinnen nur äußerst selten psychische Erkrankungen aufweisen (vgl. z.B. Resnick 1970, D'Orban 1979, Raic 1997, Friedman et al. 2005). Oberman (2003) und Spinelli (2003) beschreiben allerdings im Ergebnis ihrer Untersuchungen zu Neonatizid-Fällen, dass die Täterinnen extrem häufig unter dissoziativen Symptomen und Störungen leiden, sowohl vor, während und nach der Tat. Diese Befunde sind vor allem vor dem Hintergrund der negierten Schwangerschaft interessant, die in fast allen Fällen einer Neugeborenenentötung voraus geht (vgl. 3.1.3) und die selbst eine Form der Dissoziation darstellt (vgl. Spinelli 2003).

Nicht selten wird im Zusammenhang mit Kindstötungen berichtet, dass bereits die Kindheit und Vorgeschichte der TäterInnen geprägt war durch schwierige soziale Verhältnisse, traumatische Erfahrungen und emotional deprivierte Bindung zu den Eltern, die sich auf das spätere eigene Beziehungsverhalten (negativ) auswirken (vgl. Lamott & Pfäfflin 2001). Oft werden kritische Lebensereignisse berichtet, wie z.B. der Verlust eines Elternteils, eigene Missbrauchs- und Misshandlungserfahrung, schwere Erkrankungen oder Unfälle (vgl. z.B. Kroetsch 2011, Raic 1997, Friedman et al. 2005). Auch in der Beziehung zum Opfer zeigen sich leicht pathologische Züge. So stellt Kroetsch (2011) fest,

dass sich die Täter-Opfer-Beziehung entweder als symbiotisch, überfordert oder distanziert beschreiben lässt. Als symbiotisch bezeichnet sie die liebevoll überbehütende und ängstlich geprägte Beziehung zum Kind, die besonders oft im Zusammenhang mit erweiterten Suizid beobachtet wird. Überforderte Beziehungen liegen häufig den Misshandlungs- und Vernachlässigungstötungen zugrunde, bei denen die TäterInnen sich grundsätzlich als liebevoll fürsorgliche Eltern beschreiben, aber insgesamt mit der Versorgung und Erziehung des Kindes überfordert sind. In distanzierten Beziehungen fehlt es an Liebe für das Kind, im extremen Fall, wie beim Neonatizid, liegt überhaupt keine Bindung vor.

Einige Befunde sprechen dafür, dass Neonatizid häufig von Frauen mit niedrigem Bildungsstand begangen wird (vgl. z.B. Rodegra 1981, Kauppi et al. 2010, Krischer 2007). Für Krischer (2007) stellt die unterdurchschnittliche Intelligenz der Täterinnen eine Ursache für deren mangelnde Problemlösefähigkeiten dar. Insgesamt werden die Täterinnen als unreif beschrieben, die häufig infantiles Verhalten zeigen (vgl. z.B. Finnegan et al. 1982, Raic 1997, Spinelli 2003). Zur Persönlichkeit der TäterInnen finden sich in der Literatur kaum Angaben. Raic (1997) stellt in der Auswertung vorhandener Daten aus psychologischen Gutachten fest, dass bei allen Arten der Kindstötung die selbstunsicheren, zurückhaltenden, introvertierten, gehemmten und nicht-aggressiven Persönlichkeiten überwiegen. Kroetsch (2011) findet in ihrer Interviewstudie vorwiegend TäterInnen mit einem negativen Selbstkonzept²³, vor allem bei Neonatizid, psychiatrisch motivierten Taten und Vernachlässigungsfällen. Ein positives Selbstkonzept wurde seltener gefunden, meist in Verbindung mit überhöhtem Selbstwertgefühl und ausschließlich bei gezielten Tötungen.

Ein Mangel an Problemlösefertigkeiten und an verfügbaren Bewältigungsmustern wird häufig in Verbindung mit Neonatizid und Misshandlungstötungen festgestellt (vgl. Oberman 2003, Palermo 2002, Rohde 2006, McKee & Shea 1998). Wie Oberman (2003) zum Neonatizid ausführt, sind die betreffenden Frauen trotz oder gerade wegen der Angst und des Schreckens, die eine Schwangerschaft für sie bedeutet, nicht in der Lage, Abtreibung oder Adoption als Lösung ihres Problems ernsthaft in Erwägung zu ziehen. Stattdessen

²³ Kroetsch bezieht sich auf die Definition von Mummendey „Die Gesamtheit [...] der Einstellungen zur eigenen Person“ (Mummendey 1997; 281). Demnach umfasst das Selbstkonzept sowohl Selbstwahrnehmung als auch das Wissen über sich selbst.

verleugnen sie die Schwangerschaft vor sich und dem Umfeld und entziehen sich so der Verantwortungsübernahme. Im Zusammenhang mit Misshandlungstötungen stellt Rohde (2006) die Unfähigkeit der Mütter, geeignete Problemlösestrategien zu entwickeln, fest. In Verbindung mit emotionaler Labilität kann es so zu Impulsdurchbrüchen in Überforderungssituationen kommen. McKee und Shea (1998) nennen als zentrale Faktoren den Mangel an Stressbewältigungs-Ressourcen, insbesondere im intellektuellen und emotionalen Bereich, negative Erfahrungen in der eigenen Kindheit und das Fehlen positiver Rollenmodelle für die Elternschaft. Unabhängig von der Art der Kindstötung beschreibt Kroetsch (2011), dass die TäterInnen generell zu stressverstärkenden Bewältigungsmustern neigen, darunter Drogen- und Medikamenteneinnahme sowie defensive (das Problem ausblendende) Strategien. Aktives, problemorientiertes Coping-verhalten wird eher selten eingesetzt und wenn, dann meist nur ansatzweise oder inkonsequent und ohne Erfolg.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es sich bei Kindstötungen um emotional (Angst, Wut, Verzweiflung) evozierte Impulshandlungen handelt, die aus einer akuten, als extrem erlebten Überforderungssituation hervorgehen. Diese akute Überforderung scheint sich über die tragische Verknüpfung einer Reihe verschiedener ungünstiger Faktoren der Lebensumstände und der Täterpersönlichkeit herauszukristallisieren, wobei vor allem problematische Beziehungsstile und defizitäre Bewältigungsmuster zur Verstärkung bereits belastender Lebenssituationen beitragen.

3.1.3 Die negierte Schwangerschaft

Studien zur Erforschung der Ursachen und Motive für Neugeborenentötungen zeigen immer wieder auf, dass hierbei das Phänomen der negierten Schwangerschaft eine zentrale Rolle spielt (vgl. z.B.: Bozankaya 2010, Resnick 2005, Bauermeister 1994). Der Begriff der negierter Schwangerschaft wird von Wille und Beier (1994) gewählt, um dem vielfältigen Spektrum gerecht zu werden, das sich von verheimlichter und verleugneter Schwangerschaft bis hin zu der von der Frau völlig unbemerkt verlaufenden Schwangerschaft erstreckt.

Als Hintergrund für die negierte Schwangerschaft wird eine mehr oder weniger bewusste Verdrängung des eigenen Zustandes angenommen (vgl. Wessel

1993, Wille & Beier 1994, Miller 2003). Miller (2003) beschreibt drei Formen: Affektive, tiefgreifende und psychotische Verdrängung.

- 1) Bei der affektiven Verdrängung steht die ablehnende Haltung gegenüber dem Fötus im Vordergrund. Diese Frauen entwickeln kein „Schwangerschaftsgefühl“ und auch keine Bindung zum Kind. Sie ignorieren ihren Zustand und leben so weiter, als wären sie nicht schwanger.
- 2) Die tiefgreifende Verdrängung ist gekennzeichnet durch eine allumfassende Ausblendung der Schwangerschaft, die auch auf körperlicher Ebene greift. Klassische Schwangerschaftszeichen treten entweder nicht auf oder werden fehlinterpretiert. Nicht selten wird von regelmäßigen Monatsblutungen bis zur Geburt berichtet. Kindsbewegungen werden als Blähungen gedeutet. In vielen Fällen wird wegen verschiedener Unterleibsbeschwerden ein Arzt konsultiert, ohne dass dieser eine Schwangerschaftsdiagnose stellt. Einige der Frauen haben sogar noch bis kurz vor der Geburt Geschlechtsverkehr mit ihrem Partner, ohne dass dieser von ihrem Zustand etwas bemerkt.
- 3) Die psychotische Verdrängung beschreibt die im Rahmen verschiedener Psychosen vorkommende, teilweise bizarre Umdeutung der Schwangerschaftssymptome.

Die negierte Schwangerschaft tritt mit einer Häufigkeit von 1:475 Geburten gar nicht so selten auf. Oft wird die Schwangerschaft allerdings im letzten Drittel durch Zufall festgestellt und dann von den Frauen auch angenommen. Dennoch verbleiben noch etliche Fälle (1:2455), bei denen die Schwangerschaft bis zur Geburt unerkannt bleibt (vgl. Wessel et al. 2004). Dies entspricht etwa 300 Fällen im Jahr. Die überwiegende Mehrheit (77%) dieser Frauen entscheidet sich trotz der für sie überraschenden Mutterschaft für das Kind (vgl. Wessel et al. 2004, Friedman 2007). Daher stellt sich die Frage, welche Umstände im Zusammenhang mit einer negierten Schwangerschaft dazu führen können, dass eine Frau ihr Kind nach der Geburt tötet.

Die Annahme der Verdrängung als Grundlage für die negierte Schwangerschaft impliziert, dass es sich sowohl nach psychoanalytischem als auch nach kognitiv-behavioristischem Verständnis um einen Abwehrmechanismus handelt. Ausgangspunkt für Verdrängung ist ein angstbesetzter Konflikt, dessen schwer zu ertragende Negativwirkung ausgeschaltet (abgewehrt) wird, indem der Kon-

flikt als solches oder die Ursachen dafür vollständig aus dem Bewusstsein ausgeblendet werden. Diese Strategie wird häufig eingesetzt, wenn die Belastung aus den äußeren Umständen resultiert und diese als nicht veränderbar erscheinen und/oder wenn es zur „kognitiven Dissonanz“²⁴ kommt. Beides spielt bei der negierten (verdrängten) Schwangerschaft, insbesondere in Verbindung mit nachfolgendem Neonatizid, vermutlich eine Rolle (vgl. Miller 2003). Eine ungewollte Schwangerschaft stellt für jede Frau eine schwierige Situation dar, in der sie eine Entscheidung dafür oder dagegen – mit den jeweiligen Konsequenzen – treffen muss. Je nachdem, welche Einstellungen eine Frau zu sich selbst hat und welche Moralvorstellungen sie mit einer (ungewollten) Schwangerschaft verknüpft, kann es hier zur kognitiven Dissonanz kommen, z.B: „Nur unanständige Frauen lassen sich auf unverhüteten Geschlechtsverkehr mit irgendeinem Mann ein. – Ich bin eine anständige Frau.“ In diesem Fall ist durch die Schwangerschaft ihr Selbstbild und Selbstwertgefühl stark in Frage gestellt, und das nicht nur vor sich selbst, sondern besonders durch die zu erwartenden Reaktionen des sozialen Umfelds. Diese kognitive Dissonanz und die damit verbundene Angst vor dem Offenbarwerden der Schwangerschaft führen in Kombination mit emotionszentrierten Stressbewältigungsmustern sehr wahrscheinlich zur Schwangerschaftsverdrängung (vgl. Miller 2003). Frauen, die ihr Kind nach der Geburt getötet haben, berichten im unmittelbaren Zusammenhang mit der Tat von großen Ängsten, besonders vor dem Verlust des Partners, vor Unverständnis und davor, dass die bisherige Schwangerschaft aufgedeckt werden könnte (vgl. Oberman 2003, Bozankaya 2010).

Offenbar führt die Verdrängung der Schwangerschaft im Moment nach der Geburt abrupt zur Konfrontation mit den Tatsachen und dadurch zur Überflutung mit den Ängsten, die ausschlaggebend für die Verdrängung waren. Warum jedoch einige Frauen in diesem Moment die Tötung des Neugeborenen als Ausweg wählen, sehr viele Frauen hingegen nicht, ist bislang nur von Schlotz et al. (2009) ansatzweise untersucht worden. Der Vergleich von Neonatizid-Täterinnen mit einer Gruppe von Frauen, die nach verdrängter Schwangerschaft in der Klinik vorstellig wurden, brachte jedoch nur wenig Aufschluss. Beide Gruppen ähnelten sich im Hinblick auf die Dynamik der Schwanger-

²⁴ Kognitive Dissonanz beschreibt den inneren Konflikt, der entsteht, wenn man sich im Widerspruch zu den eigenen Überzeugungen befindet (Zimbardo 1988; 710).

schaftsnegierung (Ignorieren der Schwangerschaft und Vermeidung diesbezüglicher Informationen) und auch in Bezug auf die Persönlichkeit. Hinter der selbstbewussten Fassade verbargen sich meist Züge einer grundlegend gehemmten und introvertierten Persönlichkeit. Außerdem waren viele nicht in der Lage, Probleme und unangenehme Gefühle zu kommunizieren. Unterschiede fanden sich lediglich im Hinblick auf vorangegangene Geburtserfahrungen, die überraschenderweise vorrangig in der Täterinnengruppe vorlagen. Schlotz et al. (2009) resümieren, dass vor allem situative Faktoren und der Zufall eine Rolle dabei spielen, ob es zur Tötung des Neugeborenen kommt oder nicht. Zu vermuten ist, dass einerseits die Geburtsumstände und andererseits die zu Beginn der Geburt verfügbaren Handlungsalternativen ausschlaggebend dafür sind, wie sich die Situation weiterentwickelt. Die überwiegende Mehrheit der Frauen sucht aufgrund der körperlichen Symptome der Geburt (Fruchtwasseraustritt, Wehenschmerzen, Blutungen) ärztlichen Beistand, so dass eine Tötung des Neugeborenen kaum mehr in Frage kommt. Nur ein geringer Teil entbindet ohne professionelle Hilfe zu Hause (vgl. Wessel et al. 1998: 5%, Friedman et al. 2007: 6%). In dieser Situation ist das Risiko für eine Neugeborenentötung am größten und das Überleben des Kindes hängt, wie Schlotz et al. (2009) an verschiedenen Fallbeispielen zeigen, von Zufälligkeiten ab. Als eindrückliches Beispiel wird eine Frau zitiert, die ihrem Impuls zur Tötung nicht nachgab, weil „...*glaube ich, [...] er die Augen aufgemacht hat und es im Bad so hell war*“ (ebd.; 617). Neben diesen spontanen Momenten, die nach einer negierten Schwangerschaft und überraschenden Geburt die Mutter bewegen, sich des Kindes anzunehmen, sind noch andere situative Faktoren zu bedenken. So kann die gebärende Frau vom Partner oder anderen Bezugspersonen entdeckt werden, die dann ihrerseits Hilfe holen oder sich um das Kind kümmern. Bozankaya (2010) schildert außerdem zwei Fälle, bei denen das von der Mutter abgelegte, noch lebende Neugeborene durch Zufall von anderen aufgefunden wurde.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Neugeborenentötungen in der Regel eine negierte Schwangerschaft voraus geht, umgekehrt aber die Schwangerschaftsnegierung nur im Ausnahmefall mit einer Tötung des Säuglings endet. Begünstigend für eine solche Tat ist offenbar die Annahme der Frau, die Geburt (wenn sie überhaupt als solche erkannt wird) allein bewältigen

zu können oder zu müssen. Das zur Schwangerschaftsneugierung führende und sie auch prägende, defizitäre Problemlöseverhalten findet bei diesen Frauen auch noch zu Beginn und im Verlauf der Geburt seine Fortsetzung: Sie scheinen weder in der Lage oder gewillt zu sein, einen Arzt zu rufen, noch wenden sie sich in ihrer körperlichen Ausnahmesituation an die anwesenden oder sonst wie verfügbaren Bezugspersonen. Nach einer solchen Geburt hängt es vor allem davon ab, welche zufälligen situativen Faktoren hinzutreten und ob die Frauen aktiv eine Tötung herbeiführen oder das Kind einfach unversorgt liegen lassen.

3.2 Ansätze zur Abgrenzung des Neonatizids von anderen Formen der Kindstötung

3.2.1 Die Besonderheiten des Neonatizids

Bereits Resnick (1969) stellt fest, dass es sich beim Neonatizid um eine besondere Form der Kindstötung handelt, die sich von den anderen Arten in motivationaler Hinsicht und auf der Ebene der Persönlichkeitsstruktur der Täterin unterscheidet. Die Beseitigung eines unerwünschten Kindes stellt hierbei nur ein oberflächlich gefasstes Motiv dar, hinter dem ein Konglomerat aus verschiedenen anderen Handlungsantrieben steht. Es handelt sich dabei vor allem um aus der speziellen Persönlichkeit der Täterin hervorgehende soziale Sicherheitsbedürfnisse, deren Erhalt und Befriedigung durch Schwangerschaft und Geburt grundlegend in Frage gestellt sind. In aller Regel handelt es sich bei den Täterinnen, unabhängig vom tatsächlichen Alter, um Frauen, die als unreif beschrieben werden (vgl. Finnegan et al. 1982, Raic 1997, Spinelli 2003) und eher kindliches Verhalten zeigen. Ungeachtet dessen versuchen sie gegenüber den engsten Bezugspersonen den Eindruck zu vermitteln, sie hätten ihr Leben im Griff und es gäbe keine Probleme bzw. keine, denen sie nicht gewachsen wären (vgl. Schlotz et al. 2009, Kroetsch 2011). Hinter dieser Fassade verbirgt sich jedoch offenbar eine ausgeprägte soziale Unsicherheit und die Angst, die zentralen (oftmals einzigen) Bezugspersonen zu enttäuschen und dadurch zu verlieren. Woher dieser selbstgesetzte Anspruch, keine Probleme zu machen und dem Leben immer gewachsen zu sein, herrührt, kann nur vermutet werden. Bozankaya (2010) findet bei 12 von 19 Fällen, dass diese unter schwierigen

Familienverhältnissen aufgewachsen sind, die durch wenig Problemoffenheit, viel Streit und mangelnde emotionale Zuwendung gekennzeichnet waren. Auch Kroetsch (2011; 65) stellt fest, dass häufig ein belastetes und distanzierendes Verhältnis zu den Eltern bestand. Wahrscheinlich sammelte sich unter diesen Umständen die Erfahrung, Probleme besser zu verschweigen und allein lösen zu müssen. Aber auch in intakten Familien können Moralvorstellungen der Eltern und deren Erwartungen an das (aufgeklärte und verantwortungsbewusste) Verhalten der Tochter, besonders in Bezug auf das Sexualleben, zu Offenbarungsängsten im konkreten Fall einer Schwangerschaft führen. Ähnliches gilt auch für die Konfrontation des aktuellen Partners mit einer Schwangerschaft, die sich aus einem anderen Intimverhältnis ergeben hat.

Die für sich festgestellte oder vermutete Schwangerschaft stellt diese Frauen offenbar vor einen für sie unlösbaren Konflikt. An die nahestehenden Bezugspersonen können sie sich mit ihrem Problem nicht wenden, da sie deren ablehnende Haltung oder Reaktion befürchten. Meist handelt es sich um die einzigen Vertrauten, sodass ein Verlust derselben für die Frauen eine soziale Katastrophe bedeuten würde. Auf der anderen Seite sehen sie sich allein mit der Problemlösung überfordert. Möglicherweise spielt dabei die Unfähigkeit, allein eine Entscheidung für oder gegen das Kind zu treffen, eine Rolle (vgl. Oberman 2003). Denn aktive, problemorientierte Bewältigungsstrategien, wie z.B. Schwangerschaftsabbruch oder Freigabe des Kindes zur Adoption, werden nur von wenigen dieser Frauen in Erwägung gezogen und von keiner in die Praxis umgesetzt. Stattdessen verhalten sie sich früher oder später passiv-vermeidend und verleugnen bzw. verdrängen die Schwangerschaft.

Über die Schwangerschaftsverdrängung gelingt es zwar, das Problem weitgehend auszublenden, nicht jedoch, es zu beheben. Schwangerschaftsvorsorge und Geburtsvorbereitung finden konsequenterweise nicht statt, sodass die Frauen irgendwann von der Geburt überrascht werden. Bozankaya (2010) berichtet, dass sich in allen 19 von ihr untersuchten Fällen die Frauen infolge der plötzlichen Geburt überfordert fühlten. Dabei erlebten sie intensiv das Gefühl der Verzweiflung, der Ausweglosigkeit, Panik oder Angst, aus dem heraus sie das Neugeborene töteten oder es zumindest versuchten. In fast allen Fällen spielte die Angst vor der Aufdeckung der Schwangerschaft eine Rolle sowie die Ablehnung des Kindes aufgrund fehlender Muttergefühle.

Zusammengefasst stellt sich Neonatizid als eine Form der Kindstötung dar, deren Ausgangspunkt die Angst zu sein scheint, sich vor der Umgebung als schwanger zu offenbaren und darüber persönliche Ablehnung zu erfahren. Diese von außen betrachtet übersteigerten Erwartungsängste bezüglich der Reaktionen des sozialen Umfelds führen vermutlich zu der typischen Passivität der betroffenen Frauen und der für sie einzig möglichen „Bewältigungsstrategie“, der Schwangerschaftsverdrängung oder zumindest -verheimlichung. Eine ähnliche, vielleicht sogar stärkere Angst trägt letztlich auch zur Auslösung der Tötungshandlung bei, wobei diese durch die nicht vorhandene Bindung zum Kind begünstigt wird.

3.2.2 Aspekte zur Abgrenzung des Neonatizids von anderen Formen der Kindstötung

Bislang wurde festgestellt, dass alle Kindstötungen (einschließlich Neonatizid) aus einer als extrem erlebten Überforderungssituation heraus geschehen und dass zugrunde liegende Konflikte bzw. Probleme mit Hilfe der Tat beseitigt oder gelöst werden sollen. Die Ursachen liegen vor allem in der Täterpersönlichkeit, die durch problematische Beziehungsmuster und emotionszentrierte Bewältigungsstile gekennzeichnet ist. Dadurch werden bereits belastende Lebenssituationen aufrecht erhalten und sogar verstärkt.

Um eine Übersicht der wichtigsten Aspekte zur Abgrenzung des Neonatizids von anderen Formen der Kindstötung zu erhalten, orientiert sich diese Arbeit an den von Westhoff und Kluck (2008) vorgestellten Variablen zur Erfassung und Beschreibung des Verhaltens im Rahmen psychologischer Begutachtung. Westhoff und Kluck betrachten menschliches Verhalten als eine Funktion von nicht-psychologischen und psychologischen Variablen sowie deren Wechselwirkung. Sie knüpfen damit an die 1946 von Kurt Lewin entwickelte Feldtheorie und seine Verhaltensgleichung²⁵ an und entwickeln diese weiter, indem sie Umgebungs- und Personenfaktoren stärker ausdifferenzieren. Verhalten ergibt sich demnach aus einem Zusammenspiel von Umgebungs-, Organismus-, kognitiven, emotionalen, motivationalen und sozialen Variablen.

²⁵ Die Verhaltensgleichung $V=f(P,U)$ beschreibt Verhalten als eine Funktion von Personen- und Umgebungsfaktoren, die sich wechselseitig beeinflussen (Lewin 1963; 271).

Umgebungsfaktoren:

Die Lebensumstände werden von TäterInnen aller Formen der Kindstötung als stark belastend beschrieben. Dabei treten gehäuft Beziehungsprobleme, Trennungen sowie Erziehungsschwierigkeiten auf, etwas seltener finanzielle Sorgen und Existenzängste. Einige Neonatizid-Täterinnen berichten von intakten Partnerschaften oder, wenn sie noch bei den Eltern leben, von einigermaßen stabilen Familienverhältnissen. Insgesamt gesehen überwiegt jedoch auch hier der Anteil mit problematischem familiären Hintergrund und die finanzielle Lage wird als gerade ausreichend gesehen (vgl. Raic 1997, Bozankaya 2010, Kroetsch 2011). Beim erweiterten Suizid lassen sich oft kritische Lebensereignisse finden, die im unmittelbaren Vorfeld der Tat liegen.

Organismusfaktoren:

Die unterschiedlichen körperlichen Voraussetzungen von TäterIn und Opfer spielen bei Kindstötungen, die durch physische Gewalt begangen werden, eine wesentliche Rolle. Bei Tötungen infolge von Misshandlung bekommt das Gefälle zwischen erwachsenem und kindlichem Körper besonders tragisches Gewicht, da sich Schläge oder andere Gewaltausübung auf den kindlichen Organismus oft unvorhersehbar und unbeabsichtigt schlimm auswirken. Auch beim Neonatizid wirkt sich taffördernd aus, dass es keiner großen Kraftaufwendung bedarf, um das Neugeborene zu töten.

Ein Teil der Kindstötungen findet unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen (Misshandlungs- und Vernachlässigungstötungen) oder Medikamenten (erweiterter Suizid, psychotisch motivierte Tötungen) statt. In Verbindung mit Neonatizid wurde das nicht beobachtet.

Körperliche Erkrankungen der TäterInnen spielen im Zusammenhang mit Kindstötungen keine besondere Rolle, psychische Erkrankungen hingegen schon, insbesondere schwere Depressionen und Psychosen sind häufig Ausgangspunkt für die Tötung von Kindern, beim Neonatizid allerdings nur selten. Hier fällt jedoch der besondere Schwangerschaftsverlauf auf, bei dem häufig persistierende menstruationsähnliche Blutungen berichtet werden und schwangerschaftstypische Symptome wie Morgenübelkeit, Appetits- und Gewichtszunahme ausbleiben, wodurch eine Negierung der Schwangerschaft begünstigt wird (vgl. Wessel 1993, Wille & Beier 1994, Miller 2003). Dazu kommen die

häufig recht zügigen und relativ schmerzarmen Geburtsvorgänge, die es den Frauen ermöglichen, unbemerkt und ohne fremde Hilfe zu entbinden. Ungeachtet dessen ist aufgrund der Geburt von einem Mindestmaß an körperlicher Erschöpfung zum Tatzeitpunkt auszugehen.

Kognitive Faktoren²⁶:

Bei allen Formen der Kindstötung werden mangelnde Problemlösefertigkeiten als tatfördernde Persönlichkeitsmerkmale angenommen, da die TäterInnen kaum aktive Versuche unternehmen, bestehende Probleme und Konflikte zu lösen. Vorrangig wird auf defensive Strategien zurück gegriffen, über die es gelingt, Belastungen vorübergehend auszublenden (z.B. Alkohol, Drogen, Schwangerschaftsverdrängung). Langfristig gesehen werden dadurch jedoch die Probleme verstärkt (vgl. Kroetsch 2011). Externe Hilfsangebote (z.B. Erziehungshilfen des Jugendamtes, Adoptionsberatung) werden erkannt, aber entweder nicht in Anspruch genommen oder schnell wieder aufgegeben (vgl. Schlotz et al. 2009, Kroetsch 2011). Bei Neonatizid-Täterinnen ist auffällig, dass sie zur Problemlösung nicht auf soziale Unterstützung, insbesondere nicht aus dem unmittelbaren Umfeld, zurückgreifen und offenbar nicht in der Lage sind, Probleme zu kommunizieren (vgl. Schlotz et al. 2009). In vielen Studien wird bei Neonatizid-Täterinnen ein eher niedriger Bildungsstand und fehlender Berufsabschluss festgestellt (vgl. Rodegra 1981, Kauppi et al. 2010, Krischer 2007).

Emotionale Faktoren:

Tötungsdelikte an Kindern können in aller Regel als Impulshandlungen beschrieben werden, denen mindestens zum Tatzeitpunkt eine starke emotionale Komponente zugrunde liegt. Beim Neonatizid handelt es sich dabei vor allem um Angst / Panik, bei Misshandlungstötungen um Wut / Ärger und bei Tötungen im Rahmen eines Suizid(versuch)s um Verzweiflung / Hoffnungslosigkeit / Sorge. Ein grundlegender Mangel an emotionaler Kontrolle kann bei Eltern festgestellt werden, die das Kind bereits vor der Tötung schon häufiger misshandelten.

Im Umgang mit Belastungen und bei der Stressbewältigung neigen die TäterInnen aller Formen von Kindstötungen zu emotionszentrierten Bewältigungsstilen,

²⁶ Unter Kognition werden in der Psychologie neben Aspekten des Lernens und Gedächtnisses auch die Bereiche der Wahrnehmung und Aufmerksamkeit gefasst.

die dazu dienen, das Problem und damit verbundene negative Gefühle auszublenken (vgl. Kroetsch 2011). Besonders deutlich wird dieses Verdrängungsmuster bei der von fast allen Neonatizid-Täterinnen praktizierten Schwangerschaftsnegierung. Hier ist auch häufig das Nachtatverhalten noch von Verdrängung geprägt (vgl. Bozankaya 2010).

Bei allen Formen der Kindstötung zeigt sich bei den TäterInnen ein problematisches Bindungsverhalten, das entweder stark distanziert oder übertrieben eng und einseitig fokussiert ist (vgl. Oberman 2003, Simpson & Stanton 2000, Kroetsch 2011). Dies lässt sich insbesondere an der Beziehung zum Kind, aber auch an der zum Partner feststellen. Neonatizid-Täterinnen haben überhaupt keine Bindung zum Kind und leben entweder allein oder mit existenziell bedeutsamen Bezugspersonen (Partner / Eltern), zu denen eine eher distanzierte Bindung besteht. TäterInnen aus dem Suizid-Bereich hingegen leben häufig allein oder in konfliktbeladener Partnerschaft (Trennungssituation) und haben eine symbiotische Bindung zum Kind entwickelt. Eltern, die ihre Kinder im Rahmen von Misshandlung oder Vernachlässigung getötet haben, leben oft in problembeladenen Beziehungen, in denen sie übermäßig stark auf den Partner fixiert sind. Für die Bindung zum Kind ist entweder Distanziertheit oder Überforderung charakteristisch (vgl. Kroetsch 2011).

Insgesamt liegen Bindungsprobleme oftmals bereits in der eigenen Kindheit vor, so zum Beispiel emotionale Deprivation (vgl. Lamott & Pfäfflin 2001), der Verlust des näher stehenden Elternteils oder Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen (vgl. Raic 1997, Friedman et al. 2005, Kroetsch 2011).

Motivationale Faktoren:

Allgemeine handlungsleitende Einstellungen, Werte, Überzeugungen und Ziele wurden bei den TäterInnen von Kindstötungen nur in sehr geringen Ansätzen untersucht. Insgesamt herrschen negative Einstellungen zu sich selbst vor, was sich daran zeigt, dass die TäterInnen sich selbst als unzulänglich, unbeachtet und wertlos beschreiben. Im Zusammenhang mit Misshandlungstötungen schätzen sich einige der TäterInnen als ausreichend effizient im Umgang mit Problemen ein. Nur in Einzelfällen liegt ein positives Selbstkonzept vor, welches aber teilweise übertriebene und narzistische Züge trägt (vgl. Kroetsch 2011). Im Zusammenhang mit Neonatizid gehen einige Autoren davon aus, dass sehr

strenge Moralvorstellungen in Bezug auf nichtehelichen Geschlechtsverkehr und Geburt eines Kindes außerhalb einer festen Partnerschaft eine Rolle spielen (vgl. Oberman 2003, Friedman & Friedman 2010). Außerdem kennzeichnet diese Täterinnen offenbar die Haltung, Probleme und Konflikte allein bewältigen zu müssen (vgl. Schlotz et al. 2009, Kroetsch 2011).

Soziale Faktoren:

Bei den meisten TäterInnen handelt es sich um selbstunsichere und zurückhaltende Persönlichkeiten, die nur wenig soziale Kontakte pflegen (vgl. Raic 1997). Eine besondere Tendenz zur Zurückgezogenheit weisen Neonatizid-Täterinnen auf, was sich auch darin zeigt, dass sie große Angst vor Zurückweisung durch die engsten und oft einzigen Bezugspersonen haben (vgl. Bozankaya 2010), Probleme nicht kommunizieren (vgl. Schlotz et al. 2009) und demzufolge soziale Kontakte nicht als Stressbewältigungsressource nutzen können.

Zusammenfassend lassen sich folgende Aspekte feststellen, über die sich Neonatizide von anderen Formen der Kindstötung vermutlich abgrenzen: Körperliche und emotionale Verfassung zum Tatzeitpunkt, emotionale Bindung zum Opfer, Verfügbarkeit und Nutzbarkeit sozialer Ressourcen zur Problemlösung, soziale Wertvorstellungen, Selbstkonzept in Bezug auf Problemlösung sowie emotionale Grundzüge der Persönlichkeit.

4. Fragestellung und Hypothesen

Ausgangspunkt für diese Arbeit ist die Annahme, dass sich Neugeborenen-tötungen von anderen Tötungsdelikten an Kindern unterscheiden. Resnick (1969) stellt fest, dass sich Neonatizide hinsichtlich Motivlage und Persönlichkeitsstruktur der Täterin von allen anderen Filiziden deutlich abgrenzen. Diese Ansicht konnte, wie bereits dargelegt, in der vergangenen Zeit mit Hilfe zahlreicher Studien gestützt und detaillierter aufgearbeitet werden, was zu folgendem Bild führt: Das Problem einer unerwarteten Schwangerschaft kann von den betreffenden Frauen nicht aktiv bewältigt werden, da sie sich aus Angst vor ablehnenden Reaktionen niemandem anvertrauen können. Ihr defensiver Stil im Umgang mit Problemen führt dazu, dass sie die Schwangerschaft mehr oder weniger bewusst ausblenden. Diese Schwangerschaftsnegierung, die sich auch körperlich manifestiert, endet mit einer überraschenden Geburt, auf die sie in keinster Weise vorbereitet sind. Das Tat- und Nachtatverhalten stellt in der Regel eine Fortsetzung der Problemverdrängung dar, wobei es je nach Situation und Gefühlszustand zu zielgerichteten Tötungshandlungen oder zur Tötung durch Unterlassen (der weiteren Versorgung des Neugeborenen) kommt. In beiden Fällen zeigt sich die außerordentliche Distanz zum Neugeborenen: Es besteht offensichtlich überhaupt keine emotionale Bindung zum Kind.

Bei allen anderen Tötungsdelikten an Kindern durch ihre Eltern kann zwar davon ausgegangen werden, dass die Taten gleichermaßen Impulshandlungen sind, jedoch liegen ihnen jeweils andere emotionale Qualitäten zugrunde. Das für alle Kindstötungen charakteristische Überforderungserleben unmittelbar vor der Tat dürfte demzufolge einen anderen situativen und persönlichkeitspezifischen Ursprung haben als beim Neonatizid. Da außer bei Neugeborenen-tötungen die TäterInnen ein Mindestmaß an emotionaler Bindung zum Kind entwickelt haben, ist anzunehmen, dass hier andere Faktoren dazu beitragen, die Hemmschwelle zur Ausübung tödlicher Gewalt herabzusetzen.

Die vorliegende Arbeit widmet sich der Frage, welche tatalösenden Faktoren und tatfördernden Bedingungen eine Abgrenzung des Neonatizids von anderen Formen der Kindstötung gestatten. Dazu werden folgende Hypothesen aufgestellt:

1. Neonatizid unterscheidet sich im Hinblick auf tatauflösende Faktoren von anderen Kindstötungen durch die Eltern.

Dazu wird angenommen, dass ausschließlich bei Neonatizid-Täterinnen Angst/Panik als handlungsleitende Emotion auftritt und keine emotionale Bindung zum Kind besteht, sodass die Hemmschwelle zur Tötung äußerst gering bis gar nicht vorhanden ist.

2. Neonatizid unterscheidet sich hinsichtlich tatfördernder Faktoren und Bedingungen von anderen Kindstötungen durch die Eltern.

Dazu wird angenommen, dass zum Tatzeitpunkt nur im Falle des Neonatizids (aufgrund der Geburt) eine körperliche Erschöpfung vorgelegen hat, welche die Stressresistenz und emotionale Kontrolle unmittelbar vor der Tat gesenkt haben kann. Weiterhin wird vermutet, dass Neonatizid-Täterinnen im Gegensatz zu anderen eine deutlich schlechtere persönliche Disposition in Bezug auf Verfügbarkeit und Nutzbarkeit sozialer Ressourcen zur Problemlösung haben, ihr Selbstkonzept und ihre Persönlichkeit in hohem Maße von der Angst vor sozialer Ablehnung geprägt sind und sie eine außerordentliche Neigung zur Verdrängung von Problemen haben.

5. Methoden und Ablauf der Untersuchung

Informationen zu den verschiedenen Hintergründen, Motiven und tatauflösenden Faktoren im Zusammenhang mit Kindstötungen können nur retrospektiv gewonnen werden. Da es sich in der Regel um sehr schwere Verbrechen handelt, wird davon ausgegangen, dass die Fälle sowohl sehr gründlich aufgearbeitet als auch dokumentiert worden sind und dass sie, bei Ermittlung von Tatverdächtigen, auch vor Gericht verhandelt wurden. Aus den umfangreichen Akten, die bei den Staatsanwaltschaften archiviert sind, kommen insbesondere polizeiliche Vernehmungsprotokolle, psychologische oder psychiatrische Gutachten zur Schuldfähigkeit der Täterin / des Täters und das jeweilige Urteil als geeignete Datenquellen in Betracht. Die darin enthaltenen Aussagen und Informationen zu Tatumständen, Tathergängen und Tathintergründen sind eine geeignete Grundlage, um die tatauflösenden Faktoren in den einzelnen Fällen aufzudecken und Hinweise auf tatfördernde Bedingungen zu gewinnen. Für die Umsetzung des Forschungsanliegens wurde daher eine Analyse von Straftaten vorgesehen.

Die Fragestellung der Untersuchung trägt in erster Linie explorativen Charakter. Ansatzweise sollen auch die Hypothesen anhand der Befunde überprüft werden. Die Ergebnisse können jedoch allenfalls als richtungsweisend für weitere Forschungsvorhaben angesehen werden. Eine fundierte Hypothesenprüfung setzt große Fallzahlen voraus, deren Analyse und Aufarbeitung den zeitlichen Rahmen dieses kleinen Projekts sprengen würden.

Für die Durchsicht des Datenmaterials orientiert sich das Vorgehen an der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002). Relevante Textstellen mit Informationen zu Tathergang, Tatumständen und Tathintergründen sollen auf ihren Inhalt bezüglich tatauflösender Faktoren und tatfördernder Bedingungen hin untersucht werden. Da das Datenmaterial nicht kopiert werden darf (Datenschutz²⁷) und im Original keine Markierungen vorgenommen werden können, wäre jedoch die analytische Textarbeit streng nach der klassi-

²⁷ Die Übermittlung personengebundener Daten zu Forschungszwecken ist in § 476 StPO geregelt. Demgemäß wird die Einsichtnahme in Straftaten von den Staatsanwaltschaften nur dann genehmigt, wenn gewährleistet ist, dass die umfangreichen Vorschriften zum Datenschutz (insbesondere § 476 Abs. 5-8 StPO) eingehalten werden.

schen Methode nur unter extremen Aufwand möglich. Es wurde daher eine vereinfachte Variante entwickelt, um die Textdurchsicht und die Erfassung der Inhalte zu erleichtern. Die Grundlage bilden zwei Arbeitsfragen, die bei positiver Antwort dazu führen, dass die betreffenden Textstellen auf ihre inhaltliche Dimension hin analysiert und bewertet werden. Das Ergebnis wird tabellarisch erfasst und mit einem Kernzitat versehen.

Als Arbeitsfragen wurden formuliert:

1. Gibt diese Textstelle Aufschluss über Faktoren, die unmittelbar zur Auslösung der Tat beitragen?
2. Gibt diese Textstelle Aufschluss über Faktoren oder Bedingungen, die zum Verständnis der Tat beitragen?

Die inhaltliche Analyse erfolgte über deduktive und induktive Verdichtung der in den Textstellen enthaltenen Informationen zu handlungsrelevanten Faktoren oder Bedingungen. Dazu wurde ein vorgefertigtes Kodierungssystem genutzt, das aus den bisherigen Befunden zu tatauflösenden Faktoren und tatföordernden Bedingungen (vgl. 3.1 und 3.2.2) zusammengestellt wurde. Während der Erhebungsphase wurde das System fortlaufend angepasst. Die endgültige und komplette Fassung befindet sich im Anhang dieser Arbeit. Tabelle 1 zeigt das verwendete Kodierungssystem in vereinfachter Form am Beispiel der unmittelbar tatauflösenden Faktoren.

Tatauflösende Faktoren: Definition	Ausprägung (<i>Ankerbeispiel</i>)
Affektgeladene Situation Emotionen, die eine Situation hervorruft, werden intensiv erlebt und als sehr stark ausgeprägt beschrieben.	Ärger/Wut (<i>Ich hatte solche Wut!</i>) Angst (<i>Ich hatte Panik.</i>) Verzweiflung/Niedergeschlagenheit (<i>Ich wusste nicht mehr ein noch aus.</i>)
Überforderungserleben Die subjektive Bewertung der Situation ergibt zu hohe Anforderungen und keine geeigneten Handlungs- bzw. Lösungsmöglichkeiten.	Überflutung (<i>Ich fühlte mich der Situation völlig ausgeliefert.</i>) Überforderung (<i>Das war mir einfach zu viel. Ich wusste nicht, was ich tun sollte.</i>) Beanspruchung (<i>Das hat mir schon zu schaffen gemacht. Ich wusste nicht, wie ich damit umgehen sollte.</i>)

<p>Impulskontrolle</p> <p>Fähigkeit, in eigene Handlungsansätze steuernd und regulierend einzugreifen, d.h. Handlungsabsichten zu verwerfen oder begonnene Handlungen abzubrechen.</p>	<p>teilweise noch vorhanden (<i>Ich habe erst gezögert. / Dann habe ich erst mal aufgehört.</i>)</p> <p>nicht vorhanden (<i>Ich konnte nicht aufhören. / Ich war nicht mehr bei mir. / Ich habe völlig die Kontrolle über mich verloren.</i>)</p>
---	---

Tab. 1: Auszug aus dem verwendeten Kodierungssystem (nur tatauflösende Faktoren)

Als zentraler Bezugspunkt für die Aktenanalyse wurde wegen der räumlichen Nähe der Freistaat Sachsen ausgewählt. Die vom Staatsministerium für Justiz und Europa sowie vom Generalstaatsanwalt eingeholte Zustimmung und Unterstützung für das Forschungsanliegen versprach eine unkomplizierte Zusammenarbeit mit den einzelnen Staatsanwaltschaften. Dies stellte sich jedoch als Fehlannahme heraus. Nach einer aufwändigen Recherche von Fällen der Kindstötung und der entsprechenden Aktenzeichen wurden die vier dafür zuständigen Staatsanwaltschaften angeschrieben. Zwei davon lehnten die Unterstützung des Forschungsanliegens aus unterschiedlichen Gründen ab und eine bestätigte lediglich den Eingang des Antrags auf Akteneinsicht, ohne eine weitere Bearbeitung des Bewilligungsgesuchs einzuleiten. Letztendlich signalisierte nur eine einzige Staatsanwaltschaft ihre Kooperationsbereitschaft und stellte 9 Straftaten zur Verfügung. Auf weitere Anträge in anderen Bundesländern musste wegen des für diese Untersuchung vorgegebenen, engen zeitlichen Rahmens verzichtet werden. In Anbetracht dessen, dass auch einige international anerkannte Studien zu Tötungsdelikten an Kindern auf sehr kleinen Fallzahlen basieren (z.B.: Bourget & Bradford 1990 / 9 Fälle, Putkonen et al. 1998 / 7 Fälle, Stanton et al. 2000 / 6 Fälle) und wegen des überwiegend explorativen Charakters dieser qualitativen Untersuchung wurde die Analyse trotz der geringen Anzahl zur Verfügung gestellter Akten durchgeführt. Es entfällt jedoch eine statistische Prüfung auf signifikante Unterschiede der zu vergleichenden Gruppen hinsichtlich der einzelnen erhobenen Merkmale. Die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse trägt folglich rein deskriptiven Charakter und der Wert gewonnener Erkenntnisse kann nur als hinweisgebend verstanden werden.

6. Ergebnisse

Für die Auswertung standen 9 Straftaten zur Verfügung. Dabei handelte es sich in 3 Fällen um Neonatizid. Die anderen Kindstötungen lassen sich als erweiterter Suizid, gezielte Tötung bzw. Beseitigung eines unerwünschten Kindes, Tötung im Rahmen einer Kurzschlusshandlung und Tötung durch Aussetzung klassifizieren. Eine Frau tötete im Rahmen eines Suizidversuchs zwei Kinder, weshalb die Opferzahl von der Zahl der TäterInnen abweicht. Gemeinsam begangene Taten lagen nicht vor. In zwei Fällen handelte es sich um versuchte Tötungen, die in die Analyse mit einbezogen wurden, da bei Betrachtung des Tatherganges ein tödlicher Ausgang ebenso wahrscheinlich hätte sein können.

6.1 Soziodemographische Daten

Im Folgenden werden die zentralen soziodemographischen Merkmale der Täter und Opfer dargestellt. Ein statistischer Vergleich der Neonatizide mit den anderen Fällen der Kindstötung erübrigt sich aufgrund der geringen Fallzahl.

Alle TäterInnen waren deutscher Herkunft, die überwiegende Mehrheit war weiblichen Geschlechts. Bis auf einen Fall, bei dem ein Mann das Kind seiner Partnerin tötete, handelte es sich bei den Opfern immer um die leiblichen Kinder. Die Neonatizid-Täterinnen waren alle sehr jung (17, 18 und 19 Jahre), während das Alter der TäterInnen in den anderen Fällen sich zwischen 22 und 38 Jahren bewegte. Neben dem offiziellen Familienstand, der bei den meisten ledig war, wurde die Art des Zusammenlebens erfasst. Die meisten TäterInnen lebten zusammen mit ihrer Partnerin/ ihrem Partner, also in einer Lebensgemeinschaft. Dass zwei von den Neonatizid-Täterinnen noch bei ihren Eltern wohnten, hängt sehr wahrscheinlich mit deren jungen Alter zusammen. Ausschließlich in Fällen anderer Formen der Kindstötung kam es vor, dass Kinder des aktuellen Partners getötet wurden. Bis auf zwei Kinder waren die Opfer unter 6 Jahre alt, einschließlich der Neugeborenentötungen waren 6 der 10 Kinder jünger als 1 Jahr. Die Verteilung auf die einzelnen soziodemographischen Merkmale ist in der nachfolgenden Tabelle (Tab. 2) zusammengefasst dargestellt.

	Neonazid (N=3)	Andere Formen der Kindstötung (N=6)
Täter (N=9)		
Geschlecht:		
weiblich	3	4
männlich	0	2
Alter zum Tatzeitpunkt (MW) Verteilung der Einzelwerte	18 Jahre 17, 18, 19	29 Jahre 22, 25, 26, 28, 37, 38
Deutsche Staatsangehörigkeit	3	6
Familienstand:		
ledig	3	3
verheiratet	0	2
geschieden	0	1
Lebensform:		
allein oder Alleinerziehend	0	2
Lebensgemeinschaft/Familie bei den Eltern	1 2	4 0
Opfer (N=10)		
Geschlecht:		
weiblich	1	4
männlich	2	3
Alter zum Tatzeitpunkt:		
< 24 Stunden	3	0
1 Tag bis < 1 Jahr	0	3
1 bis < 6 Jahre	0	2
6 bis < 10 Jahre	0	2
Leibliches Kind des Täters/ der Täterin?		
ja	3	6
nein	0	1
Leibliches Kind des aktuellen Partners / der Partnerin?		
ja	0	5
nein	2	1
ohne Partner	1	1

Tab. 2: Soziodemographische Merkmale nach Fallgruppen (Neonazid versus andere Formen der Kindstötung)

6.2 Fallbeschreibungen

Die untersuchten Fälle sind sowohl innerhalb der Gruppe der Neonatizide als auch im Bereich der anderen Kindstötungen recht unterschiedlich gelagert. Lediglich die Tötungen im Rahmen von Suizidversuchen weisen hinsichtlich der Entstehung des Tatimpulses gewisse Ähnlichkeiten auf. An der Verschiedenartigkeit der Neonatizidfälle lässt sich erkennen, dass es sich auch hierbei keinesfalls um ein einheitliches Tatmuster handelt. Sowohl Hintergründe und Tatbedingungen als auch Tatabläufe und Tatintention können in dem abgegrenzten Deliktsbereich der Neugeborenentötung stark variieren.

Nachfolgend werden zum Zwecke der Nachvollziehbarkeit und zum besseren Verständnis der Analyseergebnisse die untersuchten Fälle beschrieben. Dabei wird zunächst immer eine grobe Fallskizze vorgelegt. Im Anschluss daran werden die wesentlichen Rahmenbedingungen dargestellt, vor deren Hintergrund sich die Tat verstehen und einordnen lässt.

Fall 1 (Kindstötung im Rahmen eines Suizidversuchs)

Während ihr Mann zur Arbeit außer Haus ist, tötet die Frau ihre beiden kleinen Kinder, die gerade Mittagsschlaf halten, indem sie sie mit dem Kopfkissen erstickt. Anschließend versucht sie, sich selbst das Leben zu nehmen. Sie trinkt ein schädliches Mittel, erbricht dieses jedoch. Dann inhaliert sie Feuerzeuggas, von dem sie benommen wird. Als ihr Mann nach Hause kommt, sagt sie, was sie getan hat, springt aus dem Fenster und wird mit schweren Knochenbrüchen ins Krankenhaus eingeliefert.

Die arbeitslose Frau war hauptverantwortlich für die Kinder und die Haushaltsführung. Das Verhältnis zu ihrem Ehemann war nicht unbelastet. Nach Geburt der Kinder kümmerte er sich immer weniger um die Familie, sondern verbrachte seine Freizeit fast ausschließlich am Computer. Die Frau trennte sich daher von ihm und zog mit den Kindern aus. Nach einigen Monaten fanden Frau und Mann aber wieder zueinander, da der Mann seine Computersucht in den Griff bekommen hatte. Sie zogen wieder zusammen, was jedoch zu einer finanziell angespannten, mit Schulden verbundenen Lage führte. Das Gehalt des Mannes war nicht hoch und er gab nur wenig davon in die Familienkasse. Die Frau be-

stritt daher mit ihrem knapp bemessenen Arbeitslosengeld die Ausgaben für das tägliche Leben, die Miete und Schuldenabzahlung fast ausschließlich allein. Am Monatsende fehlte es dadurch oft an Geld für das Notwendigste. Die Frau traute sich jedoch nicht, mit ihrem Mann darüber zu reden, da sie aufgrund von negativen Vorerfahrungen die Auseinandersetzung mit ihm fürchtete. Als ein neuer Bescheid vom Arbeitsamt einging, der deutlich niedrigere Zuwendungen ankündigte und zudem noch eine Rückzahlungsaufforderung enthielt, brach für die Frau alles zusammen. Sie sah keinen Ausweg mehr, befürchtete, dass die Kinder hungern müssten und beschloss in ihrer Verzweiflung, sich und den Kindern das Leben zu nehmen.

Fall 2 (Neonazid)

Wegen anhaltender Bauchschmerzen nimmt eine junge Frau in der Nacht ein Bad, um Entspannung zu finden. Stattdessen kommt es in der Wanne zu einer Sturzgeburt. Als das Kind zu schreien beginnt, hält sie ihm Mund und Nase zu, damit es still ist und der schlafende Freund nichts davon mitbekommt. Als sie bemerkt, dass sie das Neugeborene getötet hat, wickelt sie es in ein Handtuch, verpackt es in mehrere Plastiktüten und verstaut alles in ihrem alten Rucksack, den sie wieder an den gewohnten Platz unter der Küchenbank stellt. Durch Zufall wird sie einige Wochen später von der Polizei aufgespürt, die gerade in einem anderen Neonazid-Fall ermittelt. Sie gesteht ihre Tat und die überraschten Beamten finden anhand ihrer Angaben das tote Baby.

Die junge Frau hatte sich aus dem lieblosen und in mehrfacher Hinsicht überfordernden Verhältnis zu ihrer Mutter befreit, indem sie in eine intime Beziehung zu ihrem Ziehvater floh, welcher wie sie unter dieser herrischen Frau zu leiden hatte. Nachdem er ausgezogen war, folgte sie ihm kurze Zeit später. Trotz eigener Wohnung hielt sie sich immer häufiger bei ihm auf, da er für sie der einzige Mensch war, dem sie vertraute und von dem sie die ersehnte Liebe und Zuneigung bekam. Als sie nach einem einmaligen Seitensprung schwanger wurde, bemühte sie sich zunächst um eine Abtreibung, verpasste aber wegen anstehender Prüfungen in der Berufsschule den Termin. Danach wusste sie nicht weiter, konnte und wollte die Schwangerschaft ihrem einzigen Vertrauten nicht offenbaren, weil sie zu große Angst hatte, ihn dadurch zu verlieren. Sie

war gewohnt, ihre Probleme allein zu lösen. Diesmal war sie aber völlig überfordert und verdrängte daher die Gedanken an ihre Schwangerschaft, immer in der Hoffnung, es werde sich schon noch eine Lösung finden. Sie hatte über Adoption nachgedacht und auch daran, sich für die Entbindung bei einer Klinik anzumelden. Die Geburt kam jedoch einige Wochen zu früh, sodass sie die ersten Anzeichen fehldeutete und dann insgesamt völlig überrascht wurde.

Fall 3 (Neonatizid)

Eine Jugendliche bringt tagsüber im Badezimmer ihrer Eltern allein ein Kind zur Welt und legt dieses in Handtücher gewickelt in ihr Bett, ohne sich weiter um das Neugeborene zu kümmern. Am nächsten Tag bittet sie ihre Mutter darum, die schmutzige Wäsche aus ihrem Zimmer zu holen und zu waschen. Danach geht sie aus dem Haus und zur Schule. Die Mutter findet in der Wäsche den toten Säugling. Das Neugeborene war inzwischen erstickt. Nach Verständigung des Vaters holt dieser seine Tochter von der Schule ab und bringt sie sowie das tote Kind ins Krankenhaus. Dort wird die Jugendliche notoperiert, da die Nachgeburt noch nicht erfolgt war.

Weder die Eltern noch andere Personen hatten die Schwangerschaft der Jugendlichen bemerkt. Sie selbst ahnte nur, dass sie schwanger sein könnte. Ein frühzeitiger Besuch bei der Frauenärztin erbrachte aber keinen Befund und die Monatsblutungen traten weiterhin regelmäßig auf, wenn auch schwächer als sonst. Die Gewichtszunahme schob sie auf die Nebenwirkung von Medikamenten, die sie nach einem Unfall einnehmen musste. Als die ersten Wehen einsetzten, deutete sie diese falsch und blieb wegen Bauchschmerzen zu Hause, wo sie letztlich von der Geburt überrascht wurde.

Fall 4 (Kindstötung im Rahmen eines Suizidversuchs)

Eine alleinerziehende Mutter möchte sich das Leben nehmen und ihr Kind nicht allein zurück lassen. Die Frau schluckt zahlreiche verschiedene Tabletten, lässt auch ihre Tochter etliche davon einnehmen. Danach legt sie sich zu ihr ins Bett. Am Morgen werden beide gefunden. Die Mutter kann gerade noch gerettet werden, ihre Tochter hingegen ist bereits tot.

Die Frau stand schon seit langer Zeit unter großer Belastung. Ihre Tochter litt an einer sich zunehmend verschlimmernden epileptischen Krankheit, in deren Folge irreversible Hirnschäden auftraten. Das Mädchen war geistig behindert und stark verhaltensauffällig. Die Mutter liebte ihr Kind dennoch sehr und kümmerte sich aufopferungsvoll um das schwierige Mädchen, das daher auch sehr stark an ihr hing. Mit fortschreitender Erkrankung wurde es jedoch immer belastender, sich mit dem Kind in der Öffentlichkeit oder im Freundeskreis zu zeigen, denn das aggressive Verhalten des Kindes stieß auf starke Ablehnung und Unverständnis. Daher zog sich die Frau mit ihrer Tochter immer mehr zurück. Nach einer äußerst negativen Prognose der Ärzte für die Entwicklung des Kindes und nach einem außergewöhnlich schlimmen Anfall in der Öffentlichkeit sah die inzwischen fast vollständig isolierte Frau für sich keinen Ausweg mehr, als aus dem Leben zu gehen. Als sie das Kind nach ihr rufen hört, beschließt sie, es mit in den Tod zu nehmen.

Fall 5 (Neonatizid)

Eine junge Frau begibt sich im Winter aus dem Haus ihrer Eltern. Unter einer Eisenbahnbrücke bringt sie ihr Kind zur Welt. Sie säubert es und legt es dick eingewickelt in Nähe der Gleise ab. Am nächsten Tag wird das Neugeborene dort von Spaziergängern tot aufgefunden.

Das Elternhaus der jungen Frau ist stark religiös geprägt. Es wird nach der Bibel gelebt. Als sie sich diesen Vorgaben widersetzte und zu ihrem nicht-religiösen Freund zog, entsagte ihr die Familie jedwede Unterstützung. Ihre Beziehung scheiterte jedoch. Von der Trennung stark mitgenommen gab sie ihre angefangene Ausbildung auf und zog notgedrungen zurück ins Elternhaus. Irgendwann stellte sie fest, dass ihre Regelblutung hin und wieder ausbleibt. Sie ahnte eine Schwangerschaft, konnte sich jedoch nicht überwinden, mit ihren streng-gläubigen Eltern darüber zu sprechen. Aufgrund von Vorerfahrungen mit unregelmäßigen Zyklen und ärztlichen Empfehlungen ignorierte sie die Anzeichen der Schwangerschaft und hoffte, dass sich das Problem mit Einnahme der damals verschriebenen Pille lösen würde. Mit Einsetzen der Wehen erkannte sie, dass es sich doch um eine Schwangerschaft handelte und die Geburt unmittelbar bevor stand. Aus Angst vor Entdeckung und der Reaktion ihrer Eltern

verließ sie das Haus. Nach der Geburt des Kindes regten sich in ihr mütterliche Gefühle und sie sah als Ausweg nur die Flucht vor den Eltern. In der Absicht, es später abzuholen, legte sie das Kind im Freien ab. Zu Hause fühlte sie sich jedoch stark geschwächt. Zudem waren die Eltern bald wach, wollten aber am Nachmittag zu Besuch fahren. Unruhig wartete die junge Frau so lange, aber als die Eltern weggegangen waren, musste sie feststellen, dass ihr Kind bereits tot aufgefunden wurde. Ihre Angst wurde nun noch größer und deshalb hielt sie sich bedeckt. Erst Wochen später konnte der Fall aufgeklärt werden.

Fall 6 (gezielte Kindstötung / Mord)

Nach einer der zahlreichen Auseinandersetzungen mit der Lebensgefährtin über seinen Alkoholkonsum und seinen schroffen Umgang mit ihrem Kind, kündigt die Frau ihm die Trennung an. Er verlässt das Haus, kommt nach einiger Zeit zurück und tötet das Kind der Partnerin, indem er es würgt und Mund und Nase zuhält. Danach weckt er die Frau und sagt, dass etwas mit dem Kind nicht in Ordnung sei. Er täuscht Wiederbelebungsversuche vor und verhält sich im Beisein des von der Lebensgefährtin gerufenen Rettungsdienstes wie ein sich sorgender Vater. Später kümmert ihn der Tod des Kindes und der Kummer der Partnerin wenig, sondern er ist nur noch darum besorgt, dass ihm der Tod nicht angehängt werde. Die Tat hat er nie zugegeben.

Der Mann war alkoholabhängig und schon mehrfach wegen Körperverletzung vorbestraft. Er distanzierte sich von seiner Partnerin zunehmend, weil diese seinen Ansprüchen nicht gerecht wurde und sich mehr um ihr behindertes Kind bemühte als um ihn. Nachdem sie aufgrund seiner Trinkgewohnheiten sämtliche Intimkontakte zu ihm eingestellt hatte, begegnete er ihr mit wachsender Eifersucht. Seinen Frust bekämpfte er mit Alkohol. Das Kind der Partnerin hatte immer mehr unter ihm zu leiden. Aus kleinstem Anlass brüllte er es an, beschimpfte es oder schlug es. Gegenüber seinen Kumpels brachte er regelmäßig seinen Hass auf den Jungen und seine Verachtung zum Ausdruck. Mit der Tötung des Kindes konnte er sich an der Partnerin rächen und gleichzeitig die vermeintliche Ursache für seine Beziehungsprobleme beseitigen.

Fall 7 (Kindstötung im Rahmen einer Kurzschlusshandlung)

Nach einem Streit mit dem Freund hält eine junge Frau ihrem Baby Mund und Nase zu, sodass es fast erstickt. Als sie bemerkt, was sie getan hat, ruft sie den Notarzt. Die Wiederbelebungsversuche sind erfolgreich, das Kind verstirbt jedoch einige Tage später im Krankenhaus aufgrund von Hirnschäden, die infolge des Sauerstoffmangels eingetreten waren.

Das Leben und auch die Beziehung der jungen, stark sehbehinderten Frau war geprägt von Abhängigkeit und Herabwürdigung. Ihre Bedürfnisse, Ansichten und Meinungen wurden wie in der Kindheit und in früheren Beziehungen auch vom aktuellen Freund völlig missachtet. Wenn sie es dennoch wagte, für sich einzutreten, kam es zu heftigem Streit. Bisweilen machte sie dabei ihrem Unmut auch durch impulsive Handlungen Luft. Die finanzielle Lage war äußerst kritisch und wurde durch das bizarre Verhalten des Freundes, der immer wieder unnötige Dinge auf ihren Namen bestellte, verschärft. Nach der Geburt des gemeinsamen Kindes verschlimmerte sich die Situation noch mehr, denn der Freund nötigte sie immer rücksichtsloser zum Geschlechtsverkehr. Einmal vergewaltigte er sie sogar. Da die Frau sich ihm nicht gewachsen fühlte und Angst vor ihm hatte, suchte sie andere Ventile, um ihren wachsenden Druck abzubauen. In diesem Zusammenhang versuchte sie zweimal, ihr Kind zu ersticken. Danach erschrak sie vor sich selbst und wollte sich bei der Polizei anzeigen, nahm dann aber auf Drängen des Freundes wieder davon Abstand. Am Tag hatte sie erneut sehr starken inneren Druck aufgebaut. Während sie fernschaute, überkam sie der Gedanke, ihr Kind zu töten und sie gab diesem Impuls nach.

Fall 8 (versuchte Kindstötung im Rahmen eines Suizidversuchs)

Eine Frau fährt mit ihrem Baby in den Wald und entzündet im Innern des Wagens ein Feuer. Durch Zufall kommt ein Waldarbeiter vorbei und holt Mutter und Kind noch rechtzeitig aus dem brennenden Fahrzeug.

Seit dem Tod ihrer Mutter leidet die Frau an immer wiederkehrenden Depressionen, weshalb es schon mehrmals zu Klinikaufenthalten kam und sie dauerhaft auf Medikamente eingestellt wurde. Auf das gemeinsame Kind hatten sich die Eheleute sehr gefreut. Die Schwangerschaft verlief durchweg positiv. Nach

der Geburt musste die Frau jedoch ihre Antidepressiva absetzen, um während der Stillzeit das Kind nicht zu gefährden. Nach einigen Wochen bemerkte sie ihren Stimmungsabfall und nahm nach Rücksprache mit ihrer Ärztin die Medikamente wieder ein. Die Wirkung zeigte sich jedoch nicht schnell genug. In ihrer anhaltenden Niedergeschlagenheit entwickelte sie Suizidgedanken, die sie am Tag ziemlich spontan umzusetzen beschloss. Ihr Kind wollte sie eigentlich nicht töten, hatte es nur mitgenommen, weil sie es aufgrund der Depression nicht schaffen konnte, das Kind jemandem anzuvertrauen. Nachdem der Waldarbeiter sie und das Kind aus dem brennenden Fahrzeug geholt hatte, war sie erleichtert, ihr Kind bei jemandem zu wissen und versuchte, sich erneut in das Auto zu begeben. Dabei verbrannte sie sich und rannte ziellos in den Wald. Irgendwann fing sich der Gedanke in ihr, dass Wegrennen keine Lösung sei und sie kehrte völlig erschöpft zurück. Die Frau wurde in die Klinik eingewiesen.

Fall 9 (versuchte Kindstötung durch Aussetzen)

Ein junger Vater entführt sein wenige Wochen altes Kind aus dem Krankenhaus und legt es in einem verlassenen Waldstück ab. Nachdem der Mann von der Polizei gefunden wurde, leugnet er zunächst die Tat, räumt aber später ein, dass das Kind am Leben sei. Danach weigert er sich zu sagen, wo er das Baby hingelegt hat. Erst nachdem ihm lange und freundlich zugeredet wird, gibt er den Ort bekannt. Das Baby wird stark unterkühlt aufgefunden und in die Klinik gebracht.

Der junge, geistig zurück gebliebene Mann war schon während der Kindheit aufgrund seiner Impulsivität verhaltensauffällig. Besonders aggressiv wurde er immer dann, wenn er sich abgelehnt fühlte oder jemand ihm unliebsame Vorschriften machte. Auch seine Freundin und Mutter des gemeinsamen Kindes griff er schon häufiger an. In der Schwangerschaft trat er ihr einmal in den Bauch. Nach einer Zeit der Trennung fand die Freundin wieder zu ihm, wollte ihm als Vater des Kindes noch eine Chance geben. Einige Wochen nach der Geburt wurde das Baby für eine Spezialbehandlung stationär in der Klinik untergebracht. Er besuchte es täglich. In derselben Zeit geriet er aber zum wiederholten Male in seiner Ausbildungsstätte mit dem Gruppenleiter aneinander, worauf es die dritte und letzte Abmahnung für ihn gab. Darüber war er sehr

verärgert und begab sich in dieser Stimmung in die Klinik. In einem Moment, als er allein mit dem Kind war und die Verärgerung über die Abmahnung immer noch in ihm wühlte, erinnerte er sich plötzlich daran, dass die Mutter seiner Freundin mal gesagt hatte, er dürfe das Kind nicht sehen. Da beschloss er spontan, mit dem Baby davon zu gehen. Später fiel ihm auf, dass er überhaupt nicht wusste, wohin mit dem Kind. Erst wollte er es zu seiner Freundin nach Hause bringen, spürte aber, dass diese ihm Ärger machen würde. Daher beabsichtigte er, einen Freund aus dem Nachbardorf um Hilfe zu bitten. Er wollte aber nicht gleich mit dem Baby dort erscheinen, daher legte er das Kind an einer geschützten und verborgenen Stelle im Wald ab. Als er später von der Polizei gefasst wurde, richtete sich sein Ärger gegen die Beamten und er verhielt sich widerspenstig. Dass er dadurch das Leben seines Kindes in immer größere Gefahr brachte, kam ihm nicht in den Sinn.

6.3 Befunde zu tatauflösenden Faktoren

Die Inhaltsanalyse der Falldokumente bestätigte die angenommenen tatauflösenden Faktoren. Als solche konnten affektgeladene Situationen, Überforderungserleben und mangelnde Impulskontrolle identifiziert werden. Je nach Fall treten die Faktoren einzeln oder in verschiedenen Kombinationen auf. In zwei Fällen (6 und 9) konnte keine sichere Zuordnung erfolgen. In Fall 6 fehlten aufgrund der Nicht-Geständigkeit des Täters dokumentierte Aussagen zum Tathergang. In Fall 9 lässt sich die unmittelbar tatauflösende Situation nicht genau bestimmen, da hier eine Handlungskette vorliegt, deren Einzelschritte jeweils die Tat fördern. In Tabelle 3 ist dargestellt, welchen tatauflösenden Faktoren in den anderen Fällen festgestellt wurden.

Affektgeladene Situationen als Tatauflöser fanden sich in 5 der 9 Fälle, und zwar ausschließlich bei Neonatiziden (2, 5) und bei Kindstötungen im Rahmen eines Suizidversuchs (1, 4, 8). Auf der Ebene der Qualität der berichteten Emotionen unterscheiden sich die beiden Gruppen eindeutig. Bei Neonatizid-Täterinnen handelt es sich um massive Angst: *„Dann hatte ich solche Angst, dass es jemand mitkriegt...“* (5: 213/4/1) *„Ihre Angst sei so schlimm geworden,*

dass alles in ihr zusammengefallen sei.“ (5: 483/5/1,2)²⁸. Die Täterinnen der anderen Fälle berichten hingegen von einer ausgesprochen verzweifelten, niedergedrückten Stimmung: „Vorher habe sie völlig verzweifelt dagesessen und den Abschiedsbrief geschrieben.“ (1: 570/2/2), „...wäre sie deprimiert, am Boden zerstört gewesen.“ (4: 420/2/4).

	Neonazid	Sonstige Kindstötungen
Affektgeladene Situation	2, 5	1, 4, 8
Überforderungserleben	2, 3, 5	1, 4, 7
Mangelnde Impulskontrolle	2, 3	1, 4, 7, 8
Akute psychische Störung	2, 3, 5	1, 4, 8

Tab. 3: Nach Fällen aufgeschlüsselte Darstellung der positiven Befunde zu tatauflösenden Faktoren

Überforderungserleben wurde in 6 Fällen (1, 3, 4, 5, 7) im unmittelbaren Zusammenhang mit der Tat berichtet. Mehrheitlich wurde die Überforderung so stark empfunden, dass sie als Überflutung (das Gefühl, der Situation völlig ausgeliefert zu sein) einzustufen war. „An diesem Abend sei alles auf einmal auf sie eingestürzt. Sie habe das Gefühl der völligen Aussichtslosigkeit, Sinnlosigkeit erlebt. Es sei ‚absolut alles vorbei‘ gewesen.“ (4: 428/1/13-16) Lediglich im Fall 2 wurde dieses extreme Erleben nicht ganz so deutlich. „Das kam so plötzlich. Ich war überfordert. Ich wusste nicht, was ich machen soll.“ (2:62/3/1-3). Außer in den Fällen 6 und 9, die aus o.g. Gründen nicht kodiert werden konnten, wurde im Fall 8 keine Aussage zum Überforderungserleben gefunden. Diese Täterin handelte allerdings unter dem Einfluss ihrer akuten schweren Depression, die für sich genommen ein generell anhaltendes Gefühl des Überfordert-Seins impliziert. Insofern kann zumindest für alle Täterinnen festgestellt werden, dass dem Überforderungserleben im unmittelbar tatauflösenden Zusammen-

²⁸ Die indirekte Rede in den hier beispielhaft aufgeführten Zitaten erklärt sich über die Analyse der psychiatrischen Gutachten. Häufig werden vom Gutachter Aussagen der TäterInnen zitiert, die diese im Rahmen der Gespräche (Exploration) gemacht hatten, und diese in indirekter Rede niedergeschrieben.

hang eine bedeutende Rolle zukommt. Eine Abgrenzungsmöglichkeit des Neonatizids von anderen Kindstötungen ergibt sich darüber nicht.

Mangelnde Impulskontrolle wurde in 6 Fällen (1, 2, 3, 4, 7, 8) festgestellt. Bei zwei Täterinnen mit Suizidversuch war die Kontrolle noch nicht komplett aufgehoben. *„Sie hat mich dann auch gefragt, warum sie die [Tabletten, Erl. d. Verf.] nehmen soll. Da habe ich dann aufgehört, da habe ich ihr keine mehr gegeben.“* (4:315/1/4,5). Bei den Neonatizid-Täterinnen zeigt sich der Kontrollverlust in dissoziativer Form: *„Ich weiß nicht, ob ich [...]. Ich kann nicht sagen, wie [...]. Ich kann mich nicht mehr genau erinnern.“* (3:201/6/3-6). *„Es sei ihr alles so verschwommen vorgekommen. [...] erst dann sei ihr klar geworden, was sie gemacht habe.“* (2:647/1/18-22). In den anderen Fällen wird die Aufhebung der Kontrollfähigkeit darüber deutlich, dass die Täterinnen sich selbst ihr Handeln nicht erklären können. *„Warum weiß ich nicht. Es war eine Kurzschlussreaktion.“* (8:70/11/7-13). Ein Verlust der Impulskontrolle tritt offensichtlich bei verschiedenen Formen der Kindstötung auf, jedoch berichten nur Neonatizid-Täterinnen in Verbindung mit dem Tatgeschehen dissoziative Symptome (verschwommene Wahrnehmung oder Gedächtnislücken).

Wegen ihrer handlungsleitenden und somit auch tatauflösenden Bedeutung wurden die motivationalen Aspekte der Taten erfasst. Aufgrund mangelnder Strukturierung und inhaltlicher Überschneidungen der bisherigen Erkenntnisse zu Motiven wurde bewusst auf eine Vorgabe von Ausprägungen im Kodierungssystem verzichtet. Die Textstellen mit Angaben der TäterInnen zur Tatmotivation wurden zunächst gesammelt und erst nach der kompletten Fallanalyse auf die zentral zu Grunde liegende Motivation hin untersucht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 dargestellt.

In Fall 3 und 6 fanden sich keine Textstellen, die Rückschlüsse auf die Motivation zuließen. Fall 9 wurde wegen mehrerer Handlungsabläufe mit jeweils verschiedenen motivationalen Aspekten ausgelassen. Bei den suizidalen Täterinnen finden sich Motive mit altruistischen Zügen (dem Kind Leid ersparen wollen), wobei dies in Fall 8 allerdings nur ansatzweise zu erkennen ist. Beim Neonatizid spielt die Angst vor den Reaktionen des sozialen Umfelds und vor dem Verlust der wichtigsten Bezugsperson(en) eine entscheidende motivationale Rolle. Die Handlungen vor, während und nach der Tat richten sich bei diesen

Täterinnen auf das Ziel, die befürchtete Abkehr der Bezugspersonen von ihnen zu vermeiden.

Fall	beschreibende Textstelle	Motiv / Motivation
1	<i>„Sie habe aber ihre Kinder geliebt, diese nicht allein lassen wollen. Sie hätte denen Armut ersparen wollen.“ (1:582/2/3)</i>	den Kindern Leid ersparen
2	<i>„Das Kind habe dann allmählich begonnen zu schreien. Der H. sei zu der Zeit schon im Bett gewesen. Es sei ihr dann alles noch einmal durch den Kopf geschossen und Angst sei hochgekommen.“ (2:647/1/16-18)</i> <i>„...große Angst, dem Herrn H. etwas zu sagen, damit sie ihn nicht auch noch verliert.“ (2: 644/2/1)</i>	Aufrechterhaltung der Beziehung / Angst davor, entdeckt zu werden und vor Verlust des Partners
3	-	
4	<i>„...dass ich sie halt mitnehme, dass sie dann nicht dasteht und ich bin weg.“ (4: 421/1/17)</i>	dem Kind Leid ersparen
5	<i>„... besonders für den Vater wäre es eine riesige Schande gewesen, wenn sie ein uneheliches Kind hätte.“ (5: 463/1/7,8)</i> <i>„Sie habe auch Angst gehabt, 'wenn es raus kommt', dass dann die anderen nicht mehr mit ihr reden.“ (5: 474/3/9)</i>	Soziale Missachtung vermeiden / Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen / Angst davor, entdeckt zu werden
6	-	
7	<i>„Ich tat es, weil ich seelisch fertig war,... wegen M. Ich wollte einfach nur zeigen, wie scheiße, wie dreckig es mir geht.“ (7:45/1/1-3)</i>	Ausdruck seelischer Not / Abbau eines Aggressionsstaus
8	<i>„...habe sie J. mitgenommen, da er ja sonst hilflos gewesen sei.“ (8: 241/2/1,2)</i>	das Kind nicht allein lassen
9	-	

Tab. 4: Ableitung der Tatmotive in den einzelnen Fällen

6.4 Befunde zu tatfördernden Faktoren und Bedingungen

Über die Inhaltsanalyse wurden zahlreiche Umstände und Persönlichkeitsmerkmale gefunden, die als tatfördernde Bedingungen angesehen werden können. Bei genauerer Betrachtung handelt es sich dabei um Faktoren und Bedingungen, die Einfluss auf Wahrnehmung, emotionales Erleben und Beurteilung von Situationen, auf die Einschätzung eigener Handlungsmöglichkeiten sowie auf die individuelle Verhaltenskontrolle haben. In der nachfolgenden Tabelle (Tab. 5) sind die als tatfördernd erfassten Bedingungen sowie die Fälle, aus denen sie herausgearbeitet wurden, dargestellt.

Tatfördernde Faktoren und Bedingungen	Neonatizid	Sonstige Kindstötungen
Körperliche Erschöpfung	2, 3, 5	1
Akute psychische Störungen	2, 3, 5	1, 4, 6, 8
Belastende Lebensumstände	5	1, 4, 6, 7
Negative Kindheitserfahrungen	2	1, 6, 7, 8
Soziale Isolation	2	1, 4, 7
Problematische Bindung zum Kind	2, 3	4, 6
Negatives Selbstkonzept	2, 5	1, 4, 6, 7
Stressbewältigungsdefizite	2	1, 6, 7, 9
Problemlösedefizite	2, 5	1, 4, 6, 7, 9
Problematisches Bindungs- und Sozialverhalten	2, 5	1, 6, 7
Besondere Grundzüge der Persönlichkeit	2, 3, 5	1, 4, 6, 7, 8, 9
Frühere Diagnosen zu psychischen Störungen	-	1, 6, 8

Tab. 5: Nach Fällen aufgeschlüsselte Darstellung der Befunde zu tatfördernden Faktoren und Bedingungen

In allen Fällen fanden sich bei den TäterInnen besondere, von der Norm abweichende Grundzüge der Persönlichkeit. Sehr häufig wurden aus gutachterlicher Sicht psychische Störungen diagnostiziert, die zum Zeitpunkt der Tat vorgelegen hatten. Bei fast allen TäterInnen ließen sich Problemlösedefizite feststellen. In mehr als der Hälfte der untersuchten Fälle fanden sich Hinweise auf belastende Lebensumstände, negative Kindheitserfahrungen, Stressbewältigungsdefizite, ein negatives Selbstkonzept, und auf ein eher ungünstiges Bindungs- und Sozialverhalten. Seltener wurden soziale Isolation, eine problematische Bindung zum Kind, körperliche Erschöpfung zum Tatzeitpunkt und früher vorgelegene psychische Störungen festgestellt.

Eine Gegenüberstellung der bei Neonatizid-Fällen und bei allen anderen Kindstötungen erfassten tatfördernden Bedingungen bringt zunächst kaum Erkenntnisse zu potentiellen Abgrenzungsmöglichkeiten der beiden Fallgruppen. Die tatfördernden Bedingungen wurden daher auf ihre jeweilige Ausprägung hin untersucht, um zu prüfen, ob sich die Fallgruppen auf dieser Ebene abgrenzen lassen.

Körperliche Erschöpfung im Sinne eines Mangels an körperlicher Kraft und Funktionstüchtigkeit lag bei allen Neonatizid-Täterinnen und bei einer suizidalen Täterin (Fall 1) zum Tatzeitpunkt vor. Die zuletzt genannte Frau berichtete von anhaltenden Magenproblemen, die aber im Hinblick auf körperliche Erschöpfung in ihrer Ausprägung nur als Irritation eingestuft werden konnten. In den Neonatizid-Fällen hingegen beschrieben die Täterinnen eine deutliche bis extreme Beeinträchtigung ihrer körperlichen Kräfte: *„Sie sei hundemüde, wie weggetreten gewesen.“* (3:239/1/14)

Bei allen Neonatizid-Täterinnen und nur bei diesen wurde für den Tatzeitpunkt die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion gestellt. In den Fällen mit suizidalem Hintergrund (1, 4, 8) finden sich die Diagnosen Depression und Anpassungsstörung. Außerdem wurde bei dem Täter in Fall 6 eine Alkoholabhängigkeit registriert. In den übrigen Fällen lag keine **akute psychische Störung** vor.

Als **belastende Lebensumstände** wurden alle außerhalb der Person liegenden Belastungen, die die alltägliche Lebensführung dieser Person nicht nur kurzzeitig beeinträchtigen, erfasst. In der Fallanalyse wurden finanzielle Schwierigkeiten, Beziehungsprobleme und die besondere Belastung durch einen Pflege-

fall festgestellt. Dabei traten die ersten beiden Bereiche in zwei Fällen (1, 7) kombiniert auf: „So kam es dann dazu, dass am Monatsende oft kein Geld mehr da war und der M. [Lebensgefährte, Erl. d. Verf.] von Freunden Geld borgen musste.“ (7:40/3/1-5) „Jedes Mal, wenn ich versucht hatte, ihn zur Rede zu stellen, oder eine andere Meinung hatte, machte er mich fertig und schrie mich an.“ (7: 40/1/1-7). Unter den Neonatizid-Täterinnen befand sich nur eine Frau (5), die die Trennung von ihrem Freund nicht bewältigt hatte: „Die Trennung habe ihr weh getan. [...] Das hätte ‚wahnsinnig weh‘ getan, tue ‚heute immer noch weh‘.“ (5: 467/2-4)

Mit **sozialer Isolation** wird beschrieben, dass einer Person kein ausreichendes soziales Netzwerk zur Verfügung steht. Eine stark ausgeprägte Isolation zeigte sich in Fall 4: „Sie habe jedoch niemanden gehabt, hätte sich allein gelassen gefühlt, obwohl sie immer für andere dagewesen wäre. ... Andere seien mit ihrem Hund in den Wald gegangen, sie mit L. [die Tochter, Erl. d. Verf.]“ (4: 425/3/1-6). Es besteht kein soziales Netz, das Rückhalt bieten könnte. Die soziale Umgebung wirkt vielmehr als Belastung. Bei den drei anderen Täterinnen lässt sich die sozial isolierte Position als Zurückgezogenheit beschreiben. Das soziale Netz ist auf nur einen Bezugspunkt (Lebenspartner oder Eltern) reduziert: „Außerdem habe sie keinen anderen [als den Ehemann, Erl. d. Verf.] gehabt, um sich auszusprechen.“ (1: 583/3/6). In ähnlicher Weise beschreibt auch eine Neonatizid-Täterin ihre Sozialkontakte: „... über all ihre Probleme habe sie nur mit ihrem Freund reden können. ... Zwischenmenschliche Kontakte habe sie nur zu Herrn H. [ihr Freund, Erl. d. Verf.] gehabt. Sie habe kaum noch Freundinnen gehabt ...“ (2: 643/2/16, 2:644/1/17,18).

Erfahrungen und Erlebnisse in der Kindheit, die Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung haben, insbesondere auf das emotionale Bindungsverhalten, die Ausbildung von Problemlösefähigkeiten und Stressbewältigungsmuster, wurden unter der Kategorie **negative Kindheitserfahrungen** erfasst. Traumatische Erfahrungen und kritische Lebensereignisse wurden von vier Täterinnen berichtet (1, 6, 7, 8). Dabei handelte es sich in allen vier Fällen um den Verlust eines Elternteils durch Tod oder Trennung. In Fall 7 kamen noch Missbrauchserlebnisse hinzu: „Das seien insgesamt drei Männer gewesen, die 'an mir rumgefummelt' haben.“ (7: 351/3/1-6). Drei Täterinnen berichteten, dass sie in ihrer Kindheit weder Liebe und Zuneigung, noch Anerkennung von den Eltern erhal-

ten haben: „Eine *eigentliche Bezugsperson* habe sie in ihrer Kindheit nicht gehabt. *Liebevolle Zuwendung und Geborgenheit* habe sie im Elternhaus zu keinem Zeitpunkt erlebt.“ (7: 356/4/3-5) Eine solche emotionale Deprivation wird nur bei einer Neonatizid-Täterin festgestellt: „...*ihre Mutter habe ihr nie gezeigt, dass sie sie möge und dass sie ihr wichtig sei.*“ (2:290/7/2).

Eine **problematische Bindung zum Kind** lag vor, wenn sich die Beziehung zum Kind nicht an den kindlichen Bedürfnissen orientierte oder diesen nicht gerecht wurde. In den Fällen 1, 8 und 9 fanden sich keine Aussagen, die auf eine problematische Bindung zum Kind schließen lassen konnten. In den drei Neonatizid-Fällen (2, 3, 5) lag keine Bindung zum Kind vor. Die Frauen hatten ihre Schwangerschaft verdrängt und konnten somit keine vorgeburtliche Bindung zu dem in ihnen heranwachsenden Kind aufbauen. Allerdings berichtete eine der Täterinnen, dass sich in ihr beim Anblick des Kindes Muttergefühle regten. Auch ihre anschließende Sorge um das Kind, das sie im Freien liegen gelassen hatte, um später mit ihm fliehen, weisen darauf hin, dass positive Gefühle für das Kind im Vorfeld der Tat nicht ausgeschlossen sein müssen. Problematische Bindungen konnten nur noch bei zwei anderen TäterInnen (4, 6) festgestellt werden. In Fall 4 zeigt sich eine sympiotische Bindung, die dadurch gekennzeichnet ist, dass alles dem Wohlergehen des Kindes untergeordnet wird: „*Sie habe nur noch für die Kleine gelebt ... habe sie ,abgöttisch geliebt.*“ (4:416/2/7,8). Bei dem Täter in Fall 6 liegt eine distanzierte Bindung vor, die von deutlicher Abneigung und Ablehnung des Kindes geprägt ist: „*Der Vogel kotzt mich an.*“ (6:470/4/6).

Hinweise auf ein **negatives Selbstkonzept** wurden bei sechs TäterInnen gefunden. Eine definitionsgemäß negative Einstellung zu sich selbst und den eigenen Fähigkeiten in der Auseinandersetzung mit der Umwelt zeigte sich über die berichteten Minderwertigkeitsgefühle, die generelle Selbstunsicherheit und eine allgemeine Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben. Zwei der suizidalen Täterinnen (1, 4) wiesen alle genannten Ausprägungen auf, was mit Blick auf die Rahmenhandlung (Suizidversuch) nicht überrascht. Unter den Neonatizid-Fällen befanden sich zwei Frauen (2, 5) mit einem negativen Selbstkonzept. Im Ergebnis der im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durchgeführten Persönlichkeitstests wurde die Selbstunsicherheit dieser Frauen deutlich, die sich als: „*gehemmt, unsicher und eher etwas erschwert kontaktaufnehmend*“

(5:476/3/1) beschreiben ließen. Besonders ausgeprägte Minderwertigkeitsgefühle lagen in Fall 2 vor: *„Sie habe häufig von den Menschen das Gefühl bekommen, dass sie schlechter sei als andere.“* (2: 649/2/2) *„...fühlt sich im Vergleich zu anderen als minderwertig und hat Sorge von anderen kritisiert oder abgelehnt zu werden.“* (2:650/1/14).

Als **Stressbewältigungsdefizite** wurden solche Angaben klassifiziert, die darauf hinwiesen, dass die Person bei Anforderungen, Problemen und Konflikten leicht in Stress verfällt bzw. diesen langfristig nicht erfolgreich abzubauen vermag. Defizite dieser Art zeigten sich vor allem in emotionaler Labilität. In vier Fällen (1, 6, 7, 9) reagierten die TäterInnen häufig bereits bei kleineren Unstimmigkeiten und Problemen stark emotional: *„Sie sei bei jedem bisschen so sehr aufgeregt gewesen.“* (1:573/1/9). Drei dieser TäterInnen (6, 7, 9) hatten außerdem Schwierigkeiten im Umgang mit Kritik oder Ablehnung. Ihre geringe Frustrationstoleranz zeigt sich in leicht hervorzurufenden aggressiven Verhaltensweisen: *„Er raste, wenn ihm etwas nicht passe, schnell aus.“* (9: 151/3/3). *„... hätte dann eben ‚die Schnauze voll gehabt‘.“* (9:162/3/1-5). Langfristig gesehene erfolglose Versuche, das Erleben von Belastungen erträglich zu machen, wurden als emotionszentrierte Stressbewältigung interpretiert. Dabei fielen vor allem Verhaltensmuster auf, die eine Verdrängung der Probleme förderten: *„... dass er sich dann zurückgezogen und ‚gesoffen‘ habe. Das sei die einfachste Lösung gewesen.“* (6:481/1/8,9). Nur bei einer Neonatizid-Täterin konnten ähnliche Bewältigungsmuster festgestellt werden: *„Ihre Probleme habe sie meist mit sich selbst ausgemacht. Sie habe oft im Zimmer gesessen und geheult.“* (2:644/1/3,4). *„Sie habe ganz normal weitergeraucht, weil sie durch das Rauchen die Probleme besser vergessen konnte.“* (2:647/1/4).

Bei fast allen TäterInnen wurden **Problemlösedefizite** festgestellt. Für Schwierigkeiten bei der Suche nach geeigneten Lösungen von Problemen sprachen ungenügende intellektuelle Fähigkeiten und mangelnde Kommunikationsfähigkeit von Problemen. Eher niedrige Intelligenzleistungen wurden nur in zwei Fällen (1, 9) festgestellt. Schwierigkeiten, mit anderen Menschen über die eigenen Probleme zu sprechen, hatten zwei Neonatizid-Täterinnen (2, 5) und zwei suizidale Frauen (1, 4): *„Ihre Probleme habe sie meist mit sich selber ausgemacht.“* (2: 644/1/3). *„Sie hätte damals auch nicht gewusst, wie es weitergehen sollte, [...] aber keine Hilfe angefordert. [...] Reden wäre ohnehin nicht ihre*

Sache.“ (1: 579/3/16,18). Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Lösungen wurden anhand mangelnder Entscheidungsfähigkeit deutlich. Der nicht lösungsorientierte Umgang mit Problemen zeigte sich in Form von Verdrängung und dem Aufrechterhalten einer Fassade. Die genannten Ausprägungen fanden sich insbesondere bei den Neonatizid-Täterinnen (2, 5) und vereinzelt auch in drei anderen Fällen (4, 6, 7). „*Sie habe es nicht geschafft, zu Frau D. zu gehen und einen Krankenhaustermin auszumachen. Sie sei mit ihren Gedanken nicht klargekommen.*“ (2: 646/1/15,24,25) „*Sie habe alles immer wieder verdrängt, nicht weiter daran gedacht. [...] hätte das Ganze gefühlsmäßig nicht an sich rangelassen.*“ (5:469/4/1, 5:472/4/1). „*Nach außen habe sie sich nichts anmerken lassen.*“ (2: 644/1/5).

Ein **problematisches Bindungs- und Sozialverhalten**, das durch die Unfähigkeit gekennzeichnet ist, sich in sozialen Situationen angemessen zu verhalten, wurde in verschiedensten Ausprägungen festgestellt. Die Art der Beziehungsgestaltung ließ bei einigen Täterinnen (1, 2, 7) auf Schüchternheit und Abhängigkeit schließen: „*Sie habe immer allein dagestanden, sei ein Außenseiter gewesen.*“ (1:577/4/3-8), „*...Introvertiertheit, Hemmung, Unsicherheit ...*“ (1: 589/2/2), „*... eine ausgeprägte Abhängigkeit in der Beziehungsgestaltung, welche es ihr bedeutsam erschwerte, angemessene Ansprüche anzumelden und auch durchzusetzen.*“ (7: 360/2/1). Verlustängste fanden sich vor allem bei Neonatizid-Täterinnen: „*Sie habe große Angst, dem Herrn H. etwas zu sagen, damit sie ihn nicht auch noch verliere.*“ (2: 645/2/2). Ein von Selbstsüchtigkeit und Dominanz geprägtes Bindungs- und Sozialverhalten fand sich bei einem Täter (6): „*... er sei eifersüchtig gewesen [...] hätte es nicht ertragen können, nicht an erster Stelle zu stehen.*“ (6: 474/2/15), „*Zu Tätlichkeiten sei es nicht gekommen, das wäre vielleicht sein Fehler. Von anderen hätte die schon längst die Fresse voll erhalten.*“ (6: 485/1).

Besondere Grundzüge der Persönlichkeit fanden sich bei allen TäterInnen. Erfasst wurden mindestens von der Norm abweichende Persönlichkeitsmerkmale, die im Zusammenhang mit der Schuldfähigkeitsbegutachtung diskutiert wurden. Ausschließlich Neonatizid-Täterinnen (2, 5) fielen als ängstlich-vermeidende Persönlichkeiten auf. In den anderen Fällen wurden bei den Täterinnen zwanghafte, depressive oder unsicher-abhängige Persönlichkeitszüge fest-

gestellt. Die beiden (männlichen) Täter (6, 9) hingegen wurden als impulsiv beschrieben.

In nur drei Fällen lagen Informationen zu **psychischen Störungen** vor, die in der Vergangenheit diagnostiziert worden waren. Hierbei handelte es sich zweimal um Depression (1, 8) und einmal um Alkoholabhängigkeit (6). Die entsprechenden Störungsbilder spielten auch zum Tatzeitpunkt noch eine wesentliche Rolle.

6.5 Auswertung der Befunde unter dem Gesichtspunkt der Abgrenzung des Neonatizids von anderen Formen der Kindstötung

Anhand der Befunde über tatauflösende Faktoren und tatfördernde Bedingungen lassen sich einige interessante Schlussfolgerungen ziehen, die eine Abgrenzung des Neonatizids von anderen Formen der Kindstötung gestatten. In Tabelle 6 ist dargestellt, wie sich die über die Inhaltsanalyse gewonnenen Ausprägungen der einzelnen Faktoren bzw. Bedingungen auf die Fallgruppen Neonatizid und sonstige Kindstötungen verteilen.

Tatauflösende / tatfördernde Faktoren	Neonatizid N=3	Sonstige Formen der Kindstötung N=6
Affektgeladene Situation	Angst 2	Niedergeschlagenheit 3
Überforderungserleben	Überflutung Überforderung 3	Überflutung 3
Mangelnde Impulskontrolle	Nicht vorhanden, teilweise noch vorhanden, dissoziative Symptome 2	Nicht vorhanden, teilweise noch vorhanden 4
Motivation	Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen 2	Dem Kind Leid ersparen wollen, Abbau eines Aggressionsstaus 4
Körperliche Erschöpfung	Erschöpfung, Schwäche 3	Irritation 1
Akute psychische Störung	Akute Belastungsreaktion 3	Depression, akute Anpassungsstörung, Alkoholabhängigkeit 4
Belastende Lebensumstände	Beziehungsprobleme (Trennung) 1	Finanzielle Schwierigkeiten, Beziehungsprobleme, Pflegefall 4
Soziale Isolation	Zurückgezogenheit 1	Isolation, Zurückgezogenheit 3

Belastende Kindheits-erfahrungen	Emotionale Deprivation	1	Emotionale Deprivation, traumatische Erfahrungen, kritische Lebensereignisse	4
Problematische Bindung zum Kind	Keine Bindung	3	Distanzierte Bindung, symbiotische Bindung	2
Negatives Selbstkonzept	Minderwertigkeitsgefühle, Selbstunsicherheit, Unzufriedenheit	2	Minderwertigkeitsgefühle, Selbstunsicherheit, Unzufriedenheit	4
Stressbewältigungsdefizite	Emotionszentrierte Stressbewältigung	1	Emotionale Labilität, geringe Frustrationstoleranz, emotionszentrierte Stressbewältigung	4
Problemlösedefizite	Mangelnde Kommunikationsfähigkeit von Problemen, mangelnde Entscheidungsfähigkeit, Verdrängung, Fassade	2	Mangelnde Kommunikationsfähigkeit von Problemen, mangelnde intellektuelle Fähigkeiten, mangelnde Entscheidungsfähigkeit, Verdrängung, Fassade	5
Problematisches Bindungs- und Sozialverhalten	Abhängigkeit, Verlustangst	2	Schüchternheit, Abhängigkeit, Verlustangst, Selbstsüchtigkeit, Dominanz	4
Besondere Grundzüge der Persönlichkeit	Zwanghaftigkeit, ängstlich-vermeidend, unsicher-abhängig	3	Zwanghaftigkeit, unsicher-abhängig, depressiv, impulsiv	6
Psychische Störungen (frühere Diagnosen)		0	Depression, Alkoholabhängigkeit	3

Tab. 6: Verteilung der gefundenen Faktoren-Ausprägungen auf die Fallgruppen (Die Ziffern stehen für die Anzahl der Fälle, in denen für den betreffenden Faktor Ausprägungen gefunden wurden. Markiert wurden solche Faktoren-Ausprägungen, die nur in einer Fallgruppe vorlagen.)

Im Vergleich der beiden Fallgruppen zeigt sich, dass ausschließlich im Rahmen von Neonatiziden die **Angst** der Täterinnen eine tatauflösende Rolle spielt. Ihre Angst richtet sich dabei vor allem auf die mögliche Reaktion der unmittelbaren Bezugsperson(en), wenn diese plötzlich mit der nicht mehr zu verbergenden Mutterschaft der Täterin konfrontiert werden. Befürchtet wird, dass sie sich von der Täterin abwenden, sie verlassen könnten. In keinem der anderen untersuchten Fälle wurde die Tatsituation als angstbesetzt erlebt. Starke negative Emotionen können aber durchaus auch bei anderen Formen der Kindstötung als tatauflösende Faktoren beteiligt sein, so z.B. Verzweiflung oder Niedergeschlagenheit bei Kindstötungen im Rahmen eines Suizidversuchs.

Neonazid-Täterinnen erleben sich wie ein Teil der Täterinnen in den Fällen sonstiger Kindstötungen unmittelbar vor der Tat als stark überfordert. Damit verbunden zeigt sich ein deutlicher Verlust an Kontrolle über das eigene Handeln. Auffallend ist, dass ausschließlich von Neonazid-Täterinnen **dissoziative Symptome** berichtet wurden. Es ist anzunehmen, dass diese Symptome nur im Zusammenhang mit angstbesetztem Überforderungserleben auftreten. Dafür sprechen auch die Diagnosen der psychiatrischen Gutachter. In allen drei Neonazid-Fällen wurde bei den Täterinnen zum Zeitpunkt der Tat ein psychischer Ausnahmezustand festgestellt, der als **akute Belastungsreaktion**²⁹ eingestuft wurde. In keinem weiteren Fall diagnostizierten die Gutachter eine tatrelevante psychische Störung, die für ein derartig hochgradiges Stress- und Angsterleben spricht, wie es bei den Neonazid-Täterinnen der Fall zu sein scheint. Mit Ausnahme der akuten Belastungsreaktion findet sich unter den Diagnosen kein Störungsbild, das grundlegend mit einer dissoziativen Symptomatik einhergeht. Förderlich für die Entwicklung einer akuten Belastungsreaktion sind **körperliche Erschöpfungszustände**, die in dieser Ausprägung nur bei den Neonazid-Täterinnen vorliegen. Dieser Befund ist sehr wahrscheinlich auf die der Tat unmittelbar vorausgegangene Geburt zurückzuführen.

Als charakteristisch für Neonazid-Täterinnen erscheint außerdem die fehlende Bindung zum Kind. Für aktive Tötungshandlungen (wie z.B. Verschließen der Atemwege des Kindes) besteht daher nur eine geringe Hemmschwelle, die in einem Moment massiver Angst leicht überschritten werden kann. Außerdem wird vernachlässigendes Verhalten (z.B. das Kind unbeachtet liegen lassen) begünstigt, wenn **keine Bindung zum Kind** besteht. Selbst wenn sich, wie in einem der untersuchten Fälle, eine erste emotionale Nähe zum Kind entwickelt hat, ist dieses Gefühl offenbar nicht stark genug, um sich gegen die massiven Ängste der Täterin durchsetzen zu können. Neben der Angst kann auch die körperliche Erschöpfung dazu beitragen, dass die Frau sich nach der Geburt

²⁹ Auszug aus dem ICD-10 (International Classification of Diseases): „Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von ‚Betäubung‘, mit einer Bewusstseinsminderung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen [sic!] aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativen Stupor, siehe F44.2) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). [...] Teilweise oder vollständige Amnesie (siehe F44.0) bezüglich dieser Episode kann vorkommen. ...“ (ICD-10-GM-2012; F43.0)

passiv verhält und mangels Bindung zum Kind ihr Bedürfnis nach Erholung über die Anforderung stellt, das Kind zu versorgen.

Unter den als tatfördernd angesehenen Faktoren und Bedingungen finden sich bei den Neonatizid-Täterinnen deutlich **seltener belastende Lebensumstände** als bei den TäterInnen der anderen Fallgruppe. Das kann darauf zurückzuführen sein, dass es sich in den Neonatizid-Fällen durchweg um vergleichsweise junge Frauen handelt, die entweder noch nicht oder erst am Anfang einer eigenverantwortlichen Lebensführung stehen. Möglicherweise tendieren sie aber aufgrund ihrer Persönlichkeit auch mehr als die TäterInnen in den Fällen sonstiger Kindstötungen dazu, Probleme und Konflikte zu vermeiden, weil sie grundsätzlich Auseinandersetzungen mit dem unmittelbaren sozialen Umfeld scheuen. Die im Zusammenhang mit der Tat berichteten Ängste vor dem Verlust der nahestehenden Bezugsperson(en) und die damit verbundene Tatmotivation können als Ausdruck der generellen Konfliktvermeidungstendenzen verstanden werden. Entsprechend finden sich ausschließlich bei Neonatizid-Täterinnen **ängstlich-vermeidende** Grundzüge der Persönlichkeit. Hingegen lassen sich Impulsivität oder Depressivität als charakteristische Persönlichkeitsmerkmale sowie ausgesprochen schüchternes oder dominantes, egoistisches Verhalten nur bei TäterInnen aus der Gruppe sonstiger Kindstötungen feststellen.

Aus den Befunden zu negativen Kindheitserfahrungen geht hervor, dass **kritische Lebensereignisse und traumatische Erfahrungen eher nicht** mit Neonatizid in Verbindung zu bringen sind. Einschneidende Erlebnisse wie der Verlust eines Elternteils oder Missbrauchserfahrungen spielen offenbar im Zusammenhang mit anderen Kindstötungen eine Rolle. Ähnlich verhält es sich mit den Befunden zur sozialen Isolation. Auch wenn die Fokussierung auf nur eine Bezugsperson (z.B. Partner) durchaus Erklärungswert für Neonatizide haben könnte, weisen die Befunde aufgrund der Häufigkeitsverteilungen darauf hin, dass der sozialen Isolation für das Verständnis anderer Kindstötungen weitaus mehr Bedeutung zukommt.

Im Umgang mit Problemen und hinsichtlich ihrer Problemlösefertigkeiten unterscheiden sich die TäterInnen kaum voneinander. Problemlösedefizite kommen daher für Kindstötungen aller Art als Risikofaktor in Betracht. Für eine Abgren-

zung des Neonatizids von anderen Formen der Kindstötung scheint vielmehr von Bedeutung zu sein, dass sich die Täterinnen im Erleben von alltäglichen Anforderungs- und Belastungssituationen sowie im Umgang mit Frustrationen **emotional stabil** zeigen, während in der Fallgruppe sonstiger Kindstötungen häufig emotionale Labilität und geringe Frustrationstoleranz registriert wurden. Diese Befunde sind besonders bemerkenswert, wenn man sie in Verbindung mit den tatauflösenden Faktoren betrachtet. Die erlebte Angst und die Überforderung nach der überraschenden Geburt eines Kindes müssen schon extrem sein, um eine normalerweise emotional gefestigte Frau so aus dem Gleichgewicht zu bringen, dass es zu Bewusstseinsstörungen (im Sinne von dissoziativen Symptomen) und zu impulsiven Reaktionen kommt, wie es im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion der Fall ist.

Insgesamt bestätigen somit die Befunde der Inhaltsanalyse die Hypothese 1 zur Fragestellung dieser Arbeit: **Neonatizid unterscheidet sich im Hinblick auf tatauflösende Faktoren von anderen Kindstötungen durch die Eltern.** Wie angenommen ist Angst eine tatauflösende und handlungsleitende Emotion im Rahmen des Neonatizids. In keinem anderen Kindstötungsfall spielte Angst eine zentrale Rolle. Die ausschließlich in Neonatizid-Fällen fehlende Bindung zum Kind wirkt in verschiedener Art und Weise direkt förderlich auf die Tat: Die Hemmschwelle für aktive Tötungshandlungen sinkt, die Wahrnehmung der Bedürfnisse des Kindes ist stark beeinträchtigt und die subjektive Bedeutung von Handlungen zum Wohlergehen des Kindes rückt in den Hintergrund. Einen zu den anderen Formen der Kindstötung abgrenzenden Wert erlangt die fehlende Bindung zum Kind jedoch nur im Zusammenhang mit der massiven Angst der Täterin. Die Angst trägt dazu bei, dass sich das Überforderungserleben zu einer akuten Belastungsreaktion mit dissoziativer Symptomatik auswachsen kann. Damit entzieht sich die Handlungssteuerung der rationalen Bewertung und der bewussten Kontrolle, sodass es stattdessen zu reflex- und impuls gesteuerten Handlungen kommen kann.

Im Wesentlichen bestätigt sich auch die Hypothese 2: **Neonatizid unterscheidet sich hinsichtlich tatfördernder Faktoren und Bedingungen von anderen Kindstötungen durch die Eltern.** Wie angenommen fand sich nur im Falle des Neonatizids eine körperliche Erschöpfung zum Tatzeitpunkt. Diese Erschöpfung wirkt sich auf die Ausbildung einer akuten Belastungsstörung förder-

lich aus und trägt folglich auch zur Senkung der Stressresistenz und der emotionalen Kontrolle bei. Bestätigung finden auch die ursprünglichen Annahmen zur tatfördernden Rolle der Persönlichkeit, die ausschließlich bei Neonatizid-Täterinnen als ängstlich-vermeidend beschrieben wurde. Eine detaillierte Untersetzung dieser Feststellungen war in der vorliegenden Untersuchung nicht möglich, da hier nur auf die psychologischen Gutachten für die Analyse zurückgegriffen werden konnte, nicht jedoch auf die originalen Protokolle der Gespräche mit den Gutachtern. Die Analyse zeigte bei den Neonatizid-Täterinnen keine durchgängig schlechtere persönliche Disposition in Bezug auf Verfügbarkeit und Nutzbarkeit sozialer Ressourcen zur Problemlösung als bei den TäterInnen anderer Formen der Kindstötung. Es bleibt daher nur zu vermuten, dass Neonatizid-Täterinnen mindestens in Bezug auf die bevorstehende Mutterschaft bzw. auf die gerade erfolgte Geburt eines Kindes massive Kommunikationsprobleme haben. Dabei können moralische Bedenken, generelle Problemlösedefizite wie auch die dissoziative Symptomatik aufgrund der akuten Überforderung nach der Geburt eine Rolle spielen.

7. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Die Analyse hat gezeigt, dass sich Neonatizid über verschiedene tatalösende Faktoren und tatlördernde Bedingungen von anderen Formen der Kindstötung abgrenzen lässt. Die angstgeprägte emotionale Disposition der Täterin im unmittelbaren Vorfeld der Tat hat im Rahmen des Neonatizids zentrale Bedeutung, wobei diese Angst in engem Zusammenhang mit der Handlungsmotivation, dem Überforderungserleben und dem Verlust der Impulskontrolle zu stehen scheint. Die Täterin gerät nach negierter Schwangerschaft und anschließender überraschender Geburt in eine Lage, mit der sie völlig überfordert ist. Die Angst vor abweisenden Reaktionen der ihr nahestehenden Bezugsperson(en) und die erlebte Überforderung versetzen die Frau in einen psychischen Ausnahmezustand, dessen Auslösung durch die körperliche Erschöpfung aufgrund des Geburtsvorganges noch gefördert wird. Es kommt zu einer akuten Belastungsreaktion mit massiven Beeinträchtigungen der Wahrnehmung, des rationalen Denkens, der Urteils- und Entscheidungsfähigkeit sowie der bewussten Kontrolle eigenen Handelns.

Mittelbar tragen verschiedene äußere Umstände sowie bestimmte Persönlichkeitsmerkmale dazu bei, dass die Täterin ihre Schwangerschaft verdrängt, dadurch von der Geburt überrascht wird und infolgedessen in eine ausweglose Lage gerät. Ängstlich-vermeidende Grundzüge der Persönlichkeit wirken förderlich auf diese Entwicklung und spiegeln sich in ausgeprägten Problemlösedefiziten wieder: Verdrängung, mangelnde Kommunikationsfähigkeit von Problemen und mangelnde Entscheidungsfähigkeit. Allgemeine Kennzeichen der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeit sind die Angst vor sozialer Ablehnung, Zurückweisung oder Kritik sowie das daraus resultierende Vermeidungsverhalten bezüglich sozialer Situationen, in denen die Befürchtungen eintreten könnten. Innere Befindlichkeiten, die das soziale Umfeld negativ bewerten könnte, werden nicht nach außen hin gezeigt. Es entsteht das Bild (Fassade) einer emotional stabilen Persönlichkeit, die sich nicht aus der Fassung bringen lässt und ihr Leben im Griff hat. Über diese Fassadenbildung erklärt sich möglicherweise, warum bei den Neonatizid-Täterinnen keine Hinweise auf emotionale Labilität oder geringe Frustrationstoleranz gefunden wurden.

Diese Persönlichkeitsmerkmale spielen im Zusammenhang mit einer bis zur Geburt unbemerkten und ungeahnten Schwangerschaft vermutlich keine Rolle. In einem Fall lag eine solche Schwangerschaft vor. Es fanden sich bei dieser Frau über die Analyse keine Hinweise auf ängstliches Vermeidungsverhalten, Problemlösedefizite oder andere tatfördernde Faktoren. Aufgrund ihrer dissoziativen Symptomatik nach der Geburt, war es nicht möglich, die Ausprägung ihrer Affektlage festzustellen. Die festgestellte akute Belastungsreaktion spricht jedoch dafür, dass die plötzliche Konfrontation mit der Tatsache, ein Kind zu gebären, ohne vorher etwas von der eigenen Schwangerschaft bemerkt zu haben, in der Täterin Angst oder sogar Panik auslöste.

Insgesamt stellt sich Neonatizid als eine Form der Kindstötung dar, bei der das Tatverhalten durch massive Angst und/oder Überforderung ausgelöst wird. Bei keiner anderen Form der Kindstötung nimmt Angst eine derartige Schlüsselrolle ein, weder als tatauflösende Emotion in Form von akutem Angsterleben, noch als tatfördernde Bedingung im Sinne von ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsmerkmalen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung stehen damit weitgehend im Einklang mit dem bisherigen Forschungsstand zu Kindstötungsdelikten. Dies ließ sich bereits während der Kodierungsphase erkennen. Die aus der Fachliteratur entnommenen tatauflösenden Faktoren und tatfördernden Bedingungen erwiesen sich für die Datenerhebung als erschöpfend. Es wurden nur wenige zusätzliche Faktorenausprägungen gefunden und in das Kodierungssystem eingearbeitet. Wie bereits durch zahlreiche Studien belegt (z.B. Raic 1997, McKee & Shea 1998, Friedman et al. 2005), fanden sich auch in dieser Untersuchung in mehr als der Hälfte aller Fälle belastende Lebensumstände wie Beziehungsprobleme und/oder finanzielle Schwierigkeiten. Die Mehrzahl der Täterinnen lebte sozial isoliert. Häufig wurden negative Kindheitserfahrungen sowie ein problematisches Bindungs- und Sozialverhalten berichtet, was sich mit den Befunden von Lamott & Pfäfflin (2001) deckt. Wie bereits in der Studie von Kroetsch (2011) zeigten sich auch hier bei den TäterInnen Stressbewältigungsdefizite und vorrangig negative Selbstkonzepte. Im Gegensatz zu bisherigen Annahmen (vgl. z.B. McKee & Shea 1998, Palermo 2002, Oberman 2003) konnten Problemlösedefizite in fast allen Fällen festgestellt werden, unabhängig von der Art der

Kindstötung. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Kroetsch (2011) besteht auch in den hier untersuchten Neonatizid-Fällen keine Bindung zwischen Täterin und Kind. Die von Krischer (2007) bei Neonatizid-Täterinnen festgestellte unterdurchschnittliche Intelligenz konnte anhand der Analyseergebnisse nicht nachvollzogen werden. Niedrige Intelligenzwerte fanden sich hier nur in zwei Fällen sonstiger Kindstötung.

Die gewonnenen Erkenntnisse zu tatalösenden Faktoren decken sich mit den Befunden von Höynck (2010), die Neonatizid als ungeplante Impulshandlung infolge von Überforderung beschreibt, und ergänzen dieses Bild um den Aspekt der Angst und deren zentrale tatalösende Bedeutung. Damit eröffnen sich weitere Zugänge für das komplexe Verständnis von Neugeborenentötungen und insbesondere für deren Abgrenzung von anderen Tötungsdelikten an Kindern.

Wie bereits in vielen Klassifikationsansätzen zu Kindstötungen (z.B. Resnick 1969/1970, D'Orban, Guileardo et al., Raic 1997) dargestellt wurde, handelt es sich bei Neonatizid um eine besondere Kategorie. Bislang wurde für die Abgrenzung dieser Kategorie vor allem auf das Alter des Opfers (weniger als 24 Stunden) oder auf das Handlungsziel (Beseitigung eines ungewollten Kindes) abgestellt. Diese Abgrenzungsansätze sind zwar nachvollziehbar, aber nicht in jeder Hinsicht ausreichend als Erklärung, warum Neonatizid-Fälle gesondert betrachtet werden sollten. Zudem ergeben sich viele Überschneidungen mit anderen Kategorien innerhalb der einzelnen Klassifikationssysteme. Die hier analysierten Fälle lassen sich (bei Vernachlässigung des Alters des Opfers) beispielsweise innerhalb der Typologie von Resnick (1969) den Kategorien versehentlicher Filizid und Filizid eines unerwünschten Kindes zuordnen. Ähnliche Klassifizierungsprobleme ergeben sich auch bei vielen anderen Kategorie-Systemen, die Neonatizid nur anhand des Alters des Opfers abgrenzen. Lediglich bei Scott (1973) findet sich ein Ansatz, der versucht, Neonatizid von anderen Kindstötungen über die Art der tatalösenden Impulse zu unterscheiden. Die vorliegenden Neonatizid-Fälle würden sich in die Kategorie „Tötung eines ungewollten Kindes durch Gewaltanwendung oder Vernachlässigung“ einordnen lassen, allerdings auch einer der anderen Kindstötungsfälle (Fall 6). Daran zeigt sich, dass bei der Klassifikation nach Scott zur Abgrenzung des Neonatizids die tatalösenden Impulse noch ungenügend ausdifferenziert

sind. Hierzu könnten die zugrunde liegenden Emotionen (z.B. Angst oder Ärger) herangezogen werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen nahe, dass in Verbindung mit Neonatizid die Angst als tausalösende Emotion zur Abgrenzung von anderen Kindstötungen geeignet ist. Bei Tötungen im Rahmen von Suizidversuchen fanden sich ausgesprochen starke tausalösende Emotionen in der Ausprägung Niedergeschlagenheit (Verzweiflung). Ob sich über die emotionale Ebene noch andere Formen der Kindstötung abgrenzen lassen, kann anhand der Analyse-Ergebnisse nicht festgestellt werden. Einerseits standen für die Analyse nicht ausreichend Fälle zur Verfügung, sodass bestimmte Formen der Kindstötung (wie z.B. Tötung infolge von Misshandlung oder Tötung unter akut psychotischem Einfluss) gar nicht vertreten waren. Andererseits muss sich eine Inhaltsanalyse von Strafakten auf die im Zusammenhang mit dem Strafverfahren dokumentierten Äußerungen der TäterInnen beschränken. Dadurch lassen sich nicht in jedem Fall und nicht zu jedem interessierenden Kriterium Angaben oder Äußerungen finden³⁰. Die methodischen Grenzen der Aktenanalyse und insbesondere die sehr geringe Fallzahl sprechen zudem dagegen, dass die Ergebnisse verallgemeinert werden können. Entsprechend dem explorativen Selbstverständnis der Untersuchung können sie nur als hinweisgebend betrachtet werden. Um den anhand der Analyseergebnisse skizzierten Ansatz zur Abgrenzung des Neonatizids von anderen Formen der Kindstötung zu untermauern, bedarf es weiterer und vor allem umfangreicherer Untersuchungen, die sich nicht nur auf sekundäre Aussagen stützen, sondern Täterinnen und Täter direkt und zielgerichtet befragen.

³⁰ Dies betraf insbesondere den Fall 6, bei dem sich der Täter zum Tathergang und zur Vorgeschichte der Tat nie geäußert hatte.

8. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, tatuslösende Faktoren und tatfördernde Bedingungen zu erarbeiten, anhand derer sich Neonatizide von anderen Formen der Kindstötung durch die Eltern abgrenzen lassen. Dazu wurde auf der Grundlage bereits vorliegender Befunde zu Kindstötungsdelikten eine Übersicht solcher situativen Faktoren und Merkmale der Täterpersönlichkeit erarbeitet, die unmittelbar tatuslösende Bedeutung haben oder die sich mittelbar förderlich auf die Tatumstände und das Tatverhalten auswirken. Mit Hilfe einer kleinen aktenbasierten Inhaltsanalyse wurde geprüft, ob und welche Faktoren und Bedingungen für eine Abgrenzung des Neonatizids von anderen Formen der Kindstötung geeignet sind.

Im Ergebnis fand sich eine für den Neonatizid charakteristische Faktorenkonstellation, in deren Mittelpunkt die Angst der Täterin steht. Über die dem Tatgeschehen unmittelbar vorausgehende Angst, die in Verbindung mit der körperlichen Erschöpfung nach der Geburt und ausgeprägtem Überforderungserleben zu einer akuten Belastungsreaktion mit dissoziativer Symptomatik und Verlust rationaler Verhaltenskontrolle führt, lässt sich der Neonatizid von anderen Formen der Kindstötung mit hoher Wahrscheinlichkeit abgrenzen.

Förderlich für dieses typische Erleben und Verhalten nach der Geburt eines Kindes sind ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsmerkmale der Täterin, die bei der Auseinandersetzung mit dem Problem einer festgestellten oder vermuteten Schwangerschaft verhindern, dass nahestehende Bezugspersonen in den Problemlöseprozess mit eingebunden werden. Die Frauen befürchten, aufgrund der Schwangerschaft vom Partner oder den Eltern abgelehnt, schlimmstenfalls verstoßen zu werden. Sie hoffen daher, allein eine Lösung zu finden oder dass sich die Schwangerschaft letztlich doch nicht bestätigt, und verdrängen die Schwangerschaft. Von der Geburt werden sie überrascht und sind im Hinblick auf ihr weiteres Verhalten völlig planlos und überfordert. Nachfolgende Handlungen, die den Tod des Kindes zur Folge haben, können je nach Situation und Täterin sehr verschieden sein. Neben spontanen aktiven Tötungshandlungen kommt es zu inadäquatem Verhalten im Umgang mit dem Neugeborenen, das zwar den Tod des Kindes zur Folge hat, diesen aber nicht beabsichtigte.

Im Gegensatz zu dem Bild, das in der Öffentlichkeit über die Berichterstattung der Medien gezeichnet wird, handelt es sich bei den Täterinnen, die ihr Neugeborenes töten, nicht um „gefühllose Monster“. Durch eine tragische Verknüpfung verschiedener situativer, sozialer und persönlicher Faktoren geraten diese Frauen in eine Lage, in der sie allein auf sich gestellt weder das Problem einer unerwarteten Schwangerschaft, noch viel weniger das Problem einer plötzlichen Mutterschaft adäquat bewältigen können.

Statt Neonatizid-Täterinnen weiter zu stigmatisieren, scheint es im Hinblick auf zukünftige Vermeidung solcher Taten vielmehr dringend geboten, dass die Medien das in der Öffentlichkeit verbreitete Zerrbild von den Täterinnen auflösen, indem sie umfassend über die Hintergründe für Neugeborenentötungen, insbesondere die Schwangerschaftsverdrängung aufklären. Dabei kann inzwischen auf ein umfangreiches und wachsendes wissenschaftliches Verständnis zum Neonatizid zurückgegriffen werden, wozu auch die vorliegende Arbeit einen kleinen Beitrag leisten soll.

Literaturverzeichnis

- Bauermeister, M.* (1994): Die Tötung Neugeborener unter der Geburt (Kindstötung § 217 StGB) – Eine bundesweite Verbundstudie für die Jahre 1980 – 1989. Dissertation, Kiel.
- Beier, K. M. / Wille, R. / Wessel, J.* (2006): Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 723-730.
- Bejarano Alomia, P. P.* (2008): Kindstötung. Kriminologische, rechtsgeschichtliche und rechtsvergleichende Überlegungen nach Abschaffung des § 217 StGB a.F., Hochschulschrift. Freie Universität Berlin.
- Birkenbihl, V. F.* (1994): Kommunikationstraining. Zwischenmenschliche Beziehungen erfolgreich gestalten. Augsburg: Weltbild Verlag.
- Blackman, J.* (2004): Maternal Violence: The Social Psychology of Mothers Who Kill. In: B. J. Cling (Hrsg.): Sexualized violence against women and children. A psychology and law perspective. New York: The Guilford Press.
- Bourget, D. / Bradford, J. M. W.* (1990): Homicidal Parents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 233-238.
- Bozankaya, N.* (2010): Neonatizid – Die rechtliche Reaktion auf die Tötung Neugeborener. Eine strafrechtliche Untersuchung anhand von Aktenanalysen. In: L. Böllinger / J. Feest / F. Herzog / E. Weißlau (Hrsg.): Bremer Forschungen zur Kriminalpolitik, Bd. 15. LIT Verlag: Berlin.
- Canadian Centre for Justice Statistics* (2004): Family violence in Canada: A statistical profile 2004. Ottawa. Verfügbar unter: <http://publications.gc.ca/Collection/Statcan/85-224-X/85-224-XIE2004000.pdf> (letzter Zugriff: 30.12.2011)
- Chew, K. S. Y. / McCleary, R. / Lew, M. A. / Wang, J. C.* (1999): The Epidemiology of Child Homicide in California, 1981 Through 1990. *Homicide Studies*, 3, 151-169.
- Craig, M.* (2004): Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: can we identify those at risk? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, 57-61.
- Cooper, A. / Smith, E. L.* (2011): Homicide trends in the United States, 1980-2008. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics. Verfügbar unter: <http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/NACJD/biblio/resources/102037?collection=DATA&author=Cooper%2C+Alexia> (letzter Zugriff: 11.01.2012)
- D'Orban, P. T.* (1979): Women who kill their children. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 560-571.
- Finnegan, P. / McKinstry, E. / Robinson, G. E.* (1982): Denial of pregnancy and childbirth. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 672-674.
- Finkelhor, D.* (1997): The Homicides of Children and Youth. A Developmental Perspective. In: G. Kaufman Kantor & J. Jasinski (Hrsg.): Out of the

darkness: Contemporary perspectives on family violence. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Friedman, S. H. / Friedman, J. B.* (2010): Parents Who Kill Their Children. *Pediatrics in Review*, 31, 10-16.
- Friedman, S. H. / Heneghan, A. / Rosenthal, M.* (2007): Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. *Psychosomatics*, 48, 117-122.
- Friedman, S. H. / Horwitz, S. / Resnick, P. J.* (2005): Child Murder by Mothers: A Critical Analysis of the Current State of Knowledge and a Research Agenda. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1578-1587.
- Greuel, L. / Offe, S. / Fabian, A. / Wetzels, P. / Fabian, T. / Offe, H. / Stadler, M.* (1998): Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage. Theorie und Praxis der forensisch-psychologischen Begutachtung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Grozdanic, V. / Karlavaris-Bremer, U.* (1998): Motive für Kindsmord im deutschen und kroatischen Strafrecht. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 189-197.
- Guileyardo, J. M. / Prahlow, J. A. / Barnard, J. J.* (1999): Familial filicide and filicide classification. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 20, 286-292.
- Höynck, T. / Görge, T.* (2006): Tötungsdelikte an Kindern. *Kriminalsoziologie + Rechtssoziologie Bd. 2*. Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften. Verfügbar unter: http://www.gesis.org/sowiport/fileadmin/user_upload/soFid/Kriminal-_Rechtssoziologie/Kriminal_2006_02.pdf (letzter Zugriff: 02.02.2012).
- Höynck, T.* (2010): Tötungsdelikte an Kindern – erste Eindrücke aus einem kriminologischen Forschungsprojekt. *Verhaltenstherapie*, 20, 29-36.
- ICD-10-GM-2012*. Verfügbar unter: <http://www.icd-code.de>. (letzter Zugriff: 22.03.2012).
- Kauppi, A. / Kumpulainen, K. / Karkola, K. / Vanamo, T. / Merikanto, J.* (2010): Maternal and Paternal Filicides: A Retrospective Review of Filicides in Finland. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38, 229-238.
- Lamott, F. / Pfäfflin, F.* (2001): Bindungsrepräsentationen von Frauen, die getötet haben. Ergebnisse der Untersuchung „Trauma, Beziehung und Tat“. *Monatsschrift Kriminologie*, 1, 10-24.
- Laue, C.* (2008): Die Entwicklung der Tötungsdelikte in Deutschland. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie*, 2, 76-84.
- Lazarus, R. S.* (1975): A cognitively oriented psychologist looks at biofeedback. *American Psychologist*, 30, 553-561.
- Levitzky, S. / Cooper, R.* (2000): Infant Colic Syndrome – Maternal Fantasies of Aggression and Infanticide. *Clinical Pediatrics*, 39, 395-400.
- Lewin, K.* (1963): Verhalten und Entwicklung als eine Funktion der Gesamtsituation. In: Kurt Lewin (Hrsg.) *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern / Stuttgart: Huber, 271-329.

- Liem, M. / Koenraad, F. (2008): Filicide: A comparative study of maternal versus paternal child homicide. Criminal Behaviour and Mental Health, 18, 166-176.*
- Marks, M. N. (1996): Characteristics and causes of infanticide in Britain. International Review of Psychiatry, 8, 99-106.*
- Martin, J. / Prichard, R. (2010): Learning from Tragedy: Homicide within Families in New Zealand 2002-2006. Working Paper prepared for Centre for Social Research and Evaluation. Ministry of Social Development. Verfügbar unter: <http://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/research/learning-from-tragedy/index.html> (letzter Zugriff: 31.01.2012)*
- Mayring, P. (2002): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.*
- Miller, L. J. (2003): Denial of Pregnancy. In: M. G. Spinelli (Hrsg.): Infanticide. Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill. American Psychiatric Publishing, Inc.: Washington, DC.*
- Mummendey, H.-D. (1997): Selbstkonzept. In: D. Frey & S. Greif (Hrsg.): Sozialpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen, 4. Aufl., Weinheim.*
- Oberman, M. (1996): Mothers who Kill: Coming to Terms with Modern American Infanticide. American Criminal Law Review, 34, 2-109.*
- Oberman, M. (2003): Mothers who kill: Cross-cultural patterns in and perspectives on contemporary maternal filicide. International Journal of Law and Psychiatry, 26, 493-514.*
- Palermo, G. B. (2002): Murderous Parents. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 46, 123-143.*
- Pitt, S. E. / Bale, E. M. (1995): Neonaticide, Infanticide, and Filicide: A Review of the Literature. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 23, 375-386.*
- Putkonen, H. / Collander, J. / Honkasalo, M. L. / Lönnqvist, J. (1998): Finnish female homicide offenders 1982-92. Journal of Forensic Psychiatry, 9, 672-684.*
- Raic, D. (1997): Die Tötung von Kindern durch die eigenen Eltern. Soziobiographische, motivationale und strafrechtliche Aspekte. Dissertation Universität Bonn. Aachen: Shaker Verlag.*
- Resnick, P. J. (1969): Child murder by parents: A psychiatric review of filicide. American Journal of Psychiatry, 126, 325-334.*
- Resnick, P. J. (1970): Murder of the newborn: A psychiatric review of neonaticide. American Journal of Psychiatry, 126, 1414-1420.*
- Resnick, P. J. (2005): Child Murder by Mothers: A Critical Analysis of the Current State of Knowledge and a Research Agenda. American Journal of Psychiatry, 162, 1578-1587.*
- Rohde, A. / Raic, D. / Varchmin-Schultheiß, K. / Marneros, A. (1998): Infanticide: Sociobiographical background and motivational aspects. Archives of Women's Mental Health, 1, 125-130.*

- Rodegra, H. (1981): *Kindestötung und Verheimlichung der Schwangerschaft*. Herzogenrath: Murken – Altrogge.
- Schlotz, N. / Louda, J. / Marneros, A. / Rohde, A. (2009): Von der verdrängten Schwangerschaft bis zur Kindstötung. Relevante Aspekte für Gynäkologen. *Gynäkologe*, 42, 614-618.
- Scott, P. D. (1973): Parents who kill their children. *Medicine, Science, and the Law*, 13, 120-126.
- Simpson, A. I. F. / Stanton, J. (2000): Maternal filicide: a reformulation of factors relevant to risk. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 10, 136-147.
- Spinelli, M. G. (2003): Neonaticide. A Systematic Investigation of 17 Cases. In: M. G. Spinelli (Hrsg.): *Infanticide. Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers Who Kill*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Stanton, J. / Simpson, A. / Wouldes, T. (2000): A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1451-1460.
- Strang, H. (1996): *Children as victims of homicide*. Canberra: Australian Institute of Criminology. Verfügbar unter: <http://aic.gov.au/documents/6/6/0/%7B66025EB4-DC26-4B37-803B-BCC1EA184951%7Dt53.pdf> (letzter Zugriff: 31.01.2012)
- terre des hommes / Hilfe für Kinder in Not*: Tot bzw. ausgesetzt-lebend aufgefundene Neugeborene im Vergleich der Jahre. Verfügbar unter: <http://www.tdh.de/was-wir-tun/themen-a-z/babyklappe-und-anonyme-geburt/statistik.html> (letzter Zugriff: 12.01.2012)
- Vock, R. / Meinel, U. / Geserick, G. / Gabler, W. / Müller, Leopold, D. / Mattig, W. / Grimm, O. / Bertelmann, K. / Sannemüller, U. / Klein, A. / Krause, D. / Schröpfer, D. / Krüger, U. / Disse, M. (1999): Tödliche Kindesmisshandlung (durch physische Gewalteinwirkung) in der DDR im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990. *Archiv für Kriminologie*, 204, 75 - 87.
- Vock, R. / Trauth, W. / Althoff, H. / Betz, P. / Bonte, W. / Hilgermann, R. / Höhmann, E. / Kleiber, M. / Krämer, M. / Leukel, H. / Lignitz, E. / Madea, B. / Metter, D. / Pedal, I. / Pollak, S. / Ramms, M. / Scheller, M. / Schellmann, B. / Schlang, C. / Schmidt, V. / Springer, E. / Varchmin-Schultheiss / Weiler, G. / Wilske, J. (1999a): Tödliche Kindesmißhandlung (durch physische Gewalteinwirkung) in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990. *Archiv für Kriminologie*, 203, 73 - 85.
- Vock, R. / Trauth, W. / Althoff, H. / Betz, P. / Bonte, W. / Hilgermann, R. / Höhmann, E. / Kleiber, M. / Krämer, M. / Leukel, H. / Lignitz, E. / Madea, B. / Metter, D. / Pedal, I. / Pollak, S. / Ramms, M. / Scheller, M. / Schellmann, B. / Schlang, C. / Schmidt, V. / Springer, E. / Varchmin-Schultheiss / Weiler, G. / Wilske, J. (1999b): Tödliche Kindesvernachlässigung in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990. *Archiv für Kriminologie*, 204, 12 - 22.
- Wessel, J. / Endrikat, J. / Kästner, R. (2003): Projektive Identifizierung und Schwangerschaftsverdrängung - Überlegungen zu Ursachen und Hinter-

gründen der auch ärztlicherseits nicht erkannten Schwangerschaft. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 207, 48-53.

Wessel, J. / Endrikat, J. / Gauruder-Burmester, A. / Kästner, R. (2004): Verdrängte Schwangerschaft. Die Hebamme, 17, 7-11.

Wessel, J. / Rau, G. (1997): Zur Schwangerschaftsverdrängung - Darstellung eines Phänomens anhand einiger Ergebnisse von 28 Fällen und Vorstellung einer prospektiven regionalen Verbundstudie für Berlin. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 57, 116-123.

Wessel, J. (1987): Geburten bei vorher nicht bekannter Schwangerschaft - Schwangerschaftsverdrängung und menstruationsähnliche Blutungen in graviditate. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 47, 850-853.

Westhoff, K. & Kluck, M.-L. (2008): Psychologische Gutachten: schreiben und beurteilen. Entspricht deutschen und europäischen Richtlinien zur Erstellung psychologischer Gutachten. Berlin: Springer.

Wilczynski, A. (1997): Child Homicide. London: Greenwich Medical Media.

Wille, R. / Beier, K. M. (1994): 'Verdrängte' Schwangerschaft und Kindstötung: Theorie – Forensik – Klinik. Sexuologie, 2, 75-100.

Zimbardo, G. P. (1988): Psychologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Anhang

Kodierungssystem

Unmittelbar tatauflösende Faktoren:	Definition	Ausprägung	Ankerbeispiel	Kodierregeln
Affektgeladene Situation	Emotionen, die eine Situation hervorruft, werden intensiv erlebt und als sehr stark ausgeprägt beschrieben.	Ärger/Wut Angst Verzweiflung / Nieder- geschlagenheit	Ich hatte solche Wut! Ich hatte Panik. Ich wusste nicht mehr ein noch aus.	Nur tatsächlich stark ausgeprägte Emotionen kodieren!
Überforderungserleben (subjektiv)	Die subjektive Bewertung der Situation ergibt zu hohe Anforderungen und keine geeigneten Handlungs- bzw. Lösungsmöglichkeiten.	Überflutung (extremes Überforderungs- erleben)	Ich fühlte mich der Situation völlig ausgeliefert. Ich wusste überhaupt nicht, was ich machen sollte.	
		Überforderung (deutlich ausgeprägtes Überforderungserleben)	Das war mir einfach zu viel. Ich wusste nicht, was ich tun sollte.	
		Beanspruchung (schwaches Überforde- rungserleben)	Das hat mir zu schaffen gemacht. Ich wusste nicht, wie ich damit umgehen sollte.	
Impulskontrolle	Fähigkeit, in eigene Handlungsansätze steuernd und regulierend einzugreifen, d.h. Handlungsabsichten zu verwerfen oder begonnene Handlungen abzubrechen.	Teilweise noch vorhanden	Ich habe erst gezögert. / Dann habe ich erst mal aufgehört.	
		Nicht vorhanden	Ich konnte nicht aufhören. / Ich war nicht mehr bei mir. / Ich habe völlig die Kontrolle über mich verloren.	
Motivation/Motive	Handlungsleitende Gedanken und Zielsetzungen für die Tat			Sammlung aller Textstellen mit Angaben zur Tatmotivation

Mittelbar tatfördernde Faktoren und Bedingungen	Definition	Ausprägung	Ankerbeispiel	Kodierregeln
Körperliche Erschöpfung	Mangel an körperlicher Kraft und Funktionstüchtigkeit zum Tatzeitpunkt	Erschöpfung	Ich war körperlich völlig fertig. Ich konnte einfach nicht mehr.	
		Schwäche	Ich fühlte mich schlapp, aber was zu tun war, konnte ich erledigen.	
		Irritation	Ich fühlte mich nicht wohl. Das hat mich gestört, aber nicht abgehalten.	
Belastende Lebensumstände	Alle außerhalb der Person liegenden Belastungen, die die alltägliche Lebensführung dieser Person nicht nur kurzzeitig beeinträchtigen.	Finanzielle Schwierigkeiten	Das Geld reicht hinten und vorne nicht. / Ich weiß nicht, wovon ich das bezahlen soll.	
		Berufliche Missstände	Die Arbeit frisst mich auf. / Ich finde keine (andere) Arbeit.	
		Beziehungsprobleme	Es gibt andauernd Streit. / Die Trennung habe ich nicht verkraftet.	
		Mangelhafte Wohnsituation	Die Wohnung ist viel zu klein für uns alle. / Ständig gibt es irgendwelche Probleme mit der Wohnung:	
		Dauerbelastung durch Pflegefall	Ich musste immer da sein und mich kümmern. Das war eine große Belastung.	

Soziale Isolation	Die Person verfügt über kein ausreichendes soziales Netzwerk.	Isolation	Ich habe eigentlich niemanden, der für mich da ist, an den ich mich wenden könnte.	
		Zurückgezogenheit	Ich habe nur diesen einen Menschen.	
		Kontaktarmut	Es gibt da ein paar Leute, die ich kenne, aber so richtig nah sind wir uns eigentlich nicht.	
Negative Kindheitserfahrungen	Erfahrungen und Erlebnisse in der Kindheit, die Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung, insbesondere auf das emotionale Bindungsverhalten, die Ausbildung von Problemlösefähigkeiten und Stressbewältigungsmuster haben.	Emotionale Deprivation	mangelnde Zuwendung, Liebe, Anerkennung, Fürsorge	
		Traumatische Erfahrungen	extreme Erlebnisse außerhalb des üblichen Erfahrungsrahmens, z.B. Unfälle, Tod eines Elternteils, Missbrauchs- und Misshandlungserlebnisse	
		Kritische Lebensereignisse	schwer zu bewältigende Ereignisse, z.B. Scheidung der Eltern, von einem Elternteil verlassen werden, schwere Krankheiten, Wohnortwechsel der Familie	
Negatives Selbstkonzept	Negative Einstellung zu sich selbst und den eigenen Fähigkeiten in der Auseinandersetzung mit der Umwelt..	Minderwertigkeitsgefühl	Ich bin doch weiter nichts, ich kann nichts, die anderen sind viel besser als ich.	
		Selbstunsicherheit	Ich möchte keine Auseinandersetzungen, da halte ich mich lieber zurück. / Ich bin genügsame, Hauptsache meinem Partner geht es gut.	
		Unzufriedenheit	Das Leben ist hart und ungerecht. Das hätte ich mir anders gewünscht.	

Stressbewältigungsdefizite	Hinweise darauf, dass die Person bei Anforderungen, Problemen und Konflikten leicht in Stress verfällt bzw. diesen nicht langfristig erfolgreich abzubauen vermag.	Emotionale Labilität (starke emotionale Reaktion bereits bei kleineren Unstimmigkeiten oder Problemen)	Ich bin leicht reizbar. Ich nehme mir halt vieles sehr zu Herzen.	
		Neigung zu emotionszentrierter Stressbewältigung (langfristig gesehen erfolglose Versuche, das Erleben von Belastungen erträglich zu machen)	Dann hab ich halt was getrunken, um mich abzulenken. / Ich hab das dann völlig ausgeblendet und vermieden, mich damit auseinander zu setzen.	
		Geringe Frustrationstoleranz (leicht hervorzurufende aggressive Reaktion bei Kritik oder Ablehnung)	Da werd ich dann halt schnell sauer. Ich lass mir so leicht nichts gefallen. Da kann es auch passieren, dass ich mal zulange.	
Problemlösedefizite	Schwierigkeiten bei der Suche nach und Umsetzung von Lösungen von Problemen.	Mangelnde Kommunikationsfähigkeit von Problemen	Ich konnte mit niemanden drüber reden, hab schon immer alles mit mir allein ausgemacht.	
		Mangelnde intellektuelle Fähigkeiten	Höchstens unterdurchschnittliche Intelligenz	
		Mangelnde Entscheidungsfähigkeit	Ich hab da schon immer hin und her überlegt. Ich konnte mich aber nicht entschließen.	
		Verdrängung	Ich hab dann einfach nicht mehr drüber nachgedacht, mich abgelenkt.	
		Fassade	Nach außen hin habe ich mir nichts anmerken lassen.	

Problematisches Bindungs- und Sozialverhalten	Unfähigkeit, sich in sozialen Situationen angemessen zu verhalten.	Schüchternheit	Ich stehe nicht gern im Mittelpunkt. Ich halte mich lieber zurück. / Ich kann nicht so leicht auf andere zugehen.	
		Abhängigkeit	Ich wollte halt nicht allein sein. / Ohne ihn wäre ich nicht zurecht gekommen.	
		Selbstsüchtigkeit	Ich nehme mir halt, was ich brauche.	
		Verlustangst	Ich hab Angst, diesen Menschen zu verlieren. / Dann hab ich doch gar niemanden mehr.	
		Dominanz	Die hat gefälligst zu machen, was ich sage. / Die tickt doch eh nicht richtig. / Das tu ich mir nicht an.	
Akute psychische Störungen	Diagnosen nach DSM oder ICD, die zum Tatzeitpunkt vorliegen		Nur Achse-I-Störungen, Persönlichkeitsstörungen werden als „besondere Grundzüge der Persönlichkeit“ erfasst.	
Psychische Störungen	Diagnosen nach DSM oder ICD, die im Verlauf des bisherigen Lebens gestellt wurden, außer unmittelbar mit der Tat zusammenhängende.			
Besondere Grundzüge der Persönlichkeit	Auffallende Persönlichkeitsmerkmale, die im Zusammenhang mit der Schuldfähigkeitsbegutachtung diskutiert werden.	Zwanghaft		Einordnung anhand der psychiatrischen Begutachtung: Vordergründig festgestellte Persönlichkeitszüge oder Persönlichkeitsstörungen
		Ängstlich-vermeidend		
		Unsicher-abhängig		
		Dominant-gewalttätig		
		Depressiv		

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst habe. Andere als die von mir angegebenen Hilfsmittel und Quellen wurden nicht benutzt. Alle Zitate wurden kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Sabine Reuther

Dresden, März 2012