

Welche Mütter töten ihre Kinder? ¹

Anke Rohde

Gynäkologische Psychosomatik Universitätsklinikum Bonn

Manuskript zum Vortrag auf der Veranstaltung „Babyklappe und anonyme Geburt – ohne Alternative?“ 27./28.5.03 in Bonn, Veranstalter terres des hommes Deutschland e.V.

Die Aussetzung eines Kindes oder im schlimmsten Fall die Tötung des Kindes durch die eigenen Eltern, meist durch die eigene Mutter, ist in der Regel tragisches Ergebnis einer individuellen Konfliktsituation, die von der betroffenen Frau wahrscheinlich als nicht anders lösbar angesehen wird. Die Tötung des eigenen Kindes und die Aussetzung des Kindes sind nur bedingt Facetten eines Problems. Es gibt eine Reihe von Konstellationen, die zur Tötung des Kindes oder mehreren Kindern führen; nur selten ist die Tötung des eigenen Kindes die Alternative zur Aussetzung des Kindes. Nach wie vor bleibt aber häufig im Dunklen, was die tatsächliche tieferliegende Tatmotivation für die Tötung eines eigenen Kindes ist. Unstreitig ist allerdings die Tatsache, dass mehr Kinder von ihren Müttern getötet werden als von ihren Vätern. Zunächst ruft dies häufig Erstaunen hervor, wird dann aber leicht nachvollziehbar, wenn man die zugrundeliegenden motivationalen Konstellationen und evtl. vorhandenen psychischen Störungen in Betracht zieht.

1 Häufigkeit / Juristische Situation

Verlässliche Zahlen über die Häufigkeit von Kindstötungen (Infantizide) und Kindesaussetzungen existieren kaum. Bezüglich der Aussetzung von Kindern wird für Deutschland von etwa 40 bis 50 Fällen pro Jahr ausgegangen, ohne das es verlässliche Statistiken oder wissenschaftliche Quellen darüber gibt. Bezüglich der Tötung des eigenen Kindes muß von ähnlichen Häufigkeiten ausgegangen werden, auch hierzu existieren keine verlässlichen Zahlen. Dies hat zum einen damit zu tun, daß die Tötung des eigenen Kindes laut deutschem Strafgesetzbuch in der Regel nach § 212 bzw. 213 (Totschlag) angeklagt wird,

¹

Adaptiert nach A. Rohde (Die Tötung und Aussetzung des eigenen Kindes – klinische und juristische Aspekte). Publiziert in: C.M. Klier, U. Demal, H. Katschnig (Hrsg) „Muttermilch und Mutterleid“, 2001, facultas-Verlag; Manuskript zum Vortrag auf der Veranstaltung „Babyklappe und anonyme Geburt – ohne Alternative?“ 27./28.5.03 in Bonn, Veranstalter terres des hommes Deutschland e.V.

wenn es zur Anklage kommt. Gesonderte Statistiken, in der Tötungsdelikte am eigenen Kind erfaßt werden, gibt es nicht. Lediglich die Neonatizide waren bis zum Jahre 1997 hinsichtlich ihrer Häufigkeit zu erfassen, da es bis zur 6. Strafrechtsreform 1998 den eigenen § 217 StGB gab. Mit diesem Paragraphen wurde eine Mutter bestraft, die „ihr nichteheliches Kind in oder gleich nach der Geburt tötet“; die „besondere psychische Ausnahmesituation“ wurde mit einem geringeren Strafraumen als sonst bei Tötungsdelikten berücksichtigt. Diese juristische Besonderheit wurde in Deutschland aufgegeben, da sie historisch entstanden war und die nichteheliche Schwangerschaft (auch bei einer verheirateten Frau) im Vordergrund stand, deren soziale Akzeptanz ja heute weitgehend gegeben ist.

Brockington und Cox-Roper (1988) gehen von einer Häufigkeit von 1 auf 50.000 Geburten für die Infantizide (also Kindes-Tötungen insgesamt) aus, diese Zahl ist aber wahrscheinlich für Deutschland zu niedrig angesetzt. Eigene Hochrechnungen auf der Basis der lt. Kriminalstatistik bis 1997 statistisch extra ausgewiesenen Zahl von Neonatiziden (z.B. 16 Fälle 1996, 17 Fälle 1997) und Berücksichtigung eigener Untersuchungen, wobei Neugeborene etwa die Hälfte der von den Eltern getöteten Kindern ausmachten führen zu einer Häufigkeit von 1 zu 25.000 Geburten. Von einer darüber hinausgehenden Dunkelziffer ist auszugehen, da nicht alle Babyleichen aufgefunden werden.

2 Die Tötung des eigenen Kindes

Infantizide (damit ist die Tötung des eigenen Kindes jeglicher Altersklasse gemeint) kommen unter verschiedensten psychopathologischen bzw. psychosozialen Konstellationen vor.

2.1 Erweiterter Suizid

Unter dem Einfluss einer akuten psychiatrischen Erkrankung, wie etwa einer Depression oder einer akuten Psychose, kann es zum erweiterten Suizid kommen. Die meist betroffene Mutter (seltener auch der Vater) ist aufgrund ihrer eigenen, ihr ausweglos erscheinenden Situation im Rahmen einer schweren Depression oder auch einer psychotischen Symptomatik zum Suizid entschlossen. Da sie sich nicht vorstellen kann, ihr Kind allein zurückzulassen (z.B. weil die Welt so hoffnungslos ist, z.B. weil sie glaubt, daß Kind sei einer Verfolgung ausgesetzt) entschließt sie sich, das Kind bzw. ihre Kinder in den Freitod mitzunehmen. Sie tötet zunächst das Kind bzw. die Kinder und dann sich selbst. Nicht immer enden solche erweiterten Suizidversuche für die Mutter tödlich, selbst wenn sie ihren eigenen Suizidversuch final

angelegt hat. Jeder dieser Fälle ist ein tragischer Einzelfall, insbesondere dann, wenn sich nach psychiatrischer Untersuchung herausstellt, daß es sich um eine gut behandelbare Erkrankung gehandelt hat.

2.2 Tötung des eigenen Kindes unter dem Einfluß produktiv-psychotischer Symptomatik

Besonders Säuglinge und Kleinkinder sind gefährdet, wenn die Mutter unter produktiv-psychotischen Symptomen leidet. Entsprechende gefährliche Symptome sind beispielsweise imperative akustische Halluzinationen, also Stimmen, die Befehle geben, aber ebenso auch Verfolgungsideen oder das sogenannte Doppelgängerphänomen (Capgras-Syndrom). Das Doppelgängerphänomen, also die Überzeugung, daß ein enger Familienangehöriger (in diesem Fall das Kind) ausgetauscht ist, kommt gar nicht so selten als Symptom einer postpartalen Psychose vor – manches mal sogar als einziges produktiv-psychotisches Symptom. Typischerweise hat die betreffende Mutter dann die wahnhaftige Überzeugung, daß ihr neugeborenes Baby ausgetauscht wurde, z.B. durch das Kind schlechter Eltern, einen Satan etc. Um sich dieses „Satan“ zu entledigen, kann es dann im Einzelfall zur Tötung des Kindes kommen. Verschiedene Fallbeispiele aus der Praxis zeigen, daß es manches mal „am seidenen Faden hängt“, ob eine Mutter diesen Impuls umsetzt oder nicht. Auch unter dem Einfluss von Verfolgungsideen kann es zum bereits oben angeführten erweiterten Suizid kommen (z.B. wenn eine Mutter wahnhaft davon überzeugt ist, daß sie und ihre kleine Tochter nachts zur Prostitution freigegeben werden; sie sich selbst und ihre Tochter davor bewahren möchte und statt deshalb den Freitod sucht).

2.3 Tod des Kindes als Folge von Kindesmisshandlung

Tritt der Tod eines Kindes als Folge einer Kindesmisshandlung oder Kindesvernachlässigung ein, so ist dies meist das Ergebnis eines langsamen und schleichenden Prozesses; oftmals sind vorher bereits vielfältige Misshandlungen vorausgegangen. Gerade bei dieser Art der Kindestötung sind nicht selten die Väter die Täter bzw. Mittäter. In der Regel handelt es sich dabei um sehr schwierige psychosoziale Verhältnisse, oftmals mit erheblichen finanziellen Schwierigkeiten. Die meist eher unreife, junge Mutter ist nicht in der Lage, adäquate Problemlösestrategien zu entwickeln und sich aus dieser Situation zu befreien. Im Einzelfall ist es leider auch so, daß Mütter die Misshandlungen ihrer Kinder mit ansehen, weil sie ihren

Mann bzw. den Partner nicht verlieren möchten. In solchen schwierigen Beziehungen hat das Kind in der Regel die Rolle des „Sündenbocks“: entstehende Schwierigkeiten und Konflikte werden auf das Kind projiziert und Wutgefühle hemmungslos an ihm ausgelassen. Besonders tragisch ist es in solchen Fällen, wenn sich herausstellt, daß das Jugendamt bereits eingeschaltet war und man im nachhinein das Gefühl haben muß, die ergriffenen Maßnahmen waren nicht ausreichend oder nicht konsequent genug, um das Leben des Kindes zu schützen. Es ist übrigens auch nicht ungewöhnlich, daß nur eines von mehreren Kindern in diese Rolle fällt und in der beschriebenen Weise vernachlässigt bzw. misshandelt wird.

2.4 Überforderungssyndrom (Impulsdurchbruch)

Überschneidungen mit den Kindesmisshandlungen gibt es bei den Impulsdurchbrüchen im Rahmen einer Überforderungssituation, wobei es sich dabei in der Regel um Täter handelt, die in einer chronischen Überforderung gefangen sind (z.B. alleinerziehende Mütter mit mehreren Kindern, bei bereits bestehender emotionaler Labilität und Tendenz zu Impulsdurchbrüchen im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung). Ohne dass es vorher zu Misshandlungen gekommen sein muß, kann es im Einzelfall in einer Akutsituation zu tätlichen Übergriffen auf das Kind kommen, die im tragischen Einzelfall auch tödlich enden können.

2.5 Neonatizid

Als Neonatizid wird die Tötung des eigenen Kindes innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt bezeichnet. Neonatizide werden am ehesten von Frauen begangen, bei denen eine erhebliche Persönlichkeitsproblematik besteht, z.B. im Sinne von fehlender Reife, mangelnden Bewältigungsmechanismen, wobei nach außen solche jungen Frauen durchaus selbstbewusst und kontaktfreudig sein können. Diese Persönlichkeitsproblematik führt dazu, daß die Frauen bei ungewünschter Schwangerschaft nicht in der Lage sind, die üblichen adäquaten Lösungswege zu gehen und Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen (wie etwa Schwangerenkonfliktberatung mit dem Ziel des Schwangerschaftsabbruchs, Annahme von Hilfsangeboten mit dem Ziel, das Kind später selbst aufzuziehen oder zur Adoption freizugeben etc.). Grund für die Verheimlichung der Schwangerschaft ist beispielsweise

Scham oder Angst vor der Familie oder der sozialen Umgebung – allerdings in einer als „pathologisch“ anzusehenden Weise auf dem Boden der bereits skizzierten unreifen Persönlichkeit. Aber auch bezüglich der Reaktion der Familie und des Partners gibt es Fälle, in denen die junge Frau nicht erklären kann, warum sie eigentlich ihren liberalen Eltern oder ihrem bedingungslos loyalen Partner nichts über ihren Zustand mitteilen konnte.

Die Schwangerschaft wird nicht selten bis zum Ende „verleugnet“, d.h. die betroffene Frau selbst „merkt nicht“ das sie schwanger ist, erklärt die körperlichen Veränderungen auf andere Weise und wird dann von der Geburt „überrascht“. Im Sinne einer Stress- und Panikreaktion kommt es dann möglicherweise zur Tötung des Neugeborenen oder auch Aussetzung direkt nach der Geburt.

Einzelfallanalysen klinischer bzw. forensischer Fälle von Neonatizid machen deutlich, dass gerade diese Frauen auch von Angeboten wie Babyklappe oder Anonymer Geburt nicht profitieren können, da sie diese Möglichkeiten – ebenso wie die ihnen durchaus bekannten anderen Hilfsangebote – nicht wahrnehmen können. Welche Persönlichkeitsdefizite dabei letzten Endes eine entscheidende Rolle spielen, wäre allenfalls im Rahmen einer längerfristigen Psychotherapie zu eruieren.

2.6 Altruistische Tötung

Die Tötung des eigenen Kindes aus Mitleid kommt z.B. bei einer bestehenden schweren Erkrankung des Kindes oder dauerhaften schweren Behinderung vor. Die Mutter bzw. die Eltern können das Leid des Kindes nicht ertragen oder machen sich Sorgen, was aus dem Kind wird, da sie selbst erkrankt sind und vielleicht bald sterben werden.

2.7 Tötung aus Rache

Wenn ein Elternteil ein Kind bzw. mehrere Kinder tötet, um sich damit am (Ehe)Partner zu rächen, wird dies auch „Medea“-Syndrom genannt. Die Bezeichnung wurde gewählt, weil Medea nach der Überlieferung ihre beiden Söhne getötet hat, um sich an ihrem Ehemann Jason zu rächen, weil der sie wegen einer anderen Frau verlassen hatte. Auch heute tauchen solche Fälle immer wieder einmal in der Presse auf, z.B. im Zusammenhang mit Trennung der Partner oder Hinzutreten eines neuen Partners der Kindesmutter.

2.8 Tötung der eigenen Tochter wegen des Geschlechts

Die Tötung einer Tochter wegen ihrer Geschlechtszugehörigkeit kommt immer noch vor in Ländern, in denen weibliche Kinder weniger wert sind als männliche, wie etwa China oder Indien. Im westlichen Kulturkreis sind solche Fälle nicht mehr zu erwarten.

3 Eigene Untersuchung zum Infantizid

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität wurde eine Untersuchung zur Häufigkeit der Tötung von Kindern durch die eigenen Eltern durchgeführt ⁽²⁾. Eingegangen sind 754 Todesfälle von Kindern und Jugendlichen in den Jahren 1970 - 1993. Die Todesursachen sind in Tabelle 1 dargestellt. Wie dieser Tabelle zu entnehmen ist, starben 103 Kinder und Jugendliche im Rahmen von Tötungsdelikten.

Tabelle 1: Todesursachen von 103 Kindern und Jugendlichen (Zeitraum 1970 bis 1993)

Todesursachen	Häufigkeit
Natürlicher Tod (incl. plötzlicher Kindstod)	51,5 %
Unfall	23,1 %
Mord/Totschlag	13,6 %
Suizid/ letale Intoxikation	9,0 %
Anderes	2,8 %

Die weitere Analyse dieser 103 Fälle zeigte, daß in 58,3% (n = 60) die **Eltern die Täter** waren. Tabelle 2 gibt eine Übersicht darüber, wer von den Eltern als Täter ermittelt wurde. Hinsichtlich der 16 Fälle, bei denen die Täter nicht ermittelt werden konnten, war es dennoch unzweifelhaft, daß zumindest ein Elternteil an der Tat beteiligt war. Ebenfalls in Tabelle 2 ist die **Altersverteilung** der 60 betroffenen Kinder dargestellt. Es wird deutlich, daß Kinder überwiegend bis zu einem Lebensjahr betroffen sind (ein Befund, der auch aus der Literatur

² Rohde A, Raic D, Varchmin-Schultheiß K, Marneros A: Infanticide: sociobiographical background and motivational aspects. Arch Womens Ment Health 1998; 1 (3): 125-30.

bekannt ist). Hinsichtlich der Todesumstände bzw. der **Tatmotivation** machen die Neonatizide die größte Gruppe aus (43,3%, s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Altersverteilung, Todesumstände und verantwortliche Elternteile bei der Tötung von Kindern und Jugendlichen (n = 60)

Altersverteilung der Kinder				
< 24h	> 24h < 1 Jahr	1 – 5 Jahre	6 – 10 Jahre	11 – 15 Jahre
26 (43,3%)	16 (26,7%)	12 (20,0%)	4 (6,7%)	2 (3,3%)

Verantwortliche Elternteile				
Mutter	Vater	Beide Eltern	Pflegemutter	Unbekannt
30 (50,0%)	6 (10,0)	7 (11,7%)	1 (1,7%)	16 (26,7%)

Todesumstände bei Tötung durch Eltern			
Neonatizid	Erweiterter Suizid	Kindesmisshandlung	Anderes
26 (43,3%)	13 (21,7%)	11 (18,3%)	10 (16,7%)

Soweit Gerichtsakten bzw. Gutachten zugänglich waren, wurde eine genauere Analyse des **soziodemographischen Hintergrundes** und der Lebenssituation der TäterInnen zum Tatzeitpunkt durchgeführt. Folgende globalen Aussagen lassen sich daraus ableiten:

- Beim erweiterten Suizid stammten die Täterinnen (Mütter) hauptsächlich aus der mittleren und oberen sozialen Klasse und hatten ein hohes Ausbildungsniveau.
- In den Fällen von Kindesmisshandlung handelte es sich überwiegend um Täter mit sehr niedriger/niedriger Schulbildung, die zum Tatzeitpunkt überwiegend arbeitslos oder als einfache(r) ArbeiterIn tätig waren.
- In Fällen von Neonatizid handelt es sich oft um noch in Ausbildung befindliche oder arbeitslose junge Frauen mit unreifer Persönlichkeit.
- Die überwiegende Zahl aller TäterInnen lebten in festen heterosexuellen Beziehung (94%), allerdings ließen sich bei fast der Hälfte dieser Fälle ernsthafte Probleme in der Partnerschaft eruieren.

Bei insgesamt 28 Fällen war eine genauere Analyse des **Tatvorfeldes** möglich. Bei 20 der Täter (71,4%) hatte es vorher „**Warnsignale**“ gegeben, z.B. im Sinne von Suizidäußerungen, psychotischer Symptomatik, Zeichen der Überforderung bzw. drohender psychischer Dekompensation oder Misshandlungen bereits in der Vorgeschichte. Solche Anzeichen wurden in der Regel in ihrer Bedeutung nicht richtig erkannt. So wurde eine Frau nicht ernst genommen, die bei der Polizei anrief und über ihre Suizidgedanken berichtete; ein Kind wurde seinen Eltern zurückgegeben, obwohl bereits schwerste Misshandlungen in der Vorgeschichte vorgekommen waren.

Über 33 Täter (27 weiblich, 6 männlich) aus 28 der insgesamt 60 Fälle konnten die Gerichtsakten eingesehen werden bzw. lagen Informationen zur **psychiatrischen Untersuchung** vor. In etwas mehr als der Hälfte der Fälle hatte eine psychiatrische Begutachtung stattgefunden. Die festgestellten psychischen Störungen zeigten das Gesamtspektrum zugrundeliegender Probleme (Psychose, schwere Depression, Persönlichkeitsstörung, Minderbegabung).

4 Prävention des Neonatizides durch die Einrichtung von Baby-Klappen und die Legalisierung der Anonymen Geburt

Allerorten gibt es zwischenzeitlich sogenannte Baby-Klappen (Baby-Nest, Projekt Moses etc.) diskutiert. Entsprechende Einrichtungen werden feierlich eröffnet; meist in Anwesenheit der örtlichen kirchlichen Würdenträger oder städtischer Vertreter. Ziel solcher Initiativen ist die Verhinderung der Tötung von Kindern oder deren Aussetzung. In der Zwischenzeit bestätigen sich die Befürchtungen der Kritiker, die bezweifeln, dass die Frauen, die als Zielgruppe anvisiert waren, diese Angebote in Anspruch nehmen, nämlich Frauen, die ihre Schwangerschaft verdrängt oder bewußt verheimlicht haben. Todesfälle und Aussetzungen von Neugeborenen kommen in unveränderter Zahl vor (s. auch Beitrag von C. Swientek). Andersherum ist davon auszugehen, dass eine Frau, die nach einer zuhause erfolgten Geburt ihr Kind in die Baby-Klappe bringt oder eine Frau, die bewusst eine Klinik aussucht, die anonyme Geburten zulässt, auch andere Wege der Bewältigung gefunden hätte. Die von den Kritikern befürchtete inflationäre Nutzung dieser Angebote ist bereits eingetreten. Die Analysen entsprechender Fälle (z.B. über das Landesjugendamt Berlin) oder im Krankenhaus

Herne (gibt es einen Beitrag Neuerburg??) zeigen, dass Frauen mit dem Weg über die Babyklappe oder die Anonyme Geburt den Weg des „geringsten Widerstandes“ gehen und Handlungsalternativen vermeiden, die mehr direkte Auseinandersetzung mit der Problematik erfordert hätten.

Außerdem besteht die Gefahr, dass Frauen anonym entbinden oder ihr Kind in einer Babyklappe ablegen, die unter dem Einfluss psychischer Störungen stehen. Nicht selten kommt es ja in der Schwangerschaft oder nach einer Entbindung zum Auftreten von schweren Depressionen, Angstsymptomen oder auch Zwangsgedanken (diese dann in der Regel mit dem Gedanken, dem Kind etwas anzutun). Insuffizienz- und Versagensgefühle sowie die Überzeugung, eine schlechte Mutter zu sein oder zu werden sind die typischen Folgeerscheinungen. Gerade solche Frauen beschäftigen sich häufig mit der Frage, ob sie ihr (oft sogar sehnlichst gewünschtes) Kind besser zur Adoption frei geben sollten. In diesen Fällen besteht sicher im Einzelfall die Gefahr, daß eine Mutter denkt, sie tue für ihr Kind etwas gutes, wenn sie es anonym zur Welt bringt oder in eine Baby-Klappe legt und auf diese Weise zur Adoption frei gibt.

5 Kindestötung/Kindesaussetzung – zwei Facetten einer Problematik?

In der wissenschaftlichen Literatur gibt es praktisch keine Informationen oder Untersuchungen zu Eltern, die ihre Kinder aussetzen. Es ist mehr eine theoretische Diskussion, ob es sich um zwei Facetten einer gleichen Problematik handelt, nämlich ob Kindesaussetzung die leichtere Form und Kindestötung die schwerere Form des selben Problems ist. Diese Frage stellt sich jedoch allenfalls für den Neonatizid oder bei der Aussetzung / Tötung von Mädchen. Bei den anderen geschilderten Formen der Kindstötung (z.B. im Rahmen eines erweiterten Suizids, unter dem Einfluß psychotischer Symptome o.ä.) wäre Kindesaussetzung sicher keine Alternative für die Mütter bzw. die Eltern gewesen. Beim Neonatizid könnte es sein, daß es sich um eine graduelle Abstufung handelt, daß nämlich eine Mutter, die bei der Geburt ihres ungewollten und bis dahin verleugneten Kindes nicht in eine absolute Paniksituation gerät, das Kind aussetzt. Im Einzelfall hängt es vielleicht von der Art der Störung bzw. der Schwere der bestehenden Persönlichkeitsstörung ab, ob eine Mutter noch in der Lage ist, den Weg der Kindesaussetzung zu wählen; dies erfordert in der Regel doch eine gewisse Überlegung. Die Begleitumstände von bekannt werdenden Fällen zeigen

meistens, daß die Mutter sich über ihr Vorgehen Gedanken gemacht hat (z.B. das Kind in einem Krankenhaus abgelegt oder einen Brief beigelegt hat). Durch die Einrichtung von Babyklappen bekommt aber dieses Vorgehen den Anstrich einer gesellschaftlich akzeptierten alternativen Verhaltensweise zur Adoption; die bisherigen Erfahrungen mit Babyklappen belegen dies durch die Zahl von Babyklappen-Kindern, die die bisherigen Zahlen von ausgesetzten Kindern deutlich überschreiten.

6 Schußfolgerung

Die Tötung des eigenen Kindes ist ebenso wie die Kindesaussetzung ein insgesamt seltenes Phänomen. Trotzdem zeigt jeder Einzelfall die dahinter steckende Tragik – soweit überhaupt Informationen über die Hintergründe zu erhalten sind, schließlich muß man von einer nicht unbedeutenden Dunkelziffer ausgehen. Die Motive der Tötung des eigenen Kindes sind vielfältig, die Dynamik kann sehr unterschiedlich sein: Von der schweren Depression mit Suizidwunsch, die Tötung des eigenen Kindes unter dem Einfluss einer akut-psychotischen Symptomatik oder aus Rache, der Tötung des Neugeborenen bei verdrängter bzw. verleugneter Schwangerschaft bis hin zur Kindesmisshandlung mit Todesfolge und dem Impulsdurchbruch in einer Überforderungssituation. Den unterschiedlichen Tatabläufen und Tatkonstellationen liegen unterschiedliche Motivkonstellationen zugrunde und nicht selten auch eine determinierende psychische Störung.

Die Prävention solcher Ereignisse ist nur dadurch möglich, daß entsprechende psychische Störungsbilder (wie etwas Depressionen, Psychosen etc.) sehr ernst genommen werden und zu entsprechenden Behandlungskonsequenzen führen. Und auch bei besonderen psychosozialen Konfliktsituationen mit Überforderung der Eltern muß dringend darauf geachtet werden, daß erste Hinweise auf Kindesmisshandlung oder psychische Dekompensation ernst genommen werden und entsprechende Hilfsangebote gemacht werden. Die Einrichtung von Baby-Klappen und auch die Einführung anonymer Geburten, wie sie gerade in Deutschland diskutiert wird, scheint nur im Einzelfall geeignet, die Tötung des eigenen Kindes durch die Eltern bzw. ein Elternteil zu verhindern. Unter einer Nutzen-Risiko-Abwägung sind aber diesen „neuen“ Angeboten Babyklappe und Anonyme Geburt vielfältige negative Auswirkungen zu attestieren. Die Zahl von „Findelkindern“ wächst stetig, ohne dass

die Tötung oder Aussetzung von Kindern seltener wird. Auf die zu vermutenden negativen Auswirkungen auf das Leben von abgebenden Müttern, Kindern und adoptierenden Eltern wird an anderer Stelle eingegangen (s. Beitrag). Würden die für Babyklappen und Anonyme Geburt eingesetzten finanziellen und personellen Ressourcen (einschließlich der eingesetzten Werbemittel) zur besseren Bekanntmachung bestehender Hilfsmöglichkeiten verwendet, könnten vielleicht katastrophale Lebensentwicklungen für Mütter und Kinder vermieden werden.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Anke Rohde
Gynäkologische Psychosomatik
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25
D-53105 Bonn
e-mail: anke.rohde@ukb.uni-bonn.de

