

Sexuologie

Herausgegeben von der Akademie für Sexualmedizin

Inhalt

- | | | |
|-----|--|---|
| 67 | Editorial | Fortbildung |
| | Originalarbeiten | 119 Zur Bedeutung der Sexuelsymbolik in der Psychotherapie
<i>H. Völkel</i> |
| 69 | Erektile Impotenz
Radiologische Therapieansätze
<i>H. Schild, H. Strunk, S. Müller</i> | Aktuelles |
| 75 | 'Verdrängte' Schwangerschaft und Kindstötung:
Theorie – Forensik – Klinik
<i>R. Wille, K. M. Beier</i> | 123 AIDS in der Bundesrepublik Deutschland |
| 101 | Kommunikationszentrierte Sexualtherapie:
Theorie und Umsetzung
<i>K. Loewit</i> | 126 Veranstaltungskalender
127 Buchbesprechungen
130 Mitteilungen der Akademie für Sexualmedizin |
| | Historia | |
| 113 | Otto Gross
Der mehrdimensionale Mensch
<i>S. Dressler</i> | |

Anschrift der Redaktion:

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, 24105 Kiel, Fax: 04 31 / 5 97-36 12

Bezugsbedingungen: Vier Hefte bilden einen Band. Bezugspreis pro Band inkl. Porto- und Versandkosten DM 138,- (Inland), DM 142,- (Ausland); ermäßigter Preis für persönliche Abonnements DM 79,- (zzgl. Porto- und Versandkosten), Einzelheft DM 39,- (zzgl. Porto- und Versandkosten).

Anzeigenpreise: Es gilt die Anzeigen-Preisliste Nr. 1 vom 1.3.1994.

Verlag: Gustav Fischer Verlag GmbH & Co. KG, Wollgrasweg 49, D-70599 Stuttgart, Tel. 07 11 / 45 80 30.

Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere von Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendung, im Magnettonverfahren oder ähnlichem Wege bleiben vorbehalten. Fotokopien für den persönlichen oder sonstigen Gebrauch dürfen nur von einzelnen Beiträgen oder Teilen daraus als Einzelkopien hergestellt werden.

© Gustav Fischer Verlag · Stuttgart · Jena · New York · 1994

Satz: dtp-Satz Ralf Bogen, Stuttgart

Druck: Gulde-Druck GmbH, Tübingen; gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier.

Verarbeitung: F.W. Held, Rottenburg am Neckar

'Verdrängte' Schwangerschaft und Kindestötung: Theorie - Forensik - Klinik

Denial of Pregnancy and Neonaticide: Theoretical, Forensical and Clinical Aspects

(Herrn Prof. Dr. med. H.-J. Vogt, Präsident der Akademie für Sexualmedizin,
zum 60. Geburtstag gewidmet)

R. Wille, Kiel; K. M. Beier, Kiel

Zusammenfassung

Das Phänomen der 'Verdrängung' einer Schwangerschaft ist wenig bekannt, kann aber - wenn es bei der Geburt zum Tod des Kindes kommt - forensische Bedeutung erlangen. Nach einer Darstellung historischer und kriminologischer Aspekte wird, ausgehend von einem forensischen Fallbeispiel, das theoretische Konzept der 'Schwangerschaftsverdrängung' erläutert. Aufbauend auf bisherigen empirischen Untersuchungen werden Methoden und Ergebnisse einer repräsentativen Verbundstudie (n=213) zur 'verdrängten' und verheimlichten Schwangerschaft mit nachfolgender Kindestötung vorgestellt. In der Diskussion werden Parallelbeobachtungen aus der Geburtshilfe (mit meist überlebendem Kind) herangezogen, eine paradigmatische Kasuistik psychodynamisch interpretiert und kurz die forensischen Aspekte erörtert.

Schlüsselwörter: 'Verdrängte' Schwangerschaft, Kindestötung, weibliche Geschlechtlichkeit, Begutachtung (Schuldfähigkeit)

Abstract:

Occurrences concerning 'denial' of pregnancy are not well-known but are sure to attain great forensic relevance, if they result in the death of an infant at birth.

After discussing historical and criminological aspects, a theoretical concept about 'denial of pregnancy' is explained on the basis of a case report. Based on previous empirical investigations, methods and results of a representative multicenter study (n=213) on 'denied' and/or concealed pregnancy resulting in neonaticide are presented in this article.

The discussion covers analogous obstetric observations (mostly surviving infants), a paradigmatic casuistry is interpreted from a psychodynamic point of view and emphasis is given to forensic aspects.

Key words: Denial of pregnancy, neonaticide, female sexuality, expert appraisalment

Der Sexualmedizin, vor allem da, wo sie forensisch tätig ist, begegnet eine Vielfalt irrationalen menschlichen Verhaltens: beim Mann hauptsächlich im Bereich der mitunter bizarren Perversionen, bei Frauen eigentlich nur dann, wenn man die reproduktiven Anteile von Geschlechtlichkeit mitdenkt.

Dies wird besonders deutlich bei der 'verdrängten' Schwangerschaft, nicht zuletzt deshalb, weil diese dramatische Folgen haben und eine forensische Bedeutung dann erlangen kann, wenn sie mit der Kindestötung unter der Geburt endet.

Nach § 217 des Strafgesetzbuches, der rechtssystematisch zwischen den Tötungsdelikten und der Abtreibung eingeordnet ist, wird eine Mutter, welche ihr *nichteheliches Kind* in oder gleich nach der Geburt tötet, mit einer Freiheitsstrafe nicht unter 3 Jahren, in minder schweren Fällen nicht unter 6 Monaten bestraft. Diese vom Bayerischen (1813) und Preußischen (1851) Strafgesetzbuch beeinflusste und in das Reichsstrafgesetzbuch weitgehend übernommene Strafvorschrift begründet den im Vergleich zu Mord (§ 211 StGB) und Totschlag (§ 212 StGB) sehr milden Strafrahmen vor allem mit der Ratlosigkeit, der Angst vor wirtschaftlicher Not und gesellschaftlicher Schande (dem sogenannten 'Ehrennotstand') der nichtehelich Gebärenden.

Rechtshistorisch geht diese Regelung zurück auf den aufklärerischen Diskurs Ende des 18. Jahrhunderts, der eine Humanisierung der Strafpraxis initiierte und auch zu neuen Strafrechtstheorien führte. In der frühen Neuzeit, insbesondere aber im 17. Jahrhundert war der Kindesmord das häufigste von Frauen begangene Kapitaldelikt und wurde mit besonders grausamen Todesstrafen belegt (vgl. van Dülmen 1991). Das beschämende Desinteresse an der sozialen Wirklichkeit und der psychischen Situation von Kindesmörderinnen wurde zum bewegenden und herausfordernden Motiv für bedeutende Vertreter des „Sturm und Drang“: Goethe behandelte das Thema in der Gretchentragödie seines „Faust“ (1774/1775), Heinrich Leopold Wagner schuf ein Drama mit dem Titel „Die Kindesmörderin“ (1776) und Friedrich Schiller ein Gedicht mit gleichem Titel (1781). Das bekannte, damals noch weit brisantere Dilemma zwischen Kriminalprävention und Moral brachte unmißverständlich die Mannheimer Preisfrage von 1780 zum Ausdruck („Welches sind die besten ausführbaren Mittel, dem Kindermord abzuwehren, ohne die Unzucht zu begünstigen?“), die beim Bildungsbürgertum auf größtes Interesse stieß, erkennbar an den über 400 eingegangenen Antworten. Bedeutung erlangt hat vor allem die Zuschrift des Schweizer Pädagogen Pestalozzi, welcher darauf hinwies, daß die ledige Mutter schon durch das Bekanntwerden einer außerehelichen Schwängerung größtmöglichen Schmähungen seitens der Gesellschaft, ihrer Angehörigen und des Staates ausgesetzt wird, so daß es nachvollziehbar sei, daß sich zum Geburtstermin hin eine ausweglos erscheinende Verzweiflung aufbaue (Pestalozzi 1780). 1813 setzte sich unter maßgeblichem Einfluß des aus Kiel kommenden Juristen P.J. Anselm von Feuerbach mit seiner weitgehend deterministischen Lehre vom „psychologischen Zwang“ (v. Feuerbach 1801) im Bayerischen Strafgesetzbuch diese moderne Auffassung erstmals in Deutschland durch und führte zur Abschaffung der Todesstrafe für Kindesmörderinnen; die meisten deutschen Partikulargesetzbücher folgten dem bayerischen Modell. Im Preußischen Strafrecht von 1851 und auch im Reichsstrafgesetzbuch von 1871 wurde die Privilegierung mit der sozialen Diskriminierung der nichtehelichen Mütter und deren peripartal besonderem Körper- und Geisteszustand begründet. Schon die fünf Strafrechtsentwürfe von 1905 bis 1930 sehen die Ausweitung der Sonderbestimmung auf die eheliche Mutter vor, wie sie in der ehemaligen DDR (§ 113), in Polen, Schweiz, England und Dänemark bereits kodifiziert war bzw. ist. Diesen moderneren Standpunkt machte sich bis März 1958 eine knappe Mehrheit der Strafrechtskommission zu eigen, bis dann ohne nachlesbare, geschweige denn einleuchtende Begründung die Entwürfe von 1959 und 1962 zur traditionellen Linie des Reichsstrafgesetzbuches zurückkehrten (vgl. Wahle 1967).

Mit jährlich etwa 50 bekannt gewordenen, 30 ermittelten und nur 7 verurteilten Fällen gehört die Tötung unter der Geburt heute zu den seltenen Delikten. Dem war nicht immer so, wie das instruktive Beispiel Danzig für den Zeitraum 1558 bis 1731 zeigt (van Dülmen 1991: 62): Von 636 Todesstrafen insgesamt wurden 148 an Frauen vollstreckt, davon allein

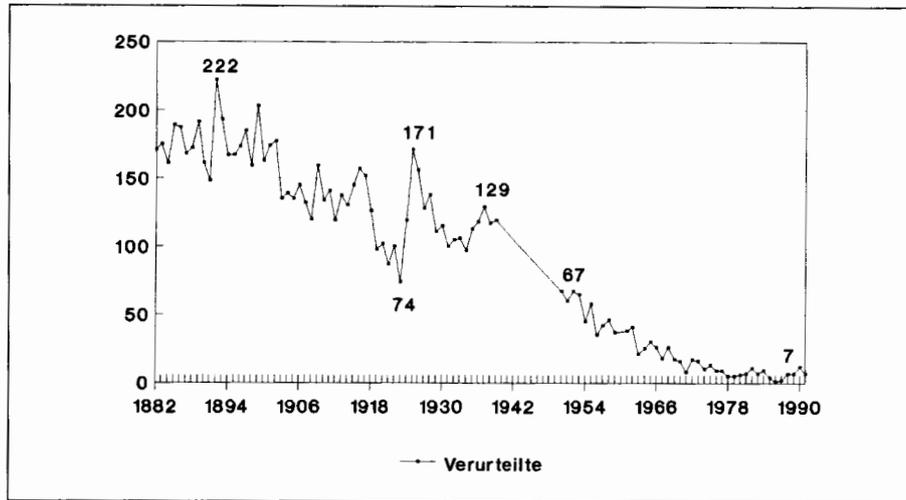


Abb. 1: Verurteilte wegen Kindestötung (§ 217) – Deutsches Reich 1882-1939, BRD 1950-1991

40% wegen Kindesmordes. Anfang des 20. Jahrhunderts stellte der Wiener Rechtsmediziner Haberda (1911) allein für den Landgerichtsbezirk Wien über einen Zeitraum von ebenfalls 10 Jahren genauso viele Fälle ($n=211$) zusammen wie 80 Jahre später unsere Kieler Verbundstudie ($n=213$) aller westdeutschen Bundesländer (vgl. Thomsen 1992; Bauermeister 1994). In der Verurteilten-Statistik läßt sich dieses Delikt bis 1882 zurückverfolgen. In den letzten 110 Jahren sank die durchschnittliche Zahl der verurteilten Frauen von jährlich rund 200 auf 7 (Abb. 1).

Detailliertere Angaben lassen sich der ab 1955 geführten polizeilichen Ermittlungsstatistik entnehmen, die in Abbildung 2 (siehe Seite 78) neben den erfaßten und aufgeklärten Fällen auch die absolute Zahl der Verurteilten enthält. Die Einführung oraler Kontrazeptiva und die Reform des § 218 StGB führte jedenfalls zu keiner drastischen Reduzierung. Interessant wären die entsprechenden (bislang nicht zugänglichen) Zahlen aus der ehemaligen DDR mit der dort geltenden Fristenlösung.

Fallbeispiel

Unter dem Verdacht, eine strafbare Handlung nach § 217 StGB begangen zu haben, wurde vor einigen Jahren gegen eine 18-jährige ledige Gymnasiastin ermittelt, die sozial wie familiär gut integriert in einem 5-Personen-Haushalt bei den Eltern lebte und dem Abitur zustrebte.

Sie hatte ohne fremde Hilfe aus Steißblage ein Kind zur Welt gebracht und etwa eine halbe Stunde nach der Geburt das mit allen Zeichen der Reife versehene Neugeborene in Tücher gewickelt nachts bei kalter Witterung vor der Tür einer Sozialstation abgesetzt, geklingelt und nach Ansehen der Treppenbeleuchtung geglaubt, es würde dort aufgefunden. Tatsächlich starb das Kind aber an Unterkühlung (vom Gericht geprüft wurde deshalb insbesondere auch der § 221 StGB „Aussetzung mit Todesfolge“).

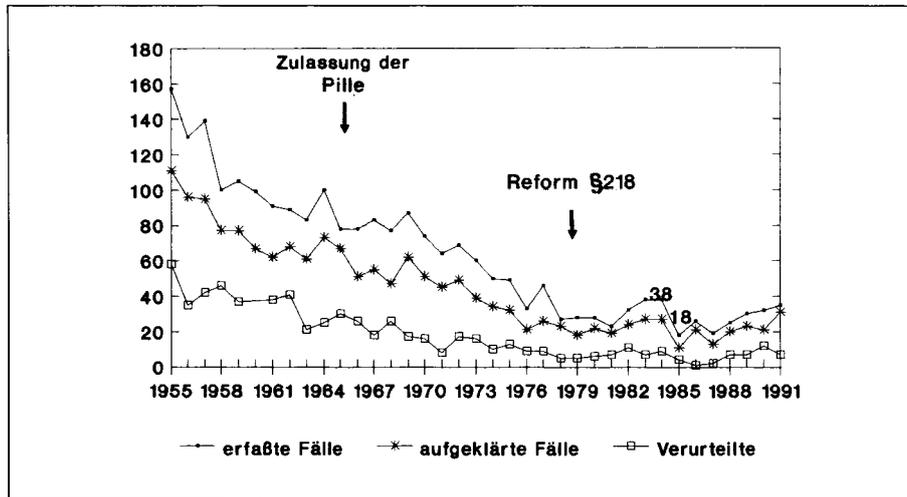


Abb. 2: Kindestötungsfälle in der BRD 1955-1991, Polizeiliche Ermittlungsstatistik und Verurteiltenstatistik

Bei den Explorations (anlässlich der staatsanwaltlich in Auftrag gegebenen Begutachtung) bot sie keine psychischen oder psycho-sexuellen Auffälligkeiten. Mit 17 Jahren erste koitale Beziehung zu einem 19-Jährigen; hierbei ist es trotz Empfängnisverhütung mit Kondomen zur Konzeption gekommen. Zum Schwangerschaftsverlauf gab sie nun rückblickend an, nie Schwangerschaftszeichen, keine Übelkeit, kein Erbrechen, insbesondere keine Zunahme des Bauchumfanges oder gar Kindsbewegungen festgestellt zu haben, im Gegenteil: bis zum Schluß hätte sie ihre Monatsblutung gehabt, ganz regelmäßig wie immer, vielleicht nicht ganz so stark. Noch in der 27. bis 30. Schwangerschaftswoche fuhr sie mit gleichaltrigen Mitschülern ans Mittelmeer und badete dort gänzlich unbekleidet wie die anderen auch. Nie sei sie auf den Gedanken gekommen, schwanger zu sein, aber auch nie von anderen auf diese Möglichkeit angesprochen worden.

Bis zwei Tage vor der Geburt nahm sie regelmäßig am Schul-, einschließlich Sportunterricht teil. Am Abend der Geburt ging sie mit „Magenverstimmung“, wie sie der Mutter sagte, ins Bett, verspürte etwa gegen Mitternacht ein „Rumoren im Bauch“, faßte sich zwischen die Beine, bemerkte Blut, tastete dann Hodensack und Gesäß des Kindes und begriff erst jetzt, daß sie dabei war zu gebären.

'Verdrängte' Schwangerschaft?

Die detaillierte, mit Hilfe der Familie objektivierte Rekonstruktion von Schwangerschaft und Geburt ließ eigentlich nur den Schluß zu, daß eine intelligente, altersentsprechend entwickelte und sexuell aufgeklärte, über Möglichkeiten und Anwendung von Empfängnisverhütungsmitteln gut informierte 18-Jährige mit durchschnittlichen schulischen Leistungen in der gymnasialen Oberstufe und geordnetem sozialen Hintergrund ihre Schwangerschaft nicht wahrgenommen hat und von der Geburt überrascht wurde.

Die Frage ist: Handelt es sich in diesem Fall um eine Ausnahme und entsprechen in anderen Fällen von Kindestötungen unter der Geburt die Mütter mehr dem in der Literatur

beschriebenen 'klassischen' Täterinnentyp einer minderbegabten, unreif-infantilen, zu-
meist sozial desintegrierten jungen Frau, die ihre Schwangerschaft vor sich selbst durchaus
registriert, aber aus Angst vor Schande und Sorge vor materieller Not gegenüber der
Umgebung geschickt zu verbergen weiß? (vgl. die Literaturübersicht in Tabelle 1).
Ist also die Verheimlichung der Schwangerschaft der 'übliche' motivationale Hintergrund
bei Kindestötungen unter der Geburt und nicht wie in dem erwähnten Fallbeispiel eine
lückenlos anmutende massive Erlebnisabwehr im Sinne einer 'Verdrängung', nämlich als
Ausblendung nicht erwünschter Wahrnehmungen von der reflektierenden Bewußtseins-
ebene?

Zur Theorie der 'verdrängten' Schwangerschaft

Vor genau 40 Jahren hat der Hallermann-Schüler Gerchow seine Habilitationsschrift über
die „Bedeutung der reaktiven Abnormisierung für die Beurteilung von Kindesmörderinnen“
der Kieler Medizinischen Fakultät vorgelegt und dort als erster das Phänomen der
'Schwangerschaftsverdrängung' ausführlich beschrieben (Gerchow 1954; vgl. auch Gerchow
1957; Gerchow 1959/1960; Gerchow 1964a; 1964b).

Unter 'Verdrängung' verstand Gerchow ein „Hinausschieben unliebsamer und ambivalen-
ter Tatbestände aus dem Blickfeld des Bewußtseins“ (Gerchow 1957 : 67) und ging davon
aus, daß der Übergang zur Verheimlichung der Schwangerschaft in einer Vielzahl von
Mischungen vorkommen könne und beides letztlich dasselbe, nämlich eine Flucht aus der
Wirklichkeit bedeute, die aus lebensgeschichtlichen, konstellativen und konstitutionellen
Faktoren resultiere und zu einer reaktiv fixierten Abwehrhaltung in einer „Grenzsituation“
(Jaspers) führe.

Auf eine bedrückende, zugleich aber besonders überzeugende Weise wird Gerchows
Auffassung durch die weitere Entwicklung der oben als Fallbeispiel angeführten Gymna-
siastin bestätigt: Sie hat ziemlich genau 1 Jahr nach dem tragischen Tod des ersten Kindes
eine zweite Schwangerschaft über die ersten 7 Monate hin erneut 'verdrängt', in den letzten
Wochen dann verheimlicht, und die Mutter erst anlässlich der Austreibungswehen, eher
beiläufig, informiert („Du, ich bekomme ein Kind“). Trotz der sofort herbeigerufenen
ärztlichen Hilfe wurde es dann eine Hausgeburt mit Assistenz der Mutter, die bis heute das
prächtigt gedeihende Enkelkind versorgt. Nur konstellative Bedingungen haben hier verhin-
dert, daß möglicherweise wieder neben § 221 der § 217 StGB zur Diskussion gestanden hätte
– die psychopathologische Dimension des Geschehens entsprach hingegen ganz dem
Verlauf der ersten Schwangerschaft (Abb. 3).

Das könnte bedeuten, daß es auf die Frage nach den eingesetzten Abwehrmechanismen –
also Verdrängung oder Verheimlichung – gar nicht so ankommt, denn in beiden Fällen ist
das Resultat dasselbe: Eine ambivalente Passivität hält alles in der Schwebe, und zwar nicht
nur bis zur Geburt, sondern noch darüber hinaus.

Passend zu diesem ambivalenten „Nein“ wäre es daher vielleicht sogar sinnvoller, übergrei-
fend von der 'negierten' Schwangerschaft zu sprechen (im angloamerikanischen Sprach-
raum wird der Terminus 'denial of pregnancy' verwendet) und – der Auffassung von
Gerchow folgend – Gravidität und Geburt als psychologisch einheitlichen Komplex zu
sehen. Die juristischen Voraussetzungen des Vorsatzes (bewußte Tötungsabsicht) oder auch
des bedingten Vorsatzes (wissentliche Inkaufnahme des Todes) lassen sich nur schwer

Tab. 1: Empirische Studien zur Kindestötung unter der Geburt (forensische Fälle)

Autor/Jahr	Gerchow 1957	Hirschmann 1958	Faust 1967
Fallzahl/ Methode	n = 15: ausführliche Einzelfallanalysen	n = 45: 28 in der Literatur beschriebene Fälle und 17 Strafakten aus den Jahren 1945-1955; "Struktur- analyse" zur Aufhellung der Charakterstruktur im Sinne Kretschmers	n = 45: Auswertung von Gutachtenunterlagen (zurückreichend bis 1947)
"Typologie"?	a) "körperlich und psychisch relativ Reife mit Infantilismen" b) "Infantile mit körperlichen und psychischen Retardierungen" c) "Hyperthyme mit infantilen und puberalen Zügen" d) "Schwachsinnige und Antriebsarme"	1) "Infantile Täterinnen" (Jugendliche) 2) "Retardierte Persönlichkeiten" 3) "Schwachsinnige Täterinnen" 4) "Gemütskalte und willenstarke Täterinnen" 5) "Persönlichkeiten mit Neigungen zu hysterischen Reaktionen" 6) "Seltene Fälle"	"Herausstellung eines bestimmten Täterinnentyps wegen der Vielfältigkeit der Hintergründe und der äußeren Einflüsse auf das Tatgeschehen nicht möglich"
Bedeutung der "Verdrän- gung"?	Schwangerschaftsver- drängung ist Ausdruck eines Versagens in der durch Ratlosigkeit gekennzeichneten "Grenzsituation"; Fehlen typischer Schwanger- schaftszeichen sind Folge der Verdrängung (kei- ne Schutzbehauptung)	"Verdrängungsprozeß" führt zur "subjektiven Geburtsüberraschung" (betrifft vor allem die typologischen Beschreibungen 1-3)	Als Abwehrmechanismen abgelehnt; es handelt sich eher um ein "Selbstbelügen", "Abwarten" oder "Nicht-Wahrhaben- -Wollen"
Bedeutung der Verheim- lichung?	"Alle Übergänge von der zweckvoll gelenkten, bewußten bis zur unbewußten Reaktionsgestaltung"	Keine Abgrenzung zur "Verdrängung"	Verheimlichung kennzeichnet den Schwangerschaftsverlauf und könne als "scheinbare Verdrängung" anmuten
Modell zur Motivlage?	"Komplexe Motivbündel", die aus lebensgeschichtlichen, konstellativen und konstitutionellen Faktoren resultieren; "Verdrängung ist der komplexe gemeinsame motivische Hauptfaktor"	"Konvergenzdelikt": Konvergenz von Struktur der Täterin (höhere Wahrscheinlichkeit eines Abbaus höherer Persön- lichkeitsschichten, "so daß Primitivreaktionen zum Vorschein kommen können") und äußerer Situationen	Eine Korrelation zwischen angegebenem und erkennbarem Motiv und der Täterinpersönlichkeit ist nicht herzuleiten

Autor/Jahr	Trube-Becker 1975	Rodegra 1981	Püschel 1988
Fallzahl/ Methode	n = 161: Auswertung von Gutachtenunterlagen (der Jahre 1947-1974)	n = 56: Auswertung von Gerichtsakten (der Jahre 1953-1977)	n = 19: Auswertung von Gutachtenunterlagen (der Jahre 1977-1986)
"Typologie"?	Es gibt "keinen festumrissenen Typ der Kindermörderin", aber "Die Täterin ist in der Regel jung, unreif und undifferenziert."	nein	"Fast ausnahmslos sehr junge Frauen", "regelmäßig in einem schlichten Milieu aufgewachsen", unzureichend aufgeklärt und von nur geringem Bildungsniveau
Bedeutung der "Verdrängung"?	Verdrängung als Hauptmechanismus der Erlebnisabwehr (im Sinne von Gerchow 1957), aber Skepsis gegenüber Schutzbehauptungen und Einreden	Verdrängung wird als in der Literatur beschrieben erwähnt	Verdrängung wird als Hauptmechanismus diskutiert und im Sinne von Gerchow aufgefaßt
Bedeutung der Verheimlichung?	Keine Abgrenzung zur Verdrängung	Unterteilung in 1) "totale Verheimlichung" 2) "teilweise Verheimlichung" 3) "keine Verheimlichung" Für 1) und 2) wird Gerchows Definition der Verdrängung (1957) angeführt: "Erlebnisabwehr im Sinne eines Hinausschiebens unliebsamer Tatbestände aus dem Blickfeld des Bewußtseins"	Keine Abgrenzung zur Verdrängung
Modell zur Motivlage?	An einer eigenständigen Entwicklung (auch aus sozokulturellen Gründen) gehinderte Frauen; "Sog. Ehrennotstand, Angst vor Schande (...) und Sorge vor materieller Not müssen auch heute noch neben Ärger auf den Erzeuger als Motiv für die Kindstötung bejaht werden."	Neben wirtschaftlichen Gründen spiele das Schamgefühl eine "dominierende Rolle"; die Gesundheitsaufklärung berücksichtige nicht genügend Themen wie Schwangerschaft und Geburt	Im Sinne von Gerchow: "Die Motivlage unter der Geburt und während der (...) Schwangerschaft ist durch die Verdrängung einer als auswegslos empfundenen Situation gekennzeichnet."

Geschehen 1988 in Schleswig-Holstein:

18jährige Schwangere geht bis 2 Tage vor der Geburt zur Schule (gymnasiale Oberstufe), beteiligt sich wie alle anderen auch am Sportunterricht.
Sie lebt in einem 5-Personen Haushalt: Die Schwangerschaft wurde von keinem bemerkt.

Mit «Magenverstimmung» ins Bett gegangen, in der Nacht dann «Rumoren im Bauch» gespürt, zwischen die Beine gefaßt, Blut bemerkt.

Entwicklung einer Steißgeburt in eigener Regie.

30 Minuten nach der Geburt das Kind in ein Laken gewickelt und vor die Tür einer Sozialstation des DRK (ca. 300m entfernt) gebracht und geklingelt, bis Licht gemacht wurde, dann eilig zurück in die Wohnung (mit am Oberschenkel noch hängender Nabelschnur).

Drei Tage später wieder zur Schule.

Das Kind verstarb an Unterkühlung; es wurde erst am nächsten Morgen aufgefunden.

Das Verfahren wurde eingestellt; (juristischer Vorwurf: § 217, Kindstötung).

1990 erneute Verdrängung einer Schwangerschaft bis zum 7. Monat; anschließend Verheimlichung. Informiert die Mutter erst wenige Minuten vor der (Haus-)geburt.

Abb. 3: Forensischer Fall einer verdrängten Schwangerschaft

anwenden; wegen der motivischen Vorverlegung läge eher eine „typisierte fahrlässige Kindstötung“ nahe. In seiner souveränen Abrechnung mit der medizinisch-rückschrittlichen Inkompetenz des Strafrechtsentwurfes von 1962 argumentiert Gerchow bei formaler Zurückhaltung ungewöhnlich deutlich, wenn er dort auf „durchaus vermeidbare Blößen des Gesetzgebers“ hinweist: „Viele Fragen sind nach wie vor ungelöst; aber wesentliche Zusammenhänge können als so weit geklärt angesehen werden, daß sich die strafrechtliche Sonderstellung der Kindstötung begründen läßt. Voraussetzung ist, daß man Schwangerschaft und Geburt als einen psychologisch und biologisch einheitlichen Vorgang wertet. Die Gebärsituation reicht nicht aus, um damit die Sondernatur des § 217 StGB, bzw. § 136 E1962 begründen zu können. Man muß darüber hinaus anerkennen, daß es nicht nur Kindstötung, sondern auch Kindesmord gibt, also ein Tatbestand, der keine Sonderregelung verdient. Wir halten weiterhin eine Ausdehnung des Privilegs auf eheliche Mütter für notwendig, schließlich sollte konsequenterweise auch die fahrlässige Kindstötung als ein selbständiges Delikt herausgestellt werden“ (Gerchow 1964:235).

Schaut man dagegen in die einschlägigen rechtsmedizinischen Publikationen der letzten Jahre, so wird die Auffassung von Gerchow zwar häufig zitiert, aber letztlich nur halbherzig rezipiert, wie etwa von Trube-Becker: „Die Schwangere will die Schwangerschaft nicht wahrhaben und hofft bis zuletzt auf ein ‘Wunder’“ (Trube-Becker 1975:9). Ihre Tabelle 8 listet 82 „Motive und Schutzbehauptungen“ auf, von denen nur 12 als Verdrängung interpretiert werden können. Forster führt unter dem Zwischentitel „Einreden der Kinds-

mutter einschließlich möglicher Fehlerquellen bei der Begutachtung“ mit unverkennbarer Skepsis u.a. Ohnmacht und Unwissenheit auf, die für ihn „häufig lediglich Schutzbehauptungen“ sind (Forster 1986:217).

Empirische Studien zur Kindestötung unter der Geburt

Besonderes Interesse verdienen die bisher veröffentlichten empirischen Untersuchungen zum Thema: Beschränkt man sich auf Studien der letzten 40 Jahre, so wird erkennbar, daß insbesondere die detaillierten Einzelfallanalysen (Gerchow 1957; Hirschmann 1958) zu Hypothesenbildungen Anlaß gaben, die noch heute Bestand haben. Dies gilt sowohl für die von Gerchow meisterhaft dargestellten psychologischen Vorgänge von der Überraschung bis hin zur Überforderung in der Gebärsituation und daraus abgeleitete Überlegungen zur Verdrängung und Verheimlichung der Schwangerschaft als sich überlappende Abwehrmechanismen, wie auch die von Hirschmann und Schmitz (1958) sehr einleuchtend herausgearbeitete Charakterisierung der Kindestötung als einem „Konvergenzdelikt“ (Tab. 1).

Alle späteren Autoren orientieren sich an diesen Vorgaben, kommen aber zu schwer vergleichbaren Ergebnissen: Faust (1967) weist die Möglichkeit einer 'Schwangerschaftsverdrängung' zurück, es handele sich durchweg um Verheimlichungen; Rodegra (1981) geht auf 'Verdrängung' nicht näher ein, verwendet aber für seine Unterteilung der Verheimlichung Gerchows Konzept der 'Schwangerschaftsverdrängung'; Trube-Becker (1975) setzt wiederum 'Verdrängung' als Hauptmechanismus der Erlebnisabwehr (im Sinne von Gerchow) grundsätzlich voraus, diskutiert die (von Gerchow angenommenen) Übergänge zur Verheimlichung allerdings ebenso wenig wie Püschel in einer neueren Arbeit (Püschel 1988). Wenig überzeugend sind daher auch die verschiedenen Modelle zur Motivlage: Faust (1967) hält die Durchdringung der motivationalen Zusammenhänge für kaum möglich, Trube-Becker (1975) verweist sogar wieder auf „Ehrennotstand“ und „Angst vor Schande“ wie auch Rodegra (1981), der wirtschaftlichen Gründen und dem Schamgefühl eine „dominierende Rolle“ zuschreibt (Tab. 1).

Material und Methode der Kieler Verbundstudie

Im Rahmen der konzeptionellen Planung einer empirischen Studie über 'Schwangerschaftsverdrängung' und Schwangerschaftsverheimlichung mit nachfolgender Kindestötung unter der Geburt (§217 StGB) war zunächst zu überlegen, welche Kriterien bei der Rekonstruktion des Schwangerschaftsverlaufes überhaupt dazu berechtigen würden, um die Erlebnisverarbeitung der 'Verdrängung' anzunehmen.

Man müßte mindestens fordern:

1. Subjektive Gewißheit der Schwangeren, nicht schwanger zu sein.
2. Fehlen von Schwangerschaftszeichen oder – falls vorhanden – subjektiv hinreichende Umdeutungen.
3. Unbefangener Arztbesuch bei schwangerschaftstypischen Beschwerden, wie z.B. Rückenschmerzen.

4. Unbefangenheit in sozialen Situationen, die zu einer Aufdeckung führen könnten (z.B. Schwimmbadbesuche, Sport, Kleideranproben).
5. Bei bestehender Partnerschaft unverändertes Sexualverhalten, wie etwa Kohabitationen in gewohnter Art und Häufigkeit mit praktizierter Empfängnisverhütung, sofern kein Kinderwunsch vorhanden ist.
6. Zu keinem Zeitpunkt Gedanken an Schwangerschaftsabbruch.
7. Jegliches Fehlen von Geburtsvorbereitungen.
8. Verknennung der einsetzenden Wehen und Überraschtwerden von der Geburt.

Berücksichtigt man das grundsätzliche Dilemma der forensischen Medizin, für objektives und subjektives Tatgeschehen keine prospektiven, sondern nur retrospektive Analysen durchführen zu können und entsprechend in erster Linie auf Aussagen und die sogenannten stummen Tatzeugen angewiesen zu sein, so wäre diese Kriteriaologie noch der objektivste Maßstab für die Klinik der 'verdrängten' Schwangerschaft und eine sinnvolle methodische Vorgabe für die Forschung.

Will man induktiv vorgehen, so bedarf es zur Fallanalyse und empirischen Überprüfung einer ausreichend großen Fallzahl. Entsprechend den Angaben über die Häufigkeit von Kindstötungen aus der polizeilichen Kriminalstatistik bewegt sich die Anzahl der Ermittlungen wegen § 217 StGB in den alten Bundesländern für die Jahre 1980 bis 1989 zwischen 18 und 38 Fällen, jahresdurchschnittlich sind es 23 Fälle (Abb. 2).

Daher ist bei 30 Rechtsmedizinischen Instituten in den alten Bundesländern *pro Jahr mit weniger als einem Fall* zu rechnen, so daß nur auf dem Wege einer überregionalen Studie eine ausreichend große Ausgangsbasis für eine empirische Untersuchung geschaffen werden konnte.

Schon bei den Vorgesprächen zeigten alle Direktoren der (west-) deutschen Institute für Rechtsmedizin ein uneingeschränktes Interesse und eine dankenswerte Kooperationsbereitschaft, so daß letztlich nur Termine und Details des Datenschutzes abgeklärt werden mußten. 26 von 30 Instituten stellten uns ihre anonymisierten einschlägigen Sektionsprotokolle der Jahre 1980 bis 1989, oft mit handschriftlichen Aufzeichnungen über eigene Beobachtungen oder polizeiliche Ermittlungen, zur Verfügung. In 4 Instituten enthielten die Sektionsbücher keine entsprechenden Eintragungen, wegen zweier verspätet eingegangener Unterlagen erhöhte sich die Ausgangszahl von 211 (vgl. Thomsen 1992) auf 213 (vgl. Bauermeister 1994). Weil 76 Mütter nicht ermittelt werden konnten (Aufklärungsquote 66%), reduzierte sich die Zahl auf 137, von denen wiederum nur 98 mehr oder meist minder vollständige Angaben zur Vorgeschichte, Geburt und den Tatumständen enthielten. Dem großen Interesse der rechtsmedizinischen Mitarbeiter an dieser Thematik ist es zu verdanken, daß auch weiteren Fragen über das unmittelbare staatsanwaltliche Interesse an der Todesursache hinaus nachgegangen werden konnte. Zusätzliche Dokumente wie Vernehmungsprotokolle, handschriftliche Notizen aus den Gerichtsverhandlungen, Lebensläufe, psychiatrische Gutachten, Anklageschriften und Urteile summierten sich zu einem interessanten Subfundus von genau 50 Fällen, die auch über die juristische Problematik Aussagen erlauben (Abb. 4).

Auch wenn diese nunmehr vollständigen Unterlagen noch nicht abschließend ausgewertet werden konnten, so zeigt eine vorläufige Sichtung doch, daß die Ratlosigkeit der Juristen denen der Mediziner und Polizeibeamten in keiner Weise nachsteht. Nicht zuletzt dieser Hilflosigkeit gegenüber dem subjektiven und objektiven Tatbestand ist es wohl zuzuschrei-

n = 213		Sektionen von Neugeborenen unter § 217 - Verdacht
davon		
n = 137		Fälle mit ermittelter Mutter
davon		
n = 98		Angaben zur Schwangerschaftsverarbeitung
n = 42		verdrängte Schwangerschaften
n = 51		verheimlichte Schwangerschaften
n = 5		auch der Umgebung mitgeteilte Schwangerschaften
von den n = 98		
n = 50		mit vervollständigten Prozeßunterlagen
I.		
n = 23		Anklagen
n = 5		fehlende Anklagen
n = 22		Einstellungsbeschlüsse
II.		
n = 41		Gutachten zur Schuldfähigkeit
n = 3		Gutachten zu gynäkologischen Fragen
n = 6		Jugendamtsberichte
III.		
n = 50		Urteile bzw. Einstellungen

Abb. 4: *Kindstötung unter der Geburt (§ 217 StGB) – Daten der Kieler Verbundstudie aller Westdeutschen Institute für Rechtsmedizin über die Jahre 1980 bis 1989*

ben, daß fast die Hälfte der Ermittlungen zur Einstellung führten und allgemein die Bestrafungen erstaunlich milde ausfielen (nur zwei nicht zur Bewährung ausgesetzte Freiheitsstrafen). Schon vor der endgültigen Auswertung kann nur wenigen Verfahren attestiert werden, daß (nahezu) alles *lege artis* verlief; bei einigen sind nahezu allen Beteiligten (Angehörigen, behandelnde Ärzte, Polizei, Jugendamt, Aufsichtsbehörde, forensischer Pathologe und Gutachter, Staatsanwälte und Richter) zum Teil bemerkenswerte Fehlleistungen unterlaufen.

Obwohl wir uns wegen der unterschiedlichen Selektionsmerkmale und nicht zuletzt aus Datenschutzgründen mit einer 85%igen Erfassungsquote gegenüber der polizeilichen Ermittlungsstatistik begnügen müssen, halten wir unsere Zahlen für zuverlässig. Die 10 Mütter mit subjektiv und objektiv ehelichen Kindern wurden bewußt einbezogen, um eventuelle Unterschiede zwischen den nichtehelichen und ehelichen Schwangerschaften herausarbeiten zu können. Vom Forschungsansatz her stellen wir somit eine retrospektive Volluntersuchung vor, die aber trotz der genannten Einschränkungen in den wichtigsten Items als repräsentativ anzusehen ist.

Ergebnisse

Von den demographischen Daten unseres Kollektives werden nur die thematisch bedeutsamen erwähnt. Soweit es sich um unterschiedlich vollständige Datensätze handelt, werden

die einzelnen Merkmale in (aufgerundeten) Prozentanteilen aufgeführt. Das durchschnittliche Alter betrug 21,8 Jahre; die jüngste Mutter war 14, die älteste 42 Jahre alt. Vom Familienstand her waren 75% ledig, 25% verheiratet. 56% wohnten bei den Eltern, 27% bei ihrem Partner und nur 17% allein oder in einem Wohnheim. Knapp die Hälfte der Tatverdächtigen lebten mit Freund oder Ehemann zusammen; bei einem Drittel war der heimliche oder ehemalige Freund der Vater des Kindes. Nur in seltenen Fällen waren es nicht feste Beziehungen, die zur Schwangerschaft führten: flüchtige Bekanntschaften (12%) oder Inzest und Vergewaltigung (8%).

40% der Frauen befanden sich zum Tatzeitpunkt noch in einer Ausbildung, also in einer Lebensphase, in der sie noch in sozialer Abhängigkeit vom Elternhaus lebten, aber sich sozial schon langsam abnabelten, um auf eigenen Füßen zu stehen. Den nächstgrößten Anteil (25%) hat die Gruppe der Angestellten mit qualifizierten Ausbildungsberufen. Bei den 25% Arbeiterinnen überwogen die ungelernen oder angelernten Tätigkeiten ohne berufliche Qualifikation.

In Übereinstimmung mit allen Voruntersuchungen stellen auch bei uns die unterdurchschnittlich Begabten, beruflich und schulisch Unterqualifizierten die größte Gruppe dar. Jedoch findet sich dieses Delikt in nahezu allen Intelligenz- und Bildungsgraden.

In 82% wurde überhaupt kein Arzt während der Schwangerschaft aufgesucht. In 17% beschränkten sich die Untersuchungen im wesentlichen auf die Feststellung der Schwangerschaft, nur eine Frau ging regelmäßig zum Arzt und führte auch einen Mutterpaß, verheimlichte dennoch vor der häuslichen Umgebung ihre Gravidität.

Für aufschlußreich halten wir den Befund, daß nur zwei Drittel aller Mütter Erstgebärende waren. Bei 30% endete die zweite oder dritte Schwangerschaft mit der Kindestötung, die (je einmal sogar vier und fünf) vorhergehenden Schwangerschaften seien völlig unauffällig verlaufen; die Kinder wurden im Krankenhaus geboren und wuchsen im Familienkreis auf. Von den forensisch-pathologischen Befunden sei in dem Zusammenhang vor allem erwähnt, daß nach den Sektionsprotokollen 90% der Neugeborenen zwischen 3000 und 4000g wogen und 86% von den Obduzenten als reif eingestuft wurden – es sich also keineswegs um besonders kleine oder leichte Föten handelte (vgl. Thomsen 1992).

Daß die Tötung unter der Geburt eine lange (unbewußte?) Vorgeschichte hat und keineswegs das Produkt eines plötzlichen Einfalles oder eines kurzfristigen Tatentschlusses ist, wird auch dadurch deutlich, daß nur in wenigen Fällen, und dann auch nur sehr unvollständig, Geburtsvorbereitungen getroffen wurden, die eine komplikationsfreie Geburt und angemessene Versorgung des Neugeborenen gewährleisten hätten.

Diese Erkenntnis öffnet den Zugang zu der spezifischen Kriminalpsychologie dieses Deliktes und damit auch zum interessantesten Ergebnisteil dieser Untersuchung, nämlich zur faszinierenden Psychosomatik der verheimlichten oder 'verdrängten' Schwangerschaft. Denn von dem forensisch üblichen mehr oder weniger gekonnten Ableugnen, von der katathymen Verfälschung oder der 'Verdrängung' bis zur pseudologistischen Selbsttäuschung unterscheidet sich dieses Phänomen durch die zusätzliche Somatisierung im Verlaufe der fortschreitenden Schwangerschaft.

Aus der theoretischen und durch unsere Eingangskasuistik bestätigten Erkenntnis, daß zwischen nahezu unauffälliger Schwangerschaftsverarbeitung bis zur nicht bewußtseins-

dominanten Verdrängung alle Zwischenstadien vorkommen, wurde das Ausgangskollektiv von 98 Müttern nach den oben angegebenen 8 Kriterien untersucht, die zur Annahme einer 'Schwangerschaftsverdrängung' berechtigen würden. In 42 Fällen lagen entweder alle diese Kriterien vor oder es fehlten Hinweise, die gegen sie sprachen; so konnte etwa ein unverändertes Sexualverhalten in der Partnerschaft nicht gefordert werden, wenn eine solche nicht bestand. In den verbleibenden anderen Fällen wurde grundsätzlich von einer Verheimlichung der Schwangerschaft ausgegangen (n=51); in 5 Fällen fehlte mindestens gegenüber der näheren Umgebung jegliche Verheimlichungsabsicht.

Ein Vergleich zwischen den Müttern mit 'verdrängter' und verheimlichter Schwangerschaft zeigte hinsichtlich Alter, Wohnverhältnisse, Beruf/Ausbildung, Familienstand, Beziehung zum Kindsvater sowie Anzahl der Schwangerschaften keine auffälligen Unterschiede (vgl. Tab. 2, siehe Seite 88), so daß wirklich nur die subjektive Verarbeitung als entscheidende Bewertungsebene angesehen werden muß. So bestätigt sich auch das von Gerchow konstatierte Kontinuum vom (bewußten) „Kindesmord“ bis zur überraschenden Überforderungssituation mit extrem eingeeengten Handlungsfreiräumen. Diese Erkenntnis kann für das generelle Verständnis des bislang rätselhaften und zur Skepsis geradezu herausfordernden Phänomens der Kindstötung unter der Geburt von Bedeutung sein, aber auch eine Grundlage für den Gesetzgeber sowie für die richterliche Beweiswürdigung und nicht zuletzt für die gutachterliche Bewertung der Schuldfähigkeit abgeben.

Da unter forensisch-sexualmedizinischen und psychosomatischen Aspekten die – ohnehin wenigen – Fälle der bewußten und der Umgebung bekannten Schwangerschaft (n=5) von geringerem Interesse sind, sollen nur die 'verdrängte' und die verheimlichte Schwangerschaft diskutiert werden.

Forensische Phänomenologie der 'negierten' Schwangerschaft

Dem sogenannten 'gesunden Menschenverstand' scheint es unfäßlich, daß ein Neugeborenes mit normalen neonatologischen Daten und allen Zeichen der Reife bis zur Geburt im kleinen Becken einfach versteckt werden kann. Ähnlich schwer vorstellbar ist, daß eine Schwangere die Gewichtszunahme nicht bemerkt, oder auch, daß Schwangerschaftszeichen (wie etwa Sistieren der Regelblutung, Pigmentierung der Brustwarzen, morgendliche Hyperemesis usw.) ausbleiben sollen.

Dies gilt auch für die 51 Fälle der verheimlichten Schwangerschaft. Der werdenden Mutter war ihr Zustand bewußt, aber trotz gutmütiger oder spitzer Anspielungen auf die Gewichtszunahme haben sich erfahrene Mütter und nahe Angehörige trotz engen Zusammenlebens bei Tag und Nacht täuschen lassen, vielleicht sogar mitunter ganz gerne im Interesse des Familienprestige dem Wunschdenken nachgegeben. Straffe Bauchdecken oder Adipositas, weite Kleidung oder treuherzige Beteuerungen, sichtbar benutzte Tampons und blutverschmutzte Unterwäsche sind mehr oder minder bewußte Instrumentalisierungen, die in fast keiner dieser 51 Kasuistiken fehlen. Für die ersten 30 Gestationswochen noch nachvollziehbar, ist es danach schon ein erstaunliches Phänomen, die Biologie der Hochschwangerschaft mehr oder weniger erfolgreich zu verdecken.

Beherrscht allerdings eine strenge soziale Kontrolle das nähere und weitere Umfeld, dann entstehen Gerüchte und Gerüchte, denen die 'Heimlichtuerin' mit Dementis oder anderen Defensivstrategien begegnen muß. Dennoch lassen sich die Tuscheleien oft nicht zum

Tab. 2: Ergebnisse der Kieler Verbundstudie: Vergleich zwischen 'verdrängter' und verheimlichter Schwangerschaft

	Schwangerschaft 'verdrängt' (n = 42)	Schwangerschaft verheimlicht (n = 51)
1. Alter		
15-20 Jahre	53 %	60 %
21-30 Jahre	38 %	26 %
älter als 30 Jahre	9 %	14 %
2. Wohnverhältnisse		
mit Eltern	57 %	56 %
mit Ehemann/Freund	30 %	26 %
alleinlebend	13 %	18 %
3. Beruf/Ausbildung		
Sonderschülerin	6 %	3 %
Schülerin/Auszubildende	29 %	26 %
Angestellte	35 %	42 %
Arbeiterin/Hausfrau	24 %	23 %
Anderes	6 %	6 %
4. Familienstand		
ledig	73 %	72 %
verheiratet	24 %	25 %
geschieden/getrennt	3 %	3 %
5. Beziehung zum Kindesvater		
aktuelle Partnerschaft	68 %	63 %
ehemalige Partnerschaft	9 %	23 %
flüchtige Bekanntschaft	18 %	10 %
Anderes	5 %	4 %
6. Anzahl der Schwangerschaften		
Erste	66 %	63 %
Zweite	22 %	21 %
Dritte und mehr	12 %	16 %

Verstummen bringen. Gar nicht so selten gelingt es den verheimlichenden Schwangeren, dem Partner gegenüber prekäre Intimsituationen zu meistern, um ihre Schwangerschaft zu verbergen. In den Strafprozessen wird allerdings nur selten derartigen Ermittlungsergebnissen von den (männlichen oder weiblichen) Gerichtsvorsitzenden nachgegangen und auch in den psychiatrischen Gutachten kaum kritisch erörtert. Die unübersehbaren, ängstlich-abschirmenden Verheimlichungstendenzen dürften aber doch zum generellen Mißtrauen der forensischen Pathologen beigetragen haben, das sich in der Skepsis der Rechtsmediziner gegenüber „Schutzbehauptungen“ niederschlägt. Unbestreitbar zeigt jedoch die verheimlichte Schwangerschaft, wie stark die Psyche unseren Körper formen kann, wie weit sie auf Hormon- und Wasserhaushalt, auf den Muskeltonus, das gesamte Vegetativum und Verhalten Einfluß ausüben kann. Ein Gynäkologe berichtete äußerst anschaulich, daß sich

12 Tage vor der Geburt wurden wegen geschwollener Füße während eines viertägigen stationären Aufenthaltes Massagen mittels eines Spezialgerätes verabreicht, ohne daß eine Schwangerschaft festgestellt wurde. Freitagabend um 20.15 Uhr nach dem Abendessen hört der vor dem Fernseher sitzende Ehemann seine Frau zwischen Schlaf- und Badezimmer hin und hergehen. 3 Minuten später eilt auf einen Ruf hin der Mann ins Bad, wo die Ehefrau bleich, verwirrt und ratlos auf die Toilettenschüssel weist, in der das Neugeborene liegt und sich nicht mehr bewegt.

Die Adipositas in diesem Falle ist aber keine hinreichende Erklärung, denn in einem Parallelfall war die Mutter eher überschlanke, wog 55kg, war früher sogar einmal anorektisch gewesen. Die Periode war schon immer unregelmäßig gewesen, so daß die 33-Jährige nach 10 Jahren Ehe nicht mehr ernsthaft mit einer Schwangerschaft rechnete. Drei Tage vor der Geburt Rücken- und Bauchschmerzen. Der herbeigerufene Notdienstarzt mit einem begleitenden Medizinstudenten im Praktischen Jahr untersuchte den Leib und trotz des getasteten „Knubbelchens“, auf den die Patientin hinwies, lautete die Diagnose „Völlegefühl“. Der begleitende Medizinstudent tastete ebenfalls den Bauch ab und äußerte „irgend etwas ist da nicht in Ordnung“. Man verordnete ein Spasmolytikum, das die Schmerzen beendete, die sich dann aber nachts wieder so heftig einstellten, daß der gleiche Arzt nochmals den Bauch abhörte, allerdings trotz des Hinweises, es schmerze vor allem zwischen den Beinen, nicht gynäkologisch untersuchte. Zwei Tage später mußte die gynäkologisch vorgebildete Vertreterin des Hausarztes gerufen werden, die ohne Untersuchung eine krampflösende Injektion gab, obwohl die Patientin angab, sie fühle zwischen den Beinen „ein großes Geschwulst“.

Als dann die kolikartigen Schmerzen weiter zunahmen, eilte der Hausarzt herbei, der aber nur noch ein totes Kind mit einem Gewicht von 2500g vorfand. Kolleginnen, Mutter und Geschwister hatten nichts von der Schwangerschaft bemerkt; der Ehemann hat gegen die Ärzte Klage eingereicht, die ihrerseits nicht fassen konnten, daß eine Frau nichts von ihrer fortgeschrittenen Schwangerschaft wisse.

Wer will an der Arglosigkeit zweifeln, wenn in 10 Fällen kurz vor der Geburt Ärzte aufgesucht oder zu Besuchen gebeten und eine gründliche Untersuchung veranlaßt wurde. Ein Arzt diagnostiziert eine Zystitis, schickt die Patientin nach Hause, wo sie wenige Stunden später gebiert und das Kind tötet.

Eine 17-Jährige springt im Turnunterricht vor ihren Mitschülerinnen und mit Unterstützung der Turnlehrerin 5 Tage vor der Geburt auf dem Trampolin ohne aufzufallen.

Diese Auflistung der geradezu grotesken Unglaublichkeiten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt ist keineswegs vollständig und läßt sich in Einzelfällen auch auf das nicht realisierte Geburtsgeschehen erweitern (vgl. Naujoks 1957).

Frauen verfügen also prinzipiell über die Möglichkeit, eine Schwangerschaft psychosomatisch so zu „dissimulieren“, daß sie den Blicken der Umgebung verborgen bleibt und auch den untersuchenden Ärzten nicht auffällt.

Den intensivsten und intimsten Kontakt mit dem graviden Körper haben aber sicherlich die Sexualpartner. Diese müßten doch – so könnte man annehmen – auf jeden Fall etwas mitbekommen.

Die forensische Sexualmedizin muß diese androzentrische Meinung zurückweisen. In den letzten 4 Tagen der Schwangerschaft haben mindestens vier Sexualpartner (unter Einbeziehung der letzten 2 Wochen zehn Männer) beim Koitus keine Veränderung bemerkt.

Sicherlich gehört zur Psychologie der Intimsituation eine gewisse psychomentele Regression und Herabsetzung der sensorischen Wahrnehmungsqualitäten. Kritisch anzumerken ist auch, daß die entsprechenden Aussagen sich nur auf die Tatsache der stattgehabten Kohabitation beschränkten und nicht sexualmedizinisch konkretisiert wurden. Angesichts der glaubhaften Angaben der Intimpartner, denen man ihr staunendes Kopfschütteln über sich selbst abnehmen muß, scheint die Erklärung überzeugender, daß die innerpsychisch nicht programmierte Schwangerschaft nicht realisiert wird, – daß die Mutter nicht weiß, was sich in ihrer Gebärmutter tut. Wenn dies überhaupt möglich ist, wenn trotz fortschreitender Entwicklung der Leibesfrucht die weibliche Leib-Seele-Einheit inkongruent auf die Schwangerschaft reagiert, dann dürfte dies auch für das Vegetativum gelten. Dann wird auch die Hypothese überflüssig, die persistierenden Menstruationen seien mit psychogenen oder hysterischen Diapedesis-Blutungen zu erklären, oder die Pigmentierung, die Hyperemesis, das Chloasma werden psychogen verdrängt. Die unvollständige Umstellung kann sogar konstitutionell mitbedingt sein, wofür die Aussagen einiger Mütter der Schwangeren sprechen, auch sie hätten erst spät, im 6. oder 8. Monat die Schwangerschaft wahrgenommen. Dann sind auch subjektiv überraschende Sturzgeburten in wenigen – meist 10 bis 15 – Minuten und auch die häufige 'instinktiv' eingenommene Hockstellung auf der Toilette ebenso glaubhaft wie die Beobachtung, daß zwar rhythmische Schmerzen im Rücken und kolikartige Spasmen im Bauchraum auftreten, aber nie Schmerzensschreie oder Gewimmer aus Bad- oder Schlafzimmer nach außen dringen. Sehr überraschend ist auch die häufig noch erhaltene Handlungsfähigkeit und Zielstrebigkeit unmittelbar nach der Geburt.

Diskussion

Was dem Menschen unverständlich ist, das versucht er zu erklären. So liegt es nahe, analoge Phänomene heranzuziehen, um Hypothesen zu einer Theorie zu verfestigen.

Die psychosomatische Leugnung der Schwangerschaft ist das Gegenstück der eingebildeten Schwangerschaft, der „grossesse nerveuse“, bei der ein aus unbewußten Persönlichkeitsanteilen aufkommender Kinderwunsch fast die gesamte Symptomatik der Schwangerschaft hervorrufen kann, und zwar so ausgeprägt, daß auch Ärzte und Medizinstudenten getäuscht werden, die den Uterusstand unter dem Nabel tasten, Kindesbewegungen erkennen wollen, Herztöne hören, bis (früher) der erfahrene Oberarzt im Kreissaal bzw. (heute) Schwangerschaftstest oder Ultraschall, die liebenswerte bis hysteriform anmutende, aber wohl eher eine instinktive Regression symbolisierende Illusion auflösen – klinischen Erfahrungen zufolge allerdings nicht nachhaltig (vgl. Condru 1965). Man kann auch formulieren, daß die autosuggestive Überzeugung stärker bleibt als die nicht erfolgte Zeugung.

Die realen Auswirkungen der „grossesse nerveuse“ sind meist auf die Patientin und deren psychagogische Betreuung beschränkt. Führt sie allerdings zu 'Kindesunterschlebung' und Entführung fremder Kinder aus geburtshilflichen Stationen, so macht eine verständliche Anfangsempörung bald einem mitleidigem Verständnis Platz und läßt das Strafrecht als unangemessen erscheinen.

Ein analoger Irrationalismus könnte bei der „grossesse occultée“ – so müßte man analog das Phänomen der 'verdrängten' Schwangerschaft nennen – vorliegen, der an vormenschliche Seinsebenen denken läßt, so als ob die Natur die Kultur in uns zurückdrängt und 'animalisches', sich medial ereignendes Verhalten zum Vorschein bringt.

Ein psychodynamisches Konzept: Reproversion und reproverse Symptombildung

Ein tiefenpsychologisch orientiertes Konzept zum Verständnis der 'negierten' Schwangerschaft enthält die Monographie von Beier (1994), in der die Auffassung entwickelt wird, daß derart irrational anmutende Erscheinungsformen gestörter weiblicher Reproduktion eine Art 'weibliche Analogie' zu den Irrationalismen gestörten männlichen Sexualverhaltens vor allem im Bereich der Perversionen sein könnten.

Beim Konfliktverarbeitungsmodus der Perversion kommt es – nach derzeitigem Verständnis – mit dem Ziel der Stabilisierung einer brüchigen männlichen Identität zur Forcierung sexueller Impulse (Abb. 5). Eine hypothetisch angenommene Analogie bei der Frau hätte allerdings den einen Unterschied, der sich aus biologisch-funktionalen Aspekten, also von der Organausstattung erklärt, daß nämlich die Stabilisierung einer brüchigen weiblichen Identität viel eher zu erwarten wäre, wenn es zu einer Forcierung reproduktiver Impulse kommt. Die Konflikte sind dann im Bereich der Reproduktion thematisiert – und nicht, wie bei der Perversion, im Bereich der Sexualität. In sprachlicher Analogie zur Perversion kann man dies als *Reproversion* bezeichnen (Abb. 6).

Auch die 'negierte' Schwangerschaft wird verständlicher, wenn man bedenkt, daß im Zuge der körperlichen (weiblichen) Sexualentwicklung die auf Reproduktion angelegte weibliche Organausstattung auch psychisch integriert werden muß und wie jede intrapsychische Verarbeitung diese Aufgabe gelingen, aber auch fehlgehen kann und sich dann eine psychische Hintergrundproblematik, z.B. ein gestörtes Selbsterleben oder eine defizitäre

«Perversionen sind – metapsychologisch gesehen – in aller erster Linie Funktion. Diese Funktion läßt sich am besten als Plombe, als Pfropf, als ein heterogenes Gebilde beschreiben, das die Lücke schließt, die eine fehlgegangene narzißtische Entwicklung geschaffen hat. Dank dieser Plombe wird die Homöostase im narzißtischen Bereich ermöglicht und aufrechterhalten.»

(Fritz Morgenthaler 1987, S. 29)

Diese «Plombenbildung» betrifft bei Männern in erster Linie den Bereich der Sexualität – perverser Verarbeitungsmodus:

Defizitäre psychische Entwicklung des Selbstsystems mit strukturellen Mängeln



Störung des Selbsterlebens:

Brüchige (männliche) Identität und damit verbundene Ängste



Angstbesetzte reife genitale Sexualität – Aggressionsproblematik – Beziehungsproblematik



Forcierung sexueller Impulse als Abwehrmechanismus: Einseitige Betonung (nicht integrationsfähiger) sexueller Wünsche.



Kompensation des psychischen Haushaltes und Stabilisierung des Selbstsystems; die Konflikte sind in der Sexualität thematisiert und dort ausreichend gebunden.

Abb. 5: Konfliktverarbeitungsmodus der Perversion

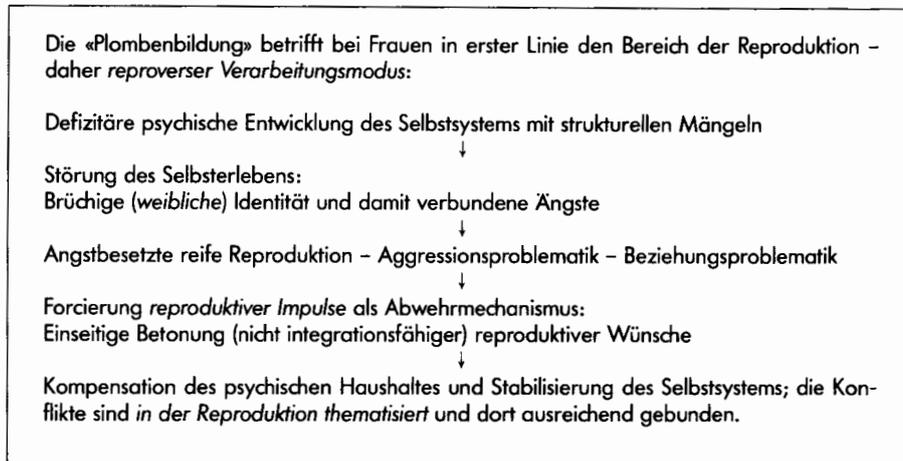


Abb. 6: Konfliktverarbeitungsmodus der Reversion

Identitätsbildung bei der Frau im reproduktiven Bereich äußern kann, ganz vergleichbar dem Mechanismus, der nach klinischer Erfahrung von Männern mit perversen Symptombildungen als einer Verlagerung von Konflikten ins Sexuelle bekannt ist (vgl. Beier 1994).

Um dies zu verdeutlichen, soll noch ein letztes Mal der eingangs erwähnte Fall jener 18jährigen Gymnasiastin herangezogen werden, da deren biographische Anamnese einige bemerkenswerte Details enthält:

Als (geschwisterloses) Kleinkind hatte die (Gutachten-)Patientin ein besonders inniges und herzliches Verhältnis zum Vater, der sich in seiner Freizeit intensiv um sie kümmerte. Sie war 2 1/2 Jahre alt, als der Vater an Hodenkrebs erkrankte und fortan häufig ins Krankenhaus mußte. Hinzu kam, daß sie nur ganz selten ihren Vater im Krankenhaus besuchen durfte, der schließlich verstarb, als sie 6 Jahre alt war. Sie wurde in dieser Zeit von den Großeltern betreut, da die Mutter arbeitete; häufig war sie bedrückt und weinerlich. Während der Grundschulzeit hat sie in Gesprächen und auch in Aufsätzen so getan, als ob ihr Vater noch lebt und phantasievoll berichtet, was er beruflich macht, was sie gemeinsam zu Hause spielen und erleben. Sowohl die Lehrer als auch die Mutter, die es ja anders wußten, haben nie den Versuch unternommen, in diesem Punkt auf das Kind einzuwirken, sondern es in seiner Phantasiewelt belassen. Die Mutter heiratete später einen ebenfalls verwitweten Mann, der aus seiner ersten Ehe zwei bereits ältere Kinder mitbrachte. Das Verhältnis zu den Stiefgeschwistern war sehr gespannt, vor allem weil diese eifersüchtig die wohlmeinenden Annäherungen ihres Vaters an das fremde Kind überwachten. Nachdem sie durchweg gute schulische Leistungen geboten hatte, ging sie aufs Gymnasium, blieb dort einmal sitzen und zog sich sehr zurück, als ihr erster Freund (beide 16 Jahre alt) sich von ihr abwandte. Sie nahm stark an Gewicht zu und war nur noch schwer zugänglich. Ihr zweiter Freund war dann der Vater des Kindes, von dem sie sich aber auch im Stich gelassen fühlte, als dieser sich trennte („alles was ich liebe, verliere ich immer!“).

Überlegungen zur Psychodynamik

Zugrunde liegen könnte eine ödipale Problematik: Bis zur Krankheit des Vaters glücklich und ausgelassen (Angaben der Mutter!), ist die Ich- bzw. Selbstentwicklung der Tochter seit seiner Erkrankung sehr beeinträchtigt. Sie kann ihre Rolle in der Familie nicht mehr richtig

lokalisieren. Der Übergang zur Dreiecksbeziehung Vater-Tochter-Mutter – mit einer intensiveren Entwicklung der Phantasie verbunden, um diese konfliktreiche ödipale Konstellation durchleben zu können – ist ihr durch äußere Umstände verwehrt. Umstände, die sie aber nicht verstehen kann und aufgrund ihrer Phantasiebildung möglicherweise einer anderen Bewertung unterzieht. Die aggressiven Impulse gegen die Mutter werden noch durch äußere Umstände gefördert: Diese darf ins Krankenhaus, sie selbst nicht. Ihre inzestuösen Wünsche als Durchgangsstadium einer stabilen Geschlechtsidentität sind – so könnte sie es phantasiert haben – mit größten Bestrafungen gegenüber dem Vater verbunden. Ihr Wunsch wird zu seinem Untergang – möglicherweise hat die Mutter alles bewirkt, um ihn (und sie) zu bestrafen (der Vater hatte Hodenkrebs!). So könnte es zu einer fundamentalen Verunsicherung ihres weiblichen Identitätsgefühls gekommen sein, weil der unbewußte Wunsch, mit dem Vater ein Kind zu bekommen, welcher ja als in der ödipalen Phase verortet gedacht wird, weit über die 'normalen' Ängste hinaus zu einer Konkretisierung der schlimmsten infantilen Phantasien geführt haben könnte, indem der Vater dies nicht überlebt. Da sie weiß, wie sehr der Vater sie liebt, kann für sie nur die Mutter als 'Aggressor' in Frage gekommen sein. Um aber weiterhin mit der Mutter eine emotional tragfähige Beziehung eingehen zu können, kann sie nur die (dieser unterstellten) phantasierten Aggressionen gegen sich verleugnen. Dies geschieht dadurch, daß sie den Tod des Vaters verleugnet. Die neurotische Scheinlösung wäre dann folgende: Mein Vater ist gar nicht gestorben, also ist die Mutter auch lange nicht so böse und mit Haß gegen mich erfüllt, wie ich befürchte.

Ähnlich, wenn auch nicht so drastisch, bewältigt sie enttäuschend verlaufende Beziehungen – sie schützt sich durch Kummerspeck, verschließt sich. In der genitalen Intimität mit dem Vater des Kindes wird der ödipale Konflikt aktualisiert und der inzestuöse Wunsch wiederbelebt, einschließlich der quälenden Vorstellungen, daß dies mit großer Strafe verbunden ist und darum nie wahr werden darf. Wenn aber der (phantasierte) Haß (der Mutter) den Erzeuger des Kindes nicht existentiell bedrohen kann (wie ehemals den Vater), dann bleibt praktisch nur die Wendung der mütterlichen Aggression gegen sie selbst, bzw. die Leibesfrucht. In ihrem psychischen Haushalt gibt es jetzt nur noch die Möglichkeit des phantasierten Ungeschehen-machen-wollens, was ja bereits im Hinblick auf den (von ihr verdrängten!) Tod des Vaters funktioniert hat und eine Schonhaltung der Mutter nach sich zog. So erreicht sie durch die realisierte Schwangerschaft, daß ihre Defizite in der Selbstentwicklung, ihre brüchige weibliche Identität, einschließlich der mit dieser verbundenen Ängste, kompensiert werden können; diese Kompensation geschieht, indem unter Zuhilfenahme von Verdrängungsmechanismen eine Lösung gefunden wird, die sowohl den Beweis der weiblichen Integrität erlebbar, als auch die damit phantasierte Bestrafung aushaltbar macht. In der Phase der Schwangerschaft geht es ihr gut, sie ist psychisch stabilisiert, keinem fällt etwas auf. Die Dekompensation erfolgt erst mit der Geburt, bzw. dem Tod des Kindes, das sie vergeblich zu retten versuchte – ihre Strafe hat sie doch ereilt. Wieder schützt sie sich durch Verdrängen: Fortan ist sie für keinen mehr ansprechbar auf dieses dramatische Ereignis, berichten kann sie nur über den objektiven Tathergang (Beier 1994:43-45).

Es bedarf hier der besonderen Hervorhebung, daß diese Hypothesenbildung sich auf Angaben von Tochter und Mutter stützt, die im Rahmen einer Begutachtung gewonnen wurden und nicht aus einer tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie oder einer Psychoanalyse der Betreffenden stammen. Dabei wird aber wieder eine Besonderheit erkennbar: Es wird wohl kaum ein Zweifel daran bestehen, daß ein in der Gesamt-

persönlichkeit derartig desintegriertes Erleben von Schwangerschaft und Geburt eine behandlungsbedürftige Störung darstellt, zumal bei glücklichem Ausgang der 'Schwangerschaftsnegierung' (d.h. bei lebendem Kind) damit gerechnet werden muß, daß die Mutter-Kind-Beziehung hiervon betroffen sein könnte, wenn das Kind nicht zur Adoption freigegeben wird. Im Falle der forensischen Gutachtenpatientin mußte die Erfahrung gemacht werden, daß die angebotene Psychotherapie nicht angenommen wurde. Das Angebot erging dabei vor der wirklich bestürzenden Wiederholung der gesamten Symptomatik, die erneut ein Menschenleben hätte kosten können. Auch hierin besteht eine Analogie zur perversen Symptombildung: Bei ich-fremden Einbau der Symptomatik ist ein therapeutischer Zugang nur sehr schwer möglich. Inwieweit aber die Interpretation der 'Schwangerschaftsnegierung' als reprovener Symptombildung aufrechterhaltbar sein wird, ist von weiteren Untersuchungen, insbesondere bei den klinischen Patientinnen abhängig.

'Negierte' Schwangerschaften in der Klinik

Ausgehend von der sexualmedizinischen Erfahrung, etwa bei sadistischen und fetischistischen Symptombildern, daß der forensische Aspekt oft nur einen engen Ausschnitt erfährt und dem Gesamtphänomen keineswegs gerecht wird, erbrachten Anfragen bei Geburtshelfern zahlreiche und ähnlich erstaunliche Kasuistiken, aber eben meist mit glücklichem Ausgang, d.h. mit lebendem Kind. Die extremste 'Negierung' ging soweit, daß die Mutter unmittelbar nach der Geburt das Neugeborene zurückwies mit den Worten „Ich habe nicht geboren! Das ist nicht mein Kind!“. Sie realisierte also nicht einmal nach der unmittelbar stattgehabten Geburt ihr Kind und ihre Schwangerschaft.

Tatsächlich gibt es aus dem Bereich der Geburtsmedizin auch über Einzelfallberichte hinausgehende klinische Beobachtungen bei Patientinnen, die in einer schwangerschaftsüberdauernden subjektiven Gewißheit, nicht schwanger zu sein, meist ihre Wehentätigkeit fehlinterpretierten und ratlos-besorgt einen Arzt konsultierten, um schließlich zur eigenen und ärztlichen Überraschung, dann aber unter kontrollierten Bedingungen zu gebären (Wessel 1990; Brezinka 1991, Brych 1992). Dabei fällt auch bei diesen Studien auf, daß keineswegs überwiegend junge Patientinnen betroffen sind. Fast die Hälfte, bei Brych (1992) sogar mehr als die Hälfte der Frauen waren Plurigravidae und nur ganz wenige nicht partnerschaftlich gebunden. Die Aufhebung der 'Negierung' erfolgte meist in Terminnähe, nicht jedoch in der Studie von Brezinka (1991), wo allein 12 von 27 Patientinnen zwischen der 26. und 36. Schwangerschaftswoche diagnostiziert und anschließend weiter betreut wurden. Die Angaben von Brezinka nehmen auch insofern eine Ausnahmestellung ein, als über eine „50prozentige Rate an Beckenendlagen“ (1991:1040) berichtet wird.

Alle Autoren stimmen darin überein, daß in den meisten Fällen keine schwangerschaftstypischen Beschwerden aufgetreten waren und fast die Hälfte der Patientinnen persistierende menstruationsähnliche Blutungen angaben, in der Studie von Wessel (1990) sogar mehr als zwei Drittel (vgl. Tab. 3).

Für das Auftreten menstruationsähnlicher Blutungen während der Schwangerschaft fehlen bisher überzeugende Erklärungen, sowohl hinsichtlich des morphologischen Substrats als auch zur Ätiologie (Sato 1971, Tosetti 1971, Wessel 1987, Wessel 1989). In der älteren Literatur (Knörr 1953) wurde für große Kollektive von zum Teil mehr als 10.000 Geburten für ein- und mehrmalige, zumeist schwächer verlaufende Blutungen zur Zeit der erwarteten

Menstruation eine Häufigkeit von 0,21% bis 3,75% angegeben und für ein- oder mehrmalige Blutungen mit der üblichen Periodenstärke und -dauer eine Häufigkeit von 0,05 bis 1,05%. Hier wurden ätiologisch Diapedeseblutungen uterinen Ursprungs angenommen, die auf Schwankungen des Follikel stimulierenden Hormons (FSH) bei ovarieller Dysfunktion oder einer generellen hormonellen Insuffizienz durch Kreislaufstörungen im Gefäßgebiet der Arteria hypogastrica auftreten könnten. Sicher handelt es sich nicht um „echte“ Zyklusblutungen und auch bei fortgesetzter Einnahme der Pille, über die mehrere Frauen mit 'negierter' Schwangerschaft berichteten, kann kaum eine pilleninduzierte Entzugsblutung ausgelöst werden, da die externe Hormonzufuhr im Vergleich zu der von der fetoplacentomaternalen Einheit produzierten Hormonmenge nur eine eher geringe quantitative Rolle spielt. Die subjektive Deutung regelähnlicher Blutungen als Monatsblutungen spielt bei der Aufrechterhaltung einer Schwangerschafts'negierung' vermutlich eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Mögen die von Wessel (1990) und Brych (1992) errechneten Häufigkeiten mit etwa einer 'negierten' Schwangerschaft auf 400 Geburten auch sehr hoch scheinen (Tab. 4), wären selbst bei einem Verhältnis von 1 zu 2000 Geburten und insgesamt 800.000 Geburten im Jahr in ganz Deutschland mindestens 400 klinische Fälle jährlich zu erwarten. Das wären um eine Zehnerpotenz mehr Fälle als diejenigen mit einem forensischen Nachspiel.

Umso wichtiger erscheint es, daß die Erkenntnisse der klinischen und forensischen Studien nicht das Schicksal der bahnbrechenden Ergebnisse von Gerchow vor 40 Jahren erleiden. Zwei Gründe berechtigen zum Optimismus: Unter forensischen Gutachtern und insgesamt in der Rechtsmedizin gewinnen anthropologische Aspekte zunehmend wieder an Bedeutung, wie auch immer mehr Geburtshelfer psychosomatisches Denken integrieren und praktizieren. Weiterhin gehen von der Frauenbewegung starke Impulse an den Gesetzgeber zur Reform des § 217 StGB aus.

Forensische Konsequenzen

Zumindest öffnet das faszinierende und vielschichtige Phänomen der verdrängten Schwangerschaft und Kindestötung einen einzigartigen Zugang zu dem eigenartigen Wesen Mensch – hier der Frau. Physiologie und Psychologie der verdrängten Schwangerschaft sind der Klärung und Erklärung einen Schritt näher gekommen.

Das kann und wird sich auch auf die bewertende Einfühlung und normative Beurteilung in Jurisdiktion und Legislative auswirken. Im juristischen Schrifttum ist nicht nur die Einordnung des § 217 StGB als selbständiges oder unselbständiges Sonderdelikt (mit seinen Konsequenzen für Beihilfe und Anstiftung zur eigenhändigen Begehung der privilegierten nicht-ehelichen Mutter) umstritten, sondern auch die Begründung der Privilegierung überhaupt. Trotz des stark herabgesetzten Strafrahmens bleibt die Kindestötung ein Verbrechen, so daß Versuch und sogar erfolglose Aufforderung mit Strafe bedroht ist. Pauschal und unwiderleglich wird trotz der geänderten Einstellung zum nichtehelichen Kind der Kindesmutter ein „notstandsähnlicher“ Ausnahmezustand zugebilligt, der sich unter der Geburt akzentuiert und (aus ärztlicher Sicht willkürlich und unzutreffend) teils als Erregung, teils als Depression bezeichnet wird.

Medizinischer und juristischer Konsens besteht offensichtlich in der gemeinsamen Annahme eines weitgehend verminderten Schuldvorwurfes. Deshalb ist auch die Ansicht von

Tab. 3: Empirische Studien zur 'negierten' Schwangerschaft (klinische Patientinnen)

Autor/Jahr Fallzahl	Wessel 1990 (n = 13)	Brezinka 1991 (n = 27)	Brych 1992 (n = 8)
Alter	16-41 Jahre; Gipfel bei unter 24jährigen und über 35jährigen	17-42 Jahre; Gipfel bei unter 22jährigen und über 35jährigen	15-32 Jahre
Bisherige Schwangerschaften	1. Grav.: n = 8 > 1. Grav.: n = 5	Keine Angaben	1. Grav.: n = 3 > 1 Grav.: n = 5 (davon ein Fall zweimaliger Schwangerschafts"verdrängung")
Familienstand	verheiratet: n = 5 feste Partner: n = 5 ohne Partner: n = 3	Keine Angaben	verheiratet: n = 1 ledig: n = 7 Partnerschaft: n = 8
Aufhebung der 'Negierung'	Terminnähe: n = 10 34.-36. Schwangerschaftswoche (SSW): n = 2 31. Schwangerschaftswoche: n = 1	Terminnähe: n = 8 zwischen 26.-36. SSW: n = 12 "bald nach der 20. SSW": n = 5 davon IVFT: n = 3	Terminnähe: n = 6 36. SSW: n = 1 31. SSW: n = 1 Sectio wegen intrauteriner Asphyxie bei vorzeitigem Blasensprung
Gewichtangaben zum Kind	Gesamtbereich: 1540g - 4250g < 2500g: n = 6 2500g-4000g: n = 5 > 4000g: n = 2	Keine Angaben	Keine Angaben
Perinatale Todesfälle	a) Fetopathia diabetica b) Hydrocephalus	Keine Angaben	Keine Angaben
Geburtsmodus	Spontangeburt: n = 9 Vakuumextraktion: n = 1 Sectiones: n = 3	Keine Angaben	Keine Angaben
Fehlende Schwangerschaftszeichen?	Persistierende menstruationsähnliche Blutungen: n = 9	Persistierende menstruationsähnliche Blutungen: n = 10	Keine Angaben
Konflikte?	Keine Angaben	Keine Angaben	gestörte Beziehung zur Mutter: n = 3 als Kind sexuell mißbraucht: n = 2 Angst vor Tod und Entstellung: n = 2

Tab. 4: Publikationen über 'verdrängte' Schwangerschaften (klinische Patientinnen) mit Häufigkeitsschätzungen)

Autor/Jahr	Fallzahlen	Terminologie	Häufigkeitsschätzungen
Wessel 1990	n = 13 Beobachtungszeitraum: 38 Monate	"verdrängte" Schwangerschaft	1 Fall auf 400 Geburten
Brezinka 1991	n = 27 Beobachtungszeitraum: 39 Monate	"negierte" Schwangerschaft	nein
Brych 1992	n = 8 Beobachtungszeitraum: 19 Monate	"verdrängte" Schwangerschaft	1 Fall auf 354 Geburten

Konow (1961) 'prima facie' bedenkenswert aber auch dogmatisch bedenklich, den § 217 StGB als Sonderfall einer Pauschalzubilligung des § 21 StGB, also einer pauschalen Strafminderung aufzufassen. Bedenklich deswegen, weil dann quasi von Gesetzes wegen die Anwendung einer nochmaligen Berücksichtigung von De- oder Exkulpierungsgründen unangebracht, ja widersinnig wäre, und nur bei zusätzlichen psychischen Belastungen, wie etwa Intoxikationen, koinzidierende Psychosen oder Schwachsinn in Frage käme. Diese Auffassung vertritt expressis verbis u.a. Forster (1986 : 208) in einer nicht unplausiblen, aber weder dogmatisch noch judikativ belegten Begründung. Forsters Ansicht würde die Schuldfähigkeitsgutachten mit ihren oft unorthodoxen Konstrukten und ausdehnenden Begriffsinterpretationen hinfällig machen. Nach der von Gerchow inaugurierten und von uns bestätigten Ansicht werden die Weichen zum fraglos vorhandenen Ausnahmezustand unter der Geburt zumindest bei der psychosomatischen Verdrängung schon 9 Monate vor der Tat gestellt und wären unter medizinisch-forensischem Aspekt eher als Einengung, als Besonnenheitsstörung trotz Rat- und Kopflosigkeit bei bestehender Handlungsfähigkeit und sogar Zielstrebigkeit einzuordnen. Die – wie hier erstmals gezeigt – notwendige Erweiterung auf die Klinik der 'verdrängten' Schwangerschaft, bei der zu (mutmaßlich) 90% durch glückliche Konstellationen des situativen Umfeldes das Kind am Leben bleibt, macht für die restlichen 10% der § 217 – Fälle einen generell unterstellten und verdrängten Tötungsvorsatz nunmehr noch fragwürdiger. Das gilt auch für Ärzte, denen wegen der nicht erkannten Schwangerschaft – jedenfalls nicht pauschal – diagnostische Behandlungsfehler vorgeworfen werden sollten.

Selbst wenn der Gesetzgeber der unseres Erachtens nicht schlüssigen Auffassung von Rump und Hammer (1994 : 69) folgen sollte und den § 217 StGB ersatzlos streicht, bleiben auch bei der Einbeziehung in den privilegierten Tatbestand des § 213 StGB die tatsächlichen Beurteilungsprobleme bei der ärztlichen Begutachtung und bei der beweiswürdigen Schuldbeurteilung bestehen.

Die normative Beurteilung kann nur dann wirklichkeitsnah erfolgen und dem allgemeinen Gerechtigkeitsgefühl entsprechen, wenn die Seins-Wissenschaften die 'bio-psycho-sozialen' Fakten einleuchtend aufarbeiten und zugleich geeignete Bewertungskriterien anbieten können.

Literatur

- Bauermeister, M.: Die Tötung Neugeborener unter der Geburt (Kindestötung § 217 StGB). Eine bundesweite Verbundstudie für die Jahre 1980 bis 1989. Med. Diss. Kiel 1993.
- Beier, K.M.: Weiblichkeit und Perversion. Von der Reproduktion zur Reproversion. Stuttgart: Fischer 1994.
- Böhmer, K.: Ohnmacht in der Geburt. Dtsch. Z. Gerichtl. Med. 1928;12:5-11.
- Condru, G.: Psychosomatik der Frauenheilkunde. Bern: Huber 1965.
- Brych, Ch.: Verdrängte Schwangerschaft. Die Hebamme 1992;5:124-125.
- Brezinka, Ch., Biebel, W., Kinzl, J., Huter, O.: Spät erkannte und negierte Schwangerschaft – Psychopathologie der Verdrängungsmechanismen und Auswirkungen auf die Geburt. Archives of Gynecology and Obstetrics, 1991;250:1039-1041.
- Dülmen, R. v. : Frauen vor Gericht. Kindsmord in der Frühen Neuzeit. Frankfurt: Fischer 1991.
- Faust, G.: Die Kindestötung. Eine kriminalbiologische Betrachtung aus der Sicht der Persönlichkeit und der Konfliktlage der Täterin. Med. Diss. Mainz 1967.
- Feuerbach, P. J. A.: Lehrbuch des allgemeinen in Deutschland gültigen peinlichen Rechts. Gießen: Heyers 1801.
- Forster, B.: Kindestötung (§217 StGB). In: Forster, B. (Hg.) Praxis der Rechtsmedizin, Stuttgart: Thieme 1986,208-219.
- Gummersbach, W.: Forensische Psychiatrie im nationalsozialistischen Deutschland: das Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin. In: Koenrad, F. (ed) Ziek of schuldig ? Twee eeuwen forensische psychiatrie en psychologie. Utrecht: Rodopi 1991,333-344.
- Gerchow, J.: Die Bedeutung der reaktiven Abnormisierung für die Beurteilung von Kindesmörderinnen. Med. Habil. Kiel 1954.
- Gerchow, J.: Die ärztlich-forensische Beurteilung von Kindesmörderinnen. Halle: Marhold 1957.
- Gerchow, J.: Fahrlässigkeit und bedingter Vorsatz als gerichtsarztliches Problem bei Kindestötungen. Dtsch. Z. Ges. Gerichtl. Med. 1964a;49:605-610.
- Gerchow, J.: Schwangerschaft und Geburt unter medizinisch-forensischen Aspekten des Kindestötung. Monatszeitschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 1964b;47:233-240.
- Haberda, A.: Zur Lehre vom Kindermorde. Beitr. gerichtl. Medizin 1911;1:38-159.
- Hirschmann, J., Schmitz, E.: Strukturanalyse der Kindesmörderin. Z. Psychother. med. Psychol. 1958,8:1-20.
- Knörr, K.: Regelähnliche Blutungen in der Schwangerschaft und ihre forensische Bedeutung. Zbl. Gyn. 1953;75:1809-11814.
- Konow, K.-O.: Die Bedeutung des § 217 im Rahmen der Vorschriften des StGB über die Tötungsdelikte. NJW 1961;19:861-862.
- Koopmann: Auswirkungen des § 51 RStGB in seiner Fassung vom 24. XI. 1933. Dtsch. Z. Ges. Gerichtl. Med. 1938;29:323-332.
- Naujoks, H.: Gerichtliche Geburtshilfe. Stuttgart: Thieme 1957.
- Pestalozzi, J.H.: Über Gesetzgebung und Kindermord, Wahrheiten und Träume, Nachforschungen und Bilder (1780). Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1910.
- Püschel, K., Hasselblatt, G., Labes, H.: Kindesmörderinnen: Meist geistig unreif. Eine Analyse unter kriminologischen Aspekten. Kriminalistik 1988;10:525-528.
- Rodegra, H.: Kindestötung und Verheimlichung der Schwangerschaft. Eine sozialgeschichtliche und medizinsoziologische Untersuchung mit Einzelfallanalysen. Herzogenrath: Murken-Altrogge 1981.
- Rump, A., Hammer, D.: Zur Verfassungswidrigkeit des § 217 StGB. NJW 1994;2:69-71.
- Sato, H., Yamane, K.: Menstruation during pregnancy. Lancet 1971;1:79.
- Thomsen, H., Bauermeister, M., Wille, R.: Zur Kindestötung unter der Geburt. Eine Verbundstudie über die Jahre 1980 – 1989. Rechtsmedizin 1992;2:135-142.
- Tosetti, K.: Blutungen in der Frühschwangerschaft. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1971;31:513-519.

- Trube-Becker, E.: Zur Kindestötung nach § 217 StGB. *Ärztin* 1975;10:3-14.
- Wahle, E.: Zur Privilegierung der Kindestötung (§§217 StGB, 136 E 1962. *Fam RZ* 1967; 4:542-547.
- Wessel, J.: Geburten bei vorher nicht bekannter Schwangerschaft – Schwangerschaftsverdrängung und menstruationsähnliche Blutungen in graviditate. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1987;47:850-853.
- Wessel, J.: Zum Phänomen der Schwangerschaftsverdrängung. *Arch. Gynec. obstet.* 1989;245: 1075-1076.
- Wessel, J., Dudenhausen, J.W., Schönegg, W., Schmidt-Gollwitzer, K.: Abgewehrte Schwangerschaftswahrnehmung. Zum Bild der Schwangerschaftsverdrängung. *Münch. Med. Wschr.* 132:376-380.

Anschriften der Autoren

Prof. Dr. med. Dr. jur. R. Wille, Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. K. M. Beier, Sexualmedizinische Forschungs- und Beratungsstelle am Klinikum der Universität Kiel, Arnold-Heller-Str. 12, D-24105 Kiel

Haeberle/Gindorf

Bisexualitäten

Ideologie und Praxis des Sexualkontaktes mit beiden Geschlechtern

Herausgegeben von Prof. Dr. Dr. Erwin J. HAEBERLE, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, BGA Berlin, und Rolf GINDORF, Deutsche Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Sexualforschung (DGSS), Düsseldorf
1994. Etwa 320 S., 36 Abb., 19 Tab., kt. etwa DM 98,-

Die Beiträge dieses Bandes von namhaften Sexualforschern aus verschiedenen Ländern beschäftigen sich mit dem Problem der Bisexualität beim Menschen. Im Einführungsteil wird ein Überblick zur Forschungsgeschichte vermittelt; die nachfolgenden Beiträge behandeln das Thema "Bisexualitäten" unter wissenschaftstheoretischen, historisch-gesellschaftlichen, psychologischen und klinischen Gesichtspunkten. Ziel der Beiträge ist es, falsche Annahmen und Voraussetzungen bewußt werden zu lassen und eine neue Standortbestimmung zu ermöglichen.

 GUSTAV
FISCHER

Erscheint etwa August 1994