

1 Kindesmisshandlung und Kindstötung

Frank Häßler

1.1 Rechtsnormen zur Kindesmisshandlung

I. Internationale Normen zum Schutz des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention; Haager Minderjährigen Schutzabkommen; Haager Kindesentführungsabkommen)

II. Verfassungsrechtliche Vorgaben (insbes. Art. 6 GG – Elterliches Sorgerecht – „Staatliches Wächteramt“)

III. Bundesgesetze

1. Zivilrecht (BGB), Zivilprozessrecht (ZPO) und Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG)

Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls (BGBl. I 2008, 1188)

Familienrecht des BGB (§§ 1627ff. BGB)

Verbot entwürdigender Maßnahmen (§ 1631 BGB)

Unterbringung des Kindes (§ 1631b BGB)

Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls (§ 1666 BGB)

Trennung des Kindes von den Eltern; Entziehung der Personensorge (§ 1666a BGB)

Übertragung der elterlichen Sorge (§ 623 Abs. 3 ZPO) wegen Gefährdung des Kindeswohls

Amtsermittlungsgrundsatz (§ 12 FGG)

Beschleunigungsgrundsatz (§ 50b FGG)

2. Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) und Sozialgerichtsgesetz (SGG)

Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe (§ 1 SGB VIII)

Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII)

Mitarbeiter, Fortbildung bei Trägern der öffentlichen Jugendhilfe (§ 72 SGB VIII)

Interventionsmöglichkeiten des Jugendamts (§§ 27ff. SGB VIII)

Amtsermittlungsgrundsatz (§ 103 SGG)

Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG)

3. Strafrecht (StGB) und Strafprozessrecht (StPO)

Körperverletzungsdelikte (§§ 223ff. StGB)

Sexualstrafrecht zum Schutz von Minderjährigen (z.B. §§ 180, 182, 184b StGB)

Ärztliche Schweigepflicht (§ 203 StGB)

Rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB)

Ärztliche Untersuchung von Gewaltopfern auf Anordnung der Justizbehörden (§ 81c StPO)

Verletzung des Schamgefühls (§ 81d StPO)

Vernehmung von Kindern und Jugendlichen
(Ausschluss und Beschränkung der Öffentlichkeit)

Rechte eines Gewaltopfers, Videovernehmung

Beschleunigung von Verfahren mit kindlichen Opfern

Richtlinien für Polizei und Staatsanwaltschaft (RiStBV)

Adhäsionsverfahren für Schadensersatz und Schmerzensgeld

4. Sonstige Regelungen

Gewaltschutzgesetz

Opferentschädigungsgesetz

Regelungen zum Täter-Opfer-Ausgleich

Hilfe für Gewaltopfer

1.2 Kindesmisshandlung (Herrmann et al. 2010)

1.2.1 Definition

Kindesmisshandlung wird unterschieden in körperliche und seelische Formen der Gewalt sowie Vernachlässigung, speziell emotionale Vernachlässigung.

Körperliche Misshandlung meint eine äußere Gewalteinwirkung wie Schläge, Stöße, Stiche, Schütteln, Verbrennungen, Verbrühungen, nicht-akzidentelle Vergiftungen und andere. *Seelische Misshandlung*: Hierunter versteht man alle Handlungen oder aktive Unterlassungen von Eltern oder Betreuungspersonen, die Kinder ängstigen, überfordern, ihnen das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit vermitteln und sie in ihrer seelischen Entwicklung beeinträchtigen können.

Sexuelle Misshandlung ist die aktive und/oder passive Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an sexuellen Aktivitäten, denen sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes oder anderen Gründen nicht frei oder verantwortlich zustimmen können. Dabei wird die Unterlegenheit und Abhängigkeit der Kinder und Jugendlichen zur Befriedigung der Bedürfnisse von Erwachsenen ausgenutzt.

Vernachlässigung kann sowohl körperlich als auch seelische sein, wobei insbesondere bei jungen Kindern beide Formen oft gemeinsam auftreten: Kinder werden vernachlässigt, wenn ihre grundlegenden Bedürfnisse nicht befriedigt werden, d. h. sie von Eltern oder Betreuungspersonen unzureichend ernährt, gepflegt, gefördert, gesundheitlich versorgt, beaufsichtigt und/oder vor Gefahren geschützt werden oder zuwenig emotionale Zuwendung erhalten. Es kann sich um vermeidbare Gesundheitsschäden durch mangelnde Fürsorge, z. B. fehlende Impfungen, Nichteinhaltung der verbindlichen U-Untersuchungen, unzureichende, nicht kindgerechte Unterkunft und Kleidung oder vermeidbare Unfälle durch mangelnde Aufsicht (gilt in der Regel nur für das Vorschulalter) handeln.

1.2.2 Epidemiologie

Deutschland verfügt über keine verwertbaren Datenquellen, um die Häufigkeit von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung abzuschätzen. Man geht von einer Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrung in der Kindheit in Deutschland für körperliche Gewalt bei 11,8% der Männer und bei 9,9% der Frauen aus. Sexuelle Misshandlungen mit Körperkontakt in der Kindheit werden von 2,8% der befragten Männer und 8,6% der Frauen zwischen 16 und 69 Jahren berichtet.

Stationär in allen Krankenhäusern betreute Kinder zeigen in etwa 2% der Fälle körperliche Symptome auf, die an Misshandlung und Vernachlässigung denken lassen. Die Häufigkeit der Erkennung in Kinderarztpraxen variiert stark und liegt bei 4 von 100.000 Patientenkontakten bei Verdacht auf körperliche Misshandlung, 17 bei Verdacht auf seelische Misshandlung und 3 bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Bleibende körperliche Schädigungen und Behinderungen nach körperlicher Misshandlung kommen vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern vor. Die jährliche Inzidenz der Todesfälle als Folge von Misshandlung und Vernachlässigung schwankt um 1/100.000 Kinder (Wegener und Zack 2008).

1.2.3 Tat- und Tätertypologien

Vernachlässigende oder misshandelnde Eltern haben oft Schwierigkeiten in folgenden Bereichen:

- Die Fähigkeit, das Kind in seiner Entwicklung realistisch wahrnehmen, hierzu gehören insbesondere überhöhte Anforderungen an die Selbständigkeit des Kindes.
- Unrealistische Erwartungen bezüglich der Bedürfnisse, die ein Kind erfüllen kann, z.B. bei Alkoholabhängigkeit oder Entscheidungssituationen, wobei eine Rollenumkehr der Beziehungs- und Verhaltensmuster zu beobachten ist.
- Die Fähigkeit zur Empathie und Kommunikation mit dem Kind.
- Der Fähigkeit, aggressives Verhalten dem Kind gegenüber zurückzuhalten (Impulskontrolle).

Misshandlung und Vernachlässigung treten öfter in einem risikobelasteten sozialen Umfeld auf. Solche Belastungen können Arbeitslosigkeit, beengte Wohnverhältnisse, niedriges Einkommen, allein erziehender Elternteil und mangelnde soziale Unterstützung sein. Von Seiten des Kindes bergen ein schwieriges Temperament, Entwicklungsverzögerungen und möglicherweise Behinderungen das Risiko einer Belastung der Eltern-Kind-Beziehung in sich. Risikogruppen sind weiterhin Kinder von sehr jungen Müttern und von allein erziehenden Müttern, insbesondere solchen mit häufig wechselnden Partnern und Familien mit mehr als drei Kindern sowie Kinder mit Migrationshintergrund. Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen tragen ein hohes Risiko für Vernachlässigung und Defizite in der sozial-emotionalen Entwicklung durch eine belastete Eltern-Kind-Interaktion, gelegentlich auch für seelische oder körperliche Misshandlung. Gravierende Folgen für die kindliche Entwicklung ergeben sich auch, wenn die Kinder Zeugen oder gar selbst Opfer elterlicher Partnergewalt werden. Alkohol- und/oder Drogenproblematiken eines oder beider Elternteile erhöhen zusätzlich das Risiko.

1.2.4 Besonderheiten

Bei Kindesmisshandlung handelt es sich um ein Offizialdelikt. Gelangt es zur Kenntnis von Polizei und Staatsanwaltschaft, so *müssen* diese ermitteln. Dabei sind Schutzvorschriften gegenüber dem kindlichen Gewaltopfer zu beachten, die teils in der StPO, teils in den RiStBV festgelegt sind. Dazu gehört die Vermeidung mehrfacher Befragungen, die Möglichkeit der Videovernehmung und der zwingende Hinweis, dass eine Person des Vertrauens zugegen sein darf. Das Gewaltschutzgesetz (GewSchG) gegen häusliche Gewalt dient auch dem Schutz Minderjähriger und ermöglicht akut ein Aufenthaltsverbot des Gewalttäters in der Wohnung sowie in der Umgebung jener Orte, an denen

sich das Kind regelmäßig aufhält. Sind Tatverdächtige die sorgeberechtigten Eltern, so kann über das zuständige Familiengericht das Sorgerecht entzogen und ein Betreuer eingesetzt werden. Um dem Kind ein wiederholtes Auftreten in Gerichtsverfahren zu ersparen, lassen die prozessualen Regelungen einerseits eine Videovernehmung zu und andererseits können Schadensersatzansprüche und Schmerzensgeld im Wege des sogenannten Adhäsionsverfahrens schon im Strafverfahren geltend gemacht werden, so dass ein erneutes Verfahren vor einem Zivilgericht entfällt. Generell gilt nach den RiStBV die Vorgabe, dass Verfahren mit minderjährigen Gewaltopfern beschleunigt durchgeführt werden sollen. Darüber hinaus ist das Rechtsgebot der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB im Sinne einer Güterabwägung gegenüber dem gefährdeten Kindeswohl abzuwägen. Eine Verpflichtung zur Anzeige entsprechend dem § 138 StGB besteht nicht, der Arzt hat ein Zeugnisverweigerungsrecht.

1.3 Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP) (Häßler et al. 2007)

1.3.1 Definition

Der Begriff „Münchhausen-Syndrom by proxy“ wurde von Meadow (1977) in die wissenschaftliche Literatur eingeführt. In der (neueren) Literatur wird das Syndrom auch mit „artifizielle Störung bei proxy (aSBp)“, Münchhausen by proxy Syndrom oder Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom bezeichnet. Die American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC) unterscheidet zwischen dem kindseitigen Syndrom – Pediatric Condition Falsification (PCF) und der diagnostischen Kategorie für die Sorgeberechtigten/Betreuer/Eltern – Factitious Disorder by Proxy (FDP) (Schreier 2002). MSBP, der Terminus, der beide Elemente vereint, ist eine Form der Kindesmisshandlung, bei der die Eltern bzw. Sorgeberechtigten über einen längeren Zeitraum Symptome oder Krankheiten ihres Kindes vortäuschen oder induzieren, was dem Kind zweifelsfrei Schaden zufügt, mit dem es unnötige Krankenhausaufenthalte, eingreifende Untersuchungen und Leiden ertragen muss. Die von Noeker und Keller (2002) publizierten definitorischen Merkmale basieren auf der pädiatrischen Definition nach Rosenberg (1987).

1. Vorliegen eines Beschwerdebildes bei einem Kind, das durch einen Elternteil oder durch einen Erziehungsberechtigten vorgetäuscht und/oder aktiv herbeigeführt wurde.
2. Vorstellung des Kindes zur medizinischen Untersuchung und länger andauernden Versorgung, häufig einhergehend mit multiplen medizinischen Prozessen.
3. Verleugnen des Wissens um die Ursachen des Beschwerdebildes durch den Täter.
4. Akute Symptome und Beschwerden bilden sich zurück, wenn das Kind vom Täter getrennt wird.

1.3.2 Epidemiologie

In internationalen Studien werden Inzidenzzahlen von bis zu 2,8 auf 100.000 bei unter Einjährigen und mindestens 0,5 auf 100.000 bei unter Sechzehnjährigen berichtet (Denny et al. 2001; McClure et al. 1996). Höhere Dunkelzahlen aufgrund nicht aufgedeckter Fälle können vermutet werden. Bis zu 10% der betroffenen Kinder sterben und über 50% entwickeln eine Langzeitmorbidität (Department of Health, 2004).

1.3.3 Tat-Typologien

Typisch sind manipulative Aktivitäten von Seiten meistens eines Sorgeberechtigten, in der Regel der Mutter, eine bewusste Aggravierung in der Symptomschilderung, falsche Angaben zu vermeintlichen Krankheitsanzeichen, zunehmende Verwahrlosung, Vernachlässigung und Ausübung physischer Gewalt bis hin zu aktiven Manipulationen (Auslösung von Durchfällen, Erbrechen, hypoglykämischen Zuständen, Krampfanfällen, Fieber und Atemnotzuständen bis hin zu intravenöser Luftinjektion) am Körper des Kindes zur Vortäuschung von Krankheitszeichen, die zu einer objektiven Schädigung führen (Häßler et al. 2007).

1.3.4 Täter-Typologien

Bei 24 bis 87% der untersuchten Mütter (Täterinnen) fanden sich psychische Auffälligkeiten, die aber nicht spezifisch waren (Kindler 2006) (s. Tab. 1).

1.3.5 Besonderheiten

Die häufig sehr gut medizinisch gebildeten Täterinnen streiten in der Regel jegliche Tatintention ab, geben sich aufopferungsvoll, sehen sich ungerechtfertigten Anschuldigungen und Verfolgungen ausgesetzt, drohen mit Verleumdungsklagen, brechen jegliche Kontakte ab und setzen ihre Kindesmisshandlung dennoch fort. Nicht selten ist mehr als ein Kind diesen perfiden Misshandlungen ausgesetzt. Die Schuldfähigkeit ist meistens gegeben.

1.4 Kindstötung

1.4.1 Rechtsnorm

Nach Abschaffung des § 217 StGB 1998 ist jede bewusste Kindstötung durch die Mutter während oder kurz nach der Geburt als Mord (§ 211 StGB) oder Totschlag (§ 212 StGB) strafbar. Häufig kommt in Fällen, in denen sich die Täterin in

Tab. 1 Merkmale/Motive der Täterinnen

nach Noeker und Keller (2002)	nach Rosenberg (2002)
ständige Anwesenheit der Mutter während des Klinikaufenthaltes	Gute Kompensation psychopathologischer Auffälligkeiten (vorrangig Impulskontroll- und Persönlichkeitsstörungen)
Entwicklung enger, vertraulicher Beziehungen zum Klinikpersonal	Stabilisierung oder Aufwertung eines geringen Selbstwertgefühles durch Aufopferung und/oder Kontakte zu medizinischem Personal
Ausbildung und/oder Berufserfahrung im medizinischen Bereich	Unsichere Bindungsmuster
ungewöhnliche Gelassenheit bei akuten Krisenzuständen	Überforderung bei geringer Stresstoleranz, Abneigung und Hass gegenüber dem Kind, sublimiert durch Überfürsorglichkeit
Vorliegen ähnlicher medizinischer Probleme wie bei der Mutter	Eher aus der Mittelschicht stammend
Verfälschung auch der psychosozialen Anamnese	Mittelpunktstrebigkeit, Streben nach Anerkennung durch den Partner, durch die Familie

einem psychischen Ausnahmezustand befunden hat, die Anwendung des § 213 StGB, der minder schwere Fall des Totschlags, in Betracht.

1.4.2 Definition

Infantizid ist der gebräuchlichste Ausdruck für die Tötung eines Kindes, bezieht sich aber streng genommen nur auf das 1. Lebensjahr. Neben dem Begriff „Infantizid“ existieren weitere Termini wie „Neonatzid“ (Tötung des Säuglings bis 24 Stunden nach der Geburt durch die Mutter), „Filizid“ (Tötung des leiblichen Kindes durch einen Elternteil), „Familizid“ (Tötung von Kind(ern) und Partner(in) durch den (Ehe-)Partner) und „Homizid“ (Tötung eines Kindes im häuslichen Umfeld).

1.4.3 Epidemiologie

Kindstötungen kommen seit jeher in allen Gesellschaften und Kulturen vor. Angaben zur Häufigkeit von Kindstötungsdelikten in einzelnen Staaten finden sich zahlreich in der Literatur. Besonders interessant sind dabei Studien, die internationale Vergleiche ermöglichen.

Christoffel und Liu verglichen 1983 die Raten der Tötungsdelikte an Kindern von 23 „entwickelten“ Ländern mit denen der USA. Dabei fanden sie, dass die USA neben Japan, Österreich, Deutschland und Großbritannien die höchste Rate für Kindstötungen aufwies. 3.8% aller kindlichen Todesfälle in den USA sind auf Tötungsdelikte zurückzuführen, 8/100.000 bei Infantiziden, 2.5/

100.000 bei Kindern im Alter von 1 bis 4 Jahren und bei Kindern im Alter von 5 bis 14 Jahren 1.5/100.000 (Friedman et al. 2005). Im Nachbarland Kanada liegt die Häufigkeit mit 2.9/100.000 nur halb so hoch wie in den USA (Friedman et al. 2005).

Für England und Wales schwankt die Anzahl der Kindstötungen im Zeitraum von 1983 bis 1984 zwischen 30 und 32 Fällen pro Jahr (Marks und Kumar 1993).

2% der kindlichen Todesfälle in Finnland sind auf ein Tötungsdelikt zurückzuführen (Putkonen et al. 2007). In einer neueren Untersuchung lag die Filizidrate in Finnland ähnlich wie in Österreich bei 5,2/5,9 auf 100.000 Einwohner (Putkonen et al. 2009).

Für Deutschland kann angenommen werden, dass 1 bis 2% aller Tötungsdelikte Kindstötungen sind (Weber 1989). Das wären 10 bis 20 Fälle pro Jahr.

Bei allen Erhebungen darf die Dunkelziffer der Kindstötungen nicht vernachlässigt werden. Delikte mit Todesfolge wie Misshandlungen, plötzliche Kindstode oder die Vernachlässigung von Kindern werden in vielen Fällen nicht als Kindstötungen registriert. Ein weiteres Problem ist, dass die Erhebungen meist nur aus lokalen Registern stammen und somit nicht repräsentativ sind.

1.4.4 Tat-Typologien (Schläfke und Häßler 2008)

Zum besseren Verständnis der Thematik bemüht man sich seit langem um eine Einteilung der Kindstötungen. Resnick nahm 1969 bei Filiziden erstmalig eine systematische Gliederung bezüglich der Motivlagen vor. Dabei unterschied er anhand von 131 untersuchten Fällen 5 voneinander differierende Motive:

1. **Altruistischer Filizid** bezeichnet den Wunsch nach Erlösung des Kindes
 - assoziiert mit einem Suizid, um das Kind vor dem Alleinsein zu bewahren,
 - um das Kind von seinem Leid zu erlösen, dies kann real oder phantasiert sein.
2. **Psychotischer Filizid** beinhaltet den Filizid unter dem Einfluss von Halluzinationen, Epilepsie oder Delir. Dieser Punkt beinhaltet nicht alle Formen des psychotischen Filizides.
3. Filizid eines **unerwünschten Kindes**.
4. **Zufälliger Filizid** benennt die Filizide im Zusammenhang mit Kindesmisshandlungen, bei denen der Tod nicht beabsichtigt war.
5. **Filizid aus Rache am Partner**. Das Kind wird getötet, um dem Partner Leid zuzufügen (Medea-Motiv).

Die bisher umfangreichste Klassifikation zu den Motiven erstellten Guileyardo et al. 1999. Sie bestimmten 16 Subtypen des Filizids, die auf Basis der Grundeinteilung nach Resnick (1969) um 11 Motive erweitert wurde:

1. Altruismus
2. Euthanasie
3. akute Psychose
4. postpartale psychische Störung
5. unerwünschtes Kind
6. unerwünschte Schwangerschaft/Neonazid
7. Gewalttätigkeit/Aggressivität
8. Rache am Partner
9. sexueller Missbrauch
10. Münchhausen-by-proxy-Syndrom
11. Gewalt älterer Kinder
12. Vernachlässigung, Fahrlässigkeit
13. sadistische Bestrafung
14. Alkohol- und Drogenmissbrauch
15. Epilepsie/Anfallsleiden
16. unschuldiger Zuschauer

1.4.5 Täter-Typologien

In einer eigenen Untersuchung, die vorrangig forensische Gutachten ($n = 48$) aus München und aus Mecklenburg-Vorpommern auswertete, fand sich eine Bestätigung für die Annahme, dass Neonazide fast ausschließlich durch die Mütter begangen werden. Diese Mütter sind oft sehr jung, unverheiratet und ohne Zukunftspläne für sich und ihr Kind. 9 der untersuchten 17 Täterinnen, die einen Neonazid verübten, waren jünger als 20 Jahre. Entgegen den Aussagen in der Literatur (Schmidt et al. 1996) war in unserer Fallgruppe die sozio-ökonomische Situation und die Bildung der neonaziden Mütter nicht so ungünstig wie erwartet. Viele Täterinnen verfügten über einen Schulabschluss und waren zum Zeitpunkt der Tat voll berufstätig und sozial integriert. Jüngere Täterinnen leiden selten an psychotischen Störungen. Diese Täterinnen haben dagegen häufig auffällige Persönlichkeiten mit einer ausgeprägten Fähigkeit, unangenehme Dinge auszublenden, Probleme zu verleugnen und sich passiv zu verhalten. Sie behandeln das Kind wie einen Fremdkörper, dessen sie sich schließlich möglichst schnell aktiv durch direkte Aggressivität gegen den Körper des Kindes oder passiv durch ausbleibende Versorgung entledigen wollen. Sie kommen aber fast nie auf die Idee, dies Kind in eine Babyklappe zu geben, weil dies (wie auch Schwangerschaftsabbruch) bereits eine Bereitschaft zur aktiven, eigenverantwortlichen Situationsbewältigung voraussetzt.

Bei der Tötung von Kindern innerhalb des ersten Lebensjahres (Infantizid) kommen als TäterInnen nicht nur die Mütter in Frage, die häufig aufgrund mangelnder Unterstützung den Anforderungen der Erziehung nicht gewachsen sind, sondern auch Väter und Stiefväter. Die Täterinnen bei einem Infantizid weisen einen etwas höheren Anteil psychischer Störungen als die bei den

Neonatiziden auf. Die Ursachen bzw. Motivlagen sind vielfältiger. Sie reichen von erweiterten Suiziden, um das Kind nicht alleine zurück zu lassen bzw. nicht dem unerwünschten Partner zu überlassen, über Tötungen behinderten Kinder aus Mitleid, nicht offensichtlich beabsichtigten final endenden Kindesmisshandlungen bei Impulskontrollverlusten, Rache am Partner bis hin zu psychotisch motivierten Tötungen (Friedman und Resnick 2005, Putkonen et al. 2009). Bei etwa einer von tausend Geburten kommt es bei der Mutter anschließend binnen weniger Tage zu einer Wochenbettpsychose; in dieser Verfassung können die Mütter ihr Kind sehr schlecht versorgen; sehr selten (unter 1% der Fälle) kommt es hier einmal zu aggressiven Handlungen gegen das Kind (Gaebel und Häßler 2008). Obwohl nach der Entbindung auftretende Depressionen recht häufig sind (nach etwa 10 bis 15% aller Geburten treten depressive Symptome auf) ist der erweiterte Suizid eine extrem seltene Ausnahme. Täter/innen, die Infantizide begehen, sind älter, haben Familien und sehr genaue Zukunftspläne für ihr Kind. In der untersuchten Population waren der Bildungsgrad und die sozioökonomischen Lebensbedingungen schlechter als bei den Täterinnen, die wegen Neonatizid begutachtet wurden.

In der Gruppe der Filizide kamen sowohl sozial als auch partnerschaftlich belastete, isolierte, gewalttätige TäterInnen häufig vor. Eigene Gewalterfahrungen oder Alkohol- bzw. Drogenkonsum wurden in nur wenigen Fällen berichtet.

1.5 Forensische Besonderheiten

Da aufgrund eigener Erfahrungen die Strafzumessung von Geldstrafen über Bewährungsstrafen bis hin zu langjährigen Freiheitsstrafen bei Kindstötung reichen kann, kommt es auf eine akribische und für die Justiz nachvollziehbare Herausarbeitung der Täterpersönlichkeit vor und während der Tathandlung an, die in der Regel ohne weitere Zeugen begangen wird. Insbesondere bei Neonatiziden das Verhalten vor der Tat, Verdrängung, Verheimlichung oder Leugnung der Schwangerschaft, Alltagsadaptation, d. h. bewusste oder unbewusste Änderung des Alltagsverhalten durch die Schwangerschaft, Vorbereitungen auf die Geburt bzw. für das zu erwartende Kind, als auch während der Tat, aktives vs. passives Vorgehen sowie das nachtätliche Verhalten geben Aufschluss über den psychischen Zustand während dieser drei Phasen bzw. über das Vorliegen einer psychischen Störung. In keinem der eigenen Fälle gab es eine konkrete Tatplanung mit entsprechenden Vorbereitungen durch die Mutter bei den Neonatiziden.

Literatur

- Christoffel KK, Liu K (1983) Homicide death rates in childhood in 23 developed countries: U.S. rates atypically high. *Child Abuse Negl* 7: 339–345
- Denny SJ, Grant CC, Pinnock R (2001) Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *Journal of Paediatrics and Child Health* 37: 240–243.
- Department of Health (2004) Safeguarding Children in Whom Illness is Induced or Fabricated by Carers with Parenting Responsibilities; <http://www.doh.gov.uk/qualityprotects/info/publications/childprot.htm>, 1–65
- Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ (2005) Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *Am J Psychiatry* 162: 1578–1587
- Gaebel W, Häßler F (2008) Zur Problematik von Kindstötungen. *Nervenarzt* 79: 856–859
- Guileyardo JM, Prahlow JA, Barnard JJ (1999) Familial filicide and filicide classification. *Am J Forensic Med Pathol* 20: 286–292
- Häßler F, Zamorski H, Weirich S (2007) Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen plötzlichem Säuglingstod (SIDS), Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP) mit tödlichem Ausgang und Infantizid. *Z Kinder- Jugendpsychiatr. Psychother* 35: 237–246
- Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (2010) Kindesmisshandlung. Heidelberg, Springer
- Kindler H (2006) Was ist unter dem Münchhausen-by-proxy-Syndrom zu verstehen? In: Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A (Hrsg.). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst*. München, Deutsches Jugendinstitut e.V., S. 71–75
- Marks MN, Kumar R (1993) Infanticide in England and Wales. *Med Sci Law* 33: 329–339
- McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR (1996) Epidemiology of munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood* 75: 57–61.
- Meadow R (1977) Munchausen Syndrome By Proxy. *Lancet* 2: 343–345
- Noeker M, Keller KM (2002) Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150: 1357–1369
- Putkonen H, Collander J, Weizman-Henelius G, Eronen M (2007) Legal outcomes of all suspected neonaticides in Finland 1980–2000. *Int J Law Psychiatry* 30: 248–254
- Putkonen H, Amon S, Almiron MP, Yourstone Cederwall J, Eronen M, Klier C, Kjelsberg E, Weizmann-Henelius G (2009) Filicide in Austria and Finland – A register-based study on all filicide cases in Austria and Finland 1995–2005. *BMC Psychiatry* 9: 74–83
- Resnick PJ (1969) Child Murder by Parents: A Psychiatric Review of Filicide. *Am J Psychiatry* 126: 325–334
- Rosenberg DA (1987) Web of deceit: a literature review of munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect* 11: 547–563
- Rosenberg AD (2002) Das Münchhausen-by-proxy-Syndrom: Falsches Spiel mit der Krankheit. In: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD (Hrsg.). *Das misshandelte Kind*, Frankfurt a.M., Suhrkamp, S. 615–642
- Schläfke D, Häßler F (2008) Infantizide – Erfahrungen aus gutachterlicher Sicht. In: Häßler F, Schepker R, Schläfke D (Hrsg.) *Kindstod und Kindstötung*. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 185–224
- Schmidt P, Grass H, Madea B (1996) Child homicide in Cologne (1985–94). *Forensic Sci Int* 79: 131–144
- Schreier H (2002) Munchausen by proxy defined. *Pediatrics* 110: 985–988
- Weber J (1989) Motivationsvielfalt beim Filizid. *MschKrim* 72: 169–175
- Wegener R, Zack F (2008) Die tödliche Kindesmisshandlung: kriminologische und rechtsmedizinische Aspekte. In: Häßler F, Schepker R, Schläfke D (Hrsg.) *Kindstod und Kindstötung*. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 143–154