

# **UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF**

Diagnostikzentrum, Institut für Rechtsmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. Klaus Püschel

## **Tötungsdelikte bei Säuglingen und Kleinkindern in Hamburg und Umland 1988 bis 2002 – Morphologische und forensische Aspekte**

### **Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Jennifer Görndt  
aus Elmshorn

Hamburg 2010

**Angenommen von der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 04.03.2010**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der  
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. med. Klaus Püschel**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. med. Jan Sperhake**

**Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. med. Jörg Caselitz**

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Aufgabenstellung.....	5
1.1	Einleitung.....	5
1.2	Aufgabenstellung.....	11
2	Material und Methoden.....	13
3	Kasuistiken.....	15
3.1	Fall 1 (1993).....	15
3.2	Fall 2 (1993).....	17
3.3	Fall 3 (1997).....	20
3.4	Fall 4 (1998).....	28
3.5	Fall 5 (2000).....	33
4	Ergebnisse und Diskussion.....	37
4.1	Opfer.....	40
4.1.1	Geschlechterverteilung, Altersverteilung.....	40
4.2	Täter.....	44
4.2.1	Täter-Opfer-Beziehung.....	44
4.2.2	Alters- und Geschlechterverteilung der Täter.....	48
4.2.3	Schulbildung, Beruf, Sozialer Status.....	50
4.2.4	Vorstrafen.....	52
4.3	Tötungsmethoden.....	53
4.4	Rechtsmedizinische Befunde.....	58
4.4.1	Äußere Verletzungen (Leichenschau).....	59
4.4.2	Art und Ausmaß der Verletzungen.....	61
4.4.3	Lokalisation von Verletzungen.....	66

4.4.4	Spezielle Verletzungsmuster.....	68
4.4.4.1	<i>Schütteltrauma (Shaken Baby Syndrome)....</i>	68
4.4.4.2	<i>Geformte Verletzungen.....</i>	70
4.4.4.3	<i>Thermische Gewalt.....</i>	71
4.5	Postmortale (interdisziplinäre) Zusatzdiagnostik.....	72
4.6	Entstehung der Verdachtslage.....	79
4.7	Juristische Würdigung.....	82
4.7.1	Die Rolle des Geständnisses.....	87
4.8.	Schlussfolgerungen.....	89
5	Zusammenfassung.....	93
6	Anhang.....	96
7	Literaturverzeichnis.....	102
8	Danksagung.....	108
9	Lebenslauf.....	109
10	Eidesstattliche Versicherung.....	110

# 1 Einleitung und Aufgabenstellung

## 1.1 Einleitung

In der deutschen Gesetzgebung steht das Kind theoretisch unter besonderem strafrechtlichem Schutz. Dieser Schutz beginnt mit dem keimenden Leben und umfasst sowohl das körperliche als auch das sittliche und seelische Wachsen und Werden des Kindes. Strafrechtlich behandelt ist die Misshandlung Schutzbefohlener in § 225 StGB (früher § 223 b StGB, alte Fassung). Dieser Paragraph stellt denjenigen unter Strafe, der Kinder, Jugendliche oder Gebrechliche, die seiner Fürsorge oder Obhut unterstellt sind, quält oder roh misshandelt. Außerdem wird bestraft, wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für die schutzbedürftige Personengruppe zu sorgen, diese an der Gesundheit schädigt. Hat die Person, deren Obhut ein Pflegebefohlener unterstellt ist, diesen so schwer misshandelt, dass der Tod Folge dieser Misshandlung ist, dann hat sich der Täter auch wegen eines Tötungsdeliktes zu verantworten (TRUBECKER [1966]).

Tötungsdelikte an Säuglingen und Kleinkindern sind im Vergleich zu Tötungsdelikten an Erwachsenen und Jugendlichen verhältnismäßig selten. Die Zahl tödlich verlaufender Kindesmisshandlungen in Deutschland ist laut polizeilicher Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes in den letzten Jahrzehnten in etwa konstant geblieben. Im Zeitraum 1988 bis 2002 machten die an unter 6-jährigen Kindern verübten Tötungsdelikte im Schnitt etwa 4-6 % der vollendeten Tötungsdelikte pro Jahr aus. Neben der aktiven Kindesmisshandlung durch direkte äußere Gewalteinwirkung ist hierbei auch die passive Kindesmisshandlung im Sinne von Vernachlässigung und Unterernährung zu berücksichtigen, die einen nicht unerheblichen Anteil der Tötungsdelikte an Säuglingen und Kleinkindern ausmacht.

Kinder in der Altersklasse von 0 bis 4 Jahren befinden sich in der Regel weitestgehend in der Obhut der Eltern oder anderer enger Bezugspersonen aus dem nahen familiären Umfeld. Mit Ausnahme von Babysittern und anderen kurzfristig eingesetzten Aufsichtspersonen haben Kinder dieses Alters noch wenig Kontakt zu familienfremden Personen. Die Tatsache, dass bei Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern gerade jene Menschen vorrangig als Täter in Betracht kommen, die für den Schutz und die Fürsorge des Kindes verantwortlich sind und denen liebevolle Zuneigung gegenüber diesem Kind unterstellt wird, macht die Besonderheit dieser Tötungsdelikte aus und ist gleichzeitig verantwortlich für die besonderen Schwierigkeiten und Grenzen bei Ermittlungen und Beweissicherung, die für eine juristische Konsequenz erforderlich sind.

In den letzten Jahrzehnten sind Tötungsdelikte an Säuglingen und Kleinkindern vermehrt in das Bewusstsein der Öffentlichkeit und auch der mit Kindern betrauten Mediziner gelangt. Noch vor wenigen Jahrzehnten wurde ein unerwarteter Todesfall eines scheinbar gesunden Babys beinahe wie selbstverständlich als Plötzlicher Kindstod (Sudden Infant Death Syndrome, kurz SIDS) behandelt, der aufgrund des Mitgefühls für die Eltern – angesichts des Schicksalsschlages durch den Verlust des Kindes – möglichst zügig und ohne die betroffenen Eltern noch zusätzlichen Belastungen auszusetzen abgehandelt und ein natürlicher Tod bescheinigt wurde. Eine etwaige Mitschuld oder gar Schuld der Eltern am Tod des Kindes wurde – bei Fehlen von äußeren Verletzungen bzw. konkreten Misshandlungszeichen – in der Regel nicht in Betracht gezogen. Auch eventuell bestehenden Verdachtsmomenten wurde in der Vergangenheit angesichts der Gefahr, trauernde Eltern zu Unrecht zu beschuldigen bzw. unangebrachte Schuldgefühle zu erwecken, eher nicht nachgegangen. FIRSTMAN und TALAN [2001] weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, wie wichtig und zugleich schwierig der Balanceakt zwischen sorgfältiger und genauer Prüfung eines plötzlichen Säuglingstodesfalls und vorschnellem Misstrauen gegenüber (glücklicherweise meistens) unschuldigen Eltern für Mediziner und Ermittler sein kann. Die medizinische Wahrnehmung der Kindesmisshandlung begann laut HERRMANN [2008] zu Beginn des 19. Jahrhunderts, als durch James Parkinson Kopfverletzungen von Kindern durch Schläge beschrie-

ben wurden. Als Pionier auf dem Gebiet der Kindesmisshandlung aus medizinischer Sicht gilt der französische Rechtsmediziner und Pathologe Auguste Ambroise TARDIEU, durch den 1860 die erste fundierte medizinische Beschreibung von körperlicher Kindesmisshandlung sowie von sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung erfolgte, deren Kriterien und Kennzeichen bis heute gültig sind. So wird der 1962 von KEMPE et al. definierte und seither in Literatur und klinischer Praxis gebräuchliche Begriff des „Battered Child Syndroms“ synonym auch als „Tardieu-Syndrom“ bezeichnet. KEMPE et al. [1962] beschreiben das Battered Child Syndrom als klinische Diagnose bei Kindern nach schwerwiegender körperlicher Misshandlung und als häufige Ursache für chronische Erkrankungen und Todesfälle im Kindesalter.

Die mangelnde Nachweisbarkeit einer Schuld und das Fehlen von Zeugen sind noch immer wesentliche Hindernisse bei der Überprüfung von plötzlichen Todesfällen bei Kindern. Falls überhaupt Zeugen vorhanden sind, handelt es sich um solche, die in naher Verbindung zu den Tätern stehen oder abhängig von ihnen sind – um Ehepartner und die übrigen Kinder der Familie. Aus Furcht vor den Konsequenzen einer belastenden Zeugenaussage oder gar einer Verurteilung für das eigene Leben sind diese oft entsprechend beeinflusst und sogar bereit, vor Gericht falsche Aussagen zu machen und so zu einem Freispruch beizutragen (TRUBE-BECKER [1966])

Die rechtsmedizinische Erfahrung im Umgang mit Todesfällen bei kleinen Kindern hat gezeigt, dass der tatsächliche Anteil der nicht natürlichen Todesfälle nicht dem entspricht, was zunächst aufgrund der äußeren Umstände des Ereignisses sowie der Auffindungssituation angenommen bzw. festgestellt werden kann. Eine sorgfältige Leichenschau ist insbesondere bei Neugeborenen und Kindern notwendig, da es immer wieder zu spurenarmen Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern kommt. Doch auch die Erkenntnisse, die bei der an den Kindern durchgeführten äußeren Leichenschau gewonnen werden, lassen keine zuverlässigen Rückschlüsse auf die Todesart zu. Laut KRUKEMEYER und PÜSCHEL [2005] ist es auch für den gewissenhaften Untersucher häufig unmöglich, im Rahmen der äußeren

Leichenschau einen Plötzlichen Kindstod von einem nicht natürlichen Tod infolge Kindesmisshandlung zu unterscheiden, wenn dieser beispielsweise Folge eines Schütteltraumas mit subduralem Hämatom ist. Gerade Säuglinge, aber auch Kleinkinder können ohne äußerlich erkennbare Verletzungen getötet werden. Zu denken ist dabei nach BANASCHAK und MADEA [2003] insbesondere an:

- Todesfälle durch Schütteltrauma,
- Stumpfes Bauchtrauma mit Organrupturen,
- Ersticken durch weiche Bedeckung,
- Vergiftungen.

Daher darf bei plötzlichen und unerwarteten Todesfällen von kleinen Kindern niemals unkritisch ein natürlicher Tod bescheinigt werden. Nicht selten stehen die Befunde der äußeren Besichtigung sogar in scheinbarem Widerspruch zu inneren Befunden, die später bei Durchführung einer Obduktion erhoben werden. Auch ein gut gepflegtes und ernährtes Kind kann einem Tötungsdelikt zum Opfer fallen.

In der offiziellen Todesursachenstatistik stellen die nicht natürlichen Todesursachen die häufigsten Gründe für ein Versterben innerhalb der ersten 14 Lebensjahre – mit Ausnahme der Perinatalperiode – dar. In den aus den statistischen Jahrbüchern für die Bundesrepublik ersichtlichen Todesursachenstatistiken von 1988 und 2002 (Anfang und Ende des ausgewerteten Zeitraums) waren in beiden Jahren Verletzungen und Vergiftungen Todesursache bei etwa 3 % der Kinder unter 1 Jahr; in der Altersgruppe von 1 bis 4 Jahren waren Verletzungen und Vergiftungen in 32 % (1988) bzw. 26 % (2002) todesursächlich. Für das Jahr 2007 zeigte sich mit 21 % ein etwas geringerer Anteil bei den 1- bis 4-jährigen Kindern.

In der rechtsmedizinischen Literatur finden sich zu Tötungsdelikten an Kindern bzw. tödlichen Kindesmisshandlungen und Kindesvernachlässigung überwie-



gend regionale Studien mit zum Teil geringen Fallzahlen, verschiedenen Untersuchungskollektiven (vorwiegend Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr) sowie unterschiedlichen Kategorisierungen und Definitionen der Tötungsdelikte, so dass verlässliche bzw. vergleichbare Daten schwer zu gewinnen sind. Schätzungen (BAJANOWSKI et al. [1995]) gehen von einer sehr hohen Dunkelziffer tödlicher Misshandlungen pro Jahr aus, für die sich mit Routinemaßnahmen der Todesermittlung keine konkreten Anhaltspunkte ergeben. So sollen auf 90 bis 100 bekannte tödliche Misshandlungen schätzungsweise etwa 600 nicht aufgeklärte Tötungsdelikte kommen. Durch VOCK und TRAUTH [1999] bzw. TRAUTH [2000] wurde erstmals eine bundesweite, multizentrische Studie zu tödlichen Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1985 bis 1990 veröffentlicht, die auf der Datenübermittlung der rechtsmedizinischen Institute der Bundesrepublik von insgesamt 58 Fällen basiert. Unter Einschluss eines etwa ebenso großen Dunkelfeldes wird von den Autoren von mindestens 20 Fällen tödlicher Kindesmisshandlungen pro Jahr in diesem Zeitraum ausgegangen, von denen jede zweite unentdeckt bleibt.

Die Zahl der aufgedeckten Tötungsdelikte steigt bei höherer Aufmerksamkeit seitens der Ärzte, aber offensichtlich auch bei höherer Obduktionsfrequenz. Aus diesem Grund wird durch Rechtsmediziner (DU CHESNE et al. [1997], VOCK und TRAUTH [1999]) eine Obduktionspflicht verstorbener Neugeborener, Säuglinge, Kinder und sogar Jugendlicher bis zum 16. Lebensjahr gefordert. KLEEMANN et al. [1997] beschrieben in einer Auswertung der Obduktionsfrequenz bei plötzlichen Kindstodesfällen in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1985 bis 1989 erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. Während in Rheinland-Pfalz und im Saarland die Obduktionsfrequenz bei unter 30 % lag, so wurden in Hamburg 100 %, in Berlin 150 % der unter der ICD<sup>1</sup>-Ziffer 798,0 verschlüsselten „Syndrome des plötzlichen Todes im Kindesalter“ obduziert. Eine Obduktionsfrequenz von über 100 % erklärt sich durch von auf dem Totenschein angegebenen Diagnosen abweichende Diagnosestel-

---

<sup>1</sup> International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)

lungen der Obduzenten. In Hamburg wird bei weitgehend allen unklaren Todesfällen von Säuglingen und Kleinkindern das Institut für Rechtsmedizin mit einer Sektion beauftragt. Die anamnestische Verdachtsdiagnose „Plötzlicher Säuglingstod“ (SIDS) ist hierbei als Ausschlussdiagnose anzusehen, die nur dann als wahrscheinlichste Todesursache postuliert wird, wenn bei der Obduktion keinerlei Befunde erhoben werden können, die auf eine nicht natürliche Todesursache oder auf ein Krankheitsgeschehen als Grundlage eines natürlichen, aus innerer Ursache erfolgten Todes hinweisen. Ein Fremdverschulden bzw. ein gewaltsamer Tod – zum Beispiel durch Ersticken mit weicher Bedeckung – kann dabei differentialdiagnostisch jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden.

Wichtige Hinweise auf eine Gewalteinwirkung von fremder Hand können – auch bei nicht eindeutig festzustellender Todesursache – Obduktionsbefunde sein, die auf frühere körperliche Misshandlungen hindeuten. Oftmals ist das letztlich zum Tode führende Ereignis nicht der erste Gewaltakt gegen das Kind, sondern es sind ihm bereits mehrfache, mehrzeitige Misshandlungen vorausgegangen. Das typische Merkmal der Kindesmisshandlung nach NAU [1964] ist die Wiederholung. Von verschiedenen Autoren (TRUBE-BECKER [1982], SCHÄFER et al. [1992], RAUCH et al. [1996] und TRAUTH [2000]) wird auf vorausgegangene chronisch-rezidivierende Misshandlungen bei tödlichen Kindesmisshandlungen hingewiesen. Laut TRUBE-BECKER [1966] sollen 20 Prozent der Täter einschlägig (zum Beispiel wegen Körperverletzung oder Misshandlung Schutzbefohlener), die Hälfte aller Täter anderweitig vorbestraft sein. Um bereits vor Beginn der Obduktion entscheidende Hinweise auf das Vorliegen einer längerfristigen Kindesmisshandlung zu erlangen, ist eine vorab durchgeführte Ganzkörper-Röntgenuntersuchung von großer Bedeutung. Werden bei dieser Untersuchung zum Beispiel Knochenfrakturen unterschiedlichen Alters und an verschiedenen Lokalisationen oder Rippenserienfrakturen festgestellt, kann dies die Vorgehensweise und Technik bei der Obduktion richtungsweisend beeinflussen.

Unterscheidet man zwischen gewollter (oder sogar geplanter), billigend in Kauf genommener, fahrlässiger und ungewollter Tötung, so ist anzunehmen, dass

bei Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern die ungewollten Tötungen im Sinne einer Körperverletzung mit Todesfolge den größten Anteil ausmachen. Eltern, die mit der Fürsorge für das Kind oder mehrere Geschwisterkinder überfordert sind, verlieren die Geduld, insbesondere wenn es ihnen nicht gelingt, ein dauerhaft schreiendes Baby zu beruhigen. Von diesen Fällen tödlicher Misshandlung juristisch zu trennen sind die Fälle, bei denen Kinder vorsätzlich getötet werden, juristisch qualifiziert als Mord oder Totschlag. Soweit dies durch nahe Bezugspersonen geschieht, handelt es sich laut WILSKE und EISENMENGER [1991] oft um Fälle des sogenannten erweiterten Suizids.

Eine Sonderrolle unter den Tötungsdelikten an Säuglingen nehmen die sogenannten Kindstötungen bzw. Neonatizide (Neugeborenentötungen) ein, unter denen man juristisch (bis 1998 gemäß § 217 StGB) Tötungsdelikte durch die Mutter zusammenfasst, die ihr (nichteheliches) Neugeborenes während oder unmittelbar nach der Geburt tötet. Den Neugeborenentötungen, deren Häufigkeit im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung (§ 218, nichteheliche Lebensgemeinschaften etc.) in den letzten Jahrzehnten abgenommen hat, sind – im Vergleich zu anderen Tötungsdelikten an Säuglingen – verschiedene Besonderheiten, insbesondere im Hinblick auf die Motivlage, zuzusprechen.

## **1.2 Aufgabenstellung**

Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand darin, Tötungsdelikte an Säuglingen und Kleinkindern der Altersgruppe 0 bis 4 Jahre im Einzugsgebiet des Hamburger Institutes für Rechtsmedizin über einen 15-Jahreszeitraum vollständig zu erfassen und retrospektiv hinsichtlich ihrer forensisch-medizinischen, morphologischen, viktimologischen, kriminologischen und juristischen Besonderheiten systematisch zu charakterisieren und auszuwerten. Ausgewählte Fälle werden in diesem Zusammenhang kasuistisch einschließlich rechtlicher Würdigung vorgestellt und verglichen. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die diagnosti-

schen Schwierigkeiten und Grenzen der Nachweisbarkeit spurenarmer oder spurenloser Tötungsdelikte an Kindern gelegt. Hierbei sollte insbesondere geprüft werden, inwieweit die in den vergangenen Jahren erfolgte verstärkte Einbindung nicht-rechtsmedizinischer Fächer wie Radiologie, Osteopathologie und Neuropathologie zu einer Verbesserung der Diagnostik und damit zu einer Erhöhung der Beweiskraft rechtsmedizinischer Gutachten *in foro* geführt hat. Neben den Problemen der Aufklärung von Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern sollten auch Möglichkeiten der Prävention bzw. einer Erhöhung der Effizienz beim Fallmanagement von Kindesmisshandlungen erörtert und diskutiert werden, die dazu beitragen könnten, die Zahl der letztlich tödlich endenden Misshandlungen zu verringern.

## 2 Material und Methoden

Im Rahmen der retrospektiven Studie wurden zunächst die im Hamburger Institut für Rechtsmedizin archivierten Sektionsprotokolle aller Todesfälle von Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 0 bis 4 Jahren im Zeitraum 1988 bis 2002 herausgesucht und in natürliche, nicht natürliche und unklare Todesfälle unterteilt. Anhand der dokumentierten Todesursachen sowie der in den Sektionsprotokollen vermerkten Angaben zur Auffindungssituation bzw. den (soweit zum Sektionszeitpunkt bereits ermittelten) Todesumständen wurden nun aus den nicht natürlichen und unklaren Todesfällen die Tötungsdelikte sowie alle Fälle, bei denen ein Tötungsdelikt nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, herausgefiltert.

Die eigentliche Datenerhebung erfolgte dann anhand der von den jeweils zuständigen Staatsanwaltschaften zur Verfügung gestellten Ermittlungsakten, einschließlich Gerichtsurteilen und teilweise Strafvollzugsunterlagen. Dies erfolgte auf der Grundlage eines zu diesem Zwecke erstellten Datenschutzkonzeptes, welches sich im Anhang der vorliegenden Arbeit findet. In vielen Fällen konnte erst nach Akteneinsicht eine Zuordnung des jeweiligen Falles zu einem Tötungsdelikt oder einem unklaren Verdachtsfall vorgenommen werden. Fälle, die nach dem Aktenstudium sicher als Unfälle oder sonstige Unglücksfälle ohne Fremdverschulden eingeordnet werden konnten, wurden nicht in die Studie aufgenommen.

Anhand der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsakten und der gerichtlichen Sektionsprotokolle wurden die Fälle (entsprechend der Aufgabenstellung) nach den folgenden forensisch-diagnostischen, juristischen und kriminologischen Aspekten statistisch ausgewertet und diskutiert, wobei in der Diskussion ein besonderes Augenmerk auf die zur forensischen Beweiskraft *in foro* beitragenden rechtsmedizinischen und (zusätzlichen) diagnostischen Befunde gelegt wurde. In Ausnahmefällen war es möglich, noch ausstehenden Hauptverhand-

lungen (bei nicht öffentlichen mit Einverständnis der zuständigen Staatsanwälte und Richter) beizuwohnen.

Verschiedene Tötungsmechanismen wurden bestimmten Kategorien von Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern zugeordnet und hinsichtlich der jeweils erhobenen rechtsmedizinischen Befunde ausgewertet. Spezielle Verletzungsmuster wie das Schütteltrauma, geformte Verletzungen und thermische Gewalteinwirkungen wurden mit ihren charakteristischen Merkmalen und besonderen diagnostischen Schwierigkeiten dargestellt und diskutiert.

Fünf Fälle aus verschiedenen Kategorien von Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern wurden beispielhaft kasuistisch dargestellt. Hierbei ergeben sich durch teilweise ausführliche, auch wörtliche Wiedergabe von Geständnissen und / oder anderen Einlassungen der Tatverdächtigen Einblicke in die Tatmotive und innerfamiliären Konflikte bzw. Überforderungssituationen, welche die Besonderheiten vieler Tötungsdelikte an kleinen Kindern ausmachen. Die Namen der in den Kasuistiken benannten Kinder wurden pseudonymisiert.

Nach Auswertung der Ergebnisse wurden diese jeweils begleitend diskutiert, was sich aus Gründen der Überschaubarkeit und Struktur der (sich aus mehreren Einzelkategorien zusammensetzenden) Studie als sinnvoll erwies. In einer Zusammenfassung im Schlussteil wurden die getroffenen Schlussfolgerungen noch einmal aufgegriffen und Vorschläge zur Umsetzbarkeit der sich aus dieser Arbeit ergebenden Anregungen und Konsequenzen für die (rechts-) medizinische Praxis sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit beteiligten Berufsgruppen erarbeitet.

Aufgrund der geringen Fallzahl war es nicht sinnvoll, Prozentangaben mit Nachkommastellen anzugeben. Dadurch ergeben sich Rundungsfehler, die dazu führen können, dass die Summe nicht genau 100 % ergibt.

## 3 Kasuistiken

### 3.1 Fall 1 (1993)

Auffindungssituation: Ein 6,5 Monate alter weiblicher Säugling (Anna) wurde leblos auf die Kinderintensivstation aufgenommen und verstarb trotz intensivmedizinischer Maximaltherapie einige Stunden später. Ersten Angaben des Vaters zufolge war dieser am Abend mit Anna allein zu Hause gewesen, als er über das Babyphon „röchelnde Geräusche“ wahrnahm, sein Kind blass und ohne Atmung im Bett vorfand und den Rettungswagen alarmierte.

Vorgeschichte: Den Ärzten der Kinderklinik war der Säugling bereits bekannt: nur wenige Monate zuvor war Anna wegen schwerer Knochenbrüche, eines Schädelbruches sowie einer Rippenserienfraktur dort behandelt worden. Die Eltern konnten keine Angaben zur Herkunft der Knochenbrüche machen. Schon damals äußerten die Kinderärzte den konkreten Verdacht der Kindesmisshandlung und schalteten das Jugendamt ein. Dieses hielt eine dreimonatige Mutter-Kind-Kur für eine geeignete Maßnahme mit dem Ziel, eine engere Bindung zwischen Mutter und Kind zu fördern. Der Vater wurde allerdings in diese Maßnahme nicht mit einbezogen. Im Anschluss an die Kur sollte die junge Familie zweimal wöchentlich für zwei Stunden von einer Familienhelferin betreut werden. Außerdem wurde unmittelbar nach der Rückkehr auf Veranlassung des Jugendamtes eine Untersuchung und medizinische Begutachtung beim Gesundheitsamt durchgeführt, die zu diesem Zeitpunkt keine aktuellen Verletzungen oder grundlegende Erkrankungen von Anna ergab. Nur zwei Tage nach dieser Untersuchung kam es zu dem tödlichen Ereignis.

Aufgrund der Vorgeschichte wurde durch die behandelnden Ärzte der Kinderintensivstation die Polizei informiert und der Verdacht eines Tötungsdeliktes geäußert. Annas Leichnam sowie die Krankenunterlagen wurden daraufhin beschlagnahmt.

Obduktionsergebnisse: Die einige Stunden postmortal durchgeführte Obduktion zeigte einen normal entwickelten 6,5 Monate alten weiblichen Säugling in gutem Ernährungs- und Pflegezustand. Äußerlich waren mehrere Hautkratzer im Gesicht und am Kopf sowie Ritzverletzungen und oberflächliche Hautabschürfungen an Rumpf und Extremitäten zu erkennen. Bei der inneren Besichtigung fanden sich dann unterschiedlich alte Knochenbrüche im Bereich der Oberarme, der Oberschenkel, des Schlüsselbeins, des Schläfen-/ Scheitelbeins am Schädels sowie diverse Rippenfrakturen. Zudem waren unterschiedlich alte Hautunterblutungen am Rücken, am Gesäß und an den Handgelenken, frische Hautunterblutungen beidseits am Hals, frische Muskeleinblutungen im Bereich der Kehlkopfmuskulatur sowie Stauungsblutungen in den Lidbindehäuten und in der Mundschleimhaut als möglicher Hinweis auf einen Würgemechanismus festzustellen.

Als entscheidender Hinweis auf die Todesursache wurden bei der Obduktion frische Brückenveneneinrisse mit einer Einblutung zwischen harter und weicher Hirnhaut (subdurales Hämatom) mit Hirnödem als Folge eines Schütteltraumas nachgewiesen. Die Obduktionsbefunde bestätigten insgesamt den Verdacht auf eine mehrfache, mehrzeitige, schwere, letztlich tödliche Kindesmisshandlung.

Auch die retrospektive Beurteilung der zu Lebzeiten von Anna im Krankenhaus angefertigten Röntgenbilder ergab die für ein Schütteltrauma charakteristischen Knochenzeichen: Metaphysäre Kantenabsprengungen und Periostreaktionen.

Im Rahmen der makroskopischen und feingeweblichen Untersuchung der Augen fanden sich frische und ältere Blutungen im Bereich der Netzhaut und der Sehnerven beider Augen als Hinweis auf ein aktuelles (wenige Stunden altes) sowie auch älteres (Tage bis wenige Wochen altes) Schütteltrauma.

Einlassung des beschuldigten Vaters: Annas Vater, der in einer ersten Vernehmung durch die Kriminalpolizei behauptet hatte, sein Kind nie misshandelt zu haben und sich die Entstehung der Verletzungen nicht erklären zu können, wurde im Rahmen einer zweiten Vernehmung mit den Ergebnissen der Obduktion konfrontiert und rang sich schließlich zu einem Geständnis durch. Er räum-



te ein, Anna gegenüber mehrfach gewalttätig gewesen zu sein, wenn sie schrie und er nicht in der Lage war, sie zu beruhigen. Den Vorfall, der letztlich zu ihrem Tode führte, schilderte er nun wie folgt: *„(...) Sie schrie weiterhin. Mir ist dann quasi der Faden gerissen. Ich habe sie angeschrien, dass sie aufhören sollte zu schreien und habe sie dann unter die Achseln gefasst und sie vor meinem Körper geschüttelt. Sie hörte aber trotzdem nicht auf zu schreien. Wenn ich beschreiben soll, wie lang ich sie geschüttelt habe, kann ich nur sagen, dass ich sie mehrfach geschüttelt habe und dabei auch angeschrien habe, dass sie aufhören soll zu schreien. Dies tat sie aber nicht. Ich hab sie dann anschließend wieder ins Bett gepackt und ihr den Schnuller in den Mund gesteckt. (...) Dann war anschließend im Kinderzimmer Ruhe. Ich habe sie über das Babyphon nicht mehr gehört. (...)“*

Juristische Würdigung: Annas Vater wurde ein Jahr später wegen Misshandlung von Schutzbefohlenen und wegen Körperverletzung mit Todesfolge zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 4 Jahren und 6 Monaten verurteilt. Nach Verbüßung von zwei Dritteln der Strafe wurde er aus dem Strafvollzug entlassen.

Der Kinderarzt von Anna erstattete Anzeige gegen das Jugendamt wegen unterlassener Hilfeleistung, das Ermittlungsverfahren wurde jedoch eingestellt, da sich ein Fehlverhalten von Seiten des Jugendamtes aus Sicht der Staatsanwaltschaft nicht nachweisen ließ.

### **3.2 Fall 2 (1993)**

Vorgeschichte: *„Wir müssen Abschied nehmen von unserem Sonnenschein“.* Ein Kinderarzt stieß durch Zufall auf die bewegende Traueranzeige eines neun Wochen alt gewordenen Säuglings (David) ...und wurde stutzig. Der Familienname kam ihm bekannt vor, und er erinnerte sich daran, 3 Jahre zuvor ein damals 10 Wochen altes Kind dieser Familie behandelt zu haben, nachdem es mit mehrfachen Knochenbrüchen ins Krankenhaus gebracht worden war. Es wurde

damals bei dem weiblichen Säugling eine schwere Kindesmisshandlung diagnostiziert, woraufhin das Kind den Eltern entzogen und in einer Pflegefamilie untergebracht wurde. Das gegen die Eltern eingeleitete Ermittlungsverfahren musste jedoch eingestellt werden, da nicht eindeutig geklärt werden konnte, *welchem* Elternteil die Misshandlungen als Verursacher zuzuordnen waren. Beruhigt über die Tatsache, dass nun in derselben Familie ein Säugling verstorben war, erkundigte sich der Kinderarzt über die genaueren Umstände des Todesfalls.

Auffindungssituation: Er erhielt die Auskunft, dass David morgens leblos in seinem Kinderbettchen aufgefunden worden war, nachdem er abends friedlich eingeschlafen sein soll. Er sei durch die verzweifelten Eltern noch ins Krankenhaus gebracht worden, dort konnte jedoch bei Einlieferung nur noch Davids Tod festgestellt werden. In der Todesbescheinigung wurde ein „Plötzlicher Kindstod“ als Todesursache definiert. Eine Obduktion des Leichnams war nicht erfolgt – die Familienverhältnisse hätten sich für die (wie bei jedem ungeklärten Todesfall zunächst hinzugezogene) Kriminalpolizei als „unproblematisch“ dargestellt. Der Leichnam war daraufhin von der Staatsanwaltschaft zur Bestattung freigegeben worden und zum Zeitpunkt der Erkundigungen des Kinderarztes bereits beerdigt.

Der Kinderarzt alarmierte jedoch die Kriminalpolizei und aufgrund seiner Schilderungen zur Vorgeschichte wurde durch die Staatsanwaltschaft (nach einwöchiger Leichenliegezeit) die Exhumierung von Davids Leichnam veranlasst. Es wurde eine gerichtliche Obduktion angeordnet und David ins Institut für Rechtsmedizin gebracht.

Obduktionsergebnisse: Bei der äußeren Leichenschau konnten zunächst keine sichtbaren Verletzungen festgestellt werden. Es zeigte sich ein normal entwickelter männlicher Säugling in gutem Ernährungszustand. Bei der inneren Besichtigung fanden sich dann jedoch eindeutige Zeichen von mehrfacher sowie mehrzeitiger, massiver, stumpfer äußerer Gewalteinwirkung: Insgesamt 14 unterschiedlich alte Rippenfrakturen, eine frische Rippenfraktur mit korrespondierenden Unterhautfettgewebsblutungen am Rumpf, ein subdurales Hygrom (als

Hinweis auf eine alte Hirnblutung) sowie eine frische Einblutung unter die harte Hirnhaut (subdurales Hämatom) ohne Zeichen eines stumpfen Traumas zum Kopf. Des Weiteren fanden sich frische wie auch alte Netzhautblutungen (retinale Blutungen) im Bereich beider Augen. Als todesursächlich stellte sich ein massives Hirnödem als Folge eines Schütteltraumas heraus.

Einlassung des Vaters: Gegen Davids Vater erging Haftbefehl. In der anschließenden Vernehmung durch die Mordkommission wurde er mit den Obduktionsergebnissen konfrontiert und räumte ein, wegen des ständigen, anhaltenden Schreiens des Kindes die Kontrolle verloren zu haben. In seinem Geständnis schilderte er eindrucksvoll den nach den Obduktionsbefunden vorausgesetzten Schüttelvorgang:

*„[...] Ich habe David hochgenommen. Ich habe ihn dabei unter den Achseln am Brustkorb erfasst. Anschließend habe ich ihn kräftig hin und her geschüttelt. Sein Kopf ist dabei ziemlich stark hin und her geflogen. [...] Ich merkte dann, dass er nicht mehr atmete. Beide Hände zitterten. [...]“*

Juristische Würdigung: Davids Vater wurde von der Staatsanwaltschaft wegen roher Misshandlung eines Schutzbefohlenen in mehreren Fällen sowie wegen Körperverletzung mit Todesfolge angeklagt. Das Gericht verurteilte ihn zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 6 Jahren.

Forensisch-psychiatrische Begutachtung: Ein forensisch-psychiatrischer Sachverständiger legte in seinem Gutachten für das Gericht überzeugend dar, dass eine berufliche Belastung bei Davids Vater zu einer gewissen – aber nicht tiefgreifenden – Beeinträchtigung im körperlichen und seelischen Bereich geführt hatte. Er habe vielmehr aus Ärger, Wut und Verstimmung über das anhaltende Schreien des Kindes gehandelt. Anzeichen für eine Affekthandlung lagen aus Sicht des psychiatrischen Gutachters bei Davids Vater ebenso wenig vor wie Anhaltspunkte für einen Ausschluss oder eine erhebliche Verminderung der Schuldfähigkeit.

Strafvollzug: Ein wenige Monate später von dem Strafverteidiger gestellter Revisionsantrag wurde durch den Bundesgerichtshof abgelehnt. Nach Ablauf von zwei Dritteln der Freiheitsstrafe wurde Davids Vater (bei guter Führung und erstmaliger Haftstrafe) aus dem Strafvollzug entlassen und der Rest der Freiheitsstrafe zur Bewährung ausgesetzt.

### **3.3 Fall 3 (1997)**

Auffindungssituation: Am Morgen gegen 08:15 Uhr wurde die Polizei von einer Notärztin über den plötzlichen Todesfall eines 14 Wochen alten weiblichen Säuglings (Lisa) informiert. Kurz zuvor war die Notärztin von den Eltern des Kindes über den Notruf 112 alarmiert worden, nachdem sie Lisa leblos in ihrer Babytragetasche liegend aufgefunden hätten. Bei Eintreffen der Rettungskräfte stand die (als Kinderwagenaufsatz zu verwendende) Tragetasche im Schlafzimmer der Eltern auf dem Fußboden. Lisa wurde darin, komplett durch ein Bettkissen zugedeckt, bäuchlings mit dem Gesicht nach unten aufgefunden. Beim Umdrehen des Kindes in die Rückenlage stellte die Notärztin eine bereits stark ausgebildete Leichenstarre sowie deutliche Totenflecke fest. Darüber hinaus bemerkte sie mehrere Verletzungen an Lisas Körper, die sich ihr als verdächtig auf eine Kindesmisshandlung darstellten. Da sie einen nicht natürlichen Tod des Säuglings vermutete, rief die Notärztin die Polizei zum Einsatzort hinzu. Als diese in der Wohnung eintraf, hockten Lisas Eltern im Wohnzimmer am Boden auf zwei Bettdecken und Kissen. Beide schienen aufgelöst und weinten.

Vorgeschichte: Bei einer ersten Befragung der Eltern noch vor Ort erzählten diese, dass Lisa am Vorabend gegen 23:00 Uhr zuletzt gefüttert und gewickelt worden sei, dann sei sie von der Mutter im Schlafzimmer in Bauchlage in die Babytragetasche gelegt worden und nach 2 Minuten eingeschlafen. Die Eltern hätten dann gemeinsam mit ihrer älteren Tochter im Wohnzimmer geschlafen, da diese zur Zeit Zähne bekäme und schlecht schlafen würde.

Am Morgen sei der Vater gegen 07:45 Uhr aufgewacht und habe sich gewundert, dass Lisa sich noch nicht gemeldet habe. Er habe nach seiner Tochter geschaut und ihr zunächst am Fuß gezogen. Als keine Reaktion erfolgt sei, habe er die Bettdecke hoch genommen und festgestellt, dass Lisa tot sei. Er habe dann über den Notruf 112 die Notärztin alarmiert.

Seitens der Kriminalbeamten wurden dem Ehepaar konkrete Vorhalte bezüglich der am Leichnam von Lisa festgestellten Verletzungen gemacht. Konkrete Stellungnahmen hierzu erfolgten zunächst jedoch nicht.

Bei Einsicht in den Mutterschaftspass durch die Notärztin wurde dann festgestellt, dass bei Lisa vor Wochen eine Oberarmfraktur diagnostiziert worden war. Zu dieser Verletzung befragt erklärte der Vater, dass Lisa ihrer Mutter nach dem Baden aus den Händen gegliitten und auf den gefliesten Boden gefallen sei.

Als behandelnde Ärzte von Lisa gaben die Eltern auf Nachfrage zwei niedergelassene Kinderärzte sowie zwei Krankenhausärzte, die Lisa wegen der Oberarmfraktur behandelt hätten, an. Die Krankenunterlagen wurden beschlagnahmt. Bei einer Befragung durch die Polizei äußerten sich alle vier Ärzte dahingehend, dass ihrerseits ein Verdacht der Kindesmisshandlung aufgekommen sei. Sowohl durch einen der niedergelassenen Kinderärzte als auch durch die Krankenhausärzte sei das zuständige Jugendamt über diesen Verdacht informiert worden. Bei den Ärzten sei jedoch der Eindruck entstanden, dass die vermuteten Misshandlungen bzw. diagnostizierten Verletzungen seitens des Jugendamtes heruntergespielt worden seien.

Da nun der konkrete Verdacht bestand, dass Lisa über einen längeren Zeitraum körperlich misshandelt worden war und nicht ausgeschlossen werden konnte, dass Misshandlungen ursächlich oder mitursächlich für ihren plötzlichen Tod waren, wurde eine gerichtliche Leichenöffnung angeordnet und Lisa ins Institut für Rechtsmedizin gebracht.

Postmortale radiologische Diagnostik: Im Vorwege der Obduktion wurde eine Ganzkörper-Röntgenuntersuchung durchgeführt und kinderradiologisch mitbegutachtet. Dabei konnten folgende Befunde erhoben werden: Eine kolbig aufgetriebene, in Heilung befindliche (etwa 3 Wochen alte), spiralg verlaufende Oberarmfraktur links, eine ältere Fraktur der 10. Rippe rechts sowie ein mehrfacher Schädelbruch mit zahlreichen feinen Bruchausläufern, ausgehend von zwei Bruchzentren (jeweils rechts und links im Scheitelbeinbereich). Im seitlichen Strahlengang zeigte sich ein Versatz der knöchernen Bruchstücke um Knochenbreite. Die darüber liegenden Weichteile waren durch Blutungen infolge der Brüche deutlich verdickt. Die Schädelverletzungen wurden als maximal wenige Tage alt eingeschätzt. Es zeigten sich darüber hinaus Knochenveränderungen am rechten Schienbein (sowohl am proximalen als auch am distalen Ende) im Sinne von Periostunterblutungen bzw. periostaler Abhebungen, distal mit metaphysärer Kantenabsprengung. Das Alter dieser Traumata wurde denen im Kopfbereich entsprechend eingeordnet. Des Weiteren fand sich eine alte, eingestauchte Radiusfraktur am rechten Unterarm.

Obduktionsergebnisse: Bei der äußeren Leichenschau zeigten sich zahlreiche oberflächliche Hautabschürfungen und Hautkratzer im Gesicht sowie beidseits am Kopf (hier mit fluktuierender Schwellung der rechten Schläfen- / Scheitelregion), mehrere ältere, verborkte Hautkratzer und -abschürfungen an der Körperoberfläche (u.a. unter der Fußsohle) sowie eine tiefe, verborkte Hautläsion an der Streckseite des rechten Unterarmes. Des Weiteren fanden sich ausgedehnte Hautunterblutungen am rechten Fußknöchel, übergehend auf den Fußrücken und das Schienbein sowie streifenförmige, wunde Hautbezirke im Genitalbereich und an der angrenzenden Innenseite des rechten Oberschenkels.

Bei der inneren Leichenschau wurde ein massives Schädel-Hirn-Trauma mit ausgedehnten Unterblutungen der Kopfschwarte, Zertrümmerung der inneren Kopfschwartenschichten und ausgedehnten Quetschungshöhlen festgestellt. Es stellten sich zwei (nicht miteinander in Verbindung stehende) Schädeltrümmerbrüche beidseits im Scheitelbeinbereich mit mehrfachen Schädelbruchausläufern dar. Als todesursächlich erwies sich eine massive Hirnswellung als Folge

des schwersten Schädel-Hirn-Traumas. Vorbestehende innere Organerkrankungen oder Hinweise auf eine Intoxikation konnten bei der Obduktion nicht festgestellt werden.

Das Befundmuster insgesamt sprach eindeutig für zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgte stumpfe und halbscharfe Gewalteinwirkungen von fremder Hand im Sinne einer mehrfachen sowie mehrzeitigen, schweren Kindesmisshandlung.

Einlassung des Vaters: Bei der ersten polizeilichen Vernehmung gaben beide Elternteile an, Lisa niemals bewusst körperlich misshandelt zu haben. Auf massive Vorhaltungen der Ermittler bezüglich der (bei Lisas Auffindung zunächst nur äußerlich festgestellten) Verletzungen gab die Mutter dann an, dass Lisa ihr nach dem beschriebenen Unfall im Badezimmer noch zweimal vom Wickeltisch gefallen sei, zuletzt vor 2-3 Tagen. Da sie nicht den Eindruck gehabt habe, dass Lisa sich durch die Stürze Verletzungen zugezogen habe, hätte sie keinen akuten Handlungsbedarf gesehen.

Nach Vorliegen des Obduktionsberichtes wurde zunächst der Vater mit den Ergebnissen der Untersuchungen konfrontiert, woraufhin er nun „die volle Wahrheit“ sagen wollte. Er berichtete, dass Lisa schon von Geburt an ein schwierigeres Kind gewesen sei als ihre größere Schwester. Sie sei „zu lebhaft“ gewesen und habe oft geschrien. Seine Frau habe dann unter Stress gestanden und sei Lisa gegenüber zunehmend aggressiv und gewalttätig geworden. Es habe damit begonnen, dass Lisa von ihrer Mutter mehrfach in die Fußsohle und an anderen Körperteilen gekniffen worden sei und zwar „in der Art, dass sich die Fingernägel ins Fleisch eindrückten“. Irgendwann habe es dann angefangen, dass die Mutter Lisa mit der Handfläche oder den Handknöcheln ins Gesicht geschlagen habe, so dass sie des Öfteren ein Hämatom im Gesicht gehabt habe. Einmal habe der Vater Lisa mit auf dem Rücken gefesselten Händen in ihrem Kinderbettchen liegend aufgefunden. Die Fesselung (mit zwei zusammengebundenen Socken) sei so fest gewesen, dass er sie nur unter Zuhilfenahme eines Messers habe lösen können. Von dieser Fesselung stamme auch die bei der Leichenschau beschriebene, tiefe Hautverletzung an Lisas Unterarm. Die

Mutter habe die Fesselungsmaßnahme damit begründet, dass sie es nicht ertragen könne, dass Lisa dauernd am Ärmel ihres Strampfers „herumsabbere“. Schließlich habe sie Lisas Hände nahezu ständig hinter dem Rücken gefesselt, oftmals über mehrere Stunden, teilweise auch über Nacht. Der Vater gab an, seiner Frau mehrfach gesagt zu haben, sie solle das lassen. Sie habe jedoch auf die Fesselung bestanden, da Lisa sonst immer „herumzappele“. Erneut zur Herkunft der vor wenigen Wochen bei Lisa behandelten Oberarmfraktur befragt gab er nun an, dass seine Frau Lisas Arm gedreht oder gehebelt habe, bis der Arm gebrochen sei. Er berichtete, dass nach Lisas Krankenhausaufenthalt die Misshandlungen durch seine Frau noch deutlich zugenommen hätten. Sie habe Lisa mehrfach mit einer Glasflasche gegen den Kopf geschlagen. Er räumte in diesem Zusammenhang ein, Lisa auch selbst mindestens einmal „eine Kopfnuss verpasst“ zu haben, wenn sie lange gequengelt oder geschrien habe. Insbesondere wenn er allein auf beide Kinder gleichzeitig aufpassen musste, habe er sich oft überfordert gefühlt und sei ausgerastet. Überwiegend sei Lisa jedoch von seiner Frau misshandelt worden. So sei es auch immer häufiger vorgekommen, dass die Mutter Lisa mit Wucht auf das Bett oder in die auf dem Fußboden stehende Hartschale des Kinderwagenaufsatzes geworfen habe. Dabei habe sie Lisa immer mit dem Gesicht nach vorne in die Schale geschmissen, so dass sie zahlreiche Verletzungen im Gesicht erlitten habe. Mindestens einmal sei Lisa auch mit dem Kopf gegen die Bettkante des Ehebettes geschlagen.

Zwei Tage vor Lisas Tod sei nach einem Besuch beim Kinderarzt ein Mitarbeiter des Jugendamtes zu den Eltern nach Hause gekommen. Man habe eigentlich nur Lisas ältere Schwester wegen Haarausfall beim Kinderarzt vorstellen wollen, dieser habe jedoch darauf bestanden, auch Lisa zu sehen und das Jugendamt informiert. Der Familie sei an diesem Tag eine Erziehungshilfe vom Jugendamt angeboten worden. Lisas Mutter habe sich darüber so sehr aufgeregt, dass sie (nachdem der Mitarbeiter des Jugendamtes gegangen war) Lisa vor Wut einen Schlag mit der Faust ins Gesicht gegeben habe. Dem Vater gegenüber habe sie geäußert, dass sie die Hilfe des Jugendamtes nicht in Anspruch nehmen werde und ihre Kinder so erziehen könne, wie sie es wolle. Am Abend sei Lisa dann im Schlafzimmer allein von der Mutter versorgt worden,



während der Vater im Wohnzimmer „Nintendo“ gespielt habe. Als die Mutter aus dem Schlafzimmer gekommen sei, habe sie gesagt, dass Lisa „jetzt richtig Ärger bekommen“ habe. Auf Nachfrage des Vaters, was sie damit gemeint habe, habe sie geantwortet, dass Lisa auf die Bettkante geknallt sei. Lisa habe laut Angabe des Vaters dann auch nicht mehr geschrien, sondern nur noch leise gewimmert, dies habe etwa 10 Minuten angedauert, dann sei Ruhe gewesen. Am nächsten Morgen sei sie „irgendwie verändert“ gewesen. Sie habe bei jeder Bewegung geschrien oder gewimmert. Eine Gesichtshälfte sei auffallend blass gewesen, die andere Gesichtshälfte habe einen „roten Fleck“ aufgewiesen. Ein Arzt sei nicht aufgesucht worden, stattdessen sei man zu den Schwiegereltern zum Kaffeetrinken gegangen. Der Vater berichtete, dass Lisa an diesem Tag von der Mutter nicht mehr „die Flasche über den Kopf gekriegt“ habe, aber noch mehrmals von ihr gekniffen worden sei. Am Abend habe Lisa dann nichts mehr trinken wollen. Die Eltern hätten gemeinsam mit der älteren Tochter im Wohnzimmer übernachtet, als der Vater am Morgen ins Schlafzimmer gekommen sei, habe er Lisa tot und bereits steif in der Tragetasche liegend aufgefunden.

Einlassung der Mutter: Lisas Mutter gab nach der Konfrontation mit den Obduktionsergebnissen zunächst an, dass Lisa ihr am Abend vor ihrem Tod im Badezimmer zweimal nacheinander aus dem Arm auf den Fliesenboden gefallen sei. Sie habe schon nach dem ersten Sturz sehr stark geschrien, nach dem zweiten auch erbrochen. Nachdem Lisa sich wieder etwas beruhigt habe, habe sie sie in die Babytrage tasche gelegt und sei ins Wohnzimmer gegangen. Als sie später am Abend wieder ins Schlafzimmer gekommen sei, um etwas zu holen, sei ihr aufgefallen, dass Lisa blass und fahl im Gesicht gewesen sei und sich nicht mehr bewegt habe. Die Mutter berichtete: *„Ich bin zu 90 % sicher gewesen, dass sie zu diesem Zeitpunkt nicht mehr lebte. Ich habe mich dann nicht mehr weiter um das Kind gekümmert und bin ins Wohnzimmer zu meinem Mann gegangen [...] ich habe dann nebenbei erwähnt, dass mit dem Kind etwas nicht stimmt, dass es sich nicht mehr bewegt. Ob er das noch mitbekommen hat, kann ich nicht sagen. Ich habe mit meinem Mann dann bis zum nächsten Morgen darüber nicht mehr gesprochen.“*

Nachdem die Vernehmung unterbrochen und der Mutter mitgeteilt wurde, dass der Vater sie mittlerweile mit seiner Aussage stark belastet habe, gab sie zu, dass ihre bisher gemachten Angaben nicht der Wahrheit entsprochen hätten. Es habe nie einen Sturz gegeben. Sie räumte nun ein, Lisa seit Wochen missandelt zu haben. Sie habe keine Beziehung zu ihrer Tochter aufbauen können, dies habe sie schon während der Schwangerschaft gemerkt. Sie gestand: *„Es war so, dass Lisa bei mir mehr schrie als bei meinem Mann. Mich hat das böse gemacht, ich konnte mich nicht mehr kontrollieren, ich habe Lisa immer und immer wieder geschlagen. Ich habe sie täglich geschlagen, ich schlug sie mit den Händen, und ich schlug sie mit den Fäusten. Ich schlug sie aus verschiedenen Gründen, entweder weil sie schrie, weil sie sich schlecht wickeln ließ oder weil sie ihr Fläschchen nicht trank. [...] Ich habe meine Tochter auch mit ihrem Fläschchen geschlagen, es sind Glasfläschchen. Es kam vor, dass ich sie auf die Beine schlug, es kam aber auch vor, dass ich ihr mit dem Fläschchen auf den Kopf schlug [...]. Ich schlug sie in der Anfangszeit überall hin, wo ich treffen konnte, nach dem zweiten Lebensmonat, meine ich, habe ich dann hauptsächlich auf das Köpfchen geschlagen. [...] Es war so, dass Lisa zappelig war und deshalb nicht schlafen konnte. Damit sie zur Ruhe kam und nicht mehr zappelte, band ich ihr die Arme auf dem Rücken zusammen. [...] Es war der Regelfall, dass ich sie schlug. Es gab vielleicht mal einen Tag, an dem es ganz gut lief und ich sie nicht schlagen musste, aber das war die Ausnahme. [...]"*

Den Vorfall zwei Tage vor Lisas Tod schilderte die Mutter nun wie folgt: *„[...] Lisa wollte wieder nicht trinken. Lisa schrie, und die Milch rann ihr aus dem Mund. Ich wurde immer saurer. Ich stand auf und habe das Baby auf die Wickelkommode geworfen. Ich stand vor der Kommode und habe sie aus meiner Brusthöhe auf die Wickelkommode fallen lassen, wobei ich etwas mit Schwung nachhalf. Es kann sein, dass das Baby dabei auf die Holzfassung fiel [...]. Ich war wütend und verlor die Fassung, so dass ich mein Handeln überhaupt nicht mehr kontrollieren konnte. Das Baby hat danach geschrien, es schrie schlimmer als vorher. [...] Ich habe das Baby dann umgezogen. Ich zog es sehr unsanft um. Ich habe beim Umziehen das Köpfchen nicht mehr festgehalten. Es fiel nach hinten. Es fiel mehrfach nach hinten während des Umziehens. Das Baby*

*schrie und strampelte immer doller. Je doller es wurde, desto mehr geriet ich in Rage. Dementsprechend ging ich mit dem Baby um. [...] Nachdem ich das Baby umgezogen hatte, habe ich es ins Schlafzimmer gebracht. [...] Ich habe mich an das Fußende der Hartschale gestellt und das Baby, fast ohne mich zu bücken, von oben in die Hartschale fallen lassen. Dabei habe ich etwas Schwung gehabt. Es kann durchaus sein, dass das Baby beim Hineinwerfen in die Hartschale mit dem Köpfchen gegen die Holzumrandung des Bettes fiel. [...] Ich habe dann das Schlafzimmer verlassen. [...] Das Baby hörte nicht auf zu schreien. Ich ging ins Schlafzimmer zurück und schlug mit der Faust mehrfach auf das Köpfchen des Babys ein. [...] Ich habe aufgehört, auf das Baby einzuschlagen, nachdem es zu schreien aufgehört hatte. Es weinte jetzt nur noch leise.“ Am folgenden Abend sei die Situation dann erneut eskaliert. Die Mutter beschrieb: „Ich habe dann wieder auf das Baby eingeschlagen. Ich schlug wieder mit der Faust hauptsächlich auf das Köpfchen. Das Kind schrie dann immer noch, ich habe dann das Schlafzimmer verlassen. Das Schreien des Kindes wurde dann leiser. Ich bin dann nicht wieder ins Schlafzimmer gegangen. [...] Ich habe nicht mehr nach dem Baby geschaut. Mein Mann hat dann am Morgen zu dem Baby geschaut und hat festgestellt, dass es tot ist.“ Sie ergänzte noch: „Ich habe nie gesehen, dass mein Mann Lisa mal ernsthaft geschlagen hat. [...] Er hat mich jedoch nicht zur Rede gestellt.“*

Juristische Würdigung: Lisas Eltern wurden unmittelbar nach der Vernehmung festgenommen und verblieben bis zur Hauptverhandlung in Untersuchungshaft. Die Staatsanwaltschaft erhob Anklage wegen Totschlags und Misshandlung von Schutzbefohlenen in mehreren Fällen – wobei dem Vater vorwiegend unterlassene Hilfeleistung vorgeworfen wurde. Aufgrund des rechtsmedizinischen Sachverständigengutachtens wurde zugrunde gelegt, dass die bei Lisa festgestellten Schädeltrümmerbrüche bzw. das dadurch ausgelöste Schädel-Hirn-Trauma nur maximal 10 Stunden hätten überlebt werden können und sich der mögliche Tatzeitpunkt demzufolge auf eine konkrete Zeitspanne begrenzte. Für eben diesen Zeitraum machten die beiden Angeklagten in der Hauptverhandlung widersprüchliche Angaben, wobei sie sich teilweise gegenseitig belasteten, teilweise deckten. Es habe sich laut Urteilsbegründung letztlich nicht eindeutig

feststellen lassen, was genau in der tatkritischen Zeit geschehen sei – insbesondere, ob Mutter oder Vater bzw. ob beide zusammen Lisa derart misshandelten, dass sie zwei Schädeltrümmerbrüche davontrug. In der Konsequenz wurden die Eltern vom Tatvorwurf des Totschlags freigesprochen. Das Gericht verurteilte beide Elternteile gleichermaßen wegen Misshandlung von Schutzbefohlenen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von 3 Jahren und 10 Monaten.

Forensisch-psychiatrische Begutachtung: Die Begutachtung der Mutter durch einen forensisch-psychiatrischen Sachverständigen ergab eine leichte Intelligenzminderung sowie eine nicht ausgereifte, instabile Persönlichkeitsstruktur. Anhaltspunkte für eine erhebliche Verminderung der Steuerungs- und / oder Einsichtsfähigkeit ergaben sich daraus nicht.

Strafvollzug: Die von beiden Elternteilen gestellten Revisionsanträge wurden durch den Bundesgerichtshof abgelehnt. Nach Ablauf der Hälfte der Freiheitsstrafe wurde zunächst für beide Elternteile gutachterlich eine negative Prognose (mit fortbestehender Gefährdung bei erneutem Umgang mit Schutzbefohlenen) abgegeben, wobei insbesondere die Mutter eine mangelnde Therapie- und Kooperationsbereitschaft gezeigt habe. Lisas Vater wurde schließlich nach Ablauf von zwei Dritteln der Freiheitsstrafe in den offenen Vollzug überführt. Lisas Mutter wurde etwa zeitgleich – nach einer freiwilligen Sterilisation zur Verhinderung einer erneuten Schwangerschaft – aus dem Strafvollzug entlassen, das letzte Drittel der Freiheitsstrafe wurde zur Bewährung ausgesetzt.

### **3.4 Fall 4 (1998)**

Auffindungssituation: Ein 9 Wochen alter männlicher Säugling (Tom) verstarb im Kinderkrankenhaus, nachdem er knapp zwei Stunden zuvor von seinen Eltern leblos im Bett vorgefunden worden sei. Sein Kopf habe in Erbrochenem gelegen. Während der Vater Mund-zu-Mund-Beatmung durchgeführt habe, sei durch die Mutter ein Rettungs- bzw. Notarztwagen gerufen worden. Durch den

Notarzt wurden umfangreiche Reanimationsmaßnahmen eingeleitet, die bis ins Krankenhaus fortgeführt wurden. Nachdem im Krankenhaus der Hirntod festgestellt wurde, wurden die ärztlichen Bemühungen abgebrochen.

Laut Darstellung des Notarztes hätte sich Tom in einem gepflegten Zustand befunden. Es hätten keinerlei äußere Verletzungen vorgelegen. Die Wohnung der Eltern sei sehr sauber und das Baby altersentsprechend genährt gewesen. Ob der Säugling sich bei Auffindung in Bauch- oder Rückenlage befunden hatte, konnte von dem Notarzt (bei späterer Nachfrage durch Polizeibeamte) nicht angegeben werden. In der Todesbescheinigung wurde als Todesart „ungeklärt“ angekreuzt und dies ordnungsgemäß an das zuständige Landeskriminalamt gemeldet. Als Todesursache wurde in der Todesbescheinigung „Verdacht auf Aspiration“ angeführt, als hierfür ursächliches Grundleiden ein „Verdacht auf Toxikose“ angegeben. Die Annahme einer Säuglingstoxikose (überwiegend im 1. Lebensjahr auftretende schwere Stoffwechselentgleisung infolge eines infektiös-toxisch bedingten Brechdurchfalls) resultierte offenbar aus Angaben der Eltern gegenüber dem Arzt, dass Tom am Vortage eine Durchfallerkrankung gehabt habe.

Im an die Staatsanwaltschaft gerichteten Schlussbericht des Landeskriminalamtes heißt es: *„Aufgrund der durchgeführten Ermittlungen und Aussagen der Ärzte (Notarzt und Krankenhausarzt) kann ein mögliches Fremdverschulden absolut ausgeschlossen werden, das Baby befand sich in einem altersentsprechend gepflegten Zustand, Verletzungen wurden ebenfalls nicht bekannt. Aufgrund der geschilderten Gesamtumstände bestehen aus hiesiger Sicht keine Bedenken gegen eine Freigabe des Leichnams.“* Das Todesermittlungsverfahren wurde zunächst eingestellt.

Zehn Tage nach Toms Tod wurde ein Polizeibeamter des Landeskriminalamtes von einem Ehepaar aus seinem Bekanntenkreis angesprochen, welches den Vater von Tom kannte. Von einer weiteren Freundin wäre dem Ehepaar mitgeteilt worden, dass der Kindsvater dieser Freundin gegenüber gesagt hätte, dass Toms Mutter beim Tod ihres gemeinsamen Sohnes „nachgeholfen“ hätte – in der Form, dass sie dem fortwährend schreienden Baby die Bettdecke über den

Kopf gezogen und gleichzeitig ihre Hand auf das bedeckte Gesicht des Kindes gedrückt hätte. Dies hätte sie ihm sowie seinen Eltern und einem Psychologen gegenüber gestanden.

Daraufhin wurde der, zwischenzeitlich zur Feuerbestattung freigegebene, Leichnam des Kindes beschlagnahmt und der Rechtsmedizin zugeführt.

Obduktionsergebnisse: Zum Zeitpunkt der Obduktion (12 Tage nach dem Tod) befand sich Tom im Zustand der beginnenden Leichenfäulnis und Mumifizierung. Bei der äußeren Leichenschau konnten (abgesehen von im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung beigebrachten, frischen Nadeleinstichstellen) keine äußeren Verletzungen festgestellt werden. Insbesondere die Augenbindehäute zeigten sich sehr blass – ohne punkt- oder fleckförmige Blutungen. Organische Fehlbildungen fanden sich weder äußerlich noch innerlich. Bei der inneren Besichtigung fanden sich punktförmige Blutungen des Rippenfells, eine geringe Lungenüberwässerung, Belüftungsstörungen der Lungen und herdförmige Lungeneinblutungen. Des Weiteren zeigte sich eine geringe Hirnschwellung, eine geringe Mageninhaltseinatmung – keine Lungenentzündung. Als Zeichen eines Darminfektes fand sich flüssiger Darminhalt vor.

Die Todesursache konnte durch die Obduktion nicht sicher geklärt werden. Da sich weder Zeichen äußerer Gewalteinwirkung noch Zeichen einer todesursächlichen inneren Erkrankung fanden (auch kein Hinweis auf eine Toxikose), wurde (unter Berücksichtigung der typischen Auffindungssituation) ein Plötzlicher Säuglingstod als am ehesten in Betracht kommende Todesursache angesehen und als Verdachtsdiagnose aufgeführt – mit dem ausdrücklichen Hinweis darauf, dass das Fehlen von relevanten Verletzungen jedoch ein Tötungsdelikt, zum Beispiel durch weiche Bedeckung, nicht ausschließt.

Zeugenaussage des Vaters: Toms Vater, der als Beamter beim Jugendamt tätig war, hatte bereits wenige Tage nach Toms Versterben mehreren Freunden und Bekannten gegenüber erzählt, dass die Mutter ihm gegenüber die Tat (wie oben beschrieben) gestanden hätte. Als er erfuhr, dass zwischenzeitlich Ermittlungen

eingeleitet worden waren, meldete er sich selbständig bei der Kriminalpolizei, um gegen seine Lebensgefährtin auszusagen.

In seiner zeugenschaftlichen Vernehmung bei der Mordkommission berichtete der Vater, dass er mit dem Geständnis seiner Lebensgefährtin, den gemeinsamen Sohn getötet zu haben, „nicht klargekommen“ sei. Er habe danach „wie im Traum“ gelebt und deshalb verschiedenen Personen von dem Geschehen berichtet, in der Hoffnung, dass ihm geholfen würde und man ihm sagen würde, was er tun sollte. Die Nacht, in der Tom starb, schilderte er wie folgt: Der Abend sei zunächst wie üblich verlaufen, seine Lebensgefährtin habe Tom versorgt und ins Bett gebracht. Die Eltern seien dann zunächst gemeinsam schlafen gegangen, bis sie gegen 02:30 Uhr von heftigem Schreien geweckt worden seien. Sie seien gemeinsam aufgestanden, der Vater habe Tom gewickelt und die Mutter ihn danach bis 03:30 Uhr gestillt. Nach dem Stillen habe die Mutter Tom mit ins elterliche Bett genommen. Der Vater (der häufig in der Wohnung übernachtete, jedoch nicht dort lebte) sei aufgestanden und in seine eigene Wohnung wenige Strassen weiter gegangen, um Sachen für Tom zu holen, die am nächsten Tag benötigt worden wären. Er sei dann zu Hause noch wach geblieben und habe am Computer gearbeitet, bis gegen 05:00 Uhr das Telefon geklingelt habe. Toms Mutter sei am Telefon gewesen und habe ihm erklärt, dass Tom im Gesicht „so komisch“ und „ganz blau“ aussehen würde. Als der Vater in die Wohnung gekommen sei, habe er Tom im Kinderbett in Rückenlage mit ausgestreckten Armen und Beinen und mit dem Kopf in rötlichem Erbrochenem liegend vorgefunden. Als ausgebildeter Rettungssanitäter habe er versucht, Tom wiederzubeleben, was ihm jedoch nicht gelungen sei. Die Mutter habe währenddessen apathisch im Zimmer gestanden und auch auf mehrfache Aufforderung, einen Rettungswagen zu rufen, nicht reagiert. Dies wurde dann durch den Vater getan.

Mehrere Stunden nach Toms Versterben habe Toms Mutter dem Vater gegenüber folgendes Geständnis abgelegt:

*„Ich bin nicht ganz unschuldig an dem Tod von Tommy. [...] Du kannst mir das nie verzeihen. Ich habe dem Tommy die Decke über den Kopf gezogen, als er*

*schrie, dann hab ich auch noch die Hand auf die Decke gelegt. [...] Ich habe den Tommy nach dem Stillen in unser Bett genommen, er hat aber noch gestrampelt. Ich konnte nicht schlafen. Ich habe ihn in sein Bett gelegt. Dort hat er weiter geschrien. Ich bin wieder aufgestanden und zu ihm gegangen. Ich habe zu ihm gesagt: Warum schreist du noch? Mami muss doch schlafen. Er beruhigte sich aber nicht. Ich habe ihm nochmals gesagt, dass er still sein soll, dass ich meinen Schlaf brauche, weil ich studieren muss. Ich wollte doch nur, dass er still ist und habe ihm die Decke über den Kopf gezogen. Dann hab ich die Hand darauf gelegt. Als ich dies tat, hab ich alles nur wie in Trance wahrgenommen. Dann war Tommy ruhig. Nun bemerkte ich, was ich getan hatte. Ich habe die Decke weggenommen und gesehen, dass Erbrochenes um seinen Mund war, sein Gesicht war blau. Ein paar Minuten später habe ich dich (den Kindsvater) angerufen.“*

Das Geständnis sei durch die Mutter in den folgenden Tagen gegenüber einem Krankenhauspsychologen sowie gegenüber mehreren Familienangehörigen wiederholt und von diesen im Rahmen der Hauptverhandlung bestätigt worden.

Juristische Würdigung: Toms Mutter wurde von der Staatsanwaltschaft wegen Totschlags angeklagt. In der Hauptverhandlung nahm sie (wie bei den polizeilichen Ermittlungen) von ihrem Aussageverweigerungsrecht Gebrauch und machte selbst keine Angaben zum Tathergang. Das zuvor im Umfeld der Familie abgelegte Geständnis, welches von insgesamt 7 Zeugen (im Rahmen zeugenschaftlicher polizeilicher Vernehmungen und in der Hauptverhandlung) bestätigt worden war, reichte dem Gericht als Tatbeweis – insbesondere vor dem Hintergrund der Obduktionsergebnisse, die einen Plötzlichen Säuglingstod als mögliche Todesursache postulierten – nicht aus. Am Ende der Verhandlung plädierten die Strafverteidigerin wie auch der Staatsanwalt auf Freispruch, welcher vom Gericht gewährt wurde, da Toms Mutter die Tat nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Sicherheit nachgewiesen werden konnte.

Forensisch-psychiatrische Begutachtung: Im Vorfeld der Hauptverhandlung wurde durch das Gericht eine forensisch-psychiatrische Begutachtung der Mutter veranlasst. Die Sachverständige führte in ihrer Beurteilung aus, dass sie



aufgrund der Persönlichkeitsstruktur sowohl die tatsächlich begangene Tat als auch eine pathologische Form des „Schuldaufsichnehmens“ mit nicht der Realität entsprechendem Geständnis für möglich halten würde. Das Vorliegen einer akuten Psychose wurde von der Gutachterin ausgeschlossen. Sie ging vielmehr von einem psychischen Ausnahmezustand bzw. einer hoch neurotischen Reaktionsweise der Mutter aus, was juristisch in dem Begriff der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“ zusammengefasst würde, und empfahl dem Gericht (für die beiden möglichen Versionen) die Anwendung des § 21 StGB (erhebliche Einschränkung der Steuerungsfähigkeit). Eine Aufhebung der Steuerungsfähigkeit und der Unrechtseinsicht (im Sinne § 20 StGB) wäre nicht gegeben gewesen. Aufgrund des letztlich erfolgten Freispruchs blieb das Ergebnis der forensisch-psychiatrischen Begutachtung ohne Belang.

### **3.5 Fall 5 (2000)**

Vorgeschichte: Ein 2,5 Monate alter weiblicher Säugling (Nadine) wurde für zwei Tage zur Aufsicht bei einer Freundin der Mutter untergebracht. Der vier Jahre und neun Monate alte Sohn dieser Freundin (Justin) reagierte eifersüchtig auf das Baby und bereits am ersten Abend kam es zu einem gravierenden Zwischenfall: Er drückte dem Säugling ein Kissen auf das Gesicht, bis seine Mutter zufällig hinzukam und dies unterbinden konnte. Zur Strafe bekam Justin an diesem Abend keine Süßigkeiten. Mit großer Wahrscheinlichkeit hat diese „Strafe“ Justins Eifersucht auf das Baby noch verstärkt. Am zweiten Abend verließ die Mutter des Vierjährigen für kurze Zeit die Wohnung. Sie ließ ihren Sohn und den ihr anvertrauten Säugling in getrennten Schlafzimmern unbeaufsichtigt zurück. Der Säugling lag zu diesem Zeitpunkt schlafend in einer Tragetasche im Schlafzimmer, der Vierjährige in seinem Kinderzimmer im Kinderbett.

Auffindungssituation: Als die Mutter in die Wohnung zurückkehrte, fand sie das Baby im Kinderzimmer ihres Sohnes in einem Kinderreisebett liegend vor. Sie

bemerkte Verletzungen im Gesicht des Kindes sowie eine auffallende Blässe. Da Justins Mutter zunächst ihren Lebensgefährten und dieser dann die Eltern des Babys herbeirief, vergingen etwa 30 Minuten, bis (durch die Eltern des Babys selbst) der Notarzt alarmiert wurde. Dieser fand bei seinem Eintreffen ein reanimationspflichtiges, bewusstloses Kind vor, bei dem keine Reflexe mehr auslösbar waren.

Klinische Befunde: Nach Einlieferung ins Krankenhaus verschlechterte sich der Zustand des Säuglings zunehmend. Bei Ultraschalluntersuchungen fiel eine Flüssigkeitsansammlung im Bauchraum auf, woraufhin notfallmäßig eine Bauchoperation durchgeführt wurde. Der Operateur stellte ein Absterben nahezu des gesamten Darmes fest. Wenige Stunden später wurde trotz intensivmedizinischer Maximaltherapie der Tod des Kindes festgestellt.

Obduktionsbefunde: Bei der äußeren Leichenschau zeigten sich massive Hämatome und Hautabschürfungen im gesamten Stirn- und Gesichtsbereich sowie eine blutverkrustete Zunge und eine starke Schwellung der linken Hand.

Die Obduktion ergab ein massives Schädel-Hirn-Trauma mit Hautunterblutungen an der Stirn, massiven dickschichtigen Unterblutungen der Kopfschwarte sowohl flächenhaft am Hinterkopf, auf der Scheitelhöhe als auch vorn an der Stirn mit 7 voneinander abgrenzbaren Blutungszentren. Es stellte sich ein ausgedehntes Schädelbruchsystem mit mehreren Bruchlinien sowohl im Bereich der Schädelkalotte als auch der Schädelbasis dar sowie eine massive Blutung unterhalb der harten Hirnhaut (subdurales Hämatom von 150 ml). Beide Sehnerven waren manschettenförmig umblutet. Weiterhin zeigten sich ausgedehnte Blutungen innerhalb des Wirbelkanals sowie zahlreiche Einblutungen an der Rückseite der Bandscheiben der Halswirbelsäule und der oberen Brustwirbelsäule. Im Bereich des Dickdarms fanden sich fleckförmige Quetschungsblutungen der Schleimhaut; insgesamt stellte sich das Bild eines Schockdarms mit Zeichen eines allgemeinen Blutverlustes und blutigem Darminhalt dar. Als letztlich todesursächlich erwies sich das stark ausgeprägte Hirnödem als Folge des massiven Schädel-Hirn-Traumas.

Rekonstruktion: Anhand der Obduktionsbefunde musste das Kind mindestens sieben Schläge mit dem Kopf gegen einen harten Gegenstand oder gegen den Fußboden erhalten haben (entsprechend den sieben voneinander abgrenzbaren Blutungszentren). Die Kombination aus subduralem Hämatom, Wirbelsäuleneinblutungen und Sehnervenumblytungen konnte zusätzlich auf eine Art "Shaken Impact"- Mechanismus schließen lassen. Weiterhin kann von einer stumpfen Gewalteinwirkung auf den Bauch ausgegangen werden.

Polizeiliche Ermittlungen ergaben, dass die Mutter des Vierjährigen die beiden Kinder für mindestens 30 Minuten unbeaufsichtigt in ihrer Wohnung gelassen hatte. Bei der Befragung des vierjährigen Jungen unmittelbar nach der Tat (ohne vorherigen Kontakt zu seiner Mutter) erzählte dieser spontan, dass er irgendwann aufgewacht sei und festgestellt habe, dass seine Mutter nicht da gewesen sei. Er sei daraufhin ins Schlafzimmer gegangen und habe den Säugling aus der Tragetasche genommen. Bei der Befragung durch einen erfahrenen Polizeibeamten, der bewusst auf Suggestivfragen verzichtete, schilderte der Junge in Einzelheiten, wie er den Säugling hochgehoben und in den Flur getragen habe. Dort habe er ihn mehrfach mit dem Kopf gegen die Wand gestoßen und auf den Fußboden geworfen, insgesamt dreimal gegen die Wand und viermal auf den Boden – entsprechend den bei der Obduktion voneinander abgrenzbaren Blutungszentren. Der Tathergang wurde von dem Jungen mehrfach, immer gleichbleibend erzählt sowie im Rahmen einer spielerisch gestalteten Befragung zusammenhängend nachgestellt. Dabei untermalte er seine Gestiken mit den Worten "Bumm" und "Puff". Da die detaillierten Schilderungen des Vierjährigen in allen Einzelheiten mit dem bei dem Säugling festgestellten Verletzungsmuster in Einklang zu bringen waren und darüber hinaus eine exakte Übereinstimmung mit der Blutspurenlage in der Wohnung aufwiesen, kamen zu keinem Zeitpunkt der Ermittlungen Zweifel an der Täterschaft des Vierjährigen auf. Der Junge begründete die Tat auf Nachfrage mit den Worten: „*Nadine schnarcht! Nadine ist scheiße!*“

Juristische Würdigung: Die Mutter des vierjährigen Jungen wurde wegen fahrlässiger Tötung angeklagt. Ihr wurde vorgeworfen, zum einen durch Verletzung

ihrer Aufsichtspflicht fahrlässig den Tod des Kindes mit verursacht zu haben, zum anderen durch unterlassene Hilfeleistung (der Notarzt wurde erst bei Eintreffen der Kindeseltern durch diese selbst alarmiert) die medizinische Versorgung des Babys verzögert zu haben. Sie wurde zu einer Geldstrafe von 120 Tagessätzen verurteilt.

Das Schicksal des kindlichen „Mörders“: Nachforschungen ergaben, dass der vierjährige Junge akut für zwei Wochen stationär in der kinderpsychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses aufgenommen wurde. Danach wollte seine Mutter ihn nicht mehr zurückhaben; sie hat ihn freiwillig weggegeben. Seit dem ist der Junge in einem Kinderheim mit Einzelbetreuung untergebracht. Dort wurde nie wieder über die Tat gesprochen. Eine psychologische Aufarbeitung wurde von den Betreuern als nicht sinnvoll erachtet und bewusst vermieden. Erst fünf Jahre später erfolgte eine erste kinderpsychiatrische Exploration des mittlerweile zehnjährigen Jungen.

## 4 Ergebnisse und Diskussion

Für den 15-Jahreszeitraum von 1988 bis 2002 ergab sich eine Fallzahl von 76, von denen 59 Fälle nach polizeilichen, rechtsmedizinischen und juristischen Untersuchungsergebnissen sicher als Tötungsdelikte einzuordnen waren, während 17 Fälle als letztlich unklare Todesfälle verblieben, die jedoch aus rechtsmedizinischer Sicht als weiterhin verdächtig auf ein Tötungsdelikt hin anzusehen sind.

Entsprechend des länderübergreifenden Einzugsgebietes der Hamburger Rechtsmedizin und der damit verbundenen Zuständigkeit verschiedener Staatsanwaltschaften stellt sich die regionale Verteilung der in Hamburg obduzierten Fälle gemäß Abbildung 1 dar. Das Vorkommen lediglich einzelner Fälle in zwei Regionen (Flensburg, Bremen) ergibt sich aus der Primärzuständigkeit eines anderen rechtsmedizinischen Institutes in dem jeweiligen Bundesland.

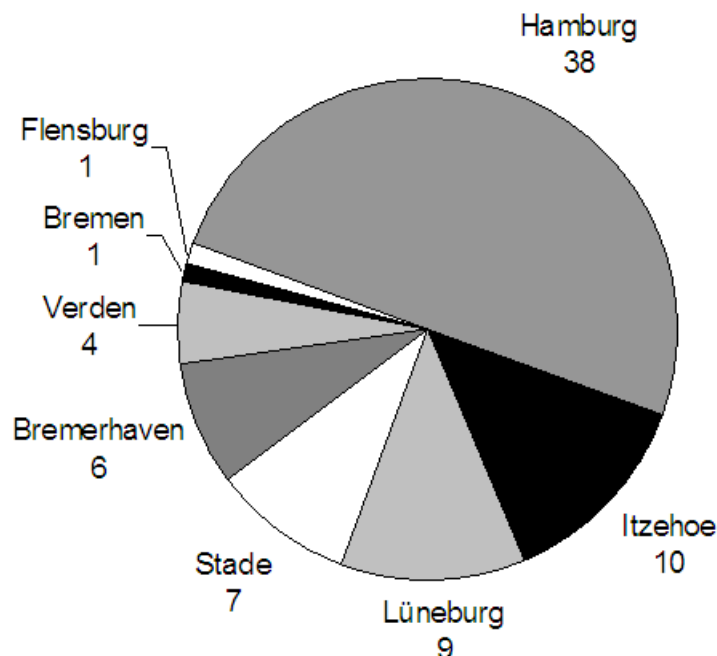
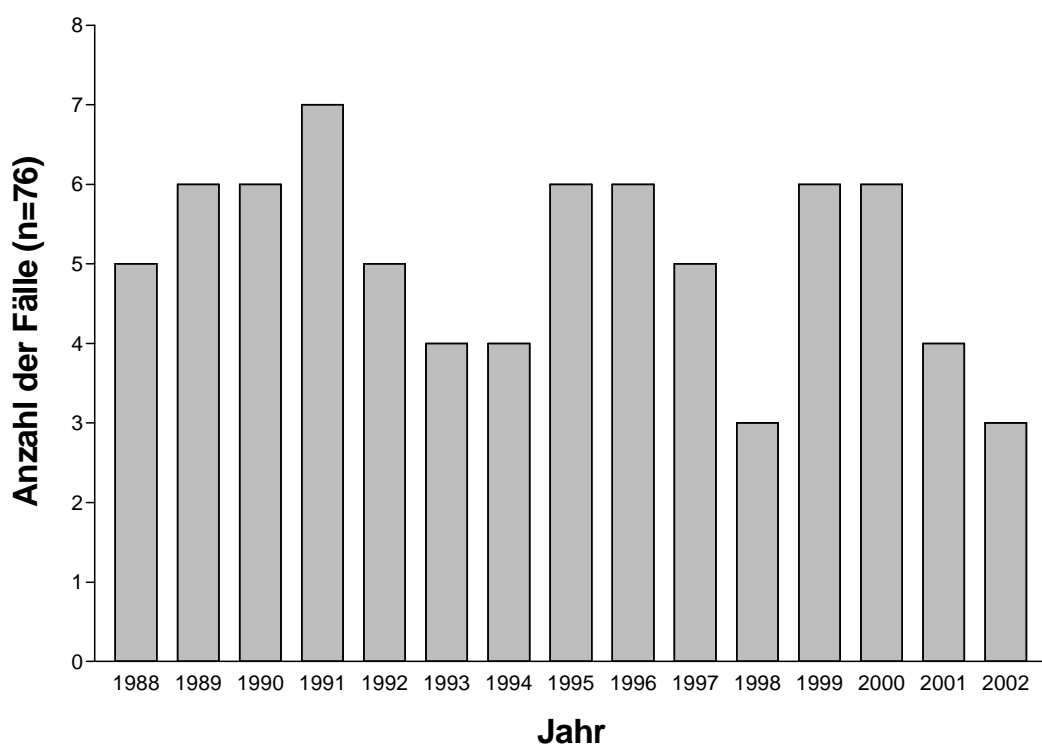


Abbildung 1: Regionale Verteilung der untersuchten Fälle von Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern im Zeitraum 1988 bis 2002

Nur die Hamburger Fälle wurden demnach sämtlich durch die Hamburger Rechtsmedizin obduziert. Entsprechend der Einwohnerzahl von Hamburg von ca. 1,7 Millionen ergibt sich eine Inzidenz von etwa 0,15 Fällen pro 100.000 Einwohner und Jahr. Verglichen mit einer 2006 von BENNETT et al. veröffentlichten Untersuchung von Tötungsdelikten an 0- bis 4-jährigen Kindern in sieben, über das National Violent Death Reporting System erfassten U.S.-Bundesstaaten, die eine Inzidenz von ca. 3 Fällen pro 100.000 Einwohner und Jahr beschreibt, liegt die Inzidenz in der vorliegenden Studie etwa um den Faktor 20 niedriger. Dieser Unterschied lässt sich nicht durch eine niedrigere Geburtenrate erklären. In der Untersuchung von BENNETT et al. wurde ein Vergleich zwischen afroamerikanischen und nicht afroamerikanischen Familien hergestellt, wobei afroamerikanische Kinder 4,2 mal häufiger von Tötungsdelikten betroffen waren. Unterstellt man, dass mehr afroamerikanische Familien in schwierigen sozialen Verhältnissen leben als nicht afroamerikanische, so könnte die insgesamt höhere Inzidenz im Zusammenhang mit größeren sozialen Unterschieden zu sehen sein.

Die Anzahl der (insgesamt seltenen) Tötungsdelikte an Säuglingen und Kleinkindern ist innerhalb des untersuchten Zeitraumes (1988 bis 2002) weitgehend konstant geblieben, wobei sich eine Abnahme der Fälle mit zunehmendem Kindesalter verzeichnen lässt. Abbildung 2 zeigt die Anzahl der Fälle pro Jahr.



*Abbildung 2: Zeitliche Verteilung der untersuchten Fälle von Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern im Zeitraum 1988 bis 2002*

Auch die Anzahl der Kindstötungen (Neonazide) zeigte sich – trotz zunehmender Toleranz bezüglich nichtehelich geborener Kinder in der Gesellschaft und verbesserter Möglichkeiten alleinerziehender Mütter im Verlauf der vergangenen zwei Jahrzehnte sowie der Einrichtung von Babyklappen – in diesem Zeitraum nicht rückläufig. Ein Vergleich mit den Polizeilichen Kriminalstatistiken des Bundeskriminalamtes für die Jahre 1988 bis 1998 (bis zur Abschaffung des § 217 StGB) bestätigt dies für das gesamte Bundesgebiet.

## 4.1 Opfer

### 4.1.1 Geschlechterverteilung, Altersverteilung

Betrachtet man die Geschlechterverteilung der kindlichen Opfer in der Gesamtheit der bearbeiteten Fälle, so zeigt sich eine annähernd gleiche Anzahl von Mädchen (37 Fälle) und Jungen (39 Fälle). Bei den sicheren Tötungsdelikten lässt sich mit 31 weiblichen und 28 männlichen Opfern ebenfalls kein relevanter Geschlechterunterschied verzeichnen (vgl. Abbildung 3). Angesichts der untersuchten Altersklasse (0 bis 4 Jahre) ist dieses Gleichgewicht der Geschlechter wenig erstaunlich, da Tötungen an Säuglingen und Kleinkindern in der überwiegenden Zahl der Fälle einer Motivlage unterliegen, die weniger geschlechtsabhängig als vielmehr im Kontext einer Lebenssituation, die unmittelbar durch das Kind beeinflusst oder belastet zu sein scheint, zu betrachten ist.

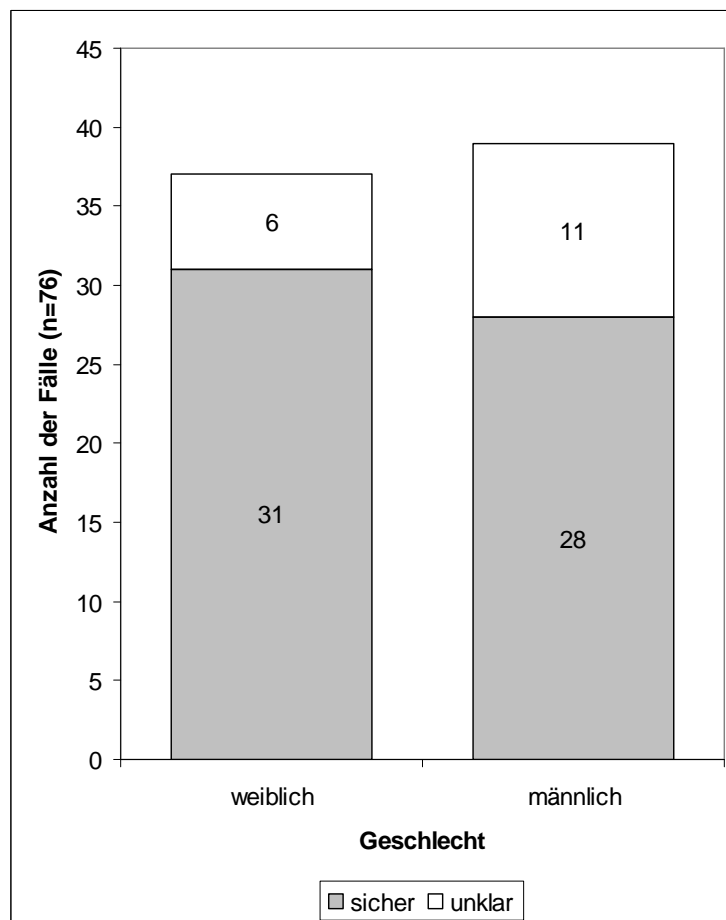


Abbildung 3: Geschlechterverteilung der Opfer



Das Alter des Kindes *innerhalb* dieser Alterklasse ist hingegen als wichtiger Faktor für das Risiko des Kindes, Opfer eines Tötungsdeliktes zu werden, anzusehen. Abbildung 4 zeigt, dass 60 % der Tötungsdelikte Säuglinge bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres betreffen. Kleinkinder im zweiten und dritten Lebensjahr machen jeweils 14 % der Opfer aus. 10 % der getöteten Kinder waren im fünften Lebensjahr, 3 % zwischen drei und vier Jahre alt.

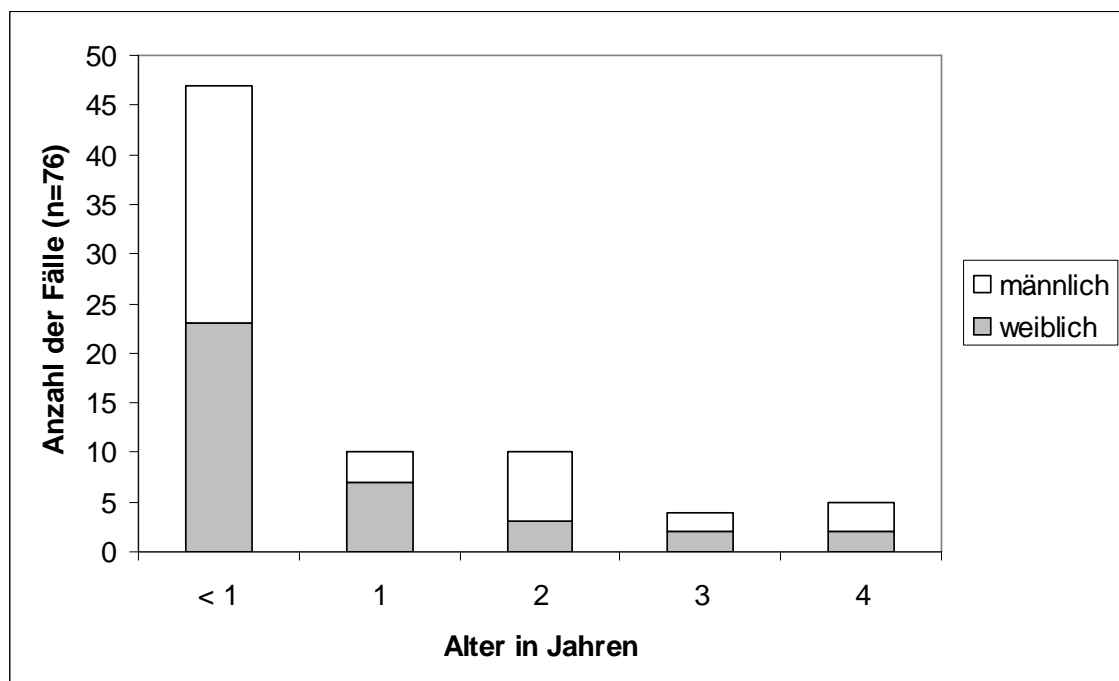
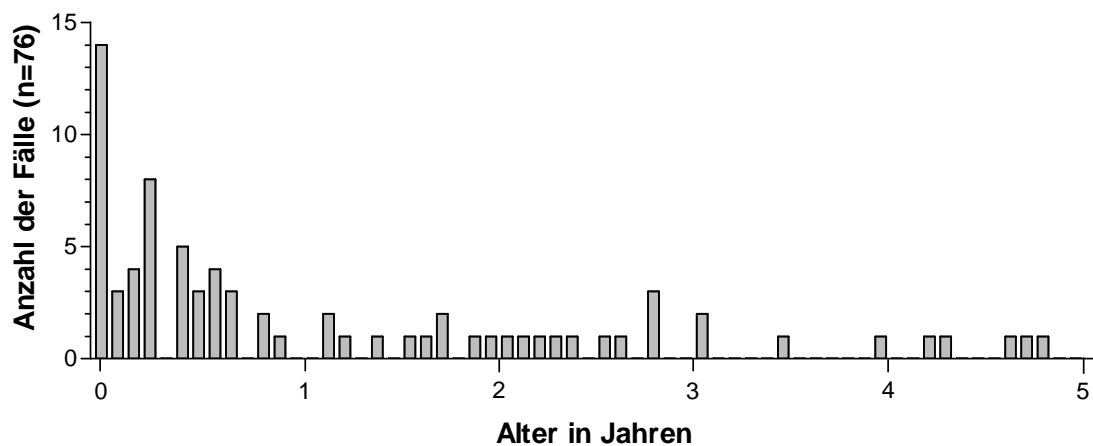


Abbildung 4: Alters- und Geschlechterverteilung der Opfer

Bei weiterer Aufschlüsselung der Altersstruktur in Lebensmonate fällt bei der eindeutig überwiegender Betroffenheit von Säuglingen noch einmal eine Häufung der Tötungsdelikte im ersten bis dritten Lebensmonat auf. Die hohe Anzahl der Neugeborenen (0 Monate in Abbildung 5) entspricht hierbei den juristisch als Kindstötung zu klassifizierenden Tötungsdelikten.



*Abbildung 5: Altersverteilung der Opfer*

Das besondere Risiko von Säuglingen innerhalb der ersten drei Lebensmonate ist – insbesondere bei Erstgeborenen – im Zusammenhang mit der neuen Lebenssituation, die durch ein neugeborenes Kind entsteht, zu sehen. Die Anpassung des Lebensalltags auf die ungewohnte Beanspruchung und die damit verbundenen Belastungssituationen gelingt gerade unerfahrenen Eltern ohne familiäre oder soziale Unterstützung oftmals nicht. Aber auch in sozial gut eingebundenen Familien mit mehreren Geschwisterkindern kommen Tötungsdelikte vor, die aus einer akuten Überforderungssituation mit der Folge eines „Durchbrennens der Sicherung“ heraus entstehen, wenn eine permanent erhöhte Belastung eines Elternteils durch ein vermehrt schreiendes Baby vorliegt. Verschiedene Untersuchungen (VOCK und TRAUTH [1999], HÖYNCK und GÖRGEN [2006], LENTZ et al. [2007]) haben gezeigt, dass für Säuglinge und Kleinkinder bis zu einem Jahr ein erheblich gesteigertes Risiko besteht, Opfer von tödlicher Kindesmisshandlung durch die leibliche Mutter zu werden, welches sich durch zusätzliche psychische und soziale Belastungen im familiären bzw. sozialen Umfeld (zum Beispiel Alkohol- und Drogenmissbrauch) verstärkt. Bei über 5-jährigen Kindern hingegen geht die Gefahr tödlicher

körperlicher Misshandlungen laut LENTZ et al. [2007] kaum mehr von der Kindsmutter, sondern vielmehr von dem Lebensgefährten der Mutter aus.

Abbildung 6 zeigt, dass in der vorliegenden Studie auch die Anzahl der unklaren Tötungsdelikte (die insgesamt 22 % der untersuchten Fälle ausmachen), also der Verdachtsfälle, in denen ein Fremdverschulden nicht mit ausreichender Sicherheit nachgewiesen werden konnte, gerade bei Säuglingen in den ersten Lebensmonaten besonders hoch ist. Dies hängt damit zusammen, dass spurenarme oder gar spurenlose Tötungsdelikte in diesem Alter besonders häufig vorkommen. Das Ausmaß der äußeren Gewaltanwendung, das erforderlich ist, um den Tod eines Kindes zu verursachen, ist umso geringer, je jünger und damit schutzloser das Kind ist. Hinzu kommt, dass es sich hierbei um dieselbe Altersklasse handelt, die bevorzugt vom Plötzlichen Säuglingstod (SIDS) betroffen ist. Dies birgt die Gefahr, dass ein plötzliches und unerwartetes Versterben gerade dieser Kinder vorschnell und unkritisch mit der Verdachtsdiagnose SIDS erklärt wird, wenn keine Zeichen äußerer Gewalt offensichtlich erkennbar sind.

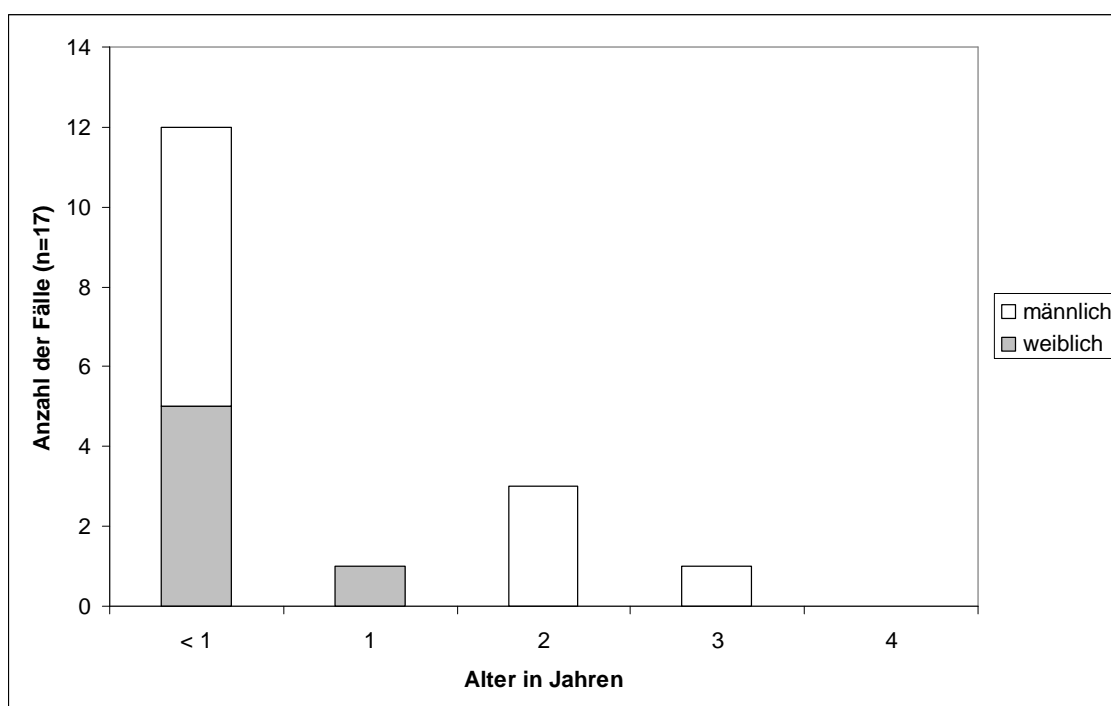


Abbildung 6: Alters- und Geschlechterverteilung der Opfer bei den unklaren Tötungsdelikten

## 4.2 Täter

### 4.2.1 Täter-Opfer-Beziehung

Hinsichtlich der Täter wurden bei der Auswertung nur die (nach polizeilichen, rechtsmedizinischen und juristischen Untersuchungsergebnissen) sicheren Tötungsdelikte berücksichtigt (n=59). Bei den unklaren Verdachtsfällen kam es oftmals gerade deshalb zur Einstellung des Ermittlungsverfahrens, weil die Täterschaft nicht geklärt bzw. die Tat nicht eindeutig einer der in Frage kommenden Bezugspersonen zugeordnet werden konnte.

Die Besonderheit der Tötungsdelikte an Säuglingen und Kleinkindern liegt insbesondere auch darin, dass Kinder dieser Altersklasse noch verhältnismäßig wenig Kontakte zur Außenwelt haben, sondern sich (mit Ausnahme einer meist kurzfristigen Beaufsichtigung durch Babysitter oder Bezugspersonen aus dem nahen familiären Umfeld) weitestgehend in der Obhut der Eltern befinden. Besteht der Verdacht auf eine Fremdeinwirkung im Zusammenhang mit dem Tod eines kleinen Kindes, so beschränkt sich der als Täter in Frage kommende Personenkreis folglich auf wenige, dem Kind bzw. seiner Familie nahestehende Menschen. Je kleiner das verstorbene Kind ist, desto eher sind hier zunächst die Eltern (bzw. ein Elternteil) als Tatverdächtige in Betracht zu ziehen.

Die in Abbildung 7 dargestellte Täterverteilung zeigt, dass knapp 70 % der untersuchten Tötungsdelikte durch die leiblichen Eltern verübt wurden. Allerdings ist anzunehmen, dass auch bei den 5 Fällen von Neugeborenentötung, bei denen die Kindsmutter nicht ermittelt werden konnte, die Täterschaft bei einem Elternteil (am wahrscheinlichsten bei der Mutter) liegt – was einen prozentualen Anteil von knapp 80 % ergeben würde. Die Aufschlüsselung zeigt, dass die leiblichen Väter mit 36 % die häufigsten Täter waren. Die Mütter erwiesen sich in 24 % der Fälle als Täterinnen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die insgesamt 14 durch Mütter erfolgten Tötungen 8 Fälle von Neugeborenentötung beinhalten, die insbesondere im Hinblick auf die besondere Motivlage gesondert zu betrachten sind. In 5 der untersuchten Tötungsfälle (entsprechend 8 %) kamen Kinder durch gemeinsames Handeln beider Elternteile zu Tode.

Ein neuer Lebensgefährte der Mutter erwies sich in ebenfalls 8 % der Fälle als Täter; in 3 von 5 Fällen lebte dieser bereits im gleichen Haushalt und war in den alltäglichen Umgang mit dem Kind eingebunden. In keinem Fall hatte der Lebensgefährte zum Zeitpunkt der Tat selbst eigene Kinder; in sämtlichen dieser Fälle jedoch wurden noch im Zuge des laufenden Ermittlungsverfahrens Pläne hinsichtlich einer gemeinsamen Familiengründung seitens des Lebensgefährten oder seitens der Mutter des getöteten Kindes geäußert.

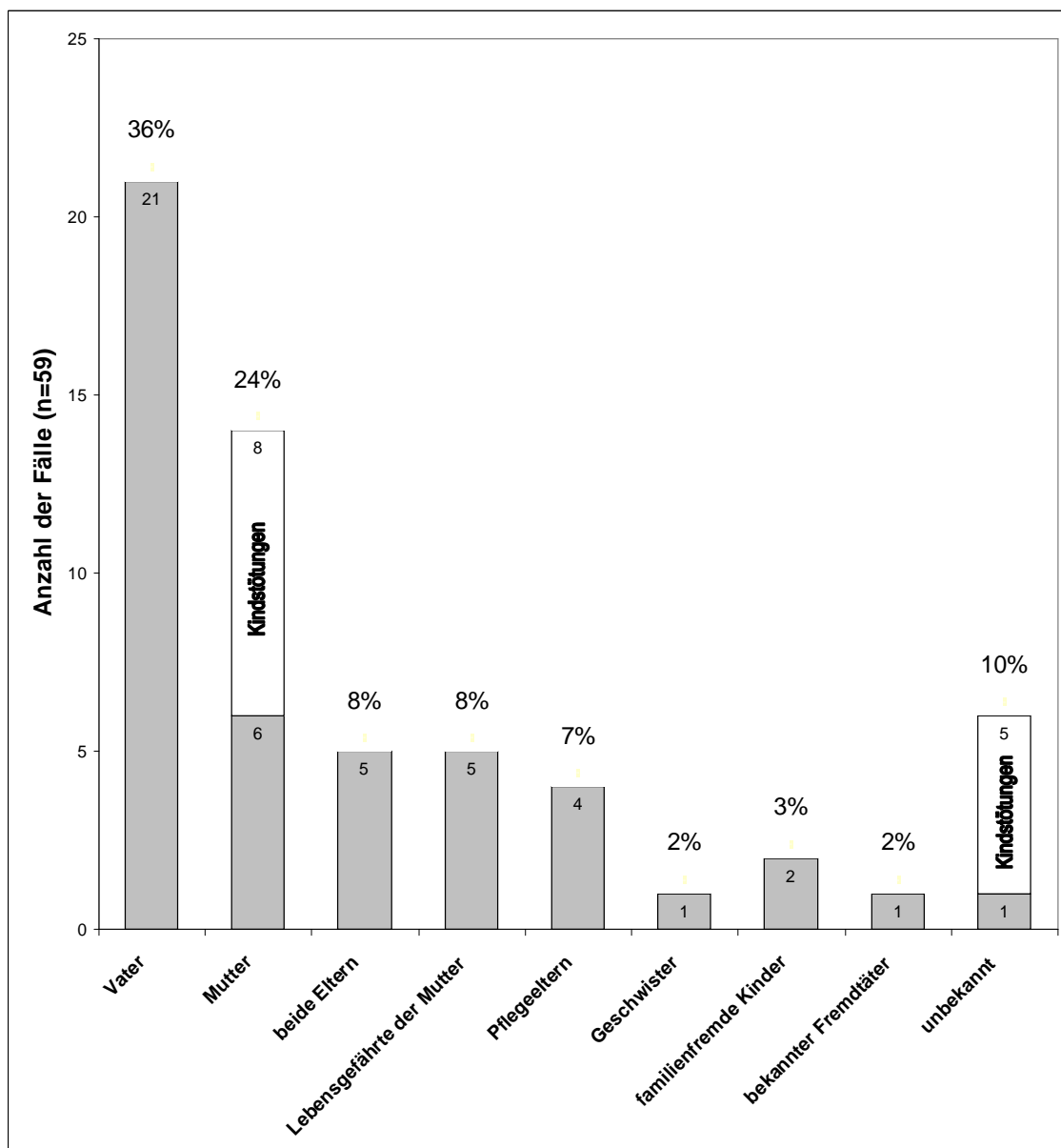


Abbildung 7: Beziehung der Täter zum Opfer

In vier Fällen (7 %) konnten die Pflegeeltern des Kindes als Täter ermittelt werden (in 3 Fällen beide Pflegeeltern, in einem Fall allein die Pflegemutter). Diese Fälle, bei denen es sich in zwei Fällen um eine mehrzeitige, letztlich tödliche Kindesmisshandlung, in einem Fall um eine Kindesvernachlässigung in Kombination mit Misshandlung handelt, sind als besonders tragisch anzusehen, da die Pflegeeltern von den zuständigen Behörden möglicherweise nicht ausreichend auf ihre Eignung hin überprüft worden waren. In ersterem Fall stellte sich heraus, dass bereits seit geraumer Zeit eine Tabletten- und Alkoholabhängigkeit der Pflegemutter bekannt war.

Zwei Säuglinge wurden durch Kinder getötet, die jeweils nicht aus derselben Familie stammten. In der Kasuistik ausführlich dargestellt ist der außergewöhnliche Fall, bei dem ein 4-jähriger Junge einen Säugling tötete, indem er ihn mehrfach mit dem Kopf gegen die Wand und gegen den Fußboden schleuderte (Fall 5). Im zweiten Fall fügte ein 13-jähriges Mädchen einem Säugling tödliche Kopfverletzungen zu, welcher ihm (von der eigentlich als Babysitterin beauftragten Person) ohne Wissen der Kindseltern für mehrere Stunden zur Aufsicht überlassen worden war.

Der einzige Fall, bei dem ein Kleinkind durch ein Geschwisterkind getötet wurde, ist als Unfall einzuordnen. Ein 17-jähriger war ohne Führerschein mit dem elterlichen Auto rückwärts vom Hausgrundstück gefahren, wobei sein 2-jähriger Bruder durch ein Überrolltrauma ums Leben kam. Insgesamt wurden zwei Unfälle in die Auswertung mit aufgenommen, da es hier jeweils zur Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung kam.

Fremde Täter gab es lediglich in 2 Fällen, wobei in einem Fall der Täter gänzlich unbekannt blieb. Hier wurde ein 19 Monate altes Kind neben einer Frauenleiche im Wald liegend aufgefunden, beide waren erdrosselt worden. Ein erweiterter Suizid konnte ausgeschlossen werden, ein Tatverdächtiger im familiären oder engen sozialen Umfeld wurde nicht ermittelt. Die Motivlage blieb rätselhaft, Hinweise auf sexuelle Handlungen ergaben sich nicht. Bei dem zweiten (ermittelten) Fremdtäter handelte es sich um einen LKW-Fahrer, der wegen fahrlässiger Tötung verurteilt wurde, da er beim Rückwärtsausparken ohne zweiten Sei-

tenspiegel einen fast 3-jährigen Jungen mit seinem Kinderfahrrad überrollte – auch hier handelt es sich um einen Unfall. In 5 weiteren Fällen mit unbekanntem Täter handelt es sich um Neugeborenenentötungen, bei denen die Kindsmutter nicht ermittelt wurde.

Insgesamt konnten für die 59 sicheren Tötungsdelikte 61 Täter ermittelt werden, wobei in 8 Fällen eine doppelte Täterschaft durch beide Eltern- / Pflegeelternanteile vorlag, während in 6 Fällen (davon 5 Neugeborenenentötungen) die Täter unbekannt blieben, was 10 % der sicheren Tötungsdelikte entspricht.

Eine überwiegende Täterschaft innerhalb des nahen familiären bzw. sozialen Umfeldes bei Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern bestätigt sich in verschiedenen anderen Studien (VOCK und TRAUTH [1999], FUJIWARA et al. [2008], HÖYNCK und GÖRGEN [2006], HÖYNCK [2009]). Eine Auswertung von BENNETT et al. [2006] von in den Jahren 2003 und 2004 verübten Tötungsdelikten an 0- bis 4-jährigen Kindern in den USA ergab ebenfalls, dass die überwiegende Mehrheit der getöteten Kinder in dieser Altersgruppe von Eltern und anderen unmittelbar mit der Fürsorge für das Kind betrauten Personen getötet wurde. Im Unterschied zu der vorliegenden Studie war die Täterschaft hier jedoch nur in etwa 50 % der Fälle den *leiblichen* Eltern zuzuordnen. Zur Häufigkeit der Täterschaft der Elternanteile finden sich in der Literatur dahingehend von den Ergebnissen abweichende Angaben, dass in vielen Studien (ROCHEL [1974], RASSMANN [1978], MÄTZSCH et al. [1980], TRUBE-BECKER [1982], VOCK und TRAUTH [1999]) die Kindsmütter am häufigsten als Täterinnen angegeben sind, wobei in der Mehrzahl der aufgeführten Studien überlebte Kindesmisshandlungen einbegriffen waren, während andere (nicht als tödliche Kindesmisshandlung definierte) Arten von Tötungsdelikten an Kindern nicht miteinbezogen wurden. Durch VOCK und TRAUTH [1999] wird betont, dass zwar Kindsmütter als Täterinnen oder Mittäterinnen häufiger in Erscheinung treten, eine Trennung der Täterschaft nach dem Geschlecht jedoch aufzeigt, dass die männlichen Bezugspersonen des Kindes (Vater, Stiefvater oder Lebensgefährte der Mutter) am häufigsten die Kinder getötet hatten.

#### 4.2.2 Alters- und Geschlechterverteilung der Täter

Abbildung 8 zeigt die geschlechterbezogene Altersverteilung der 61 bekannten Täter, bei denen es sich um insgesamt 37 männliche Täter und 24 weibliche Täterinnen handelt. Die Mehrzahl der Täter (21 männliche und 12 weibliche), die als solche ermittelt werden konnten, fanden sich in der Altersgruppe zwischen 22 und 30 Jahren. 20 Täter (13 männliche und 7 weibliche) waren älter als 30 Jahre. Fasst man Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 Jahren (Beginn der Strafmündigkeit) und 21 Jahren (maximale Anwendbarkeit des Jugendstrafrechtes) zusammen, so finden sich in dieser Altersgruppe insgesamt 6 (2 männliche und 4 weibliche) Täter, von denen sich 3 in der Übergangsphase zwischen noch möglicher Anwendbarkeit des Jugendstrafrechtes bzw. bereits möglicher Anwendung des Erwachsenenstrafrechtes (Heranwachsende, 18 bis 21 Jahre) befanden und allesamt Kindsmütter waren. Die Altersverteilung entspricht demzufolge in etwa der normalen Altersverteilung von Eltern kleiner Kinder. Eine Häufung von Tötungsdelikten an Kindern besonders junger bzw. minderjähriger Eltern zeigte sich – entgegen der anfänglichen Erwartung zu Beginn der Auswertung – nicht. Dies deckt sich mit von TRUBE-BECKER [1982] und TRAUTH [2000] beschriebenen Altersverteilungen.

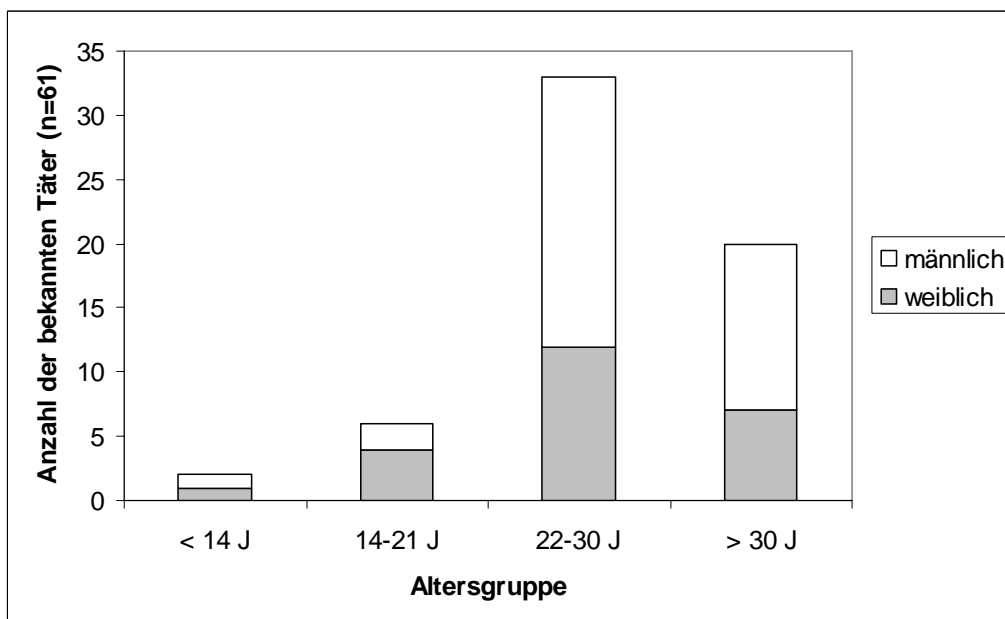


Abbildung 8: Alters- und Geschlechterverteilung der Täter



Strafunmündige Kinder (bis 14 Jahre) wurden in zwei Fällen als Täter ermittelt. Hierbei handelte es sich um ein 13-jähriges Mädchen, dem ein Säugling für mehrere Stunden von der eigentlich durch die Kindseltern beauftragten Babysitterin zur Aufsicht überlassen wurde (s.o.). Dieses Mädchen war – wie sich im Zuge der Ermittlungen herausstellte – einige Monate zuvor wegen aggressiven Verhaltens gegen ihre Mitschüler der Schule verwiesen worden. In dem zweiten Fall wurde ein Säugling durch einen 4-jährigen Jungen getötet. Dieser außergewöhnliche Fall eines Tötungsdeliktes durch ein Kleinkind, das selbst in die Altersklasse der hier ausgewählten Opfer fällt, ist im Kasuistikteil (Fall 5, vgl. GÖRNDT et al. [2007]) ausführlich dargestellt worden. Durch Kinder an Kindern verübte Tötungsdelikte sind äußerst selten und entsprechende Fallbeschreibungen finden sich in der Literatur kaum. Aus dem Hamburger Institut für Rechtsmedizin wurden bisher drei weitere Tötungen von Kleinkindern durch ebenfalls kindliche Täter unter 10 Jahren veröffentlicht (RIßE et al. [1994]), wobei in zwei Fällen von einem Unfallgeschehen auszugehen war, in dessen Verlauf ein Vierjähriger von dem 5-jährigen Geschwisterkind und im anderen Fall ein 5-jähriges Mädchen von einem Sechsjährigen beim Hantieren mit einer Schusswaffe versehentlich erschossen wurde. Im dritten Fall wurde ein 4-jähriger Junge von zwei 6-jährigen Jungen in einen wassergefüllten Bombentrichter getrieben und mit Steinen und Stöcken beworfen, woraufhin er an einem Schädel-Hirn-Trauma in Kombination mit Unterkühlung und Erschöpfung verstarb. SCHULZ et al. [2008] berichten über ein Tötungsdelikt an einem 9 Monate alten Säugling durch ein 7-jähriges, geistig retardiertes Mädchen, das in einer Pflegeeinrichtung unbeaufsichtigt versuchte, das schreiende Baby zu beruhigen, wobei die Situation außer Kontrolle geriet. Auch hier kam der Säugling durch mehrfache, erhebliche stumpfe Gewalt gegen den Kopf zu Tode. Ein im Jahr 1993 in den Medien große Aufmerksamkeit erregender Fall war die Entführung und Tötung des 3-jährigen James Bulger durch zwei 10-jährige Jungen in England, die das Kind mit einer Eisenstange erschlugen und nach Todeseintritt im Gleisbett einer Eisenbahnlinie ablegten. (WIKIPEDIA [2008]). Den beschriebenen Tötungen von Kindern durch Kinder ist (mit Ausnahme der versehentlichen Schussabgaben) gemeinsam, dass die Tatausführungen mittels (für kind-

liche Täter erstaunlicher) erheblicher, mehrfacher Gewalteinwirkungen erfolgt sind und allesamt zu schweren Verletzungsmustern bei den Opfern führten.

#### **4.2.3 Schulbildung, Beruf, Sozialer Status**

Informationen zur familiären Vorgeschichte sowie zur Schulbildung der Täter ergaben sich allenfalls aus den schriftlichen Gerichtsurteilen. Da es – auch bei bekanntem Täter – nicht in allen Fällen zu einer rechtskräftigen Verurteilung kam und auch im Falle einer Verurteilung nicht immer ausführliche Angaben zur Person gemacht wurden, waren für eine aussagekräftige Statistik nur unzureichend Daten verfügbar. Insgesamt ließ sich jedoch feststellen, dass das Bildungsniveau bei den bekannten Tätern sowie bei der Mehrzahl der Tatverdächtigen (denen die Tat nicht mit ausreichender Sicherheit nachgewiesen werden konnte) als eher niedrig anzusehen ist. Ein großer Anteil der Täter stammte aus einfachen, viele aus schwierigen sozialen Verhältnissen mit familiären Konflikten, Scheidung der Eltern, Schulproblemen, frühem Alkohol- und Drogenkonsum und oftmals gestörter oder mindestens belasteter Beziehung zu den eigenen Eltern. Viele Täter und Tatverdächtige wiesen Hauptschulabschlüsse und mindestens eine abgebrochene Berufsausbildung in der Vorgeschichte auf. Immerhin 8 % (5) der bekannten Täter hatten hingegen ihr Abitur auf dem ersten oder zweiten Bildungsweg erreicht, 4 davon waren zum Zeitpunkt der Tat Studenten der Humanmedizin (m), Sozialpädagogik (w), Philosophie (w) und Informatik (m). Bei einem Täter handelte es sich um einen Regierungsstipendiaten aus Togo. Ein berufstätiger Wirtschaftsinformatiker (m) tötete seine beiden Kinder und seine Ehefrau (in Absicht eines erweiterten Suizides) – er selbst überlebte jedoch den Versuch seines Anschluss-suizides. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht über die Berufstätigkeit der bekannten Täter.

*Tabelle 1: Berufstätigkeit / Ausbildungsstand der bekannten Täter (n = 61)*

<b>Beruf / Ausbildungsstand</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Berufstätig	14	23 %
Arbeitslos	14	23 %
Student(in)	5	8 %
Schüler(in)	3	5 %
Ungelernte Arbeit	3	5 %
Hausfrau & Mutter	3	5 %
Auszubildende(r)	2	3 %
Kleinkind	1	2 %
Nicht bekannt	16	26 %

Berufstätig waren zum Zeitpunkt der Tat genauso viele Täter wie arbeitslos (jeweils 14 bzw. 23 % der bekannten Täter). Der Anteil der Arbeitslosen übersteigt die damalige Arbeitslosenquote, die im Zeitraum 1988 bis 2002 zwischen 7,2 % (1990) und 12,7 % (1997) schwankte, deutlich. 36 % der Arbeitslosen bezogen seit längerer Zeit Sozialhilfe und waren nicht arbeitsuchend gemeldet. Drei Täter hatten eine nicht abgeschlossene Berufsausbildung vorzuweisen und gingen zum Tatzeitpunkt einer ungelerten Tätigkeit nach. Drei Täterinnen (5 %) waren Hausfrauen und Mütter ohne Berufsausbildung.

Ungünstige soziale Verhältnisse sind durch mehrere Autoren (RASSMANN [1978], TRUBE-BECKER [1982], FÖRSCHLER [1996], VOCK und TRAUTH [1999], TRAUTH [2000]) als Risikofaktor für (tödliche) Kindesmisshandlungen beschrieben. GEERDS [1995] unterscheidet aus kriminologischer Sicht fünf Erscheinungsformen bzw. Ursachen der Kindesmisshandlung, die sich aus der Motivation der Täter ergeben. Eine beträchtliche Anzahl der Fälle von Kindesmisshandlung insgesamt sei demnach durch ungünstige soziale Verhältnisse des Täters zu erklären. Als weitere Ursachen sind eine Abneigung gegen den

Ehegatten oder Partner (gegen den sich die Aggression eigentlich richtet), eine Abneigung gegen das Kind selbst (das unerwünscht oder ungewollt sei), übertriebene Züchtigungsmaßnahmen sowie psychische und andere Abnormitäten, wobei es sich in vielen Fällen um Mischformen handelt.

85 % der bekannten Täter hatten die deutsche Staatsangehörigkeit, der Ausländeranteil war mit 15 % demnach – bezogen auf den prozentualen Anteil an der Gesamtbevölkerung von durchschnittlich ca. 9 % (Quelle: Statistisches Bundesamt) – etwas größer. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass laut Statistikamt die Geburtenrate bei Ausländern insgesamt höher ist und der Bildungsstand und damit der soziale Status aufgrund von Integrationsproblemen häufig niedriger ist. Entsprechende Risikofaktoren für ein Tötungsdelikt sind demzufolge bei Ausländern bzw. Familien mit Migrationshintergrund häufiger gegeben.

Eine vor der Tat bestandene Anbindung der Familien an das Jugendamt war in den Ermittlungsakten nur in einigen Fällen dokumentiert, so dass sich hier keine allgemeingültigen Aussagen treffen lassen. In 4 Fällen ging aus den Akten hervor, dass dem Jugendamt bereits eine Misshandlung des Kindes oder eines Geschwisterkindes in der Vorgeschichte bekannt gewesen war.

#### **4.2.4 Vorstrafen**

Von den insgesamt 61 bekannten Tätern, wiesen 52 (85 %) bis zur Verübung des Tötungsdeliktes keine Vorstrafen auf. Vorstrafen mit Aggressivitätshintergrund fanden sich in drei Fällen mit jeweils männlichen Tätern: In einem Fall war der als Täter ermittelte Lebensgefährte der Kindsmutter wegen mehrfacher Körperverletzung vorbestraft. Sachbeschädigung in Kombination mit Diebstahl waren in zwei Fällen aktenkundig. Bei einem noch strafunmündigen 13-jährigen Mädchen hatte aggressives Verhalten in der Vorgeschichte bereits zu einem Schulverweis geführt. Bei den weiteren registrierten Vorstrafen handelte es sich in jeweils einem Fall um Erschleichen von Leistungen in Kombination mit Unterschlagung und Beihilfe zum Vergehen gegen das Ausländergesetz (w) und vor-

sätzliche Trunkenheit im Straßenverkehr in Kombination mit Fahren ohne Fahrerlaubnis (m), sowie in vier Fällen um Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz – hier waren weibliche und männliche Täter zu gleichen Anteilen vertreten. Die Ergebnisse weichen demnach von den Angaben von TRUBE-BECKER [1966], wonach etwa 20 % der Täter bei Kindesmisshandlungen mit tödlichem Ausgang einschlägig und die Hälfte aller Täter anderweitig vorbestraft sein sollen, sowie von TRAUTH [2000], der einen Anteil vorbestrafter Täter von 36 % beschreibt, ab. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die vorliegende Studie ein breiteres Spektrum verschiedenartiger Tötungsdelikte an einer definierten Altersgruppe von Säuglingen und Kleinkindern erfasst.

*Tabelle 2: Vorstrafen der bekannten Täter (n = 61)*

<b>Vorstrafen</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Körperverletzung (mehrfach)	1	2 %
Sachbeschädigung/Diebstahl	2	3 %
Andere Delikte	6	10 %
Nicht vorbestraft	52	85 %
<i>Gesamt</i>	<i>61</i>	<i>100 %</i>

### **4.3 Tötungsmethoden**

Die Tabellen 3 und 4 zeigen eine Aufstellung der bei den untersuchten Fällen festgestellten Tötungsmethoden, wobei zwischen sicheren Tötungsdelikten und unklaren Verdachtsfällen zu unterscheiden war. Anzumerken ist, dass in vielen

Fällen mehrere Formen einer todesursächlichen Gewalteinwirkung festgestellt wurden und der Tod von den Obduzenten daher nicht sicher auf nur eine Art der Gewalteinwirkung zurückzuführen war. Den Hauptanteil an den verschiedenen Tötungsarten stellen mit knapp 39 % die körperlichen Misshandlungen durch stumpfe Gewalt – hier zusammengefasst als „Battered Child Syndrom“ – allein oder in Kombination. In Übereinstimmung mit zahlreichen Autoren (ROCHEL [1974], TRUBE-BECKER [1982], WILSKE und EISENMENGER [1991], SCHÄFER et al. [1992], SMISZEK et al. [1996], OHTSUJI et al. [1998]) waren die häufigsten Todesursachen hierbei schwere Schädelverletzungen mit Hirnblutungen und Hirnschwellung infolge stumpfer äußerer Gewalteinwirkungen, oftmals gepaart mit weiteren, unterschiedlich alten Knochenbrüchen (Rippenserienfrakturen, Röhrenknochenfrakturen). VOCK und TRAUTH [1999] beschreiben eine todesursächliche direkte stumpfe Gewalteinwirkung, überwiegend zum Kopf, in knapp zwei Drittel der untersuchten Fälle.

Das Schütteltrauma, welches mit 10 Fällen (17 %) eine besondere Rolle einnimmt, wurde der Kategorie „Battered Child Syndrom“ zugeordnet, da es in vielen Fällen mit weiteren misshandlungstypischen Verletzungen unterschiedlichen Alters einherging oder im Sinne eines „Shaken Impact Syndroms“ in Kombination mit einem stumpfen Schädeltrauma durch Anschlagen des Kopfes zum Tode geführt hat. Durch ein kräftiges Anpacken des Kindes beim Schütteln an Armen, Beinen oder am Rumpf kommt es zudem häufig zu knöchernen Begleitverletzungen, zum Beispiel durch Zusammendrücken des Brustkorbes, Verbiegung der Wirbelsäule oder Hebelkräften an Armen und Beinen (PÜSCHEL und RICHTER [2008]). Die im Rahmen eines Schütteltraumas charakteristischerweise auftretenden Verletzungsbilder bzw. Befundkonstellationen sind unter 4.4.4.1 (Spezielle Verletzungsmuster) näher ausgeführt.

Tabelle 3: Tötungsmechanismen bei den sicheren Tötungsdelikten (n = 59)

Tötungsmechanismen	Fallzahl	Prozent
<b>Battered Child</b>	<b>23</b>	<b>39 %</b>
• Schütteltrauma	10	17 %
• Kindstötung (§217) / Neugeborenentötung	1	2 %
• Andere	12	20 %
<b>Ersticken mit weicher Bedeckung</b>	<b>15</b>	<b>25 %</b>
• Kindstötung (§217) / Neugeborenentötung	8	14 %
• Andere	7	12 %
<b>Gewalt gegen den Hals</b>	<b>7</b>	<b>12 %</b>
• Strangulation / Drosselung	6	10 %
• Erwürgen	1	2 %
<b>Ertränken in Badewanne / Toilette</b>	<b>5</b>	<b>8 %</b>
• Kindstötung (§217) / Neugeborenentötung	1	2 %
• Andere	4	7 %
<b>Unterlassene / unterbundene (med.) Hilfeleistung</b>	<b>5</b>	<b>8 %</b>
• Kindstötung (§217) / Neugeborenentötung	3	5 %
• Andere	2	3 %
<b>Unterernährung / Vernachlässigung</b>	<b>4</b>	<b>7 %</b>
<b>Erstechen mit Messer</b>	<b>2</b>	<b>3 %</b>
<b>Kehlendurchschnitt mit Messer</b>	<b>2</b>	<b>3 %</b>
<b>Verbrennung / Verbrühung</b>	<b>2</b>	<b>3 %</b>
<b>Unterkühlung</b>	<b>2</b>	<b>3 %</b>
<b>Überrolltrauma</b>	<b>2</b>	<b>3 %</b>
<b>HWS-Überstreckung durch Hochwerfen (Schleudertrauma)</b>	<b>1</b>	<b>2 %</b>
<b>Sturz / Wurf aus großer Höhe</b>	<b>1</b>	<b>2 %</b>
<b>Elektrolytentgleisung durch Kochsalzgabe</b>	<b>1</b>	<b>2 %</b>

Neben stumpfer Gewalt und Schütteln spielt bei Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern das Ersticken unter weicher Bedeckung eine wesentliche Rolle. Wenn man die Kindstötungen hierbei zunächst ausklammert, macht dieser Tötungsmechanismus zwar mit 12 % den gleichen Anteil aus wie die Gewalt gegen den Hals durch Strangulation / Erwürgen (jeweils 7 Fälle); aufgrund der Spurenarmut bis hin zur Spurenlosigkeit bei Tötung durch Ersticken mit weicher Bedeckung ist jedoch davon auszugehen, dass die Dunkelziffer gerade bei diesem Tötungsmechanismus besonders hoch ist. So ist hinsichtlich der in Tabelle 4 aufgeführten unklaren Verdachtsfälle nicht nur bei den fraglichen SIDS-Fällen, sondern auch bei den Fällen mit gänzlich unklarer Todesursache (also insgesamt rund 53 % der unklaren Fälle) differentialdiagnostisch in erster Linie an ein Ersticken mit weicher Bedeckung zu denken.

*Tabelle 4: Todesursachen / Differentialdiagnosen bei den unklaren Tötungsdelikten / Verdachtsfällen (n = 17)*

<b>Todesursachen / Differentialdiagnosen</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Prozent</b>
Gänzlich unklare Todesursache	5	29 %
SIDS vs. Ersticken mit weicher Bedeckung	4	24 %
Totgeburt / Tod bei Geburt vs. Kindstötung	2	12 %
Einklemmungsunfall vs. Strangulation	2	12 %
Hirnschwellung / Hirnblutung unklarer Genese	1	6 %
Ertrinken vs. Ertränken (in Badewanne)	1	6 %
Stumpfes Bauchtrauma unklarer Genese	1	6 %
Austrocknung unklarer Genese	1	6 %

Bei den Tötungen durch Strangulation (Drosselung/ Erwürgen) als Form der direkten Gewalt gegen den Hals (12 % der sicheren Tötungsdelikte) kamen 5



von 7 Fällen im Rahmen eines erweiterten Suizides durch den Vater vor, allesamt durch Drosselung mit einem Strangwerkzeug, zweimal in Kombination mit Ertränken in der Badewanne. Im 6. Fall trat der Tod durch Erwürgen durch den geistesgestörten Vater ein. Im 7. Fall blieben Motivlage und Täter unklar, der Leichnam des Kindes wurde im Wald neben einer ebenfalls von fremder Hand erdrosselten Frauenleiche liegend aufgefunden.

Erweiterte Suizide (insgesamt 6 Fälle, in denen jeweils 2 Geschwisterkinder getötet wurden) verbergen sich weiterhin hinter den Tötungsmethoden Erstechen mit Messer, Kehldurchschnitt mit Messer sowie hinter zwei Fällen von Ersticken mit weicher Bedeckung (hier erweiterter Suizid der Mutter, die sich im Anschluss mittels CO-Vergiftung das Leben nahm).

Die weitaus selteneren, in der Tabelle aufgeführten Tötungsmethoden traten überwiegend in Kombination mit anderen, mittodesursächlichen Gewalteinwirkungen auf, in Einzelfällen sind sie jedoch auch als allein zum Tode führende Mechanismen einzuordnen.

Bei Auswertung der Tötungsmechanismen im Hinblick auf die Zuordnung zu bestimmten Tätergruppen (Beziehung der Täter zum Opfer, vgl. Abbildung 7) lässt sich feststellen, dass Tötungsmethoden mit massiven stumpfen Gewalteinwirkungen – insbesondere zum Kopf des Kindes – vorwiegend durch Männer ausgeübt wurden. Hinsichtlich des Schütteltraumas zeigt sich (mit 6 von 10 Fällen) nur eine leichte Mehrheit der männlichen Täter, wobei hier die Lebensgefährten der Mütter mit 30 % vor den leiblichen Vätern (20 %) die häufigsten Täter waren. Bei den Frauen handelte es sich vorwiegend um die Kindsmütter (20 %). Somit waren die *leiblichen* Elternteile zu gleichen Anteilen als Täter vertreten. Bei Vergleich mit bundesweit seit Juli 2006 im Rahmen der ESPED-Studie (Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland) erhobenen Daten ist zu berücksichtigen, dass es sich in der hier vorliegenden Studie mit 10 Schütteltrauma-Fällen um eine geringe Fallzahl handelt. Die Auswertung im Rahmen der klinischen ESPED-Studie beinhaltet in einem 2 ½-Jahreszeitraum insgesamt 242 Fälle, von denen 10 letztlich tödlich

verliefen. Unter den bekannten Verursachern waren laut HERRMANN [2009] die leiblichen Väter mit 54 % am häufigsten vertreten vor den Müttern mit 30 %.

Gewalt gegen den Hals (Drosselung / Würgen) und tödliche scharfe Gewalteinwirkungen in Form von Messerstich- und Messerschnittverletzungen wurden in der vorliegenden Studie ausschließlich von Vätern verübt – fast immer im Zusammenhang mit einem (versuchten) erweiterten Suizid. Ersticken mit weicher Bedeckung als zweithäufigster Tötungsmechanismus insgesamt erfolgte hingegen nahezu ausschließlich durch Frauen, und zwar vornehmlich durch die Kindsmütter.

Demzufolge lässt sich durchaus eine Geschlechtsbezogenheit der angewandten Tötungsmechanismen erkennen, wobei die Formen der Gewalteinwirkung, die ein besonders hohes Aggressionspotential bzw. den Einsatz von grober Kraft voraussetzen, überwiegend durch Männer eingesetzt wurden. Dies steht im Einklang mit Untersuchungen von FUJIWARA et al. [2009], die bei Tötungsdelikten an Kindern unter 2 Jahren, die durch stumpfe Gewalt und Schütteln erfolgten, einen Anteil männlicher Täter von 83 % beschreiben, wobei es sich vorwiegend um Kindsväter oder Lebensgefährten der Kindsmütter handelte. Andere Tötungsdelikte (Neonazide, Ersticken mit weicher Bedeckung und mit Partnerschaftsproblemen assoziierte Tötungsdelikte) an Kindern dieser Altersgruppe wurden hingegen überwiegend durch Frauen verübt.

#### **4.4 Rechtsmedizinische Befunde**

Die rechtsmedizinischen Untersuchungsbefunde beinhalten sowohl die Obduktionsbefunde als auch die bei der Leichenschau festgestellten, äußerlich sichtbaren Verletzungen oder sonstigen Hinweise auf eine Gewalteinwirkung.

#### 4.4.1 Äußere Verletzungen (Leichenschau)

45 % der untersuchten Kinder wiesen bei Auffindung deutlich sichtbare äußere Verletzungen am Körper auf. Insbesondere bei Vorliegen von Verletzungen, die sich das Kind mit großer Wahrscheinlichkeit oder mit Sicherheit – zum Beispiel aufgrund altersentsprechend eingeschränkter Fähigkeiten – nicht selbst beigebracht haben konnte, ergab sich in diesen Fällen spätestens für den (noch herbeigerufenen) Notarzt oder den Leichenschauarzt der Verdacht auf eine Gewalteinwirkung von fremder Hand. Das Ankreuzen einer nicht natürlichen oder unklaren Todesart in der Todesbescheinigung führte dann zur Einleitung polizeilicher Ermittlungen.

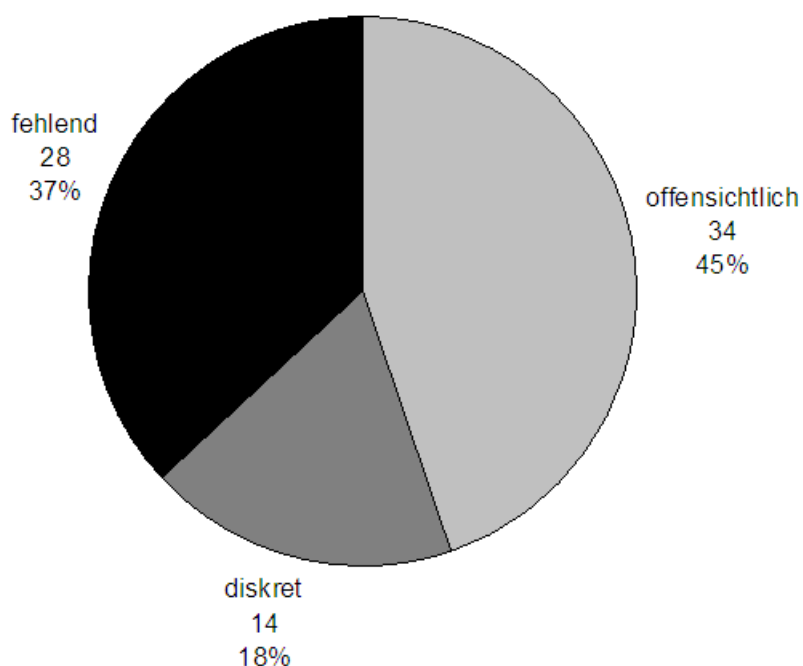


Abbildung 9: Erkennbarkeit äußerer Verletzungen

Aus rechtsmedizinischer Sicht bedeutungsvoll ist die Feststellung, dass bei insgesamt 55 % der untersuchten Kinder, die sicher oder fraglich einem Tötungs-

delikt zum Opfer fielen, auch bei sorgfältiger rechtsmedizinischer Leichenschau überhaupt keine oder allenfalls diskrete äußerlich sichtbare Befunde festzustellen waren. Das Ausmaß der dann bei der inneren Leichenschau vorgefundenen Verletzungsbefunde variierte sehr stark, in Abhängigkeit vom angewandten Tötungsmechanismus. Bei den insgesamt sehr spurenarmen Tötungsdelikten – beispielsweise beim Erstickten mit weicher Bedeckung (zweithäufigste Tötungsart nach dem Battered Child Syndrome) oder bei Kindstötungen durch Unterlassen – waren auch die Obduktionsbefunde meist diskret. In 3 Fällen von Kindstötung war die Beurteilbarkeit (insbesondere der äußeren Befunde) bei zum Auffindungszeitpunkt bereits stark fortgeschrittener Leichenfäulnis erheblich eingeschränkt. In der Literatur finden sich zum Auftreten äußerlich sichtbarer Verletzungen bei Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern unterschiedliche Angaben. In älteren Studien (ROCHEL [1974], RASSMANN [1978] und TRUBE-BECKER [1982]) wurden in nahezu allen untersuchten Fällen tödlicher Kindesmisshandlungen deutlich sichtbare äußere Verletzungen beschrieben. VOCK und TRAUTH [1999] bzw. TRAUTH [2000] stellten ebenfalls in 96,4 % der Fälle von tödlichen Misshandlungen bei unter 18-jährigen äußerlich sichtbare Verletzungen fest und gehen demzufolge davon aus, dass bei sorgfältig durchgeführter äußerer Leichenschau die Zeichen der Misshandlung fast immer zu erkennen sind. Dem gegenüber berichten DU CHESNE et al. [1997] sowie GROßE PERDEKAMP et al. [2000] über Fälle von spurenarmen bzw. spurenlosen Tötungsdelikten an Kindern, bei denen sich anhand der rechtsmedizinischen äußeren Leichenschau keine Hinweise auf eine Gewalteinwirkung ergaben; vielmehr wurden die Tötungsdelikte durch die Obduktionen überraschend aufgedeckt. In der Münsteraner Untersuchung von DU CHESNE et al. [1997], in der 274 Säuglinge und Kleinkinder, bei denen im Vorfeld kein konkreter Verdacht auf ein Tötungsdelikt bestanden hatte, obduziert wurden (teilweise „wissenschaftlich“, also nach erfolgter Freigabe des Leichnams durch die Staatsanwaltschaft), entpuppte sich jeder 30., zunächst unverdächtig erscheinende Fall eines plötzlichen Todes im Säuglings- bzw. Kleinkindesalter durch die Obduktion als Tötungsdelikt.

In vielen der im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchten Fälle verbargen sich hinter einem zunächst unauffälligen Leichenschaubefund auch schwere, todesursächliche innere Verletzungen (zum Beispiel Schädel-Hirn-Traumata) oder aber Verletzungen, die nicht todesursächlich waren, jedoch auf eine vorausgegangene, mitunter mehrzeitige Kindesmisshandlung hindeuteten (zum Beispiel alte Rippenfrakturen oder andere verheilte Knochenbrüche). Laut KLOTZBACH et al. [2003] sind insbesondere knöcherne Verletzungen bei Säuglingen und Kleinkindern bei der äußeren Untersuchung schwer feststellbar, da sie sich häufig unter vollkommen unauffälligen Hautarealen verbergen, also nicht mit äußerlich sichtbaren Befunden (zum Beispiel Hämatomen) einhergehen müssen. Daraus ergibt sich die immense Bedeutung einer konsequenten Obduktionsanordnung im Falle eines jeden plötzlichen und unerwarteten bzw. unklaren Todes im Kindesalter, auch bei zunächst scheinbar unauffälligen Todesumständen. Die in der Vergangenheit bestandene Zurückhaltung bei der Anordnung von Obduktionen in Fällen von plötzlichen Kindstodesfällen ohne konkreten Verdacht auf ein nicht natürliches Ereignis sowie die unterschiedliche Obduktionsfrequenz in den verschiedenen Einzugsgebieten der rechtsmedizinischen Institute könnte dazu geführt haben, dass zumindest in den genannten älteren Studien möglicherweise hauptsächlich Todesfälle erfasst wurden, bei denen aufgrund konkreter Hinweise auf eine Gewalteinwirkung obduziert wurde und demzufolge das Dunkelfeld der nicht erkannten, spurenarmen Tötungsdelikte als größer anzunehmen ist.

#### **4.4.2 Art und Ausmaß der Verletzungen**

Tabelle 5 zeigt einen Überblick über die bei der äußeren und inneren Leichenschau erhobenen rechtsmedizinischen Befunde. Die Ergebnisse beziehen sich auf alle 76 untersuchten Kinder, einschließlich der unklaren Verdachtsfälle. Bei den festgestellten Verletzungen überwiegen deutlich die Formen der stumpfen äußeren Gewalteinwirkung, insbesondere in Form von Hautunterblutungen, die sich bei 53 % der untersuchten Kinder fanden.

Tabelle 5: Häufigkeit der verschiedenen rechtsmedizinischen Befunde

<b>Rechtsmedizinische Befunde</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Prozent</b>
<b>Stumpfe Gewalt</b>		
• Hämatome	40	53 %
• Hautabschürfungen	21	28 %
• Knochenbrüche		
○ Schädelfrakturen	19	25 %
○ Rippen(serien)frakturen	17	22 %
○ Röhrenknochenfrakturen	13	17 %
• Organverletzungen	10	13 %
<b>Strangulations- / Erstickungsbefunde</b>		
• Punktförmige Blutungen	21	28 %
• Strang- / Drosselungsmarken	7	9 %
• Einblutungen in die Halsmuskulatur	7	9 %
• Würgemale	5	7 %
• Kehlkopf- / Zungenbeinfrakturen	1	1 %
<b>Keine Verletzungen / wegweisenden Befunde</b>	<b>20</b>	<b>26 %</b>
<b>„Schüttelverletzungen“</b>		
• Subdurale Hämatome	17	22 %
• Retinale Blutungen	10	13 %
• Sehnervenumb Blutungen	8	11 %
• Einblutungen in HWS-Bänder	3	4 %
• Metaphysäre Kantenabsprengungen	2	3 %
• Periostabhebungen	2	3 %
• Glaskörpereinblutungen	1	1 %
• Netzhautablösungen	1	1 %
<b>Unterernährung / Schlechter Pflegezustand</b>	<b>12</b>	<b>16 %</b>
<b>Halbscharfe Gewalt</b>		
• Kratzverletzungen	9	12 %
<b>Scharfe Gewalt</b>		
• Schnittverletzungen	5	7 %
• Stichverletzungen	4	5 %
<b>Geformte Verletzungen</b>	<b>3</b>	<b>4 %</b>
• Hitzemarken	1	1 %
• Fesselungsmarken	1	1 %
• Bissverletzungen	1	1 %
<b>Thermische Gewalt</b>	<b>2</b>	<b>3 %</b>
<b>Ertrinkungsbefunde</b>		
• Emphysema aquosum	2	3 %
• Dreischichtung des Mageninhaltes	2	3 %
<b>Unterkühlung</b>	<b>2</b>	<b>3 %</b>

Knochenbrüche als Folge massiver stumpfer äußerer Gewalteinwirkungen zeigten sich bei einer Vielzahl der untersuchten Kinder. Da nur bei einem Teil der Kinder (21 %) vor der Obduktion postmortale Ganzkörper-Röntgenuntersuchungen durchgeführt wurden, wodurch eine gezielte Präparation der Körperregionen mit knöchernen Verletzungen (bzw. Körperregionen, die im Röntgenbild suspekte Auffälligkeiten gezeigt hatten) möglich war, ist nicht auszuschließen, dass in einigen Fällen auch (insbesondere ältere) Knochenbrüche bei der Obduktion übersehen wurden. Die am häufigsten festgestellten knöchernen Verletzungen waren Schädelfrakturen, die bei einem Viertel der untersuchten Kinder zu finden waren und bei diesen meist auch todesursächlich oder mitto-desursächlich waren. Bei den Rippenfrakturen als zweithäufigste Form der knöchernen Verletzungen wurde zwischen frischen und älteren Frakturen unterschieden. Frische Rippenfrakturen zeigten sich häufig als Begleitverletzungen innerhalb eines komplexen Misshandlungsbildes. Mitunter standen sie auch in direktem Zusammenhang mit der Todesursache, indem sie zum Beispiel zu einer Lungendurchspießung oder (bei Serienfrakturen) zu einer erheblichen Einschränkung der Atemexkursionen führten. Der größere Anteil der festgestellten Rippenfrakturen, wie auch der Großteil der Röhrenknochenfrakturen, befand sich in verschiedenen Stadien des Heilungsprozesses oder war bereits verheilt. Die Feststellung derartiger älterer Verletzungen kann für die Aufklärung eines unklaren / fraglichen Tötungsdeliktes von entscheidender Bedeutung sein, da sie bei Fehlen von frischen, todesursächlichen Verletzungen auf eine (mehrzeitige) Misshandlung in der Vorgeschichte hindeutet und damit oftmals den Verdacht auf das Vorliegen eines spurenrmen Tötungsdeliktes erhärtet und gezielte Untersuchungen nach sich zieht. Bestätigt wird dies durch Ergebnisse der von KEMP et al. [2008] veröffentlichten (insgesamt 32 Studien einschließenden) Übersichtsarbeit über misshandlungsbedingte knöcherner Verletzungen bei Kindern, wonach die meisten misshandlungsassoziierten Knochenbrüche bei Säuglingen (unter einem Jahr) und Kleinkindern zwischen einem und drei Jahren zu finden waren. Rippenfrakturen wiesen dabei die höchste Wahrscheinlichkeit auf, durch eine Misshandlung verursacht worden zu sein, wohingegen suprakondyläre Humerusfrakturen weniger häufig bei Misshand-

lung als bei anderen traumatischen Ursachen (zum Beispiel Unfällen) vorkamen. Für viele Frakturtypen konnte die Misshandlungswahrscheinlichkeit mangels vergleichbarer Studien nicht aufgeführt werden. Multiple Frakturen zeigten sich häufiger in Misshandlungsfällen. Durch die Autoren hervorgehoben wird die Tatsache, dass eine isoliert betrachtete Fraktur selten darüber Aufschluss gibt, ob eine Kindesmisshandlung vorliegt oder nicht; vielmehr ist eine Kombination verschiedener Faktoren, wie zum Beispiel die genaue Lokalisation der Fraktur, der Frakturtyp und das individuelle Entwicklungsstadium des betroffenen Kindes, bei der Beurteilung der Misshandlungsverdächtigkeit einer Fraktur zu berücksichtigen. Darüber hinaus muss der durch die Aufsichtspersonen geschilderte Entstehungsmechanismus in die Beurteilung mit einbezogen werden.

In 10 Fällen (13 %) waren die Folgen der stumpfen Gewalteinwirkung so massiv, dass es zu tödlichen Verletzungen innerer Organe kam. Auch hier waren in einigen Fällen erstaunlicherweise bei der äußeren Leichenschau keinerlei Spuren der Gewalteinwirkung feststellbar. So starb ein 20 Monate altes Mädchen infolge eines stumpfen Bauchtraumas mit Pankreaskopfzerquetschung ohne korrespondierende, äußerlich sichtbare Hämatome oder sonstige äußere Verletzungen. Die genaue Ursache des Traumas blieb unklar, ein Unfallmechanismus erschien jedoch in der Gesamtkonstellation des Falles unwahrscheinlich oder zumindest fraglich. Weitere todesursächliche innere Verletzungen als Folge stumpfer Gewalt waren Darm- und Lungenquetschungen, Lungenflügeleinrisse, Magen-, Milz- und Leberzerreißen (infolge eines Überrolltraumas) sowie eine Hirnzertrümmerung bei massivem Schädel-Hirn-Trauma.

Bei 4 Kindern kam es durch scharfe Gewalt zu tödlichen inneren Verletzungen: In 2 Fällen jeweils zu einer Luftröhrendurchtrennung durch Schnitte mit einem Messer, in 2 Fällen jeweils zu einem Halsschlagaderdurchstich sowie direkten Lungen- und Herzverletzungen durch Messerstiche. Bei diesen Fällen handelte es sich um erweiterte Suizide von Vätern, die jeweils ihre beiden Kinder auf die gleiche Art töteten. Insgesamt fanden sich in 12 % der Fälle Zeichen einer scharfen Gewalteinwirkung. Spuren von halbscharfer Gewalt in Form von Hautkratzen kamen ebenso häufig vor.



Die zweithäufigsten rechtsmedizinischen Befunde nach der stumpfen Gewalt waren solche, die auf einen Strangulations- oder Erstickungsvorgang hindeuteten. Punktförmige Blutungen im Sinne von Stauungsblutungen fanden sich in 21 Fällen (28 % der untersuchten Fälle) und waren demnach, nach den Hämatomen, der zweithäufigste Untersuchungsbefund überhaupt. In den Fällen, bei denen offensichtlich ein Strangulationsmechanismus vorlag, zum Beispiel anhand von Strang- bzw. Drosselungsmarken erkennbar, fanden sich massiv ausgeprägte petechiale Einblutungen in den Augenlid- und -bindehäuten sowie in der Haut des Gesichtes und des Halses. Bei vielen Kindern waren jedoch die petechialen Einblutungen in den Augenbindehäuten – bei Abwesenheit von Verletzungen oder sonstigen wegweisenden Befunden – der einzige Hinweis auf einen (möglichen) Erstickungsvorgang. Von den Kindern, bei denen sich im Zuge der Ermittlungen oder aufgrund eines Geständnisses der Verdacht auf einen Tod durch Ersticken mit weicher Bedeckung erhärtete oder bestätigte, wiesen nur vereinzelte petechiale Einblutungen (vorwiegend in den Augenbindehäuten) auf.

Ein fast 3-jähriges Mädchen, das von ihrem psychotischen Vater erwürgt wurde, zeigte neben zahlreichen petechialen Blutungen und Würgemalen am Hals bei der Sektion auch Einblutungen in die Halsmuskulatur und eine Zungenbeinfraktur. In den 4 weiteren Fällen, in denen Würgemale festgestellt wurden, starben die Kinder durch andere Formen der stumpfen Gewalt, wiesen jedoch bei der äußeren Leichenschau griffspurenartige (und demzufolge als Würgemale interpretierte) Hämatome am Hals auf, die auf einen, zusätzlich zu der letztlich todesursächlichen Gewalteinwirkung erfolgten, Angriff zum Hals hindeuteten.

Von den 76 untersuchten Kindern wiesen 20 Kinder (26 %) keine (weder äußere noch innere) Verletzungen bzw. keine sonstigen wegweisenden Befunde hinsichtlich der genauen Todesursache auf. Bei diesen Kindern handelt es sich in 9 Fällen (45 % der unverletzten Kinder) um Kindstötungen im Sinne der alten Fassung des § 217 StGB durch Unterlassen oder durch Ersticken mit weicher Bedeckung. In den übrigen Fällen handelt es sich um Todesfälle mit unklarer Todesart oder um zweifelhafte SIDS-Fälle (mit der Differentialdiagnose Ersti-

cken mit weicher Bedeckung). Staatsanwaltschaftlich ermittelt – und in diesem Zusammenhang gerichtlich obduziert – wurde hier meist aufgrund von Unklarheiten oder Auffälligkeiten im Zusammenhang mit den Umständen des Todes oder (so wie es in Hamburg gängige Praxis ist) allein aufgrund des Umstandes eines ungeklärten Todesfalls im Baby- bzw. Kleinkindalter. Von diesen Fällen wurden nur solche in die Studie mit aufgenommen, bei denen aus rechtsmedizinischer Sicht (bzw. nach Auswertung der Ermittlungsakten) Hinweise auf ein Tötungsdelikt vorlagen, die jedoch mangels Beweisen bzw. wegweisender Obduktionsbefunde nicht geklärt werden konnten.

#### **4.4.3 Lokalisation von Verletzungen**

Bei topographischer Einteilung der Verletzungen in Bezug auf die betroffenen Körperregionen zeigt sich, dass sich die überwiegende Anzahl der Gewalteinwirkungen gegen den Kopf des Kindes richtete. 55 % aller untersuchten Kinder wiesen Verletzungen im Kopfbereich auf, davon erlitten wiederum etwa 90 % (38 von 42 Kindern) auch mehr oder weniger sichtbare Verletzungen im Gesicht. Hierzu wurden auch Befunde wie punktförmige Einblutungen in die Augenbindehäute gezählt.

In der rechtsmedizinischen Literatur wurde bereits durch zahlreiche Autoren die Dominanz von Schädelhirnverletzungen bei tödlichen wie auch bei überlebten Kindesmisshandlungen hervorgehoben (BRINKMANN et al. [1979], WILSKE u. EISENMENGER [1991], SCHÄFER et al. [1992], SMISZEK et al. [1996], OHTSUJI et al. [1998], TRAUTH [2000]). Laut HERRMANN [2006] sind 80 % der Kopfverletzungen bei Kindern im ersten Lebensjahr auf Misshandlungen zurückzuführen (10 % der Kopfverletzungen bei Kindern aller Altersstufen); im zweiten Lebenshalbjahr sind misshandlungsbedingte Kopfverletzungen die häufigste Säuglingstodesursache. In den USA sind laut Herrmann 75 % der tödlich ausgehenden Kindesmisshandlungen durch Schädel-Hirn-Traumata (Non-Accidental / Inflicted Traumatic Brain Injury) bedingt. Das Shaken Baby Syndrome (SBS; Schütteltrauma) bzw. das Shaken Impact Syndrome als Kombina-

tion aus Schüttelmechanismus und stumpfer Gewalt durch Anschlagen des Kopfes sind hierbei als die führenden Mechanismen beschrieben. Das Überwiegen der Kopfverletzungen bei Kindesmisshandlungen mit tödlichem Ausgang erklärt sich laut VOCK und TRAUTH [1999] daraus, dass zum einen der Kopf einen Hauptangriffspunkt darstellt und zum anderen Gewalteinwirkungen gegen den Kopf aufgrund der erhöhten Vulnerabilität des Kopfes bzw. Gehirns häufiger letal enden als gleichartige Gewalteinwirkungen gegen andere Körperregionen.

*Tabelle 6: Lokalisation der Verletzungen (bezogen auf Gesamtfallzahl n = 76, davon 56 mit Verletzungen)*

<b>Lokalisation der Verletzungen</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Prozent</b>
Kopf	42	55 %
• (auch) Gesicht	38	50 %
Hals	24	32 %
Brustkorb	23	30 %
Arme / Hände	19	25 %
Rücken	17	22 %
Unterschenkel / Füße	12	16 %
Oberschenkel	11	15 %
Gesäß	7	9 %
Bauchregion	7	9 %
Genitalregion	2	3 %
Analregion	1	1 %
Verletzte Kinder insgesamt	56	74 %

Korrespondierend zur Häufigkeit der entsprechenden Tötungsmechanismen (vgl. Tabelle 3) war der Hals in dieser Studie die am zweithäufigsten von Verletzungen betroffene Körperregion. Bei den Verletzungen am Brustkorb sowie im Bereich der oberen, vor allem aber der unteren Extremitäten handelte es sich überwiegend um knöcherne Verletzungen. In zwei Fällen wurden Verletzungen im Genitalbereich festgestellt, bei beiden Kindern handelte es sich um Mädchen. Bei dem in Kasuistik 3 ausführlich dargestellten Fall fanden sich Schürfungen im Bereich des äußeren Genitales, Hinweise auf eine sexuell motivierte Gewalteinwirkung ergaben sich hier nicht. In einem anderen Fall hingegen legte die Kombination aus Verletzungen im Genital- und Analbereich mit Schleimhauteinrissen im Bereich des Scheideneingangs und des Afters sowie einer auffallend weiten Analöffnung bei einem 3-jährigen Mädchen den Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch (unabhängig von der todesursächlichen Gewalteinwirkung) nahe. Da sich bei der Obduktion weder Spermaspuren noch frische oder ältere (eindeutige) Hymenalverletzungen feststellen ließen, lagen keine ausreichend beweiskräftigen Befunde vor, die zu einer entsprechenden Anklage hätten führen können.

#### **4.4.4 Spezielle Verletzungsmuster**

##### *4.4.4.1 Schütteltrauma (Shaken Baby Syndrome)*

Bei bestimmten Tötungs- bzw. Verletzungsmechanismen ist häufig erst das Vorliegen charakteristischer Befundkonstellationen diagnostisch wegweisend. So ist ein subdurales Hämatom bei Säuglingen und Kleinkindern (insbesondere im ersten Lebensjahr) aus rechtsmedizinischer Sicht – bei Fehlen von krankhaften inneren Ursachen (zum Beispiel Stoffwechselerkrankungen) oder einer plausiblen akzidentellen Anamnese – zwar immer als verdächtig auf ein Schütteltrauma anzusehen; eine höhere Diagnosesicherheit, und damit verbunden eine höhere forensische Beweiskraft, ergibt sich jedoch nur aus der Kombination eines subduralen Hämatoms mit weiteren, im Hinblick auf ein Schütteltrauma wegweisenden Befunden wie Netzhautblutungen, Verletzungen im Be-

reich der langen Röhrenknochen und der Rippen, Halteverletzungen entsprechende Weichteildefekte oder anderen, in Tabelle 5 unter dem Begriff „Schüttelverletzungen“ kategorisierten Befunden.

Insgesamt wurde bei 17 Kindern im Rahmen der Obduktion ein subdurales Hämatom festgestellt. Die 10 Kinder, denen im Kapitel „Tötungsmethoden“ ein Schütteltrauma als todesursächlicher Mechanismus zugeordnet werden konnte, wiesen allesamt zusätzlich retinale Blutungen auf. Von diesen wiederum zeigte jeweils ein Kind auch Netzhautablösungen bzw. Glaskörpereinblutungen; Sehnervenumb Blutungen fanden sich in insgesamt 8 Fällen. In 3 Fällen wurden Einblutungen in den Bandapparat der Halswirbelsäule festgestellt.

Zwei Kinder (20 %), bei denen ein Schütteltrauma todesursächlich war, wiesen frische, dem tödlichen Ereignis zeitlich zuordenbare Rippenfrakturen auf, die auf ein kräftiges Anpacken des Kindes beidseits am Brustkorb während des Schüttelns zurückzuführen waren. Beide zeigten darüber hinaus ältere Rippen- und / oder Röhrenknochenfrakturen, die auf ein mehrzeitiges Misshandlungsgeschehen hinwiesen. Weitere, in der Literatur als typisch für ein Schütteltrauma beschriebene Skelettläsionen sind metaphysäre Kantenabsprengungen im Bereich der langen Röhrenknochen sowie Abhebungen des Periostes, welche in der vorliegenden Studie in 2 Fällen nachweisbar waren. Laut KLEINMAN [1998] sind metaphysäre Läsionen bei 39–50 % der unter 18 Monate alten Kinder nachweisbar und in dieser Altersgruppe ausschließlich als Folge einer Misshandlung anzusehen. Durch histologische Untersuchungen konnte er aufzeigen, dass die Zone der provisorischen Verkalkung im Bereich der Metaphysen der langen Röhrenknochen, insbesondere bei jungen Säuglingen, die höchste Verletzbarkeit aufweist. Durch umschriebene, gelenknah ansetzende Gewalteinwirkung, wie sie oftmals beim Schütteln durch grobes Festhalten des Kindes an Armen oder Beinen stattfindet, kommt es zu transmetaphysären Frakturen oder Kantenabrissen, die radiologisch nicht selten bilateral nachweisbar sind. Prädilektionsstellen metaphysärer Läsionen sind hierbei in erster Linie distaler Femur, proximale Tibia und Fibula sowie distale Tibia und Fibula. Die proximalen Humeri sind hingegen seltener betroffen.

Die 7 Kinder mit subduralem Hämatom, die keine der o.g. diagnostischen Befundkombinationen aufwiesen, konnten zum Teil deshalb nicht sicher als Opfer eines Schütteltraumas eingeordnet werden. In einigen Fällen erklärte sich das subdurale Hämatom durch assoziierte Schädel-Hirn-Traumata anderer Genese.

In der aktuellen Literatur wird kontrovers diskutiert, inwieweit diese assoziierten Befunde tatsächlich diagnostisch für ein Schütteltrauma sind bzw. ob sie auch infolge anderer traumatischer Ursachen auftreten können. Von SPERHAKE und HERRMANN [2008] wird hervorgehoben, dass trotz des breiten differentialdiagnostischen Spektrums der einzelnen Befunde insbesondere die Symptomtrias Subduralhämatom, retinale Blutungen und Enzephalopathie von entscheidender Bedeutung für den Nachweis eines Schütteltraumas *in foro* ist und sich durch die häufig von den Beschuldigten bzw. deren Strafverteidigern vorgebrachten Erklärungen – wie zum Beispiel Stürze des Kindes aus geringer Höhe (Sofa, Stuhl, Wickeltisch) – nicht nachvollziehen lassen. Je mehr weitere charakteristische Begleitverletzungen sich feststellen lassen, desto nachhaltiger kann die Diagnose eines Schütteltraumas untermauert bzw. eine dem Gesamtverletzungsbild nicht entsprechende Schutzbehauptung widerlegt werden.

#### 4.4.4.2 Geformte Verletzungen

Geformte Verletzungen, die unmittelbar Rückschlüsse auf einen bestimmten Entstehungsmechanismus zuließen, fanden sich in insgesamt drei Fällen (4 %) in Form von Fesselungsspuren (Kasuistik, Fall 3), Bissverletzungen und (mit einer kerzenförmigen Glühbirne beigebrachten) Hitzemarken. Bei Fesselungs- und Bissmarken handelt es sich um Verletzungen, die sich gehäuft bei sexuell motivierten Gewaltstraftaten finden – insbesondere Bissmarken auch bei sexuellem Missbrauch von Kindern. In den vorliegenden Fällen konnten sexuelle Motive ausgeschlossen werden; vielmehr sind diese Art der Verletzungen hier als Ausdruck der besonderen Grausamkeit (im juristischen Sinne) anzusehen, die in diesen Fällen vorherrschte.

#### 4.4.4.3 Thermische Gewalt

Thermische Gewalteinwirkungen in Form von Verbrennungen bzw. Verbrühungen fanden sich bei 2 Kindern (3 %). Ein 22 Monate alter Junge, der an einem Verbrennungsschock starb, nachdem seine psychotische (nach psychiatrischer Begutachtung als schuldunfähig eingestufte) Mutter ihn, mit dem Ziel einer „Teufelsaustreibung“, mit heißem Kerzenwachs übergossen hatte, wies zahlreiche umschriebene, überwiegend zweitgradige Verbrennungen im Gesicht, an der Brustkorbvorderseite sowie an Armen und Beinen auf (der prozentuale Anteil der betroffenen Körperoberfläche ließ sich nachträglich anhand der Angaben im Sektionsprotokoll nicht rekonstruieren) sowie mehrere geformte Hitzezeichen, die an die Einwirkung einer heißen, kerzenförmigen Glühbirne denken ließen. Bei dem zweiten Fall von thermischer Gewalt wurden einem 1,5 Jahre alten Mädchen durch die Mutter Verbrühungen zweiten bis dritten Grades von insgesamt ca. 10-20 % der Körperoberfläche beigebracht.

Laut HÖGER [2007] sind 10-15 % aller Misshandlungsfälle bei Kindern auf thermische Gewalteinwirkungen zurückzuführen; ANDRONICUS et al. [1998] beschreiben ein häufigeres Vorkommen bei Kindern unter 4 Jahren. Zur Abgrenzung zwischen Unfallmechanismus und Misshandlung (non-accidental burns) spielen das Erkennen wegweisender Verbrennungs- bzw. Verbrühungsmuster sowie die Kenntnis misshandlungstypischer Lokalisationen von thermischen Läsionen eine entscheidende Rolle. Während Verbrühungsunfälle (zum Beispiel durch Überschwappen eines vom Herd gezogenen Wassertopfes) meist ein inhomogenes, sogenanntes Spritz- und Tropfmuster verursachen, zeigen misshandlungsbedingte Verbrühungen eher ein gleichmäßiges, d.h. uniformes und gleich tiefes, handschuhförmiges oder strumpfförmiges Muster mit scharf begrenzten Übergängen zwischen verbrühter und nicht betroffener, gesunder Haut. Bestimmte Körperregionen wie der Anogenitalbereich sind bei Unfällen fast nie betroffen. Verbrühungen in diesem Bereich sind als misshandlungsverdächtig anzusehen – zum Beispiel als Folge von „Bestrafungen“ im Rahmen der Sauberkeitserziehung. Hinweisend auf eine Kindesmisshandlung sind weiterhin geformte Verbrennungen – zum Beispiel durch Zigaretten, Hei-

zungsroste, Herdplatten – oder andere geformte Hitzemarken. Obwohl thermische Gewalteinwirkungen im Vergleich zu anderen Misshandlungsformen – wie zum Beispiel stumpfe Gewalteinwirkungen – deutlich seltener sind, so sind sie jedoch oftmals ungleich schwerwiegender, da sie mit starker Schmerzhaftigkeit und – bei Überleben – mit zum Teil langanhaltenden Verletzungen und bleibenden Hautschäden (Narben, Sensibilitätsstörungen) einhergehen können. Entscheidend für die Ausprägung thermischer Läsionen ist hierbei die Höhe der Temperatur in Kombination mit der Einwirkdauer. Der quälerische Aspekt, die besondere Grausamkeit und die Böswilligkeit, die bei beabsichtigt beigebrachten thermischen Läsionen unterstellt werden kann, wirken sich auch juristisch auf die Höhe des Strafmaßes aus. 2007 wurde von KURTH et al. ein Fall von Kindesmisshandlung durch thermische Gewalt mit tödlichem Ausgang aus dem Institut für Rechtsmedizin Essen veröffentlicht, bei dem ein 7 Monate alter Säugling durch mehrminütiges Abbrausen mit heißem Wasser in der Badewanne Verbrühungen zweiten und dritten Grades von 35-40 % der Körperoberfläche erlitt und nach einer etwa 14-stündigen Überlebenszeit (ohne medizinische Hilfe) verstarb. In diesem Fall (bei dem bereits mehrere Misshandlungsverletzungen in der Vorgeschichte diagnostiziert worden waren) kam es letztlich zu einer Verurteilung der Mutter zu 11 Jahren Haft wegen Tötung durch Unterlassen und zu einer Verurteilung des (die Tat aktiv ausführenden) Lebensgefährten wegen Mordes zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe. In der vorliegenden Studie hingegen gab es in wenigen Einzelfällen zwar eine Mordanklage, jedoch kam es in keinem einzigen Fall zu einer Verurteilung wegen Mordes bzw. zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe.

#### **4.5 Postmortale (interdisziplinäre) Zusatzdiagnostik**

Eine weitere postmortale Diagnostik kann vor oder nach der Obduktion erforderlich sein bzw. wichtige Zusatzinformationen zur Aufklärung von Todesart und Todesursache liefern. Histologische Untersuchungen waren in der vorliegenden



Studie mit 41 % die am häufigsten im Anschluss an die Obduktion durchgeführten Zusatzuntersuchungen. Bei allen Fällen, bei denen die genaue Todesursache durch die Obduktion nicht oder nicht sicher geklärt werden konnte, waren zusätzliche histologische Untersuchungen unerlässlich. Hierzu zählen u.a. die Fälle, in denen bei Fehlen todesursächlicher makroskopischer Befunde (Verletzungen oder innere Erkrankungen) Zweifel an der (Ausschluss)-Diagnose „Plötzlicher Säuglingstod“ bestanden bzw. bei Vorliegen der Verdachtsdiagnose „Ersticken durch weiche Bedeckung“ versucht werden sollte, diese durch mikroskopische Befunde weiter zu untermauern. Bei Neugeborenenentötungen wurden zur Frage der Dauer des Gelebthabens – zusätzlich zu den bei der Obduktion durchgeführten Lungen- und Magen-Darm-Schwimmproben – histologische Untersuchungen vorgenommen. Zu neuen, im Hinblick auf die jeweilige Fragestellung wegweisenden Erkenntnissen führte die Histologie in 74 % der durchgeführten Untersuchungen.

*Tabelle 7: Postmortale (interdisziplinäre) Zusatzdiagnostik*

<b>Art der Untersuchung</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Prozent</b>	<b>Neue Erkenntnisse</b>
Histologie	31	41 %	23 (74 %)
Neuropathologie	19	25 %	18 (95 %)
Toxikologie	17	22 %	2 (12 %)
Ganzkörperröntgen	16	21 %	11 (69 %)
Osteopathologie	8	11 %	8 (100 %)

In 19 Fällen (25 %) wurden neuropathologische Untersuchungen des bei der Obduktion asservierten Gehirns – meist einschließlich der Augäpfel – durchgeführt. Der hohe Prozentsatz an hiermit erzielten diagnostisch wertvollen Ergebnissen von 95 % erklärt sich daraus, dass die Veranlassung neuropathologischer Untersuchungen (im Vergleich zur Histologie) in der Regel wesentlich

gezielter erfolgte – mit konkreten Hinweisen auf hier zu erwartende wegweisende Befunde oder zur sicheren Bestätigung bzw. zum Beweis eines makroskopisch am unsezierten Gehirn erkennbaren Schädel-Hirn-Traumas und dessen Folgen. Speziell bei Verdacht auf Schütteltrauma ging es um die Beurteilung subduraler Hämatome und Hygrome (wobei auch die histologische Bestimmung des Blutungs- / Hämatomalters eine wichtige Rolle spielte), um diffuse Hirnschädigungen auf mikrostruktureller Ebene sowie um die Feststellung von Blutungen im Bereich von Netzhaut, Glaskörper und Sehnerven. Laut MATSCHKE und GLATZEL [2008] ist für eine vollständige gutachterliche Würdigung der beim Verdacht auf Schütteltrauma vorliegenden, jeweils individuellen Fallkonstellation eine komplette histologische Untersuchung des Gehirns und Rückenmarks einschließlich seiner Häute sowie der Augäpfel durch einen forensisch erfahrenen Neuropathologen unabdingbar. Morphologische Untersuchungen pathophysiologischer Prozesse sind nur durch spezielle neuropathologische Techniken möglich und erfordern insbesondere bei nichtakzidentellen Kopfverletzungen die intensive und kontinuierliche interdisziplinäre Zusammenarbeit von Rechtsmedizinern und (forensisch erfahrenen) Neuropathologen. Die Abklärung von Hirnödemen unklarer Genese stellte eine weitere Indikation für neuropathologische Untersuchungen dar. In einem Fall stand differentialdiagnostisch zur traumatischen Schädelfraktur eine Meningoenzephalitis mit Sprengung der Schädelnähte zur Diskussion. Diese doch außergewöhnliche Erkrankungsfolge konnte von neuropathologischer Seite nicht sicher ausgeschlossen werden, was letztlich zur Einstellung des Ermittlungsverfahrens führte.

Chemisch-toxikologische Untersuchungen in Kombination mit Bestimmungen der Blutalkoholkonzentration wurden in 17 Fällen (22 %) durch die Ermittlungsbehörden in Auftrag gegeben, wobei es sich in einem Fall um Blutuntersuchungen des Tatverdächtigen handelte. In der Mehrzahl der Fälle ging es vielmehr um den Ausschluss als um einen konkreten Verdacht darauf, dass das Kind zum Zeitpunkt des Todes unter dem Einfluss von Drogen, Medikamenten oder Alkohol gestanden hatte. Zu positiven Ergebnissen führten die Untersuchungen in 2 Fällen (12 %): In einem Fall von Kindstötung wurde bei dem Neugeborenen eine Blutalkoholkonzentration von 0,34 Promille festgestellt, was auf eine Alko-

holisierung der (nicht ermittelten) Mutter zum Zeitpunkt der Geburt bzw. der Tat schließen ließ. Bei einem in der Badewanne ertrunkenen bzw. fraglich ertrunkenen 2-jährigen Jungen, der in der Vorgeschichte mehrfach mit unklaren Tablettenvergiftungen ins Krankenhaus eingeliefert worden war, verlief das postmortale toxikologische Screening negativ, die Blutalkoholkonzentration betrug 0,14 Promille (die Urinalkoholkonzentration 0,10 Promille). Bei einem Fall von Schütteltrauma waren die Eltern als Konsumenten harter Drogen bekannt, das toxikologische Screening und die BAK-Untersuchungen bei dem getöteten 3 Monate alten Kind waren unauffällig. Wenngleich Alkohol in der Literatur mehrfach (ROCHEL [1974], MÄTZSCH et al. [1980], TRUBE-BECKER [1982], TRAUTH [2000]) als disponierender Faktor bei Fällen von Kindesmisshandlung beschrieben ist, wurde eine Alkoholisierung zum Zeitpunkt der Tat in der vorliegenden Studie bemerkenswerterweise bei keinem der verurteilten Täter festgestellt und spielte daher auch in keinem Fall eine Rolle bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit.

Bei 16 Kindern (21 %) wurden vor der Obduktion Ganzkörperröntgenaufnahmen oder sogenannte Babygramme durchgeführt, um nach Hinweisen auf frische und / oder ältere knöcherne Verletzungen zu suchen. Fündig wurde man hierbei in 11 Fällen (69 %). In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich hierbei um nicht todesursächliche Verletzungen, deren Vorliegen jedoch den Verdacht auf eine tödliche Kindesmisshandlung erhärteten. Frische knöcherne Verletzungen fanden sich sowohl als Begleitverletzungen der eigentlich todesursächlichen Gewalteinwirkung – beispielsweise beim Schütteltrauma in Form von Rippenserienfrakturen, metaphysären Kantenabsprengungen oder Periostabhebungen – als auch unabhängig vom direkten Tötungsmechanismus als zusätzliche Gewalteinwirkungen. Ältere Frakturen zeigten sich hauptsächlich in Form von solitären Rippenfrakturen, vereinzelt fanden sich Frakturen der oberen und unteren Extremitäten in unterschiedlichen Heilungsstadien. Bei einem 2-jährigen Jungen, der nach einem Schädel-Hirn-Trauma mehrere Stunden im Krankenhaus überlebt hatte, wurden mittels konventioneller röntgenologischer und computertomographischer Untersuchungen (CCT) des Kopfes das Vorliegen von Schädelbrüchen bereits klinisch diagnostiziert.

Eine Bestimmung des Alters knöcherner Verletzungen mittels zusätzlicher osteopathologischer Untersuchungen kann eine wichtige Rolle bei der Diagnostik von Kindesmisshandlung spielen und insbesondere dann von entscheidender Bedeutung sein, wenn die Täterschaft nur durch die Klärung, wo sich das Kind zum Zeitpunkt der Gewalteinwirkung aufgehalten hat bzw. von wem es beaufsichtigt wurde, zugeordnet werden kann. Eine Diskrepanz zwischen dem von den Aufsichtspersonen angegebenen, angeblichen Entstehungszeitpunkt der Verletzungen (zum Beispiel auch im Hinblick auf das verzögerte Aufsuchen eines Arztes bei primärem Überleben) und dem festgestellten Verletzungsalter kann im Strafverfahren eine wichtige Rolle spielen. Insbesondere bei Säuglingen kann jedoch die Zuordnung zu einem genauen Entstehungszeitpunkt der Fraktur aufgrund zahlreicher äußerer und innerer Einflüsse schwierig oder im Einzelfall auch unmöglich sein. Nach DELLING [2008] erfordert die oftmals bei Gericht erwartete Bestimmung des Zeitraumes zwischen dem Frakturereignis und dem Todeszeitpunkt anhand des histologischen Bildes einer Fraktur genaue Kenntnisse über die komplizierten biomechanischen und molekularbiologischen Prozesse der Frakturheilung sowie der Angiogenese bzw. Vaskularisation des Säuglingsskeletts. Zu berücksichtigen sind darüber hinaus die fehlende Mobilität des Säuglings bei gleichzeitiger nichtversorgter, instabiler Fraktur. Dellling hebt in seinem 2008 veröffentlichten Erfahrungsbericht jedoch auch die Bedeutung osteopathologischer Untersuchungen bei der Frakturerkennung hervor. Bei umfangreicher histologischer Analyse einschließlich des Auftrennens der entnommenen Skelettabschnitte mit einer Diamantsäge könnten histologisch mehr Frakturen und insbesondere Infraktionen nachgewiesen werden als mit derzeitigen radiologischen Verfahren. So sind zum Beispiel Rippenfrakturen ohne wesentliche Kallusbildung auf postmortalen Röntgenaufnahmen häufig schwer darstellbar, so dass im Zweifelsfall die Präparation ganzer Rippen mit Durchführung von Kontaktradiographien sowie die histologische Aufarbeitung empfohlen wird. Durch KLOTZBACH et al. [2003] wurden in einer multidisziplinären postmortalen Untersuchung dreier Fälle von tödlichen Kindesmisshandlungen mit jeweils multiplen Frakturen radiologische Befunde mit Obduktionsbefunden, gefolgt von Kontaktradiographien und histopathologischer Aufar-

beitung, verglichen. Hierbei zeigte sich, dass von insgesamt 44 – letztlich histologisch bestätigten – Frakturen nur 27 radiologisch eindeutig diagnostiziert werden konnten, insbesondere frische Rippenfrakturen ließen sich am häufigsten nicht konventionell röntgenologisch darstellen. Bei der Obduktion wurden 23 Frakturen diagnostiziert, jedoch 19 weitere frakturverdächtige Befunde erhoben. Mittels Kontaktradiographie im Rahmen osteopathologischer Zusatzuntersuchungen hingegen blieb nur eine einzige Fraktur unerkannt. Insbesondere frühe Zeichen der Frakturheilung konnten kontaktradiographisch besser und früher detektiert werden. Die Autoren gehen davon aus, dass bei kombinierter Anwendung der verschiedenen Methoden zur Frakturerkennung die Wahrscheinlichkeit sehr gering ist, eine Fraktur zu übersehen. In der vorliegenden Studie wurden – vermutlich wegen des im Vergleich zu konventionellen radiologischen Untersuchungen um ein Vielfaches höheren personellen und finanziellen Aufwandes – in lediglich 8 Fällen (11 %) osteopathologische Untersuchungen in Auftrag gegeben, welche zu 100 % entsprechend der Fragestellung weiterführende, juristisch verwertbare Ergebnisse lieferten.

In 4 Fällen mit nicht sicher geklärter Todesursache von Säuglingen wurde durch die Staatsanwaltschaft ein neonatologisches Zusatzgutachten in Auftrag gegeben. Hierdurch konnten in allen Fällen seltene innere Erkrankungen sowie Fehlbildungen als (Mit-)Todesursache ausgeschlossen werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass ein hoher Prozentsatz der vor oder nach der Obduktion durchgeführten Zusatzdiagnostik (mit Ausnahme der chemisch-toxikologischen und BAK-Untersuchungen) in dem Sinne erfolgreich war, dass neue, die Obduktionsergebnisse ergänzende oder bestätigende Erkenntnisse gewonnen wurden, die letztlich auch juristisch wertvoll bzw. weiterführend waren. Rückblickend ist aus rechtsmedizinischer Sicht erstaunlich, dass in dem auszuwertenden Zeitraum nur in 21 % der Fälle von sicheren bzw. fraglichen Tötungsdelikten Röntgenuntersuchungen der Kinder durchgeführt wurden. Zum einen kann mit Hilfe richtungsweisender radiologischer Vorbefunde bei der Obduktion gezielter vorgegangen und präpariert werden; zum anderen sind ältere, ggf. vollständig verheilte knöcherne

Verletzungen nur noch radiologisch zu beurteilen bzw. überhaupt zu erkennen. Auch bei nicht tödlichen knöchernen Verletzungen kann deren Vorhandensein richtungsweisend hinsichtlich des Verdachts auf eine Kindesmisshandlung sein. Insbesondere bei unklarer Todesursache kann das Vorfinden (frischer oder älterer) misshandlungstypischer Verletzungen den Verdacht auf ein Tötungsdelikt erhärten und damit das weitere Vorgehen – rechtsmedizinisch diagnostisch wie auch ermittlungstechnisch – wesentlich mitbeeinflussen. Deshalb gilt es aus heutiger rechtsmedizinischer Sicht als obligat, bei allen unklaren Todesfällen von Säuglingen und Kleinkindern im Vorfeld der Obduktion röntgenologisch nach Verletzungen zu suchen. Darüber hinaus ist das Vorliegen von postmortalen Röntgenbildern laut DELLING [2008] eine wichtige Voraussetzung für gegebenenfalls im Anschluss an die Obduktion durchzuführende gezielte osteopathologische Untersuchungen von asservierten Knochenanteilen bzw. für die gezielte Entnahme radiologisch suspekter Skelettabschnitte.

Auch die feingeweblichen Untersuchungen führten bei  $\frac{3}{4}$  der Untersuchungen zu wertvollen Ergebnissen, wurden jedoch nur in 41 % der Fälle durchgeführt. Da diese – anders als die neuro- und osteopathologischen – Untersuchungen in vielen Fällen ohne konkrete, gezielte Fragestellung durchgeführt wurden, aber dennoch weiterführende Erkenntnisse erbrachten (wie zum Beispiel die Diagnose einer Pneumonie bei makroskopisch fehlendem Verdacht), ergibt sich die Frage, ob es nicht sinnvoll wäre, wesentlich häufiger (wenn nicht grundsätzlich) bei Todesfällen im Säuglings- und Kleinkindesalter die Sektionsdiagnostik mit Hilfe der Histologie zu ergänzen oder zu untermauern.

## 4.6 Entstehung der Verdachtslage

Der Verdacht auf ein Tötungsdelikt ergab sich bei den untersuchten Fällen aus unterschiedlichen, in Abbildung 10 dargestellten Gegebenheiten, wobei die erhöhte Gesamtzahl dadurch zustande kommt, dass bei zeitlicher Koinzidenz Verdachtsmomente aufgrund verschiedener Umstände aufgekommen sind.

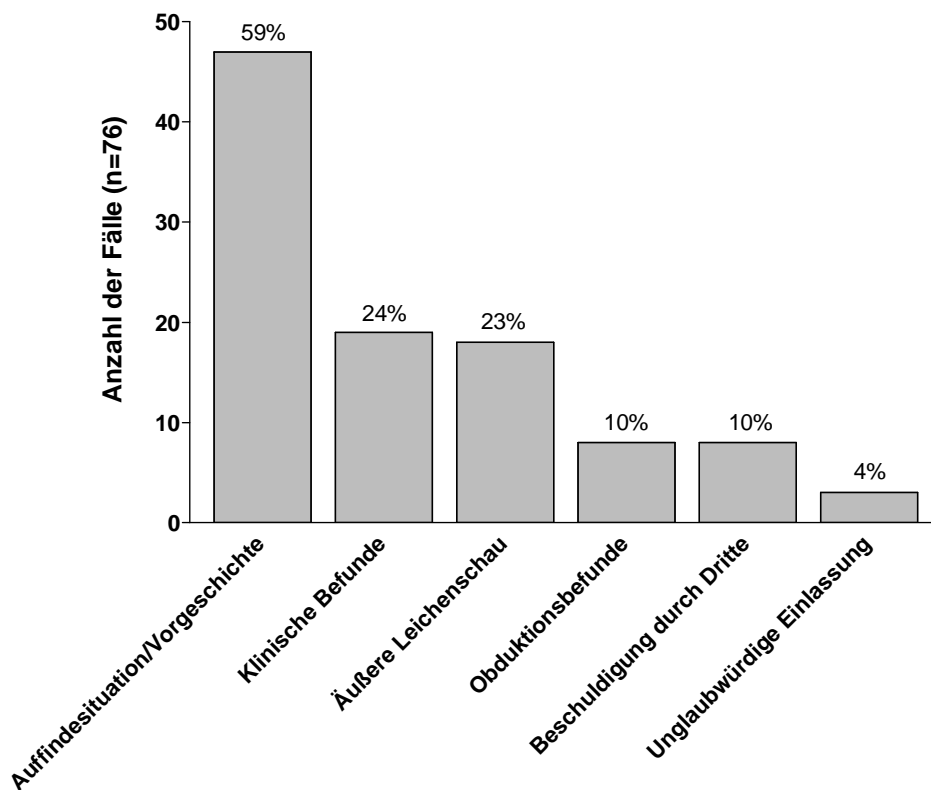


Abbildung 10: Häufigkeit der verschiedenen Gründe für die Entstehung der Verdachtslage (Kombinationen möglich)

In der Mehrzahl der Fälle (59 %) entstand die Verdachtslage aufgrund der Auffindungssituation des Kindes oder durch Auffälligkeiten in der Vorgeschichte (zum Beispiel unklare Verletzungen, unklarer Tod eines Geschwisterkindes

oder Alkohol- bzw. Drogenproblematik der Eltern). In insgesamt 29 Fällen (38 %) wurde initial Rettungskräften gegenüber angegeben, dass das Kind schlafen gelegt und später bzw. am nächsten Morgen leblos aufgefunden worden sei, so dass der Eindruck eines plötzlichen, unerwarteten Versterbens – im Sinne eines Plötzlichen Kindstodes – vermittelt wurde. Verdächtig war in diesem Zusammenhang zum Beispiel ein angeblicher plötzlicher Kindstodesfall, der auf dem Arm des alkoholisierten Freundes der Mutter passiert sein sollte. Die originale Auffindungssituation wurde von hinzugerufenen Rettungs- / Einsatzkräften in der Mehrzahl der Fälle nicht mehr vorgefunden, da bereits Veränderungen und Maßnahmen (zum Beispiel Laienreanimation) durch die Eltern oder andere Aufsichtspersonen vorgenommen worden waren. Somit versteht sich unter „Auffindungssituation“ als Grund für die Entstehung der Verdachtslage zum einen die tatsächliche Situation vor Ort, so wie sie sich ggf. eintreffenden Einsatzkräften dargestellt hat; zum anderen bezieht sich der Begriff auf die Schilderungen der Eltern, wie sie das Kind ursprünglich vorgefunden hätten.

Bei einigen Kindern (24 %), die eine Misshandlung zunächst überlebt hatten und später im Krankenhaus verstarben, ließen bereits klinisch-diagnostische Befunde den Verdacht auf eine Gewalteinwirkung von fremder Hand aufkommen. Der Anteil der Fälle, in denen (mitunter allein) aufgrund der äußeren Leichenschau der Verdacht auf ein Tötungsdelikt entstand, beträgt 23 %. Dies ist aus rechtsmedizinischer Sicht von besonderer Bedeutung, da die außerordentliche Wichtigkeit einer sorgfältig durchgeführten Leichenschau – mit besonderem Augenmerk auf das Vorfinden auch versteckter oder kleinster äußerer Verletzungen – deutlich wird. Vergleichsweise geringer ist mit 10 % der Anteil der Fälle, in denen (erst) die bei der Obduktion erhobenen Befunde einen Verdacht herbeiführten. In weiteren 10 % der Fälle lagen Beschuldigungen durch Dritte vor. Eine von vornherein unglaubwürdige oder wechselnde Einlassung der Aufsichtspersonen zu einem Verletzungshergang bot in 4 % der Fälle Anlass zu Verdächtigungen. Hierzu zählen beispielsweise die häufig angegebenen und im Verlauf oft wechselnd geschilderten Stürze vom Wickeltisch als angeblicher Entstehungsmechanismus bei komplexen Verletzungsmustern und Vorliegen



von subduralen Hämatomen sowie angebliche Verbrühungsunfälle bei nicht kompatiblem Verteilungsmuster der Verbrühungsverletzungen.

Die Anzahl der Kinder, die im Vorfeld der tödlichen Gewalteinwirkung bereits einmal oder mehrfach mit misshandlungsbedingten Verletzungen beim Kinderarzt oder im Krankenhaus vorstellig waren, ließ sich aufgrund unterschiedlich ausführlicher Dokumentationen in den Ermittlungsakten nicht ausmachen. In Einzelfällen (vgl. Kasuistik) wurde der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung von Kinderärzten an das Jugendamt gemeldet, was jedoch keine ausreichenden Maßnahmen zur Folge hatte. Weiterhin ist davon auszugehen, dass möglicherweise im Vorwege bestandene Verletzungen von Kinderärzten nicht als misshandlungsbedingt erkannt worden sind. In einer Übersichtsarbeit von ORAL et al. [2008] wurden 38 Fälle von misshandlungsbedingten tödlichen Kopfverletzungen bei Kindern auf vorausgegangene, von Medizinern nicht als solche erkannte Misshandlungen hin ausgewertet. In 8 % der Fälle (3 Säuglinge zwischen 2,5 und 6 Monaten) gingen den tödlichen Kopfverletzungen Krankenhausaufenthalte voraus – in einem Fall mit Rippenfrakturen, in einem Fall mit metaphysärer Tibiafraktur und im dritten Fall mit einer Symptomatik, die hinweisend auf ein Schütteltrauma war, die jedoch allesamt nicht als Misshandlungsfolgen diagnostiziert worden waren. Ein in dieser Hinsicht alarmierender Fall ist der im Jahr 2006 von der Hamburger Rechtsmedizin untersuchte Fall „Kevin“ aus Bremen, der schon im Säuglingsalter mit zahlreichen Frakturen aufgefallen war, bevor er mit 2 ½ Jahren an Misshandlungsfolge verstarb. Von den Autoren wird auf die Wichtigkeit der Differentialdiagnose Kindesmisshandlung bei Verletzungen, insbesondere im Säuglings- und Kleinkindesalter, hingewiesen. Eine entsprechende Weiterbildung für Kinderärzte, mit dem Ziel der frühzeitigen Erkennung und richtigen Einordnung sowie der systematischen Diagnostik misshandlungsbedingter Verletzungen ist für sekundär präventive Kinderschutzmaßnahmen unerlässlich, um chronische Misshandlungen mit der Gefahr letztlich tödlicher Verletzungen zu vermeiden.

## 4.7 Juristische Würdigung

Die Auswertung der untersuchten Fälle hinsichtlich ihrer juristischen Würdigung erfolgte anhand der in Tabelle 8 aufgestellten strafrechtlichen Klassifizierung. Daraus ergibt sich, dass es in 50 % der Fälle insgesamt bzw. in 64 % der sicheren Tötungsdelikte zu einer Verurteilung kam. Jedoch erfolgte die Verurteilung

*Tabelle 8: Strafrechtliche Klassifizierung mit absteigender Schwere des Deliktes (Gesamtfallzahl n = 76)*

<b>Strafrechtliche Klassifizierung</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Prozent</b>
Mord (§ 211 StGB)	0	0 %
Totschlag (§ 212 StGB)	9	12 %
Minder schwerer Fall des Totschlags (§ 213 StGB)	3	4 %
Kindstötung (§ 217 StGB)	3	4 %
Fahrlässige Tötung (§ 222 StGB)	6	8 %
<b>Verurteilungen wegen Tötungsdelikt</b>	<b>21</b>	<b>28 %</b>
Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB)	7	9 %
Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 StGB)	2	3 %
Kombination aus § 227 und § 225 StGB	7	9 %
Unterlassene Hilfeleistung (§ 323 c StGB)	0	0 %
Verletzung der Aufsichtspflicht (§ 171 StGB)	1	1 %
<b>Verurteilungen gesamt</b>	<b>38</b>	<b>50 %</b>
→ Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB)	9	12 %
Freispruch	4	5 %
Einstellung des Ermittlungsverfahrens	34	45 %

nur in 28 % der Fälle wegen eines Tötungsdeliktes, worunter gemäß strafrechtlicher Klassifizierung folgende Straftaten gegen das Leben zusammengefasst sind: Mord (§ 211 StGB), Totschlag (§ 212 StGB), Minder schwerer Fall des Totschlags (§ 213 StGB), Fahrlässige Tötung (§ 222 StGB) und Kindstötung (§ 217 StGB, bis 1998). Ebenfalls in diese Deliktgruppe einzuordnen wäre die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), die in keinem der untersuchten Fälle vorlag.

In § 211 StGB ist festgelegt, dass ein Mörder mit lebenslanger Freiheitsstrafe bestraft wird. Mörder ist, wer definierte Mordkriterien in seiner Tatausführung erfüllt – hierzu zählen Tötungen aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebes, aus Habgier oder sonstigen niedrigen Beweggründen sowie Tötungen, die heimtückisch, grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln erfolgen. Mordkriterien erfüllt ebenfalls, wer einen Menschen zur Verdeckung oder Ermöglichung einer anderen Straftat tötet. Wer einen Menschen tötet, ohne Mörder (laut o.g. Kriterien) zu sein, wird gemäß § 212 StGB als Totschläger mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft. In besonders schweren Fällen ist auch eine lebenslange Freiheitsstrafe zu verhängen. Ein minder schwerer Fall des Totschlags liegt gemäß § 213 StGB dann vor, wenn der Totschläger ohne eigene Schuld durch eine ihm oder einem Angehörigen zugefügte Misshandlung oder schwere Beleidigung von dem getöteten Menschen zum Zorn gereizt und hierdurch auf der Stelle zur Tat hingerissen worden ist, oder sonst ein minder schwerer Fall vorliegt. Das mögliche Strafmaß liegt hier zwischen einem und zehn Jahren Freiheitsstrafe. Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft (§ 222 StGB).

Anders als bei der Untersuchung tödlicher Misshandlungen an bis 18-jährigen Kindern und Jugendlichen von TRAUTH [2000] kam es in der vorliegenden Studie in keinem einzigen Fall zu einer Verurteilung wegen Mordes – demzufolge (wie in Tabelle 9 ersichtlich) auch zu keiner lebenslangen Freiheitsstrafe. Da die Abgrenzung zwischen Mord und Totschlag ausschließlich über die Mordmerkmale erfolgt, deren Problematik in dem aus ihrer Subjektivität resultierenden Interpretationsspielraum liegt, unterliegt die Verurteilung eines Täters als Mör-

der oder Totschläger im Wesentlichen der Würdigung der Gerichte. So ist diskussionswürdig, ob beispielsweise in dem in Kasuistik 3 vorgestellten Fall nicht auch die besondere Grausamkeit als Mordkriterium hätte geltend gemacht werden können.

In insgesamt 9 Fällen (16 %) wurde wegen Totschlags verurteilt, wobei in 3 Fällen ein minder schwerer Fall gewürdigt wurde. Die relativ geringe Anzahl dieser Verurteilungen erklärt sich zum Teil dadurch, dass sich laut § 212 des Totschlags strafbar macht, wer vorsätzlich einen Menschen tötet, ohne eines der in § 211 genannten Mordmerkmale zu erfüllen. Sowohl Mord wie auch Totschlag erfordern demnach einen Vorsatz bezüglich des Todeseintritts als „Taterfolg“. Eben dieser Tötungsvorsatz konnte in den vorliegenden Fällen nur selten unterstellt geschweige denn nachgewiesen werden.

Die Kindstötungen waren bis zur Aufhebung des Tatbestandes als eigenständiges Delikt mit dem Sechsten Gesetz zur Reform des Strafrechts von 1998 gesetzlich über den § 217 StGB geregelt und damit gegenüber anderen Tötungsdelikten privilegiert. Gemäß § 217 wurde eine Mutter, die ihr nichteheliches Kind unter oder gleich nach der Geburt tötete, mit einer Freiheitsstrafe nicht unter 3 Jahren bestraft. In minder schweren Fällen wurde eine Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren verhängt. Die strafrechtliche Privilegierung ergab sich nach FORSTER [1986] aus der Anerkennung einer verminderten Schuld bei einem selbständigen Delikt, wobei der Kindsmutter deshalb eine mildere Strafe zugestanden wurde, weil sie sich sowohl physiologisch (aufgrund der Geburt ohne Hilfe bzw. aufgrund von heimlichem Gebären) als auch psychisch (aufgrund des Gebärens eines nichtehelichen Kindes und der damit verbundenen drohenden Verachtung durch die Gesellschaft oder das Elternhaus) in einer besonders schwierigen Situation befände. Eine zusätzliche Milderung durch Anwendung des § 20 oder § 21 StGB (aufgehobene oder verminderte Schuldfähigkeit) war daher nur dann möglich, wenn weitere besondere Voraussetzungen, wie zum Beispiel Psychosen oder akute Intoxikationen, gegeben waren. Im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung, durch die die Nichtehelichkeit eines Kindes mittlerweile als gewöhnlich akzeptiert wird, war der über den § 217 formulierte Tat-

bestand der Kindstötung als solcher aufzuheben. Nach 1998 erfolgte Neonatizide sind strafrechtlich dem minder schweren Fall eines Totschlags gleichgesetzt. Bei den untersuchten Fällen kam es zwischen 1988 und 1998 dreimal zu Verurteilungen wegen Kindstötung gemäß § 217 StGB, in einem Fall aus dem Jahr 2001 wurde die Mutter wegen Totschlags zu zwei Jahren Freiheitsstrafe – zur Bewährung ausgesetzt – verurteilt.

Verurteilungen, die juristisch nicht in die Deliktgruppe der Tötungsdelikte einzuordnen waren, erfolgten am häufigsten wegen Körperverletzung mit Todesfolge (§ 227 StGB) – allein oder in Tateinheit mit Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 StGB). Bei der Körperverletzung mit Todesfolge handelt es sich um ein erfolgsqualifiziertes Delikt, d.h. im Todeserfolg verwirklicht sich gerade die Gefahr, die der grunddeliktischen Tathandlung „in spezifischer Weise“ anhaftet. Wird von dem Täter durch die Körperverletzung der Tod der verletzten Person verursacht, so beträgt die zu verhängende Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren. In minder schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen (§ 227 Abs. 1 und 2). In 2 Fällen wurde allein wegen Misshandlung Schutzbefohlener verurteilt. In einem Fall wurde die Mutter eines durch den Lebensgefährten getöteten und im Vorfeld mehrfach misshandelten Kindes wegen unterlassener Hilfeleistung angeklagt, zur Verurteilung kam es jedoch nicht. In dem in der Kasuistik (Fall 5) dargestellten Fall der Tötung eines Säuglings durch ein Kleinkind wurde die Mutter des strafunmündigen Vierjährigen wegen Verletzung der Aufsichtspflicht zu einer Geldstrafe verurteilt.

Neunmal (in 12 % der Fälle) wurde der Täter bzw. die Täterin nach forensisch-psychiatrischer Begutachtung gemäß § 20 StGB für schuldunfähig erklärt. In 6 Fällen mit Verurteilung wegen Totschlags kam im Zusammenhang mit dem § 20 StGB auch der § 63 StGB mit Anordnung der Unterbringung zur Anwendung (siehe Tabelle 9). Der § 63 StGB besagt: *„Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat*

*ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.“*

In 4 Fällen kam es am Ende der Hauptverhandlung zu einem Freispruch, wobei in keinem einzigen Fall die Überzeugung des Gerichts von der Unschuld der Angeklagten zum Freispruch führte – vielmehr erfolgte dieser aus Mangel an Beweisen oder mangels der für eine Verurteilung erforderlichen sicheren Zuordnung des todesursächlichen Ereignisses zu einem (von mehreren) Tatverdächtigen. In 45 % der untersuchten Fälle kam es bereits im Vorfeld der Hauptverhandlung bzw. in einem frühen Ermittlungsstadium zur Einstellung des Ermittlungsverfahrens. Die Gründe hierfür waren neben den oben genannten auch der Tod des Täters bzw. der Täterin in Fällen von erweitertem Suizid, die Strafunmündigkeit eines kindlichen Täters, die Nichtermittelbarkeit von Kindsmüttern in Fällen von Kindstötung, ein nicht ermittelter Fremdtäter oder gänzlich unklar gebliebene Todesursachen / Tötungsmechanismen. In Einzelfällen wurden auch eine erhöhte Selbstmordgefahr des Beschuldigten oder eine nicht bestehende Haftfähigkeit wegen depressiver Trauerreaktion als Einstellungsgründe angeführt. Drei Fälle von fahrlässiger Tötung wurden letztlich als Unfall anerkannt.

Die in Tabelle 9 aufgezeigte Auflistung über die Dauer der verhängten Freiheitsstrafen bezieht sich auf das in den jeweiligen Urteilen festgelegte Strafmaß. Etwa die Hälfte der verhängten Freiheitsstrafen verblieben unter 5 Jahren, von diesen wiederum wurden 78 % zur Bewährung ausgesetzt (entsprechend 37 % der Verurteilungen insgesamt). Die Aussetzung einer Freiheitsstrafe zur Bewährung ist nur bei Dauer der Gesamtfreiheitsstrafe von bis zu 2 Jahren möglich. Etwa ein Viertel der Verurteilten (10 Täter) mussten zwischen 5 und 9 Jahre ins Gefängnis. Nur in einem Fall betrug die Gesamtfreiheitsstrafe mehr als 10 Jahre, mehr als 15 Jahre in keinem einzigen Fall. Hinsichtlich der nach § 63 StGB angeordneten Unterbringungen konnten keine Aussagen zur Unterbringungszeit gemacht werden, da diese grundsätzlich von unbestimmter Dauer bzw. abhängig von prognostischen Gutachten ist.

Tabelle 9: Freiheitsstrafen bei Verurteilung (n = 38)

Gesamtfreiheitsstrafe	Fallzahl	Prozent
< 5 Jahre	18	47 %
→ zur Bewährung	14	37 %
5 bis 9 Jahre	10	26 %
10 bis 14 Jahre	1	3 %
15 bis 20 Jahre	0	0 %
Lebenslänglich	0	0 %
Unterbringung § 212 / 63	6	16 %
Keine (→ Geldstrafe)	3	8 %

#### 4.7.1 Die Rolle des Geständnisses

Ein Geständnis der Tat wurde von 24 Tätern abgelegt, Dies entspricht knapp einem Drittel der Gesamtfälle bzw. 41 % der sicheren Tötungsdelikte und 63 % der verurteilten Täter. Der Zeitpunkt des Geständnisses war dabei ganz unterschiedlich. Während in der Studie von TRAUTH [2000] etwa ein Viertel der Täter bei tödlichen Misshandlungen von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren ein Geständnis ablegte und dies fast immer unmittelbar nach der Tat, so wurden in dem vorliegenden Untersuchungskollektiv nur wenige Taten spontan gestanden. Das spontane und wiederholt gleichbleibende Geständnis des 4-jährigen Jungen, der einen Säugling tötete (Kasuistik, Fall 5), stellt hier eine besondere Ausnahmesituation dar. Ein ausführlich in der Kasuistik (Fall 4) dargestelltes, wenige Stunden nach der Tat erfolgtes Geständnis wurde später gegenüber Ermittlungsorganen und in der Hauptverhandlung nicht wiederholt. Die Mehrzahl der Geständnisse erfolgte im Verlauf des Ermittlungsverfahrens nach Konfrontation der Tatverdächtigen mit Obduktionsbefunden, wenn durch

diese eindeutig eine Gewalteinwirkung von fremder Hand belegt werden konnte bzw. wenn anhand der erhobenen Befunde eine zuvor angegebene Schutzbehauptung zum Entstehungsmechanismus von Verletzungen widerlegt werden konnte. Oftmals gingen dem Geständnis dann noch wechselnde Erklärungsversuche voraus, bis unter dem Druck der medizinischen Tatsachen und der zunehmenden Unglaubwürdigkeit letztlich die Tat eingeräumt wurde. In einigen Fällen wurde auch erst im Rahmen der Hauptverhandlung (nach entsprechender Beratung durch den Strafverteidiger) ein Geständnis oder ein Teilgeständnis abgelegt.

Die Auswirkung eines Geständnisses auf das Strafmaß war sowohl abhängig von dem Zeitpunkt der Geständnisablegung als auch von einer im Zusammenhang mit dem Geständnis bekundeten glaubhaften Einsicht und Reue. In der Mehrzahl der Fälle, in denen eine Tötungsabsicht bzw. ein Tötungsvorsatz nicht zu unterstellen war, wurde das Leid der Eltern über den Verlust des Kindes von Seiten des Gerichtes als Anlass zur Strafmilderung gesehen.



## 4.8 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie konnte zeigen, dass Tötungsdelikte an Säuglingen und Kleinkindern im Vergleich zu Tötungsdelikten an Erwachsenen verhältnismäßig selten vorkommen. Insbesondere die Präsenz besonders dramatischer Fälle in den Medien hat die öffentliche Aufmerksamkeit verstärkt. Eine Zunahme der Tötungsdelikte in dieser Altersklasse lässt sich hingegen anhand der ausgewerteten Daten nicht verzeichnen – die Fallzahl ist innerhalb des untersuchten Zeitraumes weitgehend konstant geblieben.

Anhand der Studie lassen sich die besonderen Schwierigkeiten der Aufklärung bzw. des überhaupt Erkennens von Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern aufzeigen, die zum einen in der überwiegenden Täterschaft innerhalb des engsten Familienkreises (vornehmlich der leiblichen Eltern), zum anderen in der oftmals vorliegenden Spurenarmut der angewandten Tötungsmechanismen bei so kleinen Kindern begründet liegen. Wird eine Obduktion angeordnet, so führt diese nicht immer zur sicheren Klärung der Todesursache, weshalb zusätzliche, auch interdisziplinäre postmortale Untersuchungen wichtig und in vielen Fällen diagnostisch – und damit letztlich auch juristisch – gewinnbringend sind. Insbesondere hierbei (zum Beispiel röntgenologisch) festgestellte ältere Verletzungen sind wichtige Hinweise auf eine dem Tötungsvorgang vorausgegangene mehrzeitige Kindesmisshandlung, was einerseits bedeutsam für die juristische Würdigung eines Falles sein kann und andererseits auch die Dringlichkeit der Verbesserung von Präventionsmaßnahmen unterstreicht. Es hat sich gezeigt, dass die Anbindung einer problematischen Familie an das Jugendamt bzw. an eine Familienhilfe nicht immer vor weiteren, auch letztlich tödlichen Misshandlungen zu schützen vermag.

Besonders gründliche polizeiliche Ermittlungen, insbesondere im Hinblick auf den seitens der Bezugspersonen des Kindes geschilderten Tathergang bzw. die angegebenen Entstehungsmechanismen von Verletzungen, sind für die Aufklärung bzw. Erkennung eines Tötungsdeliktes ebenfalls von großer Bedeutung, da hier gewonnene Erkenntnisse in die Beurteilung von rechtsmedizinisch er-

hobenen Befunden wesentlich mit einfließen und mitunter erst die Diskrepanz zwischen den Schilderungen und den erhobenen Befunden oder der Auffindungssituation eine Bewertung oder Entstehung der Verdachtslage ermöglicht.

Obwohl das für eine Tötung insbesondere von Säuglingen erforderliche Ausmaß der Gewalteinwirkung angesichts der körperlichen, extrem leicht verletzlichen Konstitution gering ist, fanden sich bei einer Vielzahl der untersuchten Kinder schwerwiegende Verletzungsbilder mit Zeichen von massiver stumpfer äußerer Gewalteinwirkung. Dies erklärt sich daraus, dass in den wenigsten Fällen ein Tötungsvorsatz zu unterstellen war (mit Ausnahme von aktiven Neugeborenentötungen und erweiterten Suiziden sowie der Tötung eines todkranken Kindes aus Mitleid). Vielmehr lag in der Mehrzahl der Fälle das Motiv der Gewalteinwirkung in einer außer Kontrolle geratenen, dekompenzierten Überforderungssituation bei sicherlich vorbestehendem erhöhtem Aggressionspotential. Zum Teil kamen jedoch auch bei den genannten vorsätzlichen Tötungen erhebliche Gewalteinwirkungen zum Einsatz, die sich durch das Sicherstellenwollen des „Todeserfolges<sup>2</sup>“ erklären ließen.

Insgesamt waren Männer (insbesondere die leiblichen Väter) häufiger Täter als Frauen – auch mit Berücksichtigung der Neugeborenentötungen, die aufgrund der besonderen Motivlage schwerlich mit anderen Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern zu vergleichen sind. Wenn auch angesichts der Taten ein grundsätzlich vorhandenes erhöhtes Aggressionspotential bzw. eine verminderte Stressresistenz der Täter vorauszusetzen ist, so waren nur wenige einschlägig (aufgrund aggressivitätsassoziierten Straftaten) vorbestraft. Dies trug in den meisten Fällen mit dazu bei, dass das Strafmaß verhältnismäßig milde ausfiel.

Die juristische Würdigung bei Fällen von Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern ist – entsprechend der beschriebenen besonderen Schwierigkeiten – für das allgemeine Rechtsempfinden insgesamt eher unbefriedigend. In der vorliegenden Studie kam es in 50 % der Fälle zu einer Verurteilung, allerdings nur in 28 % wegen eines Tötungsdeliktens. Selbst wenn das Vorliegen einer

---

<sup>2</sup> Als „Erfolg“ einer Tat im juristischen Sinne wird die Vollendung der entsprechenden Delikthandlung bezeichnet.

(auch mehrzeitigen) Kindesmisshandlung unstrittig war, konnte der Todeseintritt nicht immer sicher auf die zugrundeliegende Gewalteinwirkung zurückgeführt werden oder aber eine todesursächliche Gewalteinwirkung nicht mit der erforderlichen Sicherheit einem von mehreren möglichen Täter zugeordnet werden. Lag (in knapp einem Drittel der Fälle) ein Geständnis vor, so hatte dies – bei glaubhaftem Reuebekenntnis – einen mildernden Einfluss auf das Strafmaß. Das Leid der elterlichen Täter wegen des selbst verursachten Verlustes des Kindes wurde nicht selten bei der Auswahl des Strafmaßes berücksichtigt.

Für die Zukunft ist aus rechtsmedizinischer Sicht zum einen eine konsequente Obduktionsanordnung bei unklaren Todesfällen von Säuglingen und Kleinkindern – mit verstärkter Einbindung postmortaler interdisziplinärer Diagnostik – von Bedeutung, um die Aufklärungsrate der Tötungsdelikte zu erhöhen. Zum anderen ist eine multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen klinischer und forensischer Medizin sowie Ermittlungsbehörden, Jugendämtern und nicht zuletzt Eltern im Sinne gezielter Unterstützungsmaßnahmen und Entwicklung von Präventionsstrategien gefragt, um die Zahl der tödlich endenden Kindesmisshandlungen zu verringern. In diesem Zusammenhang ist die besondere Rolle des Arztes im Kinderschutz hervorzuheben, die sich nicht auf Kinderärzte beschränkt, sondern niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte aller Fachrichtungen einschließt. Das Erkennen und die (im Verdachtsfall) gezielte Diagnostik von misshandlungsbedingten Verletzungen sowie die Wahrnehmung und Früherkennung der Zeichen und Folgen von Gewalt gegen das Kind setzen neben fachlicher Kompetenz auch ein hohes Maß an Sensibilität voraus. Die Differentialdiagnose Kindesmisshandlung mit entsprechenden Leitlinien und Handlungsstrategien sollte daher verstärkt in die ärztliche Aus- und Weiterbildung eingebunden werden. Auch die niedrigschwellige Vermittlung von Anlaufstellen und Hilfsangeboten für Eltern kann durch Ärzte sowie frühpräventiv durch Hebammen und Gynäkologen im Rahmen der Schwangerschaftsvor- und -nachsorge erfolgen, wenn sich Hinweise auf eine potenzielle Gefährdung aufgrund von bestimmten Risikofaktoren (zum Beispiel schwierige familiäre / soziale Verhältnisse, Angaben über eigene Gewalterfahrung der Eltern, Alkohol- und / oder

Drogenkonsum) ergeben. Kinder, die bereits einmal mit misshandlungsverdächtigen Verletzungen aufgefallen sind, sollten regelmäßig, ggf. auch engmaschig, ärztlich gesehen werden. Hierbei ist eine gute Kooperation und Kommunikation zwischen Medizinern und sozialen Diensten bzw. Jugendämtern gefragt – mit dem Ziel, zunächst vorrangig Hilfen, aber auch (wenn nötig) Kontrollen zu ermöglichen.

Die vorliegende Arbeit hat jedoch auch gezeigt, dass Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern vielfältige Ursachen und Motivationen zugrunde liegen, für die es häufig keine oder allenfalls begrenzte Möglichkeiten der Prävention und Früherkennung gibt. Dennoch bzw. gerade deshalb ist die postmortale Diagnostik und damit der wesentliche Beitrag, den die forensische Medizin zur Aufklärung von Tötungsdelikten an Säuglingen und Kleinkindern leisten kann, ein wichtiger Baustein im Hilfesystem für alle Kinder (insbesondere auch Geschwisterkinder), die bei Nichtentdecken eines Tötungsdeliktes einer Gefährdung ausgesetzt bleiben.

## 5 Zusammenfassung

Über einen 15-Jahreszeitraum wurden sämtliche durch die Hamburger Rechtsmedizin obduzierten Tötungsdelikte an Säuglingen und Kleinkindern retrospektiv hinsichtlich forensisch-medizinischer, morphologischer, viktimologischer, kriminologischer und juristischer Aspekte ausgewertet. Erfasst wurden insgesamt 76 Fälle aus vier verschiedenen Bundesländern (mit Zuständigkeit von insgesamt acht unterschiedlichen Staatsanwaltschaften), wobei unterschieden wurde zwischen sicheren Tötungsdelikten (n=59) und solchen, die aus rechtsmedizinischer Sicht als hochverdächtig auf ein Tötungsdelikt anzusehen sind, aber letztlich unklar blieben (n=17). Innerhalb der untersuchten Altersgruppe der Opfer von 0 bis 4 Jahren zeigte sich eine deutliche Häufung der Tötungsdelikte im ersten bis dritten Lebensmonat, 60 % aller untersuchten Tötungsdelikte betraf Kinder bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres. Etwa 70 % der Kinder wurden von den leiblichen Eltern getötet (bei Mitberücksichtigung der Neugeborenentötungen mit unbekannter Kindsmutter knapp 80 %), wobei die Väter mit 36 % die häufigsten Täter waren. Mit Ausnahme von zwei Fremdtätern und zwei familienfremden Kindern kamen alle Täter aus dem nahen familiären Umkreis des getöteten Kindes. Die Tatmotive ergaben sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle aus einer akuten oder chronischen Überforderungssituation mit dem Kind. Eine konkrete Tötungsabsicht bestand in den meisten Fällen nach juristischer Würdigung nicht – Ausnahmen bildeten hierbei Fälle von Neugeborenentötungen, erweiterten Suiziden und Einzelfällen von Tötung eines todkranken Kindes aus Mitleid. Die Mehrzahl der 61 ermittelten Täter fand sich in der Altersgruppe zwischen 22 und 30 Jahren, 20 Täter waren älter als 30 Jahre, bei zwei Tätern handelte es sich um strafunmündige Kinder (13 und 4 Jahre alt). 85 % der Täter wiesen zum Zeitpunkt der Tat keine Vorstrafen auf, drei Täter waren wegen aggressivitätsassoziierter Delikte vorbestraft, davon einer „einschlägig“ wegen mehrfacher Körperverletzung. Täter (und Opfer) waren überwiegend deutsche

Staatsangehörige. Insgesamt überwog bei den Tätern ein eher niedriges Bildungsniveau. Die häufigsten Tötungsarten bei den sicheren Tötungsdelikten waren stumpfe Gewalteinwirkungen im Sinne eines sogenannten Battered Child Syndroms (ca. 40 %), die sich vorwiegend gegen den Kopf des Kindes richteten. Darunter fielen auch zehn Fälle von Schütteltrauma. Ersticken mit weicher Bedeckung war mit 25 % der zweithäufigste Tötungsmechanismus und wurde vorzugsweise von Kindsmüttern ausgeführt. Tödliche Gewalt gegen den Hals, tödliche Messerstich- und -schnittverletzungen sowie Ertränkungen kamen ausschließlich im Zusammenhang mit erweiterten Suiziden und Neugeborenentötungen vor. Bei insgesamt 55 % der Opfer zeigten sich bei der rechtsmedizinischen Leichenschau keine oder allenfalls diskrete äußerlich sichtbare Befunde – auch bei zum Teil schweren, todesursächlichen inneren Verletzungen. Die häufigsten rechtsmedizinischen Befunde waren Zeichen von stumpfer Gewalteinwirkung in Form von Hämatomen und Knochenbrüchen, gefolgt von punktförmigen Blutungen als Hinweise auf einen Strangulations- oder Erstickungsvorgang. Etwa ein Viertel aller untersuchten Kinder wies weder äußere noch innere Verletzungen oder sonstige wegweisende Befunde auf, davon handelte es sich in 9 Fällen um Neugeborenentötungen. In vielen Fällen erfolgten vor oder nach der Obduktion weitere Zusatzuntersuchungen, wobei feingewebliche Untersuchungen am häufigsten, gefolgt von neuropathologischen, toxikologischen, röntgenologischen und osteopathologischen Untersuchungen, durchgeführt wurden. Mit Ausnahme von toxikologischer Ausschlussdiagnostik führte die (interdisziplinäre) postmortale Zusatzdiagnostik in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zu gewinnbringenden Erkenntnissen im Hinblick auf die Beweissicherung. Die Entstehung der Verdachtslage in Bezug auf das Vorliegen eines Tötungsdelikttes resultierte in 60 % der Fälle aus der Auffindungssituation des Kindes oder aus der Vorgeschichte des tödlichen Ereignisses. Klinische Befunde und Leichenschaubefunde führten in jeweils etwa einem Viertel der Fälle zu einem Verdacht, in 10 % der Fälle kam der Verdacht anhand von Obduktionsbefunden auf. In 38 Fällen kam es zu einer rechtskräftigen Verurteilung der Täter, wobei in 21 Fällen die Verurteilung wegen eines

Tötungsdelikt erfolgte: In keinem einzigen Fall wegen Mordes, in 12 Fällen wegen Totschlags und in 6 Fällen wegen fahrlässiger Tötung. Drei Mütter wurden gemäß § 217 StGB wegen Kindstötung verurteilt. Die übrigen 17 Verurteilungen bezogen sich auf die Tatbestände Körperverletzung mit Todesfolge, Misshandlung von Schutzbefohlenen oder Verletzung der Aufsichtspflicht, da die unmittelbar tödliche Handlung nicht nachgewiesen oder (bei mehreren Tatverdächtigen) nicht eindeutig zugeordnet werden konnte. Vorzeitig eingestellt wurden 45 % der Fälle, in 5 % der Fälle kam es zu einem Freispruch. Neun Täter wurden gemäß § 20 StGB für schuldunfähig erklärt. In einem einzigen Fall betrug die verhängte Freiheitsstrafe mehr als 10 Jahre, etwa die Hälfte der Freiheitsstrafen verblieb unter 5 Jahren, davon wurden wiederum knapp 80 % zur Bewährung ausgesetzt. Sechs Täter wurden auf unbestimmte Zeit in einer psychiatrischen Klinik untergebracht. Ein Geständnis der Tat wurde in etwa einem Drittel aller untersuchten Fälle (durch 63 % der ermittelten Täter) abgelegt und wirkte sich – abhängig vom Zeitpunkt des Geständnisses und der Bekundung glaubhafter Reue und Einsicht – teilweise mildernd auf das Strafmaß aus. Die Zahl der (im Vergleich zu Tötungsdelikten an Erwachsenen verhältnismäßig selten vorkommenden) Tötungsdelikte an Säuglingen und Kleinkindern ist innerhalb des Untersuchungszeitraumes weitgehend konstant geblieben.

## 6 Anhang



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

### Institut für Rechtsmedizin

Prof. Dr. Klaus Püschel  
Direktor des Instituts

Butenfeld 34  
22529 Hamburg  
Telefon: (040) 428 03-21 27  
Telefax: (040) 428 03-39 34  
sekr@rechtsmed-hh.de  
www.rechtsmed-hh.de

Inst. f. Rechtsmedizin - Butenfeld 34 - 22529 Hamburg

Dem  
Leitenden Oberstaatsanwalt  
z.Hd. Herrn Staatsanwalt Lüders  
Gorch-Fock-Wall 15

20355 Hamburg

**Dr. med. J. Sperhake**

Telefon (040) 428 03-56 25/21 27  
Telefax (040) 428 03-39 34 "Dr. Sperhake"

*sperhake@uke.uni-hamburg.de*

[Dokument: antrag.doc]

30.09.2003 /Spe

### Antrag

auf Gewährung der Einsichtnahme von Akten des Strafverfahrens zu Forschungszwecken  
– Übermittlung personenbezogener Daten

### Antragsteller

Prof. Dr. med. K. Püschel, geb. 18.03.1952 in Grammendorf

Institut für Rechtsmedizin

Butenfeld 34, 22529 Hamburg

Tel.: 42803-2130

### in Kooperation mit

Dr. med. Jan Sperhake, geb. 02.08.1968 in Hannover

Institut für Rechtsmedizin (wie oben)

und

Frau Jennifer Görndt, geboren 14.07.1975 in Elmshorn

Borsteler Chaussee 139, 22453 Hamburg



**Bezeichnung des Forschungsinstitutes**

Institut für Rechtsmedizin  
Universitätsklinikum Hamburg

**Leiter des Forschungsvorhabens**

wie oben (Prof. Dr. K. Püschel)

**Bezeichnung des Forschungsvorhabens**

„Tötungsdelikte an Kindern von 0-4 Jahren – rechtsmedizinische und kriminologische und rechtliche Aspekte“

**Erkenntnisinteresse**

Die Studie erfolgt im Rahmen der Dissertation von Frau Jennifer Görndt im Fachbereich Medizin.

Tötungsdelikte im Kindesalter zeichnen sich durch eine ganze Reihe von Besonderheiten aus, die sie – nicht nur was die Altersgruppe der Opfer angeht – deutlich von Tötungsdelikten bei Erwachsenen abgrenzen. So spielen spurenarmer Tötungsdelikte gerade im Säuglingsalter wahrscheinlich eine viel grössere Rolle als im Erwachsenenalter (bevor eine ähnliche Problematik erst bei den ganz alten Menschen wieder aktuell wird). Auch bezüglich der Täterschaft ist die ermittlungstechnische Ausgangslage ungleich schwieriger als bei erwachsenen Opfern, da nicht selten mindestens zwei Betreuungspersonen des Kindes existieren, die sich entweder gegenseitig entlasten oder belasten können. Schliesslich sind auch solche Fälle typisch, bei denen zwar unstrittig schwere Misshandlungen vorgelegen haben müssen, bei denen aber die eigentliche Tötung morphologisch (im Sektionssaal) und sachverständig (in foro) kaum nachweisbar ist. Juristisch spiegeln sich diese Besonderheiten aus unserer Erfahrung dadurch wider, dass keine Anklage erhoben werden kann, dass der Anklagevorwurf auf eine Körperverletzung begrenzt werden muss oder dass, im Falle eines Tötungsvorwurfes, ein Freispruch erfolgt oder das Strafmass am unteren Ende des Strafrahmens bleibt. Unserer Kenntnis nach sind derartige Verfahren bisher nicht systematisch und in grösserer Zahl untersucht worden.

Von Interesse sind im Einzelnen folgende Punkte:

- Epidemiologische Daten der Opfer (z.B. Altersverteilung, Geschlecht, Geschwister etc.)
- Epidemiologische Daten der Täter (z.B. Altersverteilung, Geschlecht, Sozialzugehörigkeit)
- Vorstrafen der Täter
- Motivlage
- Psychodynamische Einzelfallanalysen
- Tötungsarten
- kriminalistische Fallanalyse
- Juristische Würdigung, Urteile

Schliesslich sollen hier auch gerade die nicht geringe Zahl der Fälle beleuchtet werden, bei denen die Ermittlungen aufgrund nicht ausreichender Beweise eingestellt werden mussten (bei denen z.B. ein Unfallgeschehen nicht gänzlich ausgeschlossen werden konnte). Hier sollen insbesondere die Schwierigkeiten herausgestellt werden, mit denen der rechtsmedizinische Sachverständige beim Bearbeiten derartiger Fälle konfrontiert ist.

Der Untersuchungszeitraum wurde aus praktischen Erwägungen (z.B. hinsichtlich der Verfügbarkeit der Akten) von 1988 bis 2003 gewählt. In dieser Zeit ereigneten sich im Einzugsgebiet der Hamburger Rechtsmedizin (mit Teilen von Niedersachsen und Schleswig-Holstein) ca. 50 vollendete Tötungsdelikte in der Altersgruppe und 25 weitere Fälle, die im weitesten Sinne unklar geblieben sind (plötzliche Säuglingstodesfälle sind dabei in der Regel *nicht* eingeschlossen).

#### **Gegenstand der Untersuchung**

In die Untersuchung eingeschlossen werden können nach derzeitigem Stand 37 Hamburger Fälle, bei denen ein Todesermittlungsverfahren eröffnet wurde (vergl. Tabelle im Anhang).

#### **Für die Untersuchung benötigte Unterlagen**

Benötigt werden die vollständigen Ermittlungsunterlagen und – soweit möglich und Bestandteil der Akten – die Urteile bei verhandelten Fällen. Die Auswertung selbst würde bei der Staatsanwaltschaft erfolgen. Auf Dokumentationsbögen würden o.g. Punkte kategorisiert eingetragen. Daneben sollen kasuistisch Besonderheiten im Freitext und – soweit möglich – auch in Form von Fotokopien festgehalten werden.

#### **Technische und organisatorische Sicherheitsmassnahmen**

Die Daten werden in anonymisierter Form erfasst. Die Dokumentationsbögen und alle weiteren Unterlagen werden durch die Doktorandin Jennifer Görndt im Institut für Rechtsmedizin unter Verschluss genommen. Nach der Erfassung in einer verschlüsselten Datei zur computergestützten Auswertung werden diese vernichtet. Nach späterer statistischer Auswertung wird auch diese Datei gelöscht.

#### **Sicherheitsüberprüfung**

Einer Sicherheitsüberprüfung durch Abgleich unserer Personalien mit polizeilichen Daten stimmen wir zu.

Hamburg, den 21.09.03

Dr. med. J. Sperhake

J. Görndt

Prof. Dr. med. K. Püschel

Anlagen:

- Verpflichtungserklärung
- Tabelle mit Hamburger Fällen

## Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich,

die in dem eingereichten Konzept zur Gewährleistung datenschutzrechtlicher Belange genannten technischen und organisatorischen Datenschutzmassnahmen einzuhalten, insbesondere

- sicherzustellen, dass der Zugriff auf die übermittelten personenbezogenen Daten auf die in der Genehmigung genannten Personen beschränkt wird und
- die personenbezogenen Daten ausserhalb der Bearbeitungszeiten sicher verschlossen zu verwahren,

die übermittelten personenbezogenen Daten nicht ohne Einwilligung des Betroffenen für einen anderen als den ursprünglichen Forschungszweck zu verarbeiten,

die übermittelten personenbezogenen Daten nicht ohne Einwilligung des Betroffenen weiter zu übermitteln,

die im Verlaufe der Untersuchung bekanntgewordenen Daten geheimzuhalten, insbesondere Auswertungsergebnisse nur in anonymisierter Form zu veröffentlichen es sei denn, dass eine Ausnahme für die Darstellung von Forschungsergebnissen über Ereignisse der Zeitgeschichte unerlässlich ist,

die Identifikationsdaten nach der Erhebung getrennt von den Forschungsdaten zu speichern und – sobald es das bestimmte Forschungsvorhaben gestattet – , ggf. stufenweise, zu löschen und die personenbezogenen Daten insbesondere nicht zur Durchführung von Folgevorhaben, die in der Genehmigung nicht ausdrücklich genannt sind, zu speichern sowie

mich der Überwachung durch den jeweils örtlich zuständigen Datenschutzbeauftragten zu unterwerfen und diesem Beginn und Ort der Datenerhebung rechtzeitig anzuzeigen.

Für den Fall der Datenauswertung durch elektronische Datenverarbeitung verpflichte ich mich ferner,

- Unbefugten den Zugang zu Datenverarbeitungsanlagen, mit denen personenbezogene Daten verarbeitet werden, zu verwehren (Zugangskontrolle),

- Personen, die bei der Verarbeitung personenbezogener Daten tätig sind, daran zu hindern, dass sie Datenträger unbefugt entfernen (Abgangskontrolle),
- die unbefugte Eingabe in den Speicher sowie die unbefugte Kenntnisnahme, Veränderung oder Löschung gespeicherter personenbezogener Daten zu verhindern (Speicherkontrolle),
- die Benutzung von Datenverarbeitungssystemen, aus denen oder in die personenbezogene Daten durch selbsttätige Einrichtungen übermittelt werden, durch unbefugte Personen zu verhindern (Benutzerkontrolle),
- zu gewährleisten, dass die zur Benutzung eines Datenverarbeitungssystems Berechtigten durch selbsttätige Einrichtungen ausschliesslich auf die ihrer Zugriffsberechtigung unterliegenden personenbezogenen Daten zugreifen können (Zugriffskontrolle),
- zu gewährleisten, dass überprüft und festgestellt werden kann, an welche Stellen personenbezogene Daten durch selbsttätige Einrichtungen übermittelt werden können (Übermittlungskontrolle),
- zu gewährleisten, dass nachträglich überprüft werden kann, welche personenbezogenen Daten zu welcher Zeit von wem in Datenverarbeitungssysteme eingegeben worden sind (Eingabekontrolle),
- zu gewährleisten, dass bei der Übermittlung personenbezogener Daten sowie beim Transport entsprechender Datenträger diese nicht unbefugt gelesen, verändert oder gelöscht werden können (Transportkontrolle).

Hamburg, 31.10.03

Prof. Dr. med. K. Püschel

Dr. med. J. Sperhake

J. Görndt

## 7 Literaturverzeichnis

Andronicus M, Oates RK, Peat J, Spalding S, Martin H (1998) Non-accidental burns in children. *Burns* 24: 552-558.

Bajanowski T, Fechner G, Brinkmann B (1995) Kindesmisshandlung mit Todesfolge – ein Zufallsbefund? *Tägl Praxis* 36: 55-60.

Banaschak S, Madea B (2003) Kindesmisshandlung. In: Madea B (Hrsg.) *Praxis Rechtsmedizin*. Springer: Berlin, Heidelberg. 1. Auflage: 257-267.

Bennett MD, Hall J, Frazier L, Patel N, Barker L, Shaw K (2006) Homicide of children aged 0-4 years, 2003-04: results from the National Violent Death Reporting System. *Injury Prevention* 12 (suppl 2): ii39-ii43.

Brinkmann B, Püschel K, Mätzsch T (1979) Forensisch-dermatologische Aspekte des „Battered-child“-Syndroms. *Akt Dermatol* 6: 217-232.

Bundeskriminalamt Wiesbaden (Hrsg.) *Polizeiliche Kriminalstatistiken der Jahre 1988-2002*.

Delling G (2008) Pathohistologische Befunde am Skelettsystem nach Traumatisierung. *Rechtsmedizin* 18: 42-47.

Du Chesne A, Bajanowski T, Brinkmann B (1997) Spurearme Tötungsdelikte an Kindern. *Arch Kriminol* 199: 21-26.

Firstman R, Talan J (2001) SIDS and infanticide. In: Byard RW, Krous HF (Hrsg.) *Sudden Infant Death Syndrome – Problems, Progress & Possibilities*. Arnold: London, New York. 1. Auflage: 291-300.

Förschler CG (1996) Kindesmisshandlung: Eine deskriptiv-kasuistische Studie. *Med. Diss., Tübingen*.

Forster B (1986) Kindestötung (§ 217 StGB). In: Forster B (Hrsg.) Praxis der Rechtsmedizin. Thieme: Stuttgart, New York. Beck: München. 1. Auflage: 208-219.

Fujiwara T, Barber C, Schaechter J, Hemenway D (2009) Characteristics of infant homicides: Findings from a U.S. multisite reporting system. Pediatrics 124: 210-217.

Geerds F (1995) Zur Kriminologie der Kindesmisshandlung. Arch Kriminol 195: 129-139.

Görndt J, Püschel K, Schulte-Markwort M, Lockemann U, Sperhake JP (2007) Tödliche Misshandlung eines Säuglings durch ein vierjähriges Kind. Rechtsmedizin 3: 159-162.

Große Perdekamp M, Bohnert M, Ropohl D (2000) Aufdeckung eines äußerlich spurenlosen Tötungsdeliktes an einem Säugling. Arch Kriminol 206: 160-167.

Herrmann B (2006) Medizinische Diagnostik bei körperlicher Kindesmisshandlung. 6. Auflage, Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Kiel.

Herrmann B (2008) Geschichte des medizinischen Kinderschutzes. Vortrag auf der Gründungsversammlung der Ag KiM in Kassel, 17.05.2008. [www.kindesmisshandlung.de/mediapool/32/328527/data/2-Geschichte-Med.Kinderschutz-Herrmann.pdf](http://www.kindesmisshandlung.de/mediapool/32/328527/data/2-Geschichte-Med.Kinderschutz-Herrmann.pdf).

Herrmann B (2009) ESPED-Erhebung – Jahresberichte 2007 und 2008. Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland. Forschungsstelle für Pädiatrische Epidemiologie bei der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.. [www.esped.uni-duesseldorf.de](http://www.esped.uni-duesseldorf.de).

Höger PH (2007) Kinderdermatologie – Differentialdiagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen. Schattauer, Stuttgart. 2. Auflage: 496-501.

Höynck T, Görge T (2006) Tötungsdelikte an Kindern. SoFid Kriminal- und Rechtssoziologie 02: 9-42.

Höynck T (2009) Das KFN-Forschungsprojekt „Tötungsdelikte an Kindern“: Erste Eindrücke zu Opfermerkmalen und Fallgruppen. In Vorbereitung (pers. Mitteilung).

Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K, Datta S, Thomas DP, Sibert JR, Maguire S (2008) Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. Brit Med J 337: a1518.

Kempe HC, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK (1985) The battered-child syndrome. J. Amer. med. Ass. 181: 17-24.

Kleemann WJ, Vock R, Bajanowski T, Betz P, Bonte W et al. (1997) Obduktionsfrequenz bei plötzlichen Kindstodfällen in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren von 1985 bis 1989. Rechtsmedizin 7: 72-75.

Kleinman PK (1998) Diagnostic imaging of child abuse. 2<sup>nd</sup> edition, Mosby, St. Louis, zitiert nach Stöver B (2007) Bildgebende Diagnostik der Kindesmisshandlung. Radiologe 47: 1037-1049.

Klotzbach H, Dellling G, Richter E, Sperhake JP, Püschel K (2003) Postmortem diagnosis and age estimation of infants' fractures. Int J Legal Med 117: 82-89.

Krukemeyer MG, Püschel K (2005) Forensische Pädopathologie: Todesbescheinigung und Leichenschau bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern. päd 11: 486-492.

Kurth H, Bajanowski T, Krohn J, Püschel K (2007) Forensische Pädopathologie: Thermische Gewalt als Begründung für ein außergewöhnliches Strafmaß. päd 6: 478-483.

Lentz E, Dirks M, Püschel K (2007) Forensische Pädopathologie: Tötungsdelikte an Kindern in Hamburg 1990-2001. päd 3: 206-217.



Mätzsch T, Brinkmann B, Püschel K (1980) Zur Epidemiologie und Kriminologie der Kindesmisshandlung in Hamburg 1968-1978. Med. Welt 31: 1342-1347.

Matschke J, Glatzel M (2008) Neuropathologische Begutachtung des nichtakzidentellen Schädel-Hirn-Traumas bei Säuglingen und Kleinkindern. Rechtsmedizin 18: 29-35.

Nau E (1964) Das Delikt der Kindesmisshandlung in forensisch-psychiatrischer Sicht. Münch. med. Wschr. 106: 972, zitiert nach Trube-Becker E (1966) Kindesmisshandlung mit tödlichem Ausgang. Dtsch Ärztebl 26: 1663-1670.

Ohtsuji M, Ohshima T, Kondo T, Godoy MR, Oehmichen M (1998) Tödliche Kindesmisshandlung in Japan und Deutschland. Arch Kriminol 202: 8-16.

Oral R, Yagmur F, Nashelsky M, Turkmen M, Kirby P (2008) Fatal abusive head trauma cases: Consequences of medical staff missing milder forms of physical abuse. Pediatr Emerg Care 24: 816-821.

Püschel K, Richter E (2008) Schütteltrauma – Häufig ein Polytrauma. Rechtsmedizin 18: 53-55.

Rassmann S (1978) Das Delikt der Kindesmisshandlung in Südbaden. Med. Diss., Freiburg.

Rauch E, Tutsch-Bauer E, Penning R, Peschel O (1996) Retrospektive Studie tödlicher Kindesmisshandlungen sowie Tötungen von Kindern der Jahre 1990 bis 1995 des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München. In: Marty W, Iten PX, Bär W (Hrsg.) Abstractband 75. Jahrestagung Dtsch. Ges. Rechtsmed., Zürich: 125.

Riße M, Püschel K, Lignitz E (1994) Tödliche Gewalt unter Kindern. Hautnah Derm Allgemein 6: 40-42.

Rochel M (1974) Kindesmisshandlung – gerichtsmedizinische und psychologische Aspekte. Med. Diss., Mainz.

Schäfer AT, Erkrath KD, Riße M (1992) Kindesmisshandlung mit Todesfolge im Essener Sektionsgut. Arch Kriminol 190: 141-150.

Schulz Y, Larsch KP, Ast F, Breitmeier D (2008) Tötung eines Säuglings durch ein siebenjähriges Kind. Rechtsmedizin 2: 107-112.

Schulz Y, Breitmeier D, Larsch KP, Görndt J, Püschel K (2008) Forensische Pädopathologie: Kinder töten Kinder. päd 5: 350-356.

Smiszek F-G, Weise K, Deml U, Weigel B (1996) Der kindliche Kopf als Hauptziel und Indikator der Kindesmisshandlung. Akt Traumatol 26: 6-12.

Sperhake JP, Herrmann B (2008) Schütteltrauma (nicht akzidentelle Kopfverletzung) – Aktuelle Kontroversen. Rechtsmedizin 18: 48-52.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2009) Regionaldatenbank. [www.regionalstatistik.de](http://www.regionalstatistik.de).

Stöver B (2007) Bildgebende Diagnostik der Kindesmisshandlung. Radiologe 47: 1037-1049.

Tardieu AA (1860) Etude medico-legale sur les seviles et mauvais traitements sur des enfants. Ann Hyg Publ Med Leg 13: 361-398

Trauth W (2000) Tödliche Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1985-1989. Dissertation, Medizinische Fakultät der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg.

Trube-Becker E (1966) Kindesmisshandlung mit tödlichem Ausgang. Dtsch Ärztebl 26: 1663-1670.

Trube-Becker E (1982) Gewalt gegen das Kind. Kriminalistik, Heidelberg.

Vock R, Trauth W (1999) Tödliche Kindesmisshandlung (durch physische Gewalteinwirkung) in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10. 1990. Arch Kriminol 203: 73-85.

Wikipedia (2008) Murder of James Bulger. [http://en.wikipedia.org/wiki/Murder\\_of\\_James\\_Bulger](http://en.wikipedia.org/wiki/Murder_of_James_Bulger).

Wilske J, Eisenmenger W (1991) Unnatürliche Todesursachen bei Kindern. Öff Gesundh-Wes 53: 490-497.

## 8 Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, bin ich sehr dankbar für die Überlassung des Themas sowie für die Unterstützung bei der Fertigstellung der Arbeit und die damit verbundene Geduld.

PD Dr. med. Jan Sperhake danke ich ganz herzlich für die Betreuung dieser Arbeit mit vielen Ideen, Anregungen und hilfreicher Kritik. Darüber hinaus für die jahrelange fachliche und menschliche Unterstützung mit Rat und Tat.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. rer. nat. Hans-Peter Beck-Bornholdt für seine Unterstützung und Begleitung mit (letztlich doch) anhaltender Geduld und Hartnäckigkeit.

Der Staatsanwaltschaft Hamburg danke ich für die Erlaubnis zur Akteneinsicht. Besonders bedanke ich mich bei Herrn Staatsanwalt Abel, der nicht müde wurde, juristische Zusammenhänge zu erklären, und tatkräftig bei der Aktenbeschaffung mitwirkte.

Meiner Familie, Freunden und Kollegen danke ich für die vielen Aufmunterungen und Anregungen.

Aaliyah Sol Mora danke ich von ganzem Herzen für ihre Energie und Lebensfreude, ohne die ich diese Arbeit weder begonnen noch fertiggestellt hätte.

## 9 Lebenslauf

### **Persönliche Daten:**

Geburtsdatum: 14. Juli 1975

Geburtsort: Elmshorn

### **Schulbildung:**

1982-1986: Grundschule Friedrich-Ebert in Elmshorn

1986-1995: Gymnasium Bismarckschule in Elmshorn

1995: Allgemeine Hochschulreife

### **Studium:**

1996-2005: Studium der Humanmedizin,  
Universität Hamburg

### **Berufliche Tätigkeit:**

Seit 2006: Assistenzärztin am Institut für Rechtsmedizin,  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

## 10 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

---

Jennifer Görndt