



„Anonyme Geburt“ – Das „Moses-Projekt“ in Bayern

Eine Machbarkeitsstudie

Dr. Marina Rupp
unter Mitarbeit von
Sebastian Wiesnet und Lydia Kleine

„Anonyme Geburt“ – Das „Moses-Projekt“ in Bayern

Eine Machbarkeitsstudie

Dr. Marina Rupp
unter Mitarbeit von
Sebastian Wiesnet und Lydia Kleine

© 2007 Staatsinstitut für Familienforschung an der
Universität Bamberg (ifb)
D-96045 Bamberg
Hausadresse: Heinrichsdamm 4,
D-96047 Bamberg

Leiter: Prof. Dr. Hans-Peter Blossfeld
Tel.: (0951) 965 25 - 0
Fax: (0951) 965 25 - 29
E-Mail: sekretariat@ifb.uni-bamberg.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
1. Einleitung	8
2. Rechtliche Rahmenbedingungen	10
2.1 Rechtsposition des Kindes	10
2.2 Rechtsposition der Eltern	11
2.3 Das Anonymitätsrecht der Frau	11
2.4 Rechtsposition der Beratungskräfte	12
2.5 Veränderungsbestrebungen	13
3. „Anonyme Geburt“ und Kindesabgabe	15
3.1 Konzepte zur anonymen Elternschaft	15
3.2 Einrichtungen und Beratungsstellen	16
3.3 „Anonyme Geburt“ in Zahlen	18
4. „Anonyme Geburt“ im Spiegel der Forschung	19
4.1 „Anonyme Geburt“ in Deutschland	19
4.1.1 Untersuchung „Babyklappen und ‚Anonyme Geburt‘ “	19
4.1.2 Statistiken über Kindstötungen und Aussetzung	24
4.2 Erfahrungen in Österreich	29
4.3 Erfahrungen in Frankreich	32
4.4 Zusammenfassung	34
5. Das Moses-Projekt von Donum Vitae	36
5.1 Entstehung und Konzeption	36
5.2 Erfahrungen mit dem Moses-Projekt in Bayern	39
5.2.1 Einschätzung der Beratungsstellen	40
5.2.2 Die Perspektive der Betroffenen	43
6. Fazit	51
6.1 Zusammenfassung	51
6.2 Unbeantwortete Fragen	52
6.3 Skizze einer Untersuchung zur „Anonymen Geburt“	55
7. Literatur	57

Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

seit Jahren wird in Deutschland kontrovers über Babyklappe und „Anonyme Geburt“ diskutiert. Trotz der ungeklärten Rechtslage gibt es bundesweit rund 80 Babyklappen, etwa 130 Kliniken bieten sogenannte „Anonyme Geburten“ an. In Bayern hat sich seit 1999 bei den staatlich anerkannten Schwangerenberatungsstellen von Donum Vitae das Moses-Projekt etabliert. Es wendet sich an schwangere Frauen, die sich in einer extrem belasteten, subjektiv ausweglos erscheinenden Situation befinden. Diese Frauen sollen möglich frühzeitig erreicht werden, um ihnen durch qualifizierte Beratung Perspektiven für ihr Leben und das ihres Kindes zu vermitteln. Durch diese Unterstützung sollen Verzweiflungstaten wie die Aussetzung oder gar die Tötung des Kindes verhindert werden.

Verlässliches Zahlenmaterial zur Inanspruchnahme der unterschiedlichen Hilfeangebote gibt es nicht. Aber auch inhaltlich sind bislang viele Fragen offen, deren Beantwortung als Basis für eine gesetzliche Regelung der „Anonymen Geburt“ in Deutschland

erforderlich wäre: Welche Frauen können durch solche Hilfsangebote überhaupt erreicht werden? Warum reichen die vorhandenen Hilfeangebote wie Schwangerenberatung und Adoption offenbar nicht aus? Wie muss ein Angebot ausgestaltet sein, um Frauen in diesen besonderen Ausnahmesituationen bestmöglich helfen zu können? Dieser Mangel an Basisinformationen war für das Bayerische Familienministerium Anlass, eine Machbarkeitsstudie beim Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg in Auftrag zu geben. Die Studie soll grundlegende Erkenntnisse über die vorhandenen Angebote in Deutschland, insbesondere Bayern, und über die Erfahrungen in den Nachbarländern Österreich und Frankreich bringen sowie die bisherigen Ergebnisse des Moses-Projektes dokumentieren und auswerten.

Die vorliegende Machbarkeitsstudie ist nur ein erster kleiner Schritt, um dieses schwierige Feld weiter zu beleuchten. Auch reichen die wenigen untersuchten Fälle keineswegs aus, um eine valide Beurteilung der Problemanzeige zu ermöglichen. Doch stellt diese Studie eine Basis für eine weiterführende wissenschaftliche Untersuchung dar, die sich zum Ziel setzt, bundesweit neue Erkenntnisse zu erbringen, welche dann die Basis bilden können für eine ausgewogene gesetzliche Regelung, die auch dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung Rechnung trägt.

Die Studie zeigt unter anderem, dass die gesellschaftliche Einstellung gegenüber einer Mutter, die ihr Kind zur Adoption freigibt, oftmals ein wichtiger Beweggrund für den Wunsch nach Anonymität ist. Denn die

Angst vor Stigmatisierung als Mutter, die ihr Kind weggibt, wird von den Betroffenen immer wieder angeführt. Solange die Abgabe eines Kindes gleichsam gesellschaftlich geächtet wird, werden Frauen in die Anonymität gedrängt. Doch müssten gerade einer Frau, die die Kraft findet, ihr Kind auszutragen und ihm damit ein Leben ermöglicht in einer Familie, die sich ein Kind wünscht, Achtung und Respekt entgegengebracht werden. Wenn es gelänge, in diesem Punkt eine Veränderung im gesellschaftlichen Bewusstsein herbeizuführen, wäre schon viel erreicht.



Christa Stewens
Bayerische Staatsministerin
für Arbeit und Sozialordnung,
Familie und Frauen

1. Einleitung

Die „Anonyme Geburt“ ist ein Thema, zu dem unterschiedliche Positionen und Haltungen in Deutschland vorfindbar sind. Dabei werden verschiedene Aspekte diskutiert, vor allem aber die rechtliche Situation, in der sich die Rechte der Kinder auf Information über ihre Abstammung und die Bedürfnisse von schwangeren und gebärenden Frauen in Konfliktsituationen gegenüberüberstehen. Es handelt sich um schwierige ethische und oftmals lebensentscheidende Fragen. Dass vor diesem Hintergrund eine wissenschaftliche Evaluation der heutigen Praxis gewünscht wird, ist positiv zu beurteilen. Doch stellt es die Forschenden zugleich vor gravierende Schwierigkeiten. Denn es werden in diesem Zusammenhang sehr viele Fragen an uns herangetragen, die vor allem zeigen, wie wenig über den Themenbereich bekannt ist – das liegt schon in der Natur der Anonymität. Um besser darüber urteilen zu können, wie die „Anonyme Geburt“ in Zukunft gestaltet werden kann, wäre es erforderlich zu wissen:

- welche Frauen dieses Angebot wahrnehmen (würden),
- ob diese Frauen auch ohne ein Zeugnisverweigerungsrecht seitens der Beratern erreicht würden,
- ob und welches Angebot geeignet ist, diese Frauen in ihren besonderen Ausnahmesituationen zu unterstützen,
- ob die betreffenden Frauen zur Schwangerenberatung gehen bzw. aus welchen Gründen sie dies nicht tun,
- warum einige Mütter keinen Weg zum bestehenden Hilfeangebot finden können,
- ob das Angebot der „Anonymen Geburt“ ein geeigneter Weg ist, um Aussetzung und Tötung Neugeborener vorzubeugen

- bzw. zu verhindern,
- wie das Angebot ausgestaltet werden muss, um Frauen in besonderen Ausnahmesituationen bestmöglich zu helfen,
- welche rechtlichen und materiellen Hilfen in diesem Kontext erforderlich sind,
- welche Gründe gegen den „normalen“ Weg der Adoption sprechen,
- welche Erfahrungen die bestehenden Projekte wie Moses, SterniPark usw. seit ihrer Gründung gemacht haben,
- welche Erfahrungen betroffenes ärztliches Personal, Beratungsstellen, Jugendämter etc. mit der „Anonymen Geburt“ gemacht haben,
- welche juristischen Verfahren bereits stattgefunden haben und mit welchem Ausgang,
- inwieweit die Ziele (gesundes Kind, gesunde Mutter, idealerweise keine Adoption) mit dem Angebot der „Anonymen Geburt“ erreicht werden können,
- wie die Rechte des Vaters gewahrt werden können,
- ob die Kostenübernahme ausreichend und handhabbar regelbar ist.

Allerdings entziehen sich viele dieser Aspekte dem wissenschaftlichen Zugang: Mit Betroffenen in Kontakt zu kommen, ist auf Grund ihres Wunsches nach Anonymität schwer möglich. Eine Einschätzung von nicht betroffenen Frauen trägt nicht, da sie rein hypothetisch wäre. Möglich erscheint es dagegen, die Meinung und Erfahrung von Fachleuten abzubilden. Allerdings ist auch hier der Zugang nicht leicht, denn es stellt sich die Frage, wer ausreichende Erfahrung mit diesen Fällen hat und wie umfänglich diese spezifischen Erfahrungen sein müssen, um valide Einschätzungen zu erlangen. All diese Punkte sprechen dafür, dass eine fundierte wis-

senschaftliche Evaluation, die sich auf vielfältige Methoden und Zugänge sowie auf eine hinreichende Datenbasis gründet, äußerst aufwändig erscheint. Vor dem Hintergrund der spezifischen methodischen und Zugangsprobleme wurde beschlossen, im Rahmen einer kleinen Machbarkeitsstudie zum Moses-Projekt vorab zu versuchen, verschiedene Fragen zu klären:

- Wie ist der aktuelle Informationsstand zur Thematik – auch bundesweit und in europäischen Nachbarländern?
- Wie arbeitet das bayerische Moses-Projekt und welche Informationen können verfügbar gemacht werden?
- Wie werden Konzept und Praxis seitens der Beratungskräfte eingeschätzt?
- Wie groß ist das Fallaufkommen, das bislang bearbeitet wurde?
- Welche Besonderheiten kennzeichnen diese Fälle?
- Welche Schwierigkeiten sind in der bisherigen Praxis aufgetreten?
- Ist ein Zugang zu Betroffenen denkbar – z. B. durch Hinterlegung von Fragebögen oder anonyme telefonische Interviews?

Mit dieser Machbarkeitsstudie wird demnach auf der Basis vorhandener, insbesondere durch die Fachkräfte dokumentierter Informationen und einer Befragung der Moses-Mitarbeiterinnen eine erste Einschätzung des Prozedere und der Bedeutung der Problematik versucht. Weitere Ziele sind, eine geeignete und einheitliche Dokumentationsweise zu entwickeln, welche für die projektinterne Auswertung nutzbar ist, sowie die Möglichkeiten und Grenzen einer fundierten Erforschung der Thematik aufzuzeigen.

Die konkreten Erfahrungen im bayerischen Moses-Projekt sind nur ein Teil einer umfas-

senderen Gesamtthematik. Daher wird eingangs der rechtliche Hintergrund, der die Basis der aktuellen Debatte darstellt, kurz erläutert und seine spezifische Problematik dargelegt. Obgleich die „Anonyme Geburt“ sich von anderen Hilfestellungen – insbesondere zur Babyklappe – abgrenzt, werden anschließend die verschiedenen Konzepte zur Unterstützung von Müttern bzw. Eltern kurz vorgestellt, die ihr Kind nicht bei sich behalten können oder wollen.

Schließlich wird versucht – soweit das verfügbare Datenmaterial das erlaubt –, einen Einblick in die Relevanz der Phänomene zu geben, die in der Debatte um die „Anonyme Geburt“ immer wieder angeführt werden. Daher wird der Informationsstand zum Fallaufkommen bei Kindstötungen und Kindesaussetzungen und dessen Entwicklung in den letzten Jahren recherchiert und über Erfahrungen mit Moses-Fällen berichtet.

2. Rechtliche Rahmenbedingungen

Die „Anonyme Geburt“ ist bisher in Deutschland gesetzlich nicht vorgesehen und rechtlich nicht zulässig. Grundsätzlich können Frauen, die anonym entbinden, sowie Personen, die sie dabei unterstützen, juristisch belangt werden. Dies führt zu großer Unsicherheit unter den betroffenen Frauen, unterstützendem ärztlichen Personal als auch Beratungsfachkräften der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen. Die „Anonyme Geburt“ wirft Fragen in den verschiedensten Rechtsgebieten auf. Da eine ausführliche Vorstellung des gegenwärtigen Standes der juristischen Diskussion den Rahmen einer Machbarkeitsstudie weit übersteigt, konzentrieren wir uns im Folgenden auf zentrale Aspekte der Rechtspositionen des Kindes, der Mutter, des Vaters und anderer Personen.

2.1 Rechtsposition des Kindes

Jedes Kind hat – neben dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) – ein Recht auf Kenntnis seiner Abstammung. Dieses Recht wird aus dem allgemeinen Freiheitsrecht des Art. 2 GG in Verbindung mit der in Art. 1 GG geschützten Menschenwürde hergeleitet (vgl. BVerfGE 79, 256). Dabei ist zu beachten, dass weitere Rechte des Kindes, wie Erziehungsanspruch, Umgangsrecht, Unterhaltsanspruch und Erberwartung, nur bei Kenntnis seiner Herkunft geltend gemacht werden können (Wolf, 2001, 345ff.). Zur Sicherung dieser verfassungsrechtlich geschützten Rechte (s. Art. 6 und 14 GG) gibt es u. a. verschiedene Auskunftsansprüche, melderechtliche Regelungen und Strafvorschriften:

- Geschützt wird das Identitätsrecht des Kindes auch durch Art. 7 Abs. 1, Art. 8 UNKinderrechtskonvention und die Europäische Menschenrechtskonvention, die Ausnahmen nur unter engen Voraussetzungen, wie zum Schutz der Gesundheit und des Lebens des Kindes, unter Wahrung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes zulassen (Art. 6 UNKinderrechtskonvention, Art. 8 Abs. 1 EMRK).
- Anzeige- und Meldepflicht sind im Personenstandsgesetz (PStG) festgelegt, d.h. es besteht eine Anzeigepflicht (§§ 16, 17, 18 PStG), der zufolge Anwesende bei einer Geburt verpflichtet sind, diese binnen einer Woche beim Standesamt anzuzeigen.
- Zur Sicherung seines Rechtes auf Wissen um seine Herkunft kann ein Kind Auskunft von allen nach den §§ 17, 18, 21 PStG Mitteilungspflichtigen verlangen¹.

Potentielle Grenzen des Identitätsrechts des Kindes

Unter engen Voraussetzungen sind allerdings Eingriffe in diese die Identität sichernden Rechte legitimiert. Dies ist dann der Fall, wenn die Sicherung eines höheren Rechtsgutes dies erfordert. In diesem Kontext argumentieren nun die Befürworter der „Anonymen Geburt“, dass das Grundrecht des Kindes auf Leben höher zu bewerten sei als das Recht auf Kenntnis der Herkunft. Schließlich könne nur ein lebendes Kind dieses Recht überhaupt für sich beanspruchen. Zielsetzung der geforderten Ausnahmen vom Persönlichkeitsrecht ist der Schutz des (ungeborenen) Lebens. Konkret soll in Fällen, in denen Frauen bereit sind,

ein Kind zur Welt zu bringen, ohne die Mutterschaft – und auch die Vaterschaft – angeben zu müssen, diese Möglichkeit eingeräumt werden. Dies ist derzeit nicht gegeben.

2.2 Rechtsposition der Eltern

Nach geltender Rechtslage müssen Eltern eine Geburt innerhalb einer Woche anzeigen (§§ 16, 17 Abs. Nr. 5 PStG). Dies betrifft in erster Linie die gebärende Frau, aber auch den Vater, denn soweit er Mitinhaber der elterlichen Sorge ist, ist auch er verpflichtet, die Geburt anzuzeigen (§ 17 Abs. 1 Nr. 1 PStG). Bei Entbindung in einer Klinik ist primär die Klinikleitung zur Anzeige verpflichtet (§ 18 Abs. 1 PStG). Die Verheimlichung des Personenstandes eines Kindes stellt eine Personenstands Fäl schung gemäß § 169 Abs. 1 Var.3 StGB dar und kann mit einer Freiheitsstrafe von bis zu 2 Jahren oder einer Geldstrafe geahndet werden. Die Mutter hat zudem gemäß § 68a BGB i.V.m. § 21 Abs. 1 Nr.1 BGB zur Person des Vaters Angaben zu machen. Die Verletzung dieser Pflicht ist mit einem Zwangsgeld bewehrt (§§ 68, 69 PStG).

Neben diesen direkt mit dem Abstammungsrecht zusammenhängenden Verstößen sind noch weitere rechtliche Konsequenzen aus der „Anonymen Geburt“ denkbar:

- Eine anonym bleibende Mutter entzieht sich ihrer gesetzlichen Unterhaltspflicht aus § 1601 BGB und wäre damit auch nach § 170 Abs. 1 StGB strafbar. Sie verhindert zusätzlich, dass das Kind Unterhaltsansprüche gegen den Vater oder andere Verwandte geltend machen kann.
- Auch verletzt die Mutter die ihr obliegende Fürsorge- und Erziehungspflicht nach §§ 1626 ff. BGB. Umstritten ist jedoch,

inwieweit auch eine Strafbarkeit nach § 171 StGB wegen Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht gegeben ist, denn das Vorenthalten von Informationen, die für die Identitätsbildung von Bedeutung sind, kann die psychische Entwicklung des Kindes gefährden.

- Eine Mutter, die ihr Kind anonym weggibt, nimmt dem Kind neben potentiellen Unterhaltsansprüchen auch die Erbenstellung.
- Weiterhin missachtet sie das Gebot der 8-Wochen-Frist für eine frühestmögliche Einwilligungserklärung in ein Adoptionsverfahren (§ 1747 Abs. 2 S. 1 BGB) und sie verzichtet zudem auf notarielle bzw. gerichtliche Belehrung (§ 1750 Abs. 1 BGB).
- Solange keine spezifische Regelung für Fälle „Anonymer Geburten“ existiert, laufen die betroffenen Frauen demnach Gefahr, ordnungs- und strafrechtlich belangt zu werden. Allerdings existieren bereits Anonymitätsrechte, in deren Anwendung bzw. Ausweitung Lösungsmöglichkeiten für den Fall der „Anonymen Geburt“ gesehen werden.

2.3 Das Anonymitätsrecht der Frau

§ 6 Abs. 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes besagt: „Die Schwangere kann auf Wunsch gegenüber der sie beratenden Person anonym bleiben“. Diese Regelung soll insbesondere dem Lebensschutz dienen, solange die Frau sich nicht zu ihrem Kind bekennen kann (§ 5 Abs. 1 SchKG). Schließlich sollte dem Ziel des Lebensschutzes alles andere untergeordnet werden (Bundesverfassungsgerichtsurteil, 1. Leitsatz 1993).

Im Rahmen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes wird demnach den Frauen grundsätzlich die Möglichkeit einer anonymen

Hilfe gegeben. Gemäß Art. 2 Abs. 1 BaySchwBerG haben Frauen und Männer einen Rechtsanspruch auf anonyme Beratung so oft und so lange, wie dies im Einzelfall notwendig ist. Dies gilt für Schwangerschaftskonfliktberatungen. Inwieweit diese Regelung für den Fall der „Anonymen Geburt“ nutzbar ist, wird heftig diskutiert.

2.4 Rechtsposition der Beratungskräfte

Dem Rechtsanspruch der schwangeren Frauen steht aus der Perspektive der Beratung ein Zeugnisverweigerungsrecht der Beratungskräfte gegenüber, d.h. zur Gewährleistung der Anonymität der Schwangeren in der Konfliktberatung verfügen alle Beraterinnen und Berater einer staatlich anerkannten Schwangerschaftsberatungsstelle über ein Zeugnisverweigerungsrecht. Sie brauchen somit keiner Behörde Auskunft zu geben über die im Rahmen einer Konfliktberatung anvertrauten bzw. bekannt gegebenen Umstände. Zudem sind insoweit alle Notizen und Dokumente über die Beratung vor dem Zugriff von außen geschützt. „Mitglieder oder Beauftragte einer nach den §§ 6 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes anerkannten Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen dürfen die Aussage verweigern“ (§ 203, Abs. 1, 4a StGB, § 53 Abs. 1 Nr. 3a StPO).

Als Geheimnisträger(inne)n steht dem Beratungspersonal nicht nur dieses Recht zu, es unterliegt darüber hinaus einer Schweigepflicht, denn die Offenbarung von Informationen, die ihm im Rahmen der Beratung bekannt werden, ist strafbar (§ 203 Abs. 1, 4a StGB; § 53 Abs. 1 Nr. 3a StPO). Hieran knüpft die Frage nach der Reichweite dieses Zeugnisverweigerungsrechts an:

Ob dies nicht auch über den Zeitraum der Schwangerschaft hinaus in Anspruch genommen werden könne, zumal die staatlichen Schwangerenberatungsstellen ihre Klientinnen bis über die Geburt hinaus betreuen. Dabei ist weiterhin zu bedenken, dass ein Zeugnisverweigerungsrecht nur den staatlich anerkannten Beratungsstellen zusteht, andere Einrichtungen können sich nicht darauf berufen.

Da vor diesem Hintergrund im Falle einer „Anonymen Geburt“ auch gegenüber den Beratungsfachkräften ein Anfangsverdacht hinsichtlich einiger Straftatbestände (s. o.) bestehen kann, wird im Folgenden auf die wichtigsten Aspekte kurz eingegangen:

- Die Beratung oder auch die Entgegennahme des Kindes können strafbare Unterstützungshandlungen zur Unterhaltspflichtverletzung der Mutter (§§ 170 Abs.1 Var. 2, 27 StGB) darstellen. Tatsächlich jedoch dürften in der konkreten Situation bei den Beratungskräften regelmäßig die subjektiven Tatbestandsvoraussetzungen fehlen bzw. Notstandshilfe vorliegen – und zwar hinsichtlich aller in Betracht kommender strafrechtlicher Tatbestände (Neuheuser, 2001, 175, 177). Zwar besteht bei der „Anonymen Geburt“ nach der Entbindung in einer Klinik keine unmittelbare Notlage für das Kind mehr (Wolf, 2001, 352), weshalb eine Notstandshilfe ausscheidet, doch wird die Beratung meist davon ausgehen, dass mangels Leistungsfähigkeit der Mutter keine Verpflichtung zur Unterhaltszahlung besteht. Den Beratungskräften fehlt zudem insoweit der Vorsatz bzgl. der Haupttat; d.h. soweit wäre ihr Vorgehen nach §§ 170 Abs. 1 Var. 2, 27 StGB strafbar.
- Hinsichtlich einer Beihilfe zur Verletzung der Fürsorge- oder Erziehungspflicht durch

die Mutter (§§ 171, 27 StGB) handelt die Beratungskraft nicht vorsätzlich, da sie die konkrete Gefährdung des Kindes – hier für seine psychische Entwicklung infolge Unkenntnis seiner Herkunft – nicht billigt, sondern gerade versucht, den Namen der Mutter, jedenfalls aber die Umstände der Abgabe aufzubewahren (vgl. DONUM VITAE Bayern). Im Hinblick auf eine Beihilfe zur Personenstands Fälzung (§§ 169 Abs. 1 Var. 3, 13, 27 StGB) liegt kein Anfangsverdacht vor, wenn/weil keine Unterstützungshandlung bzw. Billigung der Nichtanzeige feststellbar ist (vgl. Neuheuser, 2001, 175, 177).

2.5 Veränderungsbestrebungen

Die aktuelle Situation und auch der Lösungsversuch im untersuchten Modellprojekt (s. u.) scheinen unbefriedigend, da sie mit Unsicherheit verbunden sind, denn letztlich kann bei einer „Anonymen Geburt“ einer bestehenden gesetzlichen Verpflichtung nicht entsprochen werden. Zwar kommt es im Falle einer Strafanzeige gegen Mütter oder Einrichtungen, die eine „Anonyme Geburt“ durchführen, in Bayern in der Regel zur Einstellung des Verfahrens (nach § 170 Abs. 2 bzw. § 153 StPO). Die Hilfsbereitschaft gegenüber Frauen in schwierigen Notlagen jedoch scheint beeinträchtigt, wenn diese Hilfestellung seitens der Beratungseinrichtungen nur unter dem Risiko der eigenen Strafbarkeit gegeben werden kann.

Vor diesem Hintergrund wurden in der Vergangenheit verschiedene Versuche unternommen, die aktuell bestehenden Unsicherheiten zu beseitigen:

- Gesetzentwurf der CDU/CSU-Bundestagsfraktion zur Änderung des Personen-

standsgesetzes vom 12.10.2000 (BT-Drs. 14/4425 neu), der wegen verfassungs- und völkerrechtlicher Bedenken nicht weiterverfolgt wurde.

- Interfraktioneller Gesetzentwurf zur Regelung anonymer Geburten vom 23.04.2002 (BT-Drs. 14/8856), der im Juni 2002 zurückgezogen wurde;
- Bundesratsinitiative von Baden-Württemberg zur Regelung Anonymer Geburten vom 06.06.2002 (BR-Drs. 506/02) sowie
- erneute BR-Initiative von Baden-Württemberg 2004 mit Änderungsantrag Bayerns, (BR-Dr. 682/04).

Mit diesem Gesetzesvorschlag soll die geheime, in extremen Konfliktsituationen die „Anonyme Geburt“ in einer öffentlichen Kranken- oder ähnlichen Anstalt zugelassen werden. Um eine standesamtliche Beurkundung der Geburt eines Kindes ohne die sonst vorgeschriebenen Daten der Mutter auf übliche Weise sicherzustellen, soll eine Beratung durch eine staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle zwingend vorgeschrieben werden. Auf diese Weise soll auch der mögliche Missbrauch der geheimen bzw. „Anonymen Geburt“, als „bequeme Alternative“ zum regulären Adoptionsverfahren, verhindert und der Gefahr, dass Druck auf die schwangere Frau von Dritten ausgeübt wird, entgegengewirkt werden. Außerdem ist eine geheime oder eine „Anonyme Geburt“ nur möglich, wenn das Kind in einer Einrichtung eines öffentlich-rechtlichen Trägers geboren wird. Um dem Kind das Recht auf Kenntnis seiner Abstammung zu sichern, wird die Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle verpflichtet, die Daten der Mutter festzuhalten und beim zuständigen Standesamt in einem verschlossenen Kuvert zusammen mit einer möglichen

Nachricht der Mutter zu hinterlegen. Das Kind soll nach Vollendung des 16. Lebensjahres die Möglichkeit haben, Einsicht in die persönlichen Daten der Mutter zu nehmen und gegebenenfalls deren Nachricht zu erhalten. Der Mutter soll ein Vetorecht gegen die Offenbarung eingeräumt werden, das sie frühestens nach Vollendung des 15. Lebensjahres des Kindes ausüben kann. Auf die Aufnahme der Daten der Mutter kann nur dann ausnahmsweise verzichtet werden, wenn die Beratungsstelle eine extreme Konfliktsituation feststellt. Eine extreme Konfliktsituation liegt vor, wenn die Aufdeckung der Identität der Mutter zu einer extremen Konfliktsituation mit Gefahr für Leib oder Leben der Mutter führen würde (Auszug aus der Begründung des Änderungsantrags Bayerns). Dieser Änderungsantrag konnte sich nicht durchsetzen.

Im Rahmen der Diskussion um eine Änderung wird vertreten, dass eine Institutionalisierung der „Anonymen Geburt“ einen Systemwechsel zum „Anerkennungssystem“ erfordere, wie im romanischen Rechtskreis üblich. Demzufolge entsteht Mutterschaft im Rechtssinne erst durch (konkludente) Anerkennung (Scheiwe 2001, 368 (371)). Die Zulässigkeit eines solchen Systemwechsels ist europa- und verfassungsrechtlich höchst problematisch. Im Marckx-Urteil erklärte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR), aus Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) folge ein Recht des Kindes auf Abstammung von der Mutter direkt durch die Geburt. Infolgedessen verstießen staatliche Regelungen, die zur Abstammung erst eine Erklärung fordern, gegen Art. 8 EMRK. Hier stellt sich die Frage, wie Ausnahmeregelungen für

„Anonyme Geburten“ unter Beibehaltung der Abstammungsregel (*mater semper certa est*) geschaffen werden können.

Trotz der geschilderten Problematik und Unsicherheiten in der rechtlichen Situation bieten verschiedene Einrichtungen unterschiedliche Konzepte der anonymen Abgabe oder Geburt von Kindern an. Obgleich sich die Studie auf die „Anonyme Geburt“ konzentriert, werden diese eingangs im Überblick vorgestellt.

3. Anonyme Geburt und Kindesabgabe

Zur Verhinderung von Kindesaussetzungen und Kindstötungen sind verschiedene Angebote entwickelt worden, die es schwangeren Frauen ermöglichen sollen, ihr Kind auszutragen und in sichere Obhut zu geben, ohne mit Diskriminierungen konfrontiert zu werden. Verschiedene Projekte bieten seit 1999 in Deutschland „Anonyme Geburten“ und Kindesabgaben an. Eine Vorreiterrolle übernahm u. a. der Sozialdienst katholischer Frauen (SkF) im bayerischen Amberg, der durch die Gründung des sogenannten Moses-Projektes im August 1999 zunächst ein anonymes Übergabesystem von Neugeborenen initiierte². Bekannt ist auch der Hamburger SterniPark e.V., welcher im April 2000 die erste deutschlandweite Babyklappe einrichtete und später mit dem „Projekt Findelbaby“ auch das Angebot der „Anonymen Geburt“ unterbreitete.

Beide Projekte haben zahlreiche Nachahmer gefunden, vor allem unter Trägerschaft der konfessionell gebundenen Sozialdienste, die unter dem Namen „Babywiege“, „Baby-nest“, „Moseskörbchen“ oder „Lebensspforte“ ähnliche Möglichkeiten bieten. Den verschiedenen Konzepten zur Kindesabgabe – Babyklappe und Übergabesystem – folgte die Idee der „Anonymen Geburt“.

3.1 Konzepte zur anonymen Elternschaft

Grundsätzlich lassen sich drei Arten von anonymer Kindesabgabe unterscheiden: Babyklappe, Übergabesystem und „Anonyme Geburt“ (vgl. Mielitz 2006, S. 20). Allerdings hat sich auf der Basis der Idee der „Anony-

men Geburt“ eine Variante entwickelt, die als vertrauliche Geburt bezeichnet wird und daher im Folgenden auch kurz vorgestellt wird.

Das Konzept der „Anonymen Geburt“³ soll gewährleisten, dass Frauen ihr Kind unter ärztlicher Betreuung auf die Welt bringen und in die Obhut einer Einrichtung geben können. Es sieht vor, die Frauen bereits während der Schwangerschaft zu erreichen, sie zu betreuen und ihnen Hilfsangebote zu unterbreiten. Die Möglichkeit zur „Anonymen Geburt“ kann von einer Beratungsstelle ausgehen, welche mit einem Krankenhaus kooperiert, oder aber sie wird direkt vom Krankenhaus angeboten. Ein Beispiel hierfür ist SterniPark Hamburg, dessen Vorgehensweise den anderen Projekten zur „Anonymen Geburt“ ähnelt. Das Besondere hieran ist, dass die Schwangere sich einen Namen für den Aufenthalt in der Klinik wählt und mit diesem eine Vollmacht unterschreibt, wodurch das Sorgerecht für das Kind auf eine Vertretung des SterniParks übertragen wird. Diese bestätigt zudem, dass die geleistete Unterschrift tatsächlich die der Frau ist. Eine detaillierte Darstellung des Vorgehens im bayerischen **Moses-Projekt** erfolgt im Rahmen der Projektbeschreibung (vgl. Kap. 5). Hier wird auf dieses Modell nicht weiter eingegangen.

In Kooperation mit dem Klinikum Nürnberg (Klinikum Süd) hat der SkF in Nürnberg die „**Aktion Moses**“ ins Leben gerufen. Sie ermöglicht es Frauen, ihr Kind unter ärztlicher Kontrolle zu gebären. Die Beraterinnen

² Die „Anonyme Geburt“ als integrativer Bestandteil des Moses-Projektes kam etwa ein Jahr später hinzu (vgl. Kuhn 2005, S. 156).

³ Auf Grund der Rechtslage (vgl. Kap. 2) ist die Anonymitätsgarantie der Konzepte nicht wirklich verlässlich, da mit juristisch strittigen Konstruktionen gearbeitet wird. Daher setzen wir den Begriff „Anonyme Geburt“ im deutschen Kontext in Anführungszeichen.

des SkF geben den Frauen zudem einen Handzettel mit, der über die weitere Vorgehensweise bezüglich ihres Kindes informiert und die Rufnummer des Projektes enthält, so dass sich die Frauen melden und erkundigen könnten. Mitgetragen wird die Aktion durch das Klinikum Nürnberg, welches die Möglichkeit zur vertraulichen Geburt im eigenen Hause anbietet. Es handelt sich dabei um ein Angebot einer **vertraulichen Geburt**, da der SkF keine staatlich anerkannte Schwangerschaftsberatungsstelle ist und sich daher grundsätzlich nicht auf die Möglichkeiten des Zeugnisverweigerungsrechts berufen kann, das staatlich anerkannten Schwangerenberatungsstellen zusteht. Die Einrichtung des SkF kann somit den Einblick in die Daten der Mutter im Ernstfall nicht verwehren. Bislang sei es jedoch in Bayern in keinem Fall zu einer Ermittlung durch die Staatsanwaltschaft gegen eine Mutter, die anonym entbunden hat, und damit zu keiner Offenlegung von Daten gekommen (Taufkirch 2003, S. 99).

Charakteristisch für das Hilfskonzept der **Babyklappen** ist, dass sie die Möglichkeit bieten, ein Kind abzugeben und dabei sowohl für die Gesundheit des Kindes als auch für die Anonymität der Mutter Sorge getragen wird. Spezielle Einrichtungen wie z. B. Wärmenestchen werden in einem sichtgeschützten Bereich an der Einrichtung (z. B. einem Krankenhaus) angebracht. Auf diese Weise kann das Neugeborene anonym abgegeben werden und ist gleichzeitig sicher und warm aufgehoben. Zeitlich verzögert – so dass die abgebende Person sich unerkannt entfernen kann – wird dem Personal ein Signal gegeben, dass das Kind in Empfang genommen und gegebenenfalls ärztlich versorgt werden kann.

Viele Einrichtungen hinterlegen in der Klappe (meist mehrsprachiges) Informationsmaterial, in dem der betroffenen Mutter eine anonyme Beratung angeboten wird. Einige Anbieter von Babyklappen bemühen sich, Informationen über die Mutter zu erlangen. Teils findet die Mutter zudem ein Formular vor, auf dem der Name des Neugeborenen eingetragen werden kann. Bei einigen kann die Mutter Kennwörter und anonyme Erkennungszeichen hinterlassen, welche in versiegelten Umschlägen aufbewahrt werden. Sie sollen eine spätere Identifizierung und Kontaktaufnahme ermöglichen. In manchen Einrichtungen werden die Mütter aufgefordert, einen Hand- oder Fußabdruck des Kindes mittels eines Stempelkissens zu nehmen, um eine Wiedererkennung zu gewährleisten, falls die Mutter später doch noch Kontakt aufnehmen möchte.

Beim **Übergabesystem** wird im Gegensatz zur Babyklappe keine feste Vorrichtung genutzt, in dem das Kind abgelegt werden kann, sondern es wird über eine Notfalltelefonnummer ein Termin vereinbart, an dem das Neugeborene der anbietenden Einrichtung anvertraut wird. Durch den kurzen Kontakt mit der Mutter wird es möglich, sie auf entsprechende Hilfsangebote hinzuweisen.

3.2 Einrichtungen und Beratungsstellen

Es gibt inzwischen zahlreiche Einrichtungen, die Babyklappen anbieten, eine „Anonyme“ oder vertrauliche Geburt ermöglichen, sowie Beratungsstellen, welche die Betroffenen unterstützen und begleiten. Die Maßnahmen basieren, wie gezeigt wurde, auf verschiedenen grundlegenden Konzepten. Es lassen sich aber auch kleinere Unterschiede in der Ausgestaltung konkreter Angebote

ausmachen. Da diese nicht systematisch statistisch erfasst werden, können über die Anzahl der Einrichtungen und Angebote be-
dauerlicherweise nur ungenaue Aussagen getroffen werden.

Babyklappen

SterniPark e.V. ist der Träger der ersten Babyklappe in Deutschland (Hamburg), welche im April 2000 eingerichtet wurde. SterniPark e.V. veröffentlicht auf seiner Homepage (www.sternipark.de/findelbaby/klappe.asp) stets die aktuelle Liste von deutschen Babyklappen, die sich derzeit (19.07.2007) auf 80 beläuft. Darunter befinden sich 12 bayerische Einrichtungen. Die Nutzung dieser Angebote ist sehr gering: Von 1999 bis Juli 2002 wurde in zwei bayerischen Städten je ein so genannter Babyklappenfall beurkundet. Daneben wird vereinzelt von sogenannten „Findelkindern“ berichtet. Aus dem Jahr 2003 ist ein Fall in Altötting und aus 2005 einer in Landshut bekannt. Bei einer im Frühjahr 2004 durchgeführten Untersuchung wurde bundesweit von 69 Babyklappen gesprochen (Kuhn 2005, S. 120).

Das Angebot in Kliniken

Die erste Klinik, die sich offiziell bereit erklärte, „Anonyme Geburten“ in ihrem Haus durchzuführen, war das Kreiskrankenhaus St.-Anna in Sulzbach-Rosenberg im September 2000. Dieses Angebot entstand im Rahmen des Amberger Moses-Projektes. Im Dezember 2000 wurde in Flensburg die erste „Anonyme Geburt“ in der Bundesrepublik registriert.

Wie viele Kliniken mittlerweile „Anonyme Geburten“ anbieten, ist nicht bekannt: SterniPark veröffentlichte 2002 eine Liste

mit 29 Kliniken und einem Geburtshaus, welche die „Anonyme Geburt“ eingeführt haben. Kuhn (2005) ermittelte zusätzlich zur Auflistung von SterniPark seit 2002 bundesweit weitere 30 Kliniken (jedoch ohne Thüringen und Hamburg). In dieser Untersuchung wurden innerhalb Deutschlands insgesamt 75 Kliniken angeschrieben – es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei ausschließlich um Kliniken handelt, die das Angebot der „Anonymen Geburt“ öffentlich gemacht haben. Das Bundesland Thüringen stellt diese Möglichkeit in allen 51 Kliniken des Landes zur Verfügung, ähnlich soll die Situation in Hamburg geregelt sein (vgl. Kuhn 2005, S. 153). Insgesamt beläuft sich das Angebot bundesweit auf mindestens 130 Kliniken.

In Bayern konnten aktuell insgesamt 15 Krankenhäuser ermittelt werden, welche Frauen die Möglichkeit zur „Anonymen Geburt“ bieten – dies geschieht zumeist in Kooperation mit dem Moses-Projekt (www.schwanger-in-bayern.de).

Das Beratungsangebot zur „Anonymen Geburt“

Wie viele Beratungseinrichtungen zum Themenbereich bundesweit für Interessierte zur Verfügung stehen, ist nicht bekannt. Außerhalb Bayerns werden Moses-Projekte in der Form, wie sie vom SkF und später von Donum Vitae konzipiert wurden, noch im Bundesland Hessen (Frankfurt⁴, Wiesbaden, Gießen) unter der Federführung des SkF durchgeführt (vgl. Kuhn 2005, S. 158). Mittlerweile bietet auch SterniPark unter dem Namen „Findelbaby – anonyme Hilfe für Schwangere und Mütter“ die Möglichkeit der „Anonymen Geburt“

⁴ 2004 veröffentlichte der SkF Frankfurt einen Zwischenbericht zum Moses-Projekt „Drei Jahre Moses-Projekt Frankfurt“.

(www.anonyme-geburt.de). Daneben existiert eine Mutter-Kind-Einrichtung „Gutshof Satrupholm“ in Schleswig-Holstein für Mütter und Schwangere. Auch die Informationsplattform Eltern-im-Netz (www.elternimnetz.de) informiert über diese Möglichkeit und über Einrichtungen in der Nähe der interessierten Person, an die diese sich wenden kann.

In Bayern bieten die staatlich anerkannten Schwangerenberatungsstellen von Donum Vitae e.V. unter dem Namen „Projekt Moses“ Beratung, Unterstützung und Begleitung für Frauen an, die anonym gebären möchten bzw. geboren haben. Es handelt sich dabei um 18 Einrichtungen mit über 50 Außenstellen.

3.3 „Anonyme Geburt“ in Zahlen

Kuhn ermittelte in ihrer Untersuchung von Kliniken im Jahr 2005, welche bereits „Anonyme Geburten“ durchgeführt haben, deutschlandweit 181 anonyme Entbindungen in 24 Kliniken (Kuhn 2005, S. 340). Allerdings gaben einige der befragten Kliniken keine Auskunft über die Anzahl der von ihnen vorgenommenen anonymen Entbindungen, so dass die realen Werte höher liegen könnten.⁵ Grund für die fehlende Auskunft könnte die unsichere Rechtslage sein, in der sich auch die Kliniken befinden.

Nach eigenen Angaben wurden von SterniPark e.V. in den Jahren 2000 bis 2005 200 Frauen betreut, von denen sich zwei Drittel jedoch nach der Geburt zu ihrem Kind bekannt haben sollen (Die Welt 13.04.2005). Der Träger berichtet in einer anderen Meldung, bei insgesamt 300 Geburten involviert gewesen zu sein, in denen die Frage

der anonymen Entbindung zur Diskussion stand. Letztlich hätten aber nur 10 % der Frauen ihr Kind abgegeben und ihre Anonymität gewahrt (Frankfurter Rundschau 27.08.2005). Damit hätte SterniPark 30 als „Anonyme Geburten“ zu zählende Fälle betreut.

Aus dem Zwischenbericht des SkF Frankfurt zum dortigen Moses-Projekt geht hervor, dass bis 2004 vier Frauen ihr Kind in die Obhut des Moses-Personals gaben, zwei davon anonym (SkF Frankfurt 2004, S. 30). In Bayern wurden seit 2001 37 Kinder beurkundet, bei denen keine Angaben zur Mutter vorlagen (davon 2 Kinder in Babyklappen).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Datenlage bezüglich der quantitativen Ausprägung „Anonymer Geburten“ deutschlandweit und auch für Bayern nicht solide ist. Auf Grund der fehlenden Registrierung ist davon auszugehen, dass ein Dunkelfeld besteht und die tatsächlichen Werte über die berichteten hinausgehen, so dass die Zahl der „Anonymen Geburten“ in Wirklichkeit höher ist.

⁵ Unter den befragten 44 Kliniken wollten 14 % bewusst keine Auskunft erteilen und 32 % haben bis zum Erhebungszeitraum noch keine anonyme Entbindung in ihrem Haus durchgeführt. Anzunehmen ist, dass die wirkliche Fallzahl „Anonymer Geburten“ höher ist als an dieser Stelle dokumentiert.

4. „Anonyme Geburt“ im Spiegel der Forschung

Es ist nicht bekannt, wie viele Kliniken in Deutschland die Möglichkeit zur „Anonymen Geburt“ anbieten oder wie viele „Anonyme Geburten“ bislang durchgeführt wurden (vgl. Kap 3.2 und 3.3). Die Gründe für die mangelhafte Datenbasis liegen in der Natur der Sache. Die Gründe für das Anonymitätsbedürfnis einerseits und die unsichere Gesetzeslage andererseits stellen gravierende Hindernisse für den Zugang zu empirischen Informationen dar. Daraus ergibt sich allerdings ein Dilemma: Für eine Änderung der rechtlichen Situation sind empirische Erkenntnisse erforderlich. So wird von verschiedenen Seiten angemahnt, dass die Handlungsgrundlage bei der Etablierung des Angebots der „Anonymen Geburt“ sich auf Fakten und objektive Daten stützen müsse (vgl. Taufkirch 2003, S. 69f; Kuhn 2005, S. 186ff.). Dem steht jedoch entgegen, dass die Informationsgewinnung besonders schwierig ist, solange die rechtliche Situation unklar bleibt.

Im Folgenden wird – als Basis und Rahmung unseres Vorgehens – der aktuelle Forschungsstand zum Thema zusammengefasst. Im Fokus der Betrachtung steht die Frage nach der Ziel- sowie der Zielgruppenerreichung des Angebots zur „Anonymen Geburt“, d.h. insbesondere die Situation und die Beweggründe der Frauen, welche das Angebot in Anspruch nehmen. Dabei werden auch die wichtigsten Folgen und problematische Aspekte der „Anonymen Geburt“ thematisiert.

Auf Grund der schwierigen Datenlage und zur Reflexion der hiesigen Situation wird auch auf die Erfahrungen in europäischen Nachbarländern, namentlich Österreich und

Frankreich, zurückgegriffen. Dies geschieht jedoch unter dem Vorbehalt, dass sich die Erkenntnisse in diesen Ländern auf Grund kulturell und rechtlich unterschiedlicher Rahmenbedingungen nicht eins zu eins auf Deutschland übertragen lassen können.

4.1 „Anonyme Geburt“ in Deutschland

In Deutschland existieren keine landesweiten und offiziellen Statistiken über das Fallkommen der „Anonymen Geburt“. Auch wissenschaftliche Studien zum Thema sind kaum vorhanden. Die meisten der im Folgenden berichteten Informationen beziehen sich auf Medien- und Presseberichte, Selbstpräsentationen von Anbietern, Aufsätze, Vorträge, Positionspapiere und Fachartikel. Vereinzelt wurden auch Experteninterviews durchgeführt und ausgewertet. Letztere müssen sich jedoch zwangsläufig auf niedrige Fallzahlen und eine lokale oder bestenfalls regionale Sichtweise beschränken.

4.1.1 Untersuchung „Babyklappen und ‚Anonyme Geburt‘“

Die einzige bundesweite und unabhängige Untersuchung zum Thema „Babyklappen und ‚Anonyme Geburt‘“, die sich auf umfassende quantitative Analysen stützt, stellt diejenige von Kuhn (2005) dar. Sie bildet die Basis für die folgenden Ausführungen und wird um die Ergebnisse anderer Studien ergänzt.

Von den ursprünglich von Kuhn angeschriebenen 75 Kliniken in 13 Bundesländern nahmen 44 Kliniken in 11 Bundesländern an der Untersuchung teil. Auf Grund der

Ausfallquote von 41 % sowie der Tatsache, dass es sich um eine Querschnittsstudie handelt, ist die Untersuchung somit nicht als repräsentativ zu bezeichnen. Gleichwohl handelt es sich um die umfassendste Studie zum Thema.

Kuhn führte in den geburtshilflichen bzw. gynäkologischen Abteilungen der betreffenden Einrichtungen schriftliche Befragungen zur „Anonymen Geburt“ durch. Analysiert wurden institutionelle Rahmenbedingungen (Finanzierung, Öffentlichkeitsarbeit, Kooperationsstrukturen) sowie die Zielsetzungen der Kliniken bei Einführung der „Anonymen Geburt“. Weitere Untersuchungsschwerpunkte bildeten die Inanspruchnahme des Angebotes und die persönlichen Einschätzungen der Beteiligten zur Notwendigkeit der „Anonymen Geburt“, zur Missbrauchsproblematik und zum Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung.

Projektkonzeption und Kooperation

Die Mehrheit (= 82 %) der an der Studie teilnehmenden Kliniken bietet die „Anonyme Geburt“ dauerhaft an. Bei den restlichen 18 % ist das Angebot entweder als befristetes Pilotprojekt konzipiert oder aber hinsichtlich der zeitlichen Dauer noch unbestimmt. 27 Kliniken (61 %) gaben an, mit einem oder mehreren Kooperationspartnern zusammenzuarbeiten. Zu diesen Kooperationspartnern zählen neben den Trägern (z. B. SterniPark, Donum Vitae) Behörden und Jugendämter sowie private oder karitative Einrichtungen.

Die große Mehrheit (86 %) der Befragten bzw. deren Kooperationspartner hat mit dem Jugendamt Vereinbarungen darüber

geschlossen, wie im Falle der „Anonymen Geburt“ mit den Neugeborenen zu verfahren sei. Rücksprachen mit der Staatsanwaltschaft bezüglich möglicher Rechtsverletzungen haben jedoch – trotz der unsicheren Rechtslage – nur 15 Kliniken gehalten. Immerhin zwei Drittel von diesen bestätigten, dass ihnen Straffreiheit für die Durchführung der „Anonymen Geburt“ zugesichert worden sei.

Finanzierung

Hinsichtlich der Kosten der „Anonymen Geburt“ (einschließlich der finanziellen Aufwendungen für die medizinische Betreuung von Mutter und Kind) konnte festgestellt werden, dass diese von 39 % der Kliniken vollständig selbst übernommen werden. In 9 % der Fälle kommt ausschließlich der Kooperationspartner für die Kosten auf und in 7 % werden sie durch Spenden- und Sponsorengelder abgedeckt. Nur 5 % der Kliniken finanzieren die „Anonymen Geburten“ allein durch öffentliche Gelder. 16 % der Krankenhäuser sichern ihr Angebot ausschließlich durch sonstige Finanzquellen wie z. B. Stiftungen. Alle anderen Einrichtungen stützen sich auf kombinierte Arrangements. Hervorzuheben ist die Tatsache, dass insgesamt 20 % der von der Studie erfassten Kliniken teilweise oder gänzlich auf Spenden- und Sponsorengelder angewiesen sind.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Mehrheit (55 %) der von Kuhn untersuchten Einrichtungen verzichtet auf Öffentlichkeitsarbeit, wohingegen 45 % auf das Angebot zur „Anonymen Geburt“ öffentlich aufmerksam machen. Die Zielsetzung der Öffentlichkeitsarbeit ist es zum einen, die

gewünschte Zielgruppe zu erreichen. Zum anderen aber sollen auch Verständnis und Solidarität geweckt und an die Hilfsbereitschaft der Bevölkerung appelliert werden.

Bevorzugte Werbemedien sind Zeitungsberichte bzw. -annoncen, Informationsbroschüren und Handzettel, die in verschiedenen Sprachen und gezielt an Orten eingesetzt werden, an denen werdende Mütter erreicht werden können (Arztpraxen, Apotheken, Schwangerschaftsberatungsstellen, Diskotheken) (Taufkirch 2003, S. 101f.).

Fernerhin dienen auch öffentliche Veranstaltungen sowie das Internet als Informationsplattform. Laut Kuhn wird zwar von den Kliniken kaum Werbung auf Plakaten und Aufklebern durchgeführt. Das bedeutet allerdings nicht, dass diese Form der Werbung nicht genutzt wird. Für den SkF Frankfurt beispielsweise stellen Plakataktionen das zentrale Element der Öffentlichkeitsarbeit dar (SkF Frankfurt 2004, S. 28). SterniPark e.V. geriet in die Kritik, nachdem der Verein auf Plakatwänden mit Photos von „geretteten“ Kindern auf die Angebote der anonymen Abgabe von Kindern aufmerksam gemacht hatte. Ethisch fragwürdig sind auch jene Aktionen, bei denen Mülltonnen mit dem Slogan „Ablegen von Babys verboten“ (SkF Bochum) bzw. „Bitte keine frischen Babys einfüllen“ (SterniPark) versehen werden (vgl. Taufkirch 2003, S. 103; Gremmel 2004, S. 134).

Öffentlichkeitsarbeit ist wichtig, aber nicht unproblematisch. Einerseits muss die Zielgruppe über das Angebot informiert werden, andererseits aber wird auch auf die Gefahr hingewiesen, dass durch allzu offensive Werbemaßnahmen Bedarf erst geweckt

wird (Swientek 2001, S. 192ff.). Beispielsweise könnte in sozialen Brennpunkten der Präventionsgedanke unterminiert werden, so dass Babyklappe und „Anonyme Geburt“ als Ausweg aus der Schwangerschaft begriffen werden, anstelle sich um die Verhinderung einer solchen Gedanken machen zu müssen (Taufkirch 2003, S. 103).

Im Hinblick auf die Erreichung der Zielgruppe ist zu beachten, dass ausländische Frauen oft nur durch Mundpropaganda erreicht werden, weil das in Kulturzentren ausgelegte Informationsmaterial oft sehr schnell von Männern entfernt würde (ebd., S. 102).

Zielgruppen

Nach der von Kuhn erarbeiteten Zielgruppendefinition lassen sich eine allgemeine und eine konkrete voneinander unterscheiden (Kuhn 2005, S. 335f.).

So richtet sich das Angebot zur „Anonymen Geburt“ im Allgemeinen an

- Frauen in (extremer) Notsituation,
- Frauen mit Aussetzungs- oder Tötungsabsicht,
- Schwangere, die ihr Kind abtreiben wollen,
- Schwangere, die ohne Hilfe entbinden würden,
- Frauen mit verdrängter bzw. verheimlichter Schwangerschaft,
- werdende Mütter ohne Perspektive,
- Frauen mit dem Wunsch nach Anonymität.

Einige Kliniken konkretisierten ihre Zielgruppendefinition und versuchen,

- ausländische oder illegal in Deutschland lebende Frauen,
- junge Frauen in der Ausbildung,
- minderjährige oder
- drogenabhängige Frauen anzusprechen.

Zielsetzung bei der Etablierung des Angebotes

Analog zur Zielgruppendefinition werden die Ziele formuliert, welche sich die Kliniken bei der Etablierung ihres Angebotes setzen. So soll die „Anonyme Geburt“ vor allem

- die Aussetzung bzw. Tötung von Neugeborenen verhindern,
- Abtreibungen vermeiden,
- dem Schutz von Neugeborenen dienen und
- die medizinische Versorgung von Mutter und Kind sicherstellen.

Vor allem Letzteres soll dazu beitragen, dass die „Anonyme Geburt“ nicht nur als Komplement, sondern auch als Gegenmaßnahme zur Babyklappe angesehen wird. Als wichtiger Aspekt wird dabei betont, dass sie die Möglichkeit bietet, mit den schwangeren Frauen in Kontakt zu treten. Durch persönliche Beratung können die psychischen Belastungen der betroffenen Frauen reduziert und alternative Wege aufgezeigt werden, wodurch eventuell sogar die „Anonyme Geburt“ selbst verhindert werden kann.

Ziel- und Zielgruppenerreichung

Die Frage nach der Zielerreichung ist schwer zu beantworten. Mit Sicherheit wird die medizinische Betreuung von Mutter und Kind während der Geburt gewährleistet. Dies trifft allerdings nicht zwangsläufig auch auf den Zeitraum vor und nach der Entbindung zu. Knapp 70 % der Frauen, die anonym entbunden haben und für welche Daten über die medizinische Betreuung im Vorfeld vorliegen⁶, haben nicht an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen. Hinsichtlich der Nachsorgeuntersuchungen liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor. Allerdings gaben 7 % der Kliniken auf die Frage nach

den Schwachstellen der „Anonymen Geburt“ an, dass „die Betreuung der Frauen nach der Geburt nicht in umfassender Weise fortgesetzt werde“ (Kuhn 2005, S. 357).

Die Wirkung der psychologischen Beratung im Hinblick auf die Vermeidung „Anonymer Geburten“ fällt ebenfalls sehr unterschiedlich aus: Von 17 Kliniken ist bekannt, dass Frauen vor der Geburt anonyme Hilfe gesucht haben. Ein Drittel dieser Kliniken gab an, dass sich schließlich (fast) alle diese Frauen zu einer regulären Geburt entschieden haben. Bei den anderen zwei Dritteln hingegen wollte keine oder fast keine Frau vor der Entbindung ihre Anonymität aufgeben (ebd., S. 340).

Von den 181 Frauen, die anonym entbunden haben, ist eine deutliche Mehrheit (56 %) anonym geblieben, wohingegen sich insgesamt knapp 30 % der Frauen für ein Leben mit dem Kind entschieden haben (ebd., S. 346). Weil 83 % derjenigen, die ihr Kind an einer Babyklappe abgeben, ihre Identität nicht offenlegen und nur 13 % der Mütter sich zu ihrem Kind bekennen, kommt Kuhn zu dem Schluss, dass im Vergleich zu Babyklappen „bei der ‚Anonymen Geburt‘ die Frauen wohl eher bereit sind, ihre Anonymität aufzugeben und/oder ihr Kind zurückzuholen“ (ebd., S. 347).

Dabei darf nicht übersehen werden, dass bei vielen schwangeren Frauen der Wunsch nach Anonymität bereits frühzeitig feststeht. Dies lässt sich zum einen am Zeitpunkt des Erstkontakts⁷ und zum anderen an der Begleitung bei der „Anonymen Geburt“⁸ erkennen: 37 % der Schwangeren traten mit der Klinik erst in Kontakt, als die Wehen bereits eingesetzt hatten. 10 % betraten das

⁶ Informationen über die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen liegen für 112 von 181 Frauen vor.

⁷ Diesbezüglich liegen Daten für 125 von 181 Frauen vor.

⁸ Diesbezüglich liegen Daten für 143 von 181 Frauen vor.

Krankenhaus erstmalig wenige Stunden, 18 % einige Tage und 35 % wenige Wochen vor der Geburt. Es wird daher angenommen, dass über die Hälfte der Frauen bewusst eine „Anonyme Geburt“ wollte (ebd., S. 341f.).

Rund ein Viertel (24 %) der betroffenen Frauen kam ohne Begleitung zur „Anonymen Geburt“ und knapp die Hälfte (48 %) ausschließlich mit einer Fachkraft des Kooperationspartners. 12 % wurden von Eltern, 10 % von einem Freund/einer Freundin und 6 % vom Partner begleitet. Dies wird als Hinweis darauf betrachtet, dass 72 % der werdenden Mütter die Geburt ihres Kindes gegenüber dem Umfeld geheim halten wollten (ebd., S. 343f.). Allerdings kann die Tatsache, dass die Frauen alleine kommen, auch ein Indiz für ihre schwierige soziale Lage sein – insbesondere das Fehlen eines Partners –, was wiederum ursächlich mit dem Wunsch nach Anonymität in Verbindung steht. Bezüglich derjenigen, die in Begleitung erschienen sind, wird die Frage aufgeworfen, ob die Entscheidung zur „Anonymen Geburt“ freiwillig erfolgte oder durch die begleitenden Personen erzwungen wurde (ebd., S. 343f.).

Nach einer „Anonymen Geburt“ wird das Beratungsangebot oftmals nicht weiter genutzt. Diesbezüglich stellt beispielsweise der SkF Frankfurt fest, „dass die Frauen, obwohl sie vor der Geburt relativ regelmäßig Kontakt zu uns wahrnahmen (...), nach der Geburt höchstens 1 bis 2 mal noch Kontakt hielten und diesen dann abbrachen trotz gegenteiliger Beteuerung“ (2004, S. 25).

Die fehlende Bereitschaft zur Aufgabe der Anonymität kann in vielen Fällen durch die Notlage der schwangeren Frauen begründet

werden. Angaben über die persönliche Situation anonym gebärender Frauen liegen nur in 63 der 181 Fälle vor, vermitteln aber dennoch ein eindrucksvolles und differenziertes Bild. Folgende Gründe wurden angeführt, die für die Entscheidung zur „Anonymen Geburt“ ausschlaggebend waren:

- Angst vor Familie/Partner (14 %)
- unerwünschte/verheimlichte Schwangerschaft (13 %)
- soziale und finanzielle Probleme (11 %)
- Angst vor Entzug älterer Kinder (8 %)
- Überforderung durch das weitere Kind (8 %)
- Illegaler Aufenthalt (8 %)
- Nicht-Akzeptanz der Realität („ein Leben mit Kind“) (6 %)
- Minderjährigkeit (6 %)
- außerehelich gezeugtes Kind (5 %)
- Asylbewerberstatus (5 %)
- Trennung vom Kindsvater (3 %)
- neuer Partner (3 %)
- in Ausbildung befindend (3 %)
- Drogenprobleme (3 %)
- Vergewaltigung (2 %)
- vielfältige Problemlagen (2 %)

Somit lässt sich festhalten, dass zumindest die oben genannte und vorab definierte, konkrete Zielgruppe (Minderjährige, Frauen in Ausbildung, Drogenabhängige, ausländische oder in Deutschland illegal lebende Frauen) erreicht werden kann.

Die von Kuhn erhobenen subjektiven Einschätzungen zur Zielgruppenerreichung liefern allerdings keine eindeutigen Ergebnisse: 70 % der befragten Klinikbetreiber waren der Meinung, dass eine solche Einschätzung auf Grund zu geringer Erfahrungswerte nicht möglich sei (ebd., S. 337). Dass eine kleine Gruppe, die sich zur Einschätzung in der Lage sieht, zu beinahe gleichen Anteilen zu positiven (16 %) und negativen

(14 %) Antworten kommt, trägt zur Klärung der Frage, ob bzw. inwieweit die angestrebten Zielgruppen durch das Angebot erreicht werden, wenig bei. Analog wird von vielen Befragten die oftmals geäußerte Kritik, dass das Angebot die eigentlichen Zielgruppen verfehlen könne, geteilt. 73 % der Befragten stimmen dieser These – jedoch oft ohne weitere Begründung – zu und nur 27 % lehnten sie ab (ebd., S. 355f.).

Heftig diskutiert hingegen wird die Frage, ob jene Frauen das Angebot zur „Anonymen Geburt“ nutzen, die eine Abtreibung, Aussetzung oder Tötung des Kindes erwägen, und sich dieses Angebot als lebensrettende Maßnahme erweist.

Die ansonsten eher skeptische Meinung der Klinikbetreiber wird diesbezüglich in gewisser Weise revidiert, da 59 % von ihnen trotz der oben angeführten Positionen der Auffassung sind, die „Anonyme Geburt“ sei ein geeignetes Instrument, um Leben zu schützen. 25 % teilen diese Ansicht nicht und 16 % wollten oder konnten diesbezüglich keine Auskunft geben (ebd., S. 356). Diese Ansichten gründen aber nicht ausschließlich auf persönlichen Erfahrungen, da nur rund

ein Drittel glaubte, die Mütter hätten ihr Kind ausgesetzt oder getötet, wenn sie keine Möglichkeit zur „Anonymen Geburt“ gehabt hätten⁹. In 65 % der Fälle stellte sich diese Empfindung hingegen nicht ein (ebd., S. 344).

Die Inkonsistenz des Antwortverhaltens ist darauf zurückzuführen, dass solche Einschätzungen grundsätzlich problematisch sind, da sie im spekulativen Bereich verbleiben. Selbst wenn Frauen diese Absicht überzeugend kundtun, könnte dies geschehen, um ihren Wünschen möglichst großen Nachdruck zu verleihen. Dies (in Verbindung mit der Tatsache, dass die entsprechenden Angaben aus Österreich (vgl. Kap. 5.2) ein völlig anders geartetes Bild zeichnen,) belegt zunächst nur, dass die Einschätzungen Dritter nicht für eine objektive Beurteilung der Frage nach möglichen lebensrettenden Eigenschaften der „Anonymen Geburt“ geeignet sind.

4.1.2 Statistiken über Kindstötungen und Aussetzung

Für eine objektive Beurteilung wären differenzierte Daten bezüglich der Aussetzung und Tötung von Kleinstkindern erforderlich.

Tabelle 1: Tötung und Aussetzung von Neugeborenen im Vergleich der Jahre 1999–2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tötungen	21	17	17	20	33	18
Lebendaussetzungen	13	11	14	14	12	14
Unklar / ältere Kinder	–	4	–	–	–	–
Summe	34	32	31	34	46	32

Quelle: Bott/Swientek (2006)

⁹ Die Frage wurde für 77 von 181 Frauen beantwortet.

Allerdings existieren auch zu diesen Aspekten in Deutschland keine zuverlässigen Zahlen, da seit der Abschaffung des § 217 StGB zur Kindstötung keine offizielle Statistik mehr geführt wird (Gremmel 2004, S. 111). Alternativ bedienen sich sowohl Kritiker als auch Befürworter der „Anonymen Geburt“ eigens erstellter Statistiken, die – wie im Folgenden kurz dargestellt wird – jedoch nicht zu deckungsgleichen und damit nicht zu belastbaren Ergebnissen führen.

Zum Beispiel führen Bott und Swientek Daten ins Feld, welche die Nutzlosigkeit des Angebotes unterstreichen sollen (vgl. Bott/Swientek 2006). Diese basieren auf der Auswertung von Medienberichten und auf Angaben einiger Landeskriminalämter. Ihre Recherchen zeigen an, dass die Zahl der Tötungen nach einem deutlichen Anstieg wieder zurückgegangen sei und aktuell wieder auf dem Niveau der Jahre 1999 bis 2002 liegen (vgl. Tabelle 1). Allerdings sind aus diesen sehr kleinen Fallzahlen und Daten keine Trends ablesbar. Mindestens ein Drittel der erhobenen Fälle ereignete sich in Städten und Gemeinden, in denen es Babyklap-

pen oder Angebote zur „Anonymen Geburt“ gab. Diese Tatsache führt die Autorinnen zu der Annahme, dass Babyklappen und „Anonyme Geburten“ nicht dazu beitragen, Kindstötung oder -aussetzung zu verhindern.

Uneinheitliche Ergebnisse zur These, dass durch die Möglichkeit der „Anonymen Geburt“ Aussetzungen und Tötungen nicht verhindert werden können, finden sich in der Untersuchung von Kuhn (2005): 32 % der befragten Klinikleitungen erklärten, dass auch nach der Einführung der „Anonymen Geburt“ noch in unmittelbarer Nachbarschaft ausgesetzte oder getötete Kinder gefunden worden seien.¹⁰ Allerdings betonten andere Befragte, dass ein eindeutiger Rückgang von Aussetzungen und Tötungen im Umfeld festgestellt werden konnte (Kuhn 2005, S. 339).

Die Schwierigkeit der Datenlage wird durch die Befunde von SterniPark e.V. verdeutlicht: Auch hier wurden Presseberichte von 1999 bis Mai 2004 ausgewertet – jedoch mit zum Teil anderen Ergebnissen als bei Bott und Swientek.

Tabelle 2: Tötung und Aussetzung von Neugeborenen im Vergleich der Jahre 1999–2004 – Auswertung der Pressebeobachtung des SterniPark e.V. (2004)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tötungen	18	23	13	20	28	8
Aussetzungen ungeschützt (nicht im Krankenhaus)	16	17	9	16	11	2
Aussetzung geschützt	–	–	–	–	–	1
Summe	34	40	22	36	39	11

Quelle: <http://sternipark.de/findelbaby/kindstabelle.asp>

¹⁰ 23 % der Kliniken verneinten die Auffindung ausgesetzter oder getöteter Kinder nach der Etablierung des Angebots zur „Anonymen Geburt“ und 45 % konnten diesbezüglich keine Angaben machen.

Diese Datenlage führt weiterhin zu unterschiedlichen Schätzungen: Gremmel geht davon aus, dass deutschlandweit im Jahr 40 Kinder ausgesetzt werden, von denen die Hälfte nicht überlebt (2004, S. 111). Nach den Angaben von Bott und Swientek (2006) wurden im Zeitraum 1999 und 2004 jährlich zwischen 31 und 46 Kinder ausgesetzt bzw. getötet (vgl. Tabelle 1). Im Jahresdurchschnitt sind dies 35 ausgesetzte bzw. getötete Kinder. Die von SterniPark e.V. veröffentlichten Zahlen (vgl. Tabelle 2) ergeben, dass im Zeitraum 1999 bis 2003¹¹ 22 bis 41 Kinder ausgesetzt bzw. getötet wurden – das sind durchschnittlich 34 Kinder im Jahr. Das Verhältnis von Tötungen und Aussetzungen beträgt bei beiden Recherchen etwa 60 zu 40.

Auf Grund ihrer Heterogenität, fehlender Systematik und mangelnder Differenziertheit können diese Zahlen keinen fundierten Beitrag dazu leisten, die Auswirkungen der „Anonymen Geburt“ auf die Häufigkeit der Kindstötungen und -aussetzungen zu beurteilen; dafür sind diese Fälle zu unterschiedlich. Die Auswertung der Medienberichterstattung erweist sich augenscheinlich als nicht zuverlässig genug – schließlich können dabei leicht einzelne Fälle übersehen oder mehrfach gezählt werden. Zudem muss bedacht werden, dass nicht jeder Fall von Aussetzung oder Tötung entdeckt, geschweige denn medial veröffentlicht wird. Fernerhin ist zu bemängeln, dass diese Art der Datenerhebung meist keine Hinweise auf Situation und Beweggründe der Täterinnen liefert. Zudem lässt sich in den Daten kein eindeutiger Trend erkennen.

Eine Interpretation der Entwicklung der absoluten Häufigkeiten von Aussetzung und Tötung muss – entgegen gängiger Praxis –

unbedingt auch den stetigen Rückgang der Geborenenzahlen in Deutschland berücksichtigen. Allein im Betrachtungszeitraum von 1999 bis 2004 hat sich die Geborenenziffer von 771.000 auf 706.000, also um 65.000, verringert (Statistisches Bundesamt 2004, S. 39, sowie 2006, S. 33). Dabei sind weiterhin regionale und milieuspezifische Unterschiede in der Fruchtbarkeit und im Gebärverhalten von Bedeutung. Geringfügige absolute Zu- oder Abnahmen der Fälle von Kindstötung und -aussetzung können sich bei näherer Betrachtung vor diesem Hintergrund leicht als Fehlinterpretationen entpuppen.

Eine Argumentationsweise, welche auf die bloße Etablierung von Angeboten der „Anonymen Geburt“ abstellt und diese in Beziehung zur Entwicklung von Aussetzungs- und Tötungsfällen (auf Aggregatsebene) setzt, greift eindeutig zu kurz, weil sie die Situation, das Wissen und den Handlungsspielraum der betroffenen Frauen gänzlich ausblendet – dies belegen auch die divergenten Einschätzungen der Klinikärzte (Kuhn 2005). Dass ein Angebot existiert, bedeutet noch lange nicht, dass es auch von den entsprechenden Zielgruppen genutzt werden kann.

Informationen zu Kindstötungen

Ein zuverlässigeres und im Hinblick auf die sozialen Hintergründe der Täterinnen ergiebigeres Vorgehen stellt dasjenige von Bauermeister (1994) dar. Er untersuchte für den Zeitraum von 1980 bis 1989 anhand der Auswertung der entsprechenden Obduktionsberichte der einzelnen gerichtsmedizinischen Institute alle aktenkundigen Fälle von Neonaziden. Da alle tot aufgefundenen Neugeborenen obduziert werden müssen, handelt es sich bei dieser Auswertung der Kindstötungs-

¹¹ Das Jahr 2004 blieb bei diesen Berechnungen unberücksichtigt, da die Recherchen bereits im Mai 2004 beendet wurden.

fälle¹² um eine zumindest annähernd repräsentative Studie (vgl. Bauermeister 1994, S. 2ff.).

Für den Betrachtungszeitraum konnten 213 Fälle von Kindstötung, aber nur 137 Tatverdächtige ermittelt werden. Die Auswertung der soziodemographischen und sozioökonomischen Daten der Tatverdächtigen erbrachte folgende Ergebnisse:

Das Durchschnittsalter der betreffenden Frauen¹³ lag bei 22 Jahren, die jüngste Mutter war 14 Jahre und die älteste Mutter 42 Jahre alt. Somit wird annähernd die gesamte Spannweite des gebärfähigen Alters abgedeckt. Ein Viertel der verdächtigten Frauen war jünger als 17 Jahre und insgesamt 60 % waren jünger als 20 Jahre. Es waren also vor allem jüngere Frauen, die ihr Kind töteten (ebd., S. 20). Insofern verwundert es nicht, dass 56 % der Frauen¹⁴ noch bei den Eltern lebten. 27 % hingegen wohnten mit ihrem Partner zusammen und alle übrigen entweder allein oder in einem Wohnheim (ebd., S. 21). Etwa drei Viertel der Mütter¹⁵ waren ledig. Etwas mehr als ein Fünftel (22,3 %) war verheiratet, wobei in 10 Fällen Ehemann und Kindsvater identisch waren (ebd.). Nur 13 % der Frauen¹⁶ hatten nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Da der Anteil der von Ausländerinnen geborenen Kinder an der Gesamtgeborenenzahl in Deutschland in der Zeit von 1980 bis 1989 bei ungefähr zehn Prozent lag, sind ausländische Frauen unter den Tatverdächtigen nicht überrepräsentiert (ebd., S. 22).

Die Angaben hinsichtlich der schulischen Laufbahn sowie der beruflichen Position der

Frauen sind weniger aussagekräftig, weil sie nur für 24 bzw. 52 Fälle festgestellt wurden. Dennoch kommt Bauermeister zu dem Schluss, dass Kindstötung keinesfalls nur ein Delikt von schulisch Minderqualifizierten zu sein scheint, weil fast die Hälfte der betreffenden Frauen die Realschule oder das Gymnasium besucht hatte. Während 21 Frauen noch in der Berufsausbildung waren, befanden sich auch 13 Angestellte (mit stark divergierendem sozioökonomischem Status), zehn Arbeiterinnen, drei Hausfrauen und zwei Selbständige unter den 52 Tatverdächtigen, deren Beruf bekannt ist. Bauermeister ist daher der Auffassung, dass die meisten von ihnen sozial und finanziell abhängig waren (ebd., S. 22f.).

Hervorzuheben sind die Befunde der Auswertung der Wohnorte¹⁷. Fast ein Viertel der Tatverdächtigen lebte in Großstädten mit mehr als 100.000 Einwohnern. Ein Fünftel hingegen in ländlich-dörflichen Gemeinden mit weniger als 2.000 Einwohnern. Insgesamt lebten 40 % der Frauen in Gemeinden mit weniger als 10.000 Einwohnern. Relativ zur Bevölkerungsverteilung sind Großstädterinnen unter den Tatverdächtigen unterrepräsentiert: Mit 21 % wohnten die wahrscheinlichen Täterinnen überproportional häufig in ländlichen Gemeinden bis zu 2.000 Einwohnern – insgesamt lebten aber nur 5,9 % aller Bundesbürger im entsprechenden Zeitraum in Gemeinden dieser Größe (ebd., S. 24). Bauermeister wertet dieses Ergebnis als Ausdruck einer wahrscheinlich stärkeren sozialen Kontrolle sowie als Folge konservativer Wertvorstellungen in ländlichen Gemeinden.

¹² Kindstötung bezeichnet nach dem 1999 gestrichenen § 217 StGB die Tötung eines Neugeborenen unter oder kurz nach der Geburt durch seine ledige Mutter. Bauermeister berücksichtigte in seiner Untersuchung zusätzlich die verheirateten Mütter.

¹³ Das Alter wurde in 99 Fällen festgestellt.

¹⁴ Die Wohnverhältnisse wurden in 84 Fällen festgehalten.

¹⁵ Der Familienstand wurde in 94 Fällen erfasst.

¹⁶ Die Nationalität wurde in 108 Fällen bestimmt.

¹⁷ Dieser ist in 95 Fällen bekannt.

Der Abgleich soziodemographischer Daten blendet aber einen Faktor aus, der im Falle von Kindstötung und -aussetzung als zentral anzusehen ist: die psychische Situation der (werdenden) Mütter.

Gerchow (1957, zit. in Taufkirch 200f, S. 87ff.) ist der Auffassung, dass die Verdrängung der Schwangerschaft häufig als die eigentliche Ursache für die Tötung des Kindes anzusehen ist. Eine unerwünschte Schwangerschaft kann Unbehagen und Furcht erzeugen und in der Folge bestimmte Abwehrreaktionen provozieren. Die Schwangerschaftsverdrängung ist dabei als typische Verhaltensform jener Frauen aufzufassen, die ihrer Aufgabe nicht gewachsen sind. Sie kann sich dabei sowohl als bewusste Verheimlichung als auch als unbewusst ablaufende Reaktion vollziehen, wobei in letzterem Falle auch die Option der Abtreibung ausscheidet.

Durch die Verdrängung können auch körperliche Hinweise auf die Schwangerschaft mehr oder minder unterdrückt werden. Oft fehlen typische Schwangerschaftsanzeichen (Fortbestehen der Monatsblutung, Fehlen typischer Schwangerschaftsbeschwerden wie morgendliche Übelkeit, keine oder nur schwache Wahrnehmung der Kindesbewegungen, Inexistenz typischer Körperformen einer Schwangeren). In solchen Extremfällen können selbst Ärzte eine Schwangerschaft nicht immer diagnostizieren (vgl. Wessels 1992, zit. in Taufkirch 2003, S. 90).

Selbst die einsetzende Geburt wird oftmals nicht erkannt, da zum Beispiel die Wehen als Verdauungsbeschwerden interpretiert werden. Oft kommt es daher zu schnell ablaufenden Sturzgeburten. Selbst der Anblick des Kindes kann in solchen Situationen in vielen

Fällen keine Zuwendung seitens der Mutter auslösen, da diese auf Grund der Schwangerschaftsverdrängung noch auf Scheinlösungen vertraut. In der Folge bleiben die betreffenden Mütter passiv und töten ihr Kind durch Unterlassung der Hilfeleistung.

Alternativ ist es auch möglich, dass die komplexe Notlage durch die Geburt erneut oder erstmalig akut wird. Ratlosigkeit sowie Furcht vor Schande und Scham können während der Geburt die Motivlage der Mutter plötzlich und verstärkt beeinflussen, so dass es zu einer kurzschlussartigen Aggression gegen das Kind kommt (Taufkirch 2003, S. 89).

Auch Rohde (2002) teilt diese Auffassung: Die „Tötung des neugeborenen Kindes direkt nach der Geburt wird (...) von Frauen begangen, die unter einer erheblichen Persönlichkeitsproblematik leiden, wie etwa einer fehlenden Persönlichkeitsreife oder mangelnden Bewältigungsmechanismen. Wenn diese Frauen unerwünscht schwanger werden, sind sie nicht in der Lage, Hilfsangebote (...) anzunehmen. Verdrängungsmechanismen, sei es aus Angst oder Scham, führen dazu, dass sie von der Geburt ‚überrascht‘ werden. Im Sinne einer Stress- oder Panikreaktion kommt es dann möglicherweise zur Tötung des Neugeborenen oder zur Aussetzung nach der Geburt.“

Dass es vor allem infolge von unbewusster Verdrängung oder bewusster Verheimlichung der Schwangerschaft zur Kindstötung kommen kann, findet in der bereits zitierten Studie von Bauermeister empirische Bestätigung. Bei 98 Tatverdächtigen lagen Angaben zur Schwangerschaftsverarbeitung vor. In nur fünf Fällen wurde die

Schwangerschaft bewusst erlebt und der Umgebung mitgeteilt. 42 Frauen hingegen haben die Schwangerschaft nicht wahrgenommen und 51 Frauen haben sie verheimlicht. Es sei jedoch angemerkt, dass eine solche isolierte Betrachtung nicht immer den Tatsachen gerecht wird, da Verheimlichung und Verdrängung ineinander übergreifen können. So gab es zum Beispiel bei den 51 verheimlichten Schwangerschaften 14 Grenzfälle, denen die Schwangerschaft zwar bewusst war, die Geburt aber dennoch als Überraschung erlebt und teils sogar anfänglich verkannt wurde.

Allen 93 Frauen, die der Tötung ihres Kindes verdächtigt wurden und die die Schwangerschaft verheimlicht oder nicht wahrgenommen hatten, war aber gemein, dass die Schwangerschaftsanzeichen entweder verdrängt oder umgedeutet wurden (Taufkirch 2003, S. 89f.).

Die Diskussion, ob und in welcher Weise das Angebot einer „Anonymen Geburt“ solche Fälle verhindern kann, soll hier nicht aufgegriffen werden.

Welche Zielgruppen ein solches Angebot erreichen kann und wie unterschiedlich die

gesellschaftliche Einbettung sein kann, zeigen die Erfahrungen in anderen europäischen Ländern. Als ein Land, dessen Kontext der deutschen Situation eher ähnlich ist, das aber vor einigen Jahren die Anonyme Geburt eingeführt hat, wird im Folgenden kurz Österreich vorgestellt. Anschließend zeigt das Beispiel Frankreichs eine sehr unterschiedliche staatliche Position zur Thematik.

4.2 Erfahrungen in Österreich

Für die Entwicklung in Österreich liegen dank einer Untersuchung im Rahmen des Beirates zum Wiener Programm für Frauengesundheit einige Daten vor. Im Jahr 2004 stellte die Arbeitsgruppe Anonyme Geburt ihren Abschlussbericht vor. Der Bericht gibt die von der Stadt Wien seit der Einführung der Anonymen Geburten im Jahr 2001 gesammelten Erfahrungen wieder. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse dieser Dokumentation zusammenfassend dargestellt, um relevante Vergleichsdaten und aufschlussreiche Informationen herauszufiltern. Das Fallaufkommen ist ähnlich wie in Deutschland sehr gering, aber eher konstant. Insgesamt wurden im Berichtszeitraum 49 Anonyme Geburten verzeichnet (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Anonyme Geburten/Babyklappe/Weglegung/Kindstötung Wien (2001–2004)

	ab Mai 2001	2002	2003	bis November 2004
Anonyme Geburten	12	16	15	6
Babyklappen	3	2	2	1
Sonstige	3 Weglegungen		1 Tötung	

Quelle: Bott/Swientek (2006)

Kurzbeschreibung der Klientel

Die Lebenssituation der Frauen, welche anonym entbunden haben, wurde nicht so differenziert erfasst wie beispielsweise im Rahmen der Studie von Kuhn. Immerhin ist bekannt, dass rund ein Drittel der Frauen bereits Kinder hatte und mit diesen meist im selben Haushalt lebte. Für ein weiteres Drittel der meist jüngeren bis sehr jungen Frauen war es hingegen die erste Geburt. Die familialen Hintergründe der übrigen Frauen blieben im Unklaren. Ähnlich wie in Deutschland waren auch in Österreich alle Bildungs- und Sozialschichten sowie annähernd alle fertilen Altersgruppen – das Alter lag zwischen 18 und 40 Jahren – vertreten.

Wirkungen

Die Frauen, die sich zu einer Anonymen Geburt entschieden haben, gaben an, dass sie niemals eine Abtreibung beziehungsweise Tötung oder Weglegung des Kindes beabsichtigt hatten. Diese Äußerungen in Verbindung mit der Tatsache, dass es trotz des Angebots von Babyklappen und Anonymer Geburt zu drei Kindsweglegungen und einer Tötung kam, lassen die Autoren zu dem Schluss gelangen, dass man sich von der Ansicht, Anonyme Geburten könnten das Leben von Neugeborenen retten, distanzieren müsse (Wiener Programm für Frauengesundheit 2004, S. 61).

Anonymitätswahrung versus Adoption

Die österreichischen Frauen haben nur sehr selten ihre Anonymität aufgegeben. Dies steht vor dem Hintergrund, dass die Erstvorstellung der schwangeren Mütter bei den zuständigen Sozialarbeiter(inne)n in den überwiegenden Fällen erst kurz vor der Ge-

burt erfolgte, also eine begleitende Beratung kaum möglich war. Nur in weniger als 25 % der Fälle wandte sich die Schwangere zwischen der 20. Schwangerschaftswoche und der Entbindung an die Einrichtung. Insgesamt gaben nur zwei der betreuten Mütter nach der Geburt ihre Identität preis. Die übrigen Frauen meldeten sich schlicht nicht mehr.

Die Arbeitsgruppe Anonyme Geburt ist der Auffassung, dass das etablierte Hilfesystem (z. B. Angebote der sozialen Dienste der Jugendwohlfahrt) auch alternative Lösungen für die Probleme der Frauen anbieten hätte können, die schwangeren Frauen hingegen hätten eine Geheimhaltung der Geburt präferiert (ebd., S. 61f.).

Nach Einschätzung der Autoren hätte in vielen Fällen einer legalen Adoptionsfreigabe nichts im Wege gestanden. Dennoch wurde diese – trotz ausführlicher Beratungsgespräche – nicht in Betracht gezogen. Erklären lässt sich dies durch verschiedene, von den betroffenen Frauen vorgetragene Hemmnisse: Erstens wird im Falle einer regulären Entbindung der Arbeitgeber über die Schwangerschaft informiert, da der nachgeburtliche Mutterschutzurlaub in Anspruch genommen werden muss. Zweitens sind Geburt und Adoption sowohl für das Kind als auch für die Angehörigen über das Personenstandsregister in Erfahrung zu bringen. Die Verbindung zwischen Mutter und Kind ist somit nicht endgültig beendet, was den Betroffenen zum Zeitpunkt der Anonymen Geburt jedoch als sehr wichtig erscheint. Drittens wirkt der Behördenweg abschreckend: Das Aufsuchen der Adoptionsstelle, des Notariats oder der Beglaubigungsstelle eines Gerichts ist einerseits mit Aufwand verbunden und steht andererseits

dem Wunsch nach Anonymität entgegen, weil sich die Mutter diesen Stellen gegenüber ausweisen muss. Viertens ist bei einer regulären Adoptionsfreigabe – nicht zuletzt auf Grund des Behördenweges – eine stärkere Auseinandersetzung mit der eigenen Situation notwendig als bei Inanspruchnahme der Angebote der Anonymen Geburt.

Für das Jahr 2003 wird festgestellt, dass die Zahl der regulär zur Adoption freigegebenen Kinder deutlich zurückgegangen ist und anstelle dessen deutlich mehr Babys aus Anonymer Geburt und Babyklappe zur Adoption vermittelt wurden.

Gründe für die Anonyme Geburt

Die Gründe für den Wunsch nach anonymer Mutterschaft ähneln denen deutscher Mütter; von den Betroffenen genannt wurden:

- Gewaltanwendung und Vergewaltigung
- persönliche und wirtschaftliche Situation
- Notwendigkeit der Geheimhaltung vor der eigenen Familie, um eine (kulturell bedingte) Gefahr für das eigene Leben abzuwenden
- Angst vor Karriereeinbußen
- Ausbildungssituation
- Beziehung zu einem verheirateten Mann

Einschätzungen der Situation anonym gebärender Frauen

Die erfragten subjektiven Einschätzungen der Situation der anonym gebärenden Frauen durch Dritte brachten allerdings widersprüchliche Ergebnisse mit sich: Während die Fachkräfte des Jugendwohlfahrts-trägers in nur fünf Fällen eine Notsituation (im Sinne einer Gefährdung des physischen bzw. psychischen Wohls der Frau) feststellen

konnten (ebd., S. 68), kamen alle befragten Fachkräfte aus der Sozialarbeit zu der Auffassung, dass sich alle Frauen in einer schwierigen Lebenssituation befanden (ebd., S. 80).

Die Frauen, die im Rahmen der Sozialarbeit betreut wurden, können folgendermaßen beschrieben werden:

- Sie sind noch sehr jung.
- Sie haben Probleme mit ihren Eltern oder ihrem Partner.
- Sie befinden sich in einer schwierigen ökonomischen Situation.
- Sie sind nicht verheiratet und Angehörige von Kulturkreisen, in denen ein uneheliches Kind ein Tabu darstellt.
- Sie sind zum Teil nicht sozialversichert.
- Bei manchen liegt eine Suchtproblematik vor.
- Sie scheuen den Aufwand einer Adoption.

Die Einschätzungen Dritter erweisen sich auf Grund der diskrepanten Einschätzungen als problematisch und nicht geeignet, um sich der Situation anonym gebärender Frauen objektiv anzunähern. Vielmehr legt das Ergebnis nahe, dass unterschiedliche Professionen verschiedene Perspektiven und möglicherweise auch Zugänge zum Thema haben. Vernachlässigt man diese methodischen Probleme, so fallen in den Beschreibungen der österreichischen Klientel einige Parallelen zu den Fällen in Deutschland auf. Unterschiede zeigen sich hingegen darin, dass die Österreicherinnen weniger bereit scheinen, nach der Geburt die Anonymität aufzugeben. Auch finden sich Hinweise darauf, dass in manchen Fällen das Angebot zur Anonymen Geburt als Ersatzoption für die reguläre Adoptionsfreigabe aufgefasst wird.

4.3 Erfahrungen in Frankreich

Während die Anonyme Geburt in Österreich und Deutschland zwar möglich, aber nicht klar geregelt ist, gibt es in Frankreich eine rechtliche Absicherung: Seit 1993 haben Frauen in Frankreich das verbriefte Recht auf eine Anonyme Geburt (vgl. Bonnet 1999). Dies ist allerdings nicht der einzige Unterschied, Frankreich kann auf eine lange Tradition öffentlicher Zuständigkeit für Geburten und Kinder zurückblicken: 1793 wurde erstmalig festgelegt, dass der Staat die Kosten der Entbindung übernimmt und die Mutter ihren Namen geheim halten darf. 1941 wurde schließlich von der Vichy-Regierung das auch heute noch gültige Gesetz zur Anonymen Geburt erlassen, um Frauen eine Alternative zur Abtreibung zu bieten, die zur damaligen Zeit mit der Todesstrafe belegt war.

Die Einführung der Anonymen Geburt 1941 stellte eine soziale Notwendigkeit dar: Während der Besatzungszeit wurden in Frankreich ca. 200.000 „Kinder der Schande“ geboren, deren Mutter eine Französin und deren Vater ein deutscher Wehrmachtssoldat war. Diese „Bastarde“ und deren Mütter waren sozial geächtet, weil sie sich mit dem Feind eingelassen hatten. Da die Abtreibung von Embryonen mit arischer Abstammung zur damaligen Zeit verboten war, wurde von der Vichy-Regierung alternativ die Anonyme Geburt eingeführt. In den ersten Jahren nach dem Krieg wurden jährlich ca. 10.000 Kinder anonym zur Welt gebracht. Seit den 90er Jahren ist die Zahl der Anonymen Geburten stetig rückläufig. Belief sie sich 1990 noch auf ca. 780, so betrug sie 1999 „nur“ noch ca. 560.

Mit dieser langen Tradition dürfte in Frankreich auch eine geringere gesellschaftliche

Ächtung oder Problematisierung des Phänomens korrespondieren. Dafür spricht ein relativ hohes Fallaufkommen im Vergleich zu den deutschsprachigen Ländern: So gehören derzeit zirka 400.000 Menschen der sogenannten „Generation X“ an, weil sie anonym („sous x“) geboren wurden. Viele dieser Menschen leiden darunter, nichts über ihre leiblichen Eltern zu wissen. In eigens gegründeten Interessenverbänden fordern sie die Abschaffung des Rechts auf Anonyme Geburt. Durch zahlreiche Demonstrationen und Medienauftritte gelang es im Jahr 2002 schließlich, eine Reform der Anonymen Geburt durchzusetzen (Gremmel 2004, S. 50).

Im Zuge der Reform wurde zur Verwaltung der Anonymen Geburten die Zentralstelle „Conseil national pour l'accès aux origines personnelles“ eingerichtet. Diese Behörde fordert die anonym gebärende Mutter dazu auf, in einem geschlossenen Umschlag Angaben zu ihrer Person und zu derjenigen des Kindsvaters zu hinterlegen. Allerdings basieren diese Angaben auf Freiwilligkeit und dürfen nicht erzwungen werden. Unabhängig davon wird ein Dossier mit allgemeinen Informationen (z. B. über physische, psychische und kulturelle Merkmale) der Mutter angelegt. Alle Unterlagen werden in der Zentralstelle verwahrt und sind Dritten nicht zugänglich. Zu einem späteren Zeitpunkt kann das Kind einen Antrag auf Offenlegung dieser Informationen stellen. Die Behörde versucht dann, in Kontakt mit der leiblichen Mutter zu treten, um ihr Einverständnis zur Aufhebung der Anonymität zu erbitten. Erklärt sich die Mutter jedoch nicht einverstanden, so muss das Kind auch weiterhin ohne Kenntnis seiner Abstammung leben. Frankreich hält also an der Anonymen Geburt fest, will aber durch

deren Modifizierung die Endgültigkeit der Anonymität nach Möglichkeit vermeiden (ebd., S. 50f.).

Die lange Tradition, die rechtliche Absicherung und – mit beidem verbunden – die größere empirische Relevanz schlagen sich auch in einer stärkeren wissenschaftlichen Aufarbeitung nieder: In Frankreich existieren deutlich mehr und auch umfassendere quantitative wie qualitative Studien zum Thema. Obgleich durch den stark differierten gesellschaftlichen Kontext Vergleiche nur mit großer Vorsicht angestellt werden können, ist es für unsere Betrachtung gleichwohl von großem Interesse, welche Erfahrungen hier vorliegen.

Charakteristika der Klientel

Die Soziologin Lefaucheur führte im Jahr 1999 in 47 Entbindungsheimen und in weiteren 32 Geburtshilfeeinrichtungen eine Umfrage zur Situation anonym gebärender Frauen durch. Sie ermittelte, dass in den untersuchten Einrichtungen zwischen 1994 und 1998 1.329 Anonyme Geburten durchgeführt worden sind.

In zwei Dritteln dieser Fälle waren die Mütter unter 25 Jahre alt, jede zehnte Mutter war noch minderjährig. Mehr als ein Viertel ging noch zur Schule oder studierte. Die Hälfte der Mütter, die anonym entbunden haben, war auf Arbeitssuche oder hatte keinen Beruf. Somit hatten sie zumeist keine ausreichenden finanziellen Ressourcen und konnten nicht selbst für ihren Unterhalt aufkommen. Die Studie verweist aber auch auf eine nicht zu vernachlässigende Minderheit (keine Zahlenangaben), die einem gehobenen Milieu oder der Mittelschicht angehörte.

Vier Fünftel der Frauen waren nicht verheiratet (vgl. Lefaucheur 2002, S. 5).

Persönliche Hintergründe und Probleme

Je nach Wohnverhältnissen und Familienstand hatten die Frauen mit spezifischen Problemen umzugehen. Diese stark situativen Bedingungen werden als wichtige Einflussfaktoren auf die Entscheidung zur Anonymen Geburt gewertet (ebd.). Beispielsweise lebte jede vierte Frau noch bei ihren Eltern. Nur etwa jede zehnte Betroffene wohnte mit einem Partner zusammen. Darunter finden sich junge, studentische Paare, Paare in schwierigen finanziellen Situationen und Paare mit Gewalterfahrung. Weitere 10 % der Frauen hatten sich von ihrem Partner getrennt oder waren geschieden. Diese Frauen waren in der Regel über 35 Jahre alt, hatten bereits mehrere Kinder und sahen sich mit großen sozioökonomischen Schwierigkeiten konfrontiert.

Je nach Departement war in 4 bis 10 % der Fälle die Schwangerschaft die Folge einer Vergewaltigung, dabei handelte es sich in drei Fällen um ein Inzestvergehen.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Frauen, die sich für eine Anonyme Geburt entschieden, dies meist aus einer Kombination folgender Gründe taten:

- Abhängigkeit von den Eltern
- mangelnde soziale Unterstützung
- finanzielle Schwierigkeiten
- Probleme oder gar Gewalt in der Beziehung zum Kindsvater

Für die Autorin ist nicht in allen Fällen nachvollziehbar, warum es den Frauen wichtig war, anonym zu entbinden. Sie glaubt, dass

man den Müttern möglicherweise auch mit einem Adoptionsverfahren ohne Anonymität hätte helfen können. Angesichts der Schwierigkeiten, persönliche Motivlagen zu beurteilen, soll auf diese Alternativen noch etwas eingegangen werden.

Anonymität statt Adoption

Diese schwierige Frage wird von Bonnet (1999) aufgeworfen, wobei sie psychologische und soziale Faktoren in den Vordergrund ihrer Betrachtung stellt. Sie stellt fest, dass die Gesellschaft „nicht akzeptiert, dass Frauen sich weigern, ihr Kind nach der Geburt anzunehmen.“ (Bonnet 2001) Solange die Abgabe eines Kindes als Verstoß gegen die gesellschaftliche Normvorstellung sanktioniert wird, wählen die Frauen die Anonymität (Bonnet 1988, zit. in Taufkirch 2003, S. 73). Die gesellschaftliche Norm erklärt sich dabei durch die dominierende Vorstellung einer natürlichen Entstehung der Mutterliebe durch Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit (Bonnet 1999).

Die Wirksamkeit sozialer Normen kann somit als ein Erklärungsfaktor dafür herangezogen werden, warum sich Mütter für die Anonymität und gegen die Adoption entscheiden – nicht aber dafür, warum es überhaupt zur Weggabe des Kindes kommt.

Bonnet hingegen ist der Meinung, dass in erster Linie psychologische Faktoren und nicht etwa materielle oder wirtschaftliche Gründe dafür verantwortlich sind, dass eine Frau die Mutterschaft nicht übernimmt (ebd.). Analog zu Gerchow verweist auch Bonnet hier auf die Schwangerschaftsverdrängung, welcher häufig eine erst kurz zurückliegende Misshandlung (Vergewaltigung, sexual-

ler Missbrauch, Inzest) oder eine (körperliche, sexuelle oder psychische) Misshandlung in der Kindheit zu Grunde liegt.

Anonymität als Lebensschutz

Die Arbeitsgruppe des „Ministère de l'Emploi et de la Solidarité“ um Fériel Kachouk untersuchte 517 anonym abgebende Mütter. Sie stellt in ihrem Bericht fest, dass keine der Befragten von Mordimpulsen berichtet hätte. Bei der Suche nach den der Schwangerschaftsverleugnung zugrunde liegenden Traumatisierungen konnten nur in 2 bis 10 % der Fälle Hinweise auf eine „schreckliche Kindheit“, auf Missbrauch, Vergewaltigung oder Inzest gefunden werden. Die Arbeitsgruppe gelangte daher zu der Überzeugung, dass nur bei einer kleinen Gruppe der anonym gebärenden Frauen von einer Schwangerschaftsverleugnung im tatsächlichen Sinn und daher von einer Gefahr für das Leben des Kindes auszugehen sei (vgl. Gremmel 2004, S. 176f.). Viel bedeutender hingegen seien materielle Not und soziale Isolation als Ursache für die Verheimlichung der Schwangerschaft (ebd.).

4.4 Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die individuellen Hintergründe und Motivationen der Hilfe suchenden schwangeren Frauen stark ausdifferenziert sind. Dabei treten jedoch immer wieder soziale und/oder wirtschaftliche Abhängigkeitsverhältnisse in den Vordergrund, welche den Wunsch nach Anonymität bestimmen. In verschiedenen Situationen, die durch psychosoziale und/oder ökonomische Notlagen geprägt sind, scheint die „Anonyme Geburt“ für Frauen durchaus ein probates Hilfsangebot darzu-

stellen. Dabei konzentriert sich die Unterstützung nicht lediglich auf die Übernahme der Verantwortung für das Kind, sondern auch auf psychosoziale Beratung und Betreuung. Abgesehen davon, dass damit in einem Teil der Fälle eine Alternative zur Anonymität gangbar gemacht wird, ist dies eine wichtige Hilfe für Schwangere in einer sehr schwierigen Entscheidungssituation. Beides können andere Angebote wie z. B. die Babyklappe nicht leisten.

Die vorliegenden Studien thematisieren die Möglichkeit einer „missbräuchlichen“ Nutzung, etwa dass sich Eltern der Verantwortung entziehen oder dass Schwangere zur Nutzung gedrängt oder gar gezwungen werden. Dabei zeigen die unterschiedlichen Ansätze und Ergebnisse vor allem, wie schwer es ist, in diesem Bereich von „Missbrauch“ zu reden oder die Bedeutung der Notlage zu wägen.

Die schwierige und heftig diskutierte Frage, ob und in welchem Maße durch das Angebot der „Anonymen Geburt“ Leben gerettet wird, da andernfalls die Aussetzung oder Tötung der Kinder zu befürchten stünde, wird in den Berichten eher verneint. Allerdings sind die Indikatoren, welche für bzw. gegen diese These angeführt werden, alles andere als solide. Datenvergleiche über Fallaufkommen sind angesichts der sehr geringen Zahlen im deutschsprachigen Raum wenig aussagekräftig und direkte Fragen an die Betroffenen, ob sie eine Kindstötung erwogen hätten, scheinen methodisch mehr als fragwürdig.

5. Das Moses-Projekt von Donum Vitae

5.1 Entstehung und Konzeption

Im Herbst 1999 wurde das Projekt Moses durch Maria Geiss-Wittmann, der Vorsitzenden des SkF Amberg, ins Leben gerufen und vorerst als Angebot der persönlichen Übergabe eines Neugeborenen konzipiert. Etwa ein Jahr später etablierte sich die „Anonyme Geburt“ als fester Bestandteil des Projektes. Nach dem Ausstieg der katholischen Kirche aus dem gesetzlichen System der Konfliktberatung Ende 2000 und dem damit verbundenen Verlust der staatlichen Anerkennung der Beratungsstellen des SkF wurde das Konzept bei dem neu geschaffenen Träger Donum Vitae in Bayern e.V. etabliert. Somit steht dem Personal weiterhin grundsätzlich ein Zeugnisverweigerungsrecht zu und es kann beratenen Frauen Anonymität zusichern. Im Hinblick auf die Beratung im Kontext einer „Anonymen Geburt“ wird angesichts der unsicheren aktuellen Rechtssituation auf ein spezielles Konstrukt zurückgegriffen, um einen möglichst umfassenden Lebensschutz für das Kind zu gewährleisten. Hierbei wird auf die Anonymitätsgarantie für Frauen verwiesen, welche im Rahmen der Schwangerenkonfliktberatung gewährleistet ist. Dieser Schutz erstreckt sich auch auf Frauen, die Rat zur Möglichkeit einer „Anonymen Geburt“ suchen. Hinsichtlich der Entbindung und Unterstützung nach einer Geburt heben die Anbieter und Befürworter der „Anonymen Geburt“ hervor, dass das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit das höherrangige Rechtsgut sei. Im Zweifelsfalle müsste diesem das Abstammungsrecht untergeordnet werden. Die Argumentation geht davon aus, dass durch das Angebot einer „Anonymen Geburt“ das Lebensrecht zur Geltung

komme und geschützt werde. Die „Anonyme Geburt“ oder Kindesabgabe bietet eine Alternative zu Abtreibung, Kindstötung und auch Kindesaussetzung. Diese Möglichkeit wird von den Beratungseinrichtungen gewährt und unter Berufung auf das Anonymitätsrecht der Frau sowie das Zeugnisverweigerungsrecht der Beratungskräfte abgesichert. Dabei wird auch davon ausgegangen, dass sich dieses Recht auch auf weitere beteiligte Einrichtungen – insbesondere Kliniken – erstreckt. Durch das Angebot einer ordentlichen medizinischen Versorgung werde außerdem die Gesundheit von Kind und Mutter geschützt.

Darüber hinaus soll die längerfristige Begleitung der Mutter im Rahmen des Moses-Projektes dazu beitragen, dass dieser Möglichkeiten und Perspektiven eröffnet werden, die es ihr erlauben, sich zu ihrem Kind zu bekennen. Wird dies nicht erreicht, so werde zumindest eine verlässliche Versorgung des Kindes sicher gestellt. Durch die Begleitung der Mütter weiß die Beratungsstelle um den Verbleib des Kindes und kennt dessen Herkunft, so dass auch später noch eine Kontaktaufnahme möglich wäre. Dies diene somit auch dem Interesse des Kindes, Kenntnisse über seine Abstammung zu erlangen.

Das Konzept des Amberger Moses-Projektes wurde inzwischen auch von allen 18 Beratungsstellen des Trägers Donum Vitae e.V. übernommen. Bayernweit bieten etwa zehn Krankenhäuser in Kooperation mit dem Träger die Möglichkeit der anonymen Entbindung an.

Charakteristisch für das Moses-Projekt sind vor allem die folgenden drei Punkte (vgl. Kuhn 2005, S. 157 f.):

- Die Nutzung des bereits bestehenden Netzes von Hilfsmöglichkeiten für schwangere Frauen sowie eigene fachliche Standards bezüglich der Konfliktberatung und der damit verbundenen direkten Kontaktaufnahme zu den hilfeschuchenden Frauen wird durch die Angliederung an bereits bestehende staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen gewährleistet.
- Es grenzt sich vom Konzept der Babyklappen ab, da die Einführung des einheitlichen Notrufes und die damit verbundene ständige Erreichbarkeit die Babyklappen überflüssig erscheinen lassen.
- Es werden so genannte „Schutzbriefe“ eingeführt – eine Erklärung, die von Donum Vitae ausgestellt wird –, um im Krankenhaus eine reibungslose Kommunikation zu gewährleisten und die Eingebundenheit der Frau in das Konzept des Moses-Projektes zu dokumentieren.

Die Möglichkeit der „Anonymen Geburt“ wird – neben der Schwangerschaftskonfliktberatung – als zusätzliche Option für den Lebensschutz verstanden. In Form von zielgruppenbezogener bedarfsgerechter Hilfe – wie zum Beispiel durch prozessorientierte anonyme Beratung, Hilfe und Begleitung – arbeiten die Vertreter der Einrichtungen mit Frauen in extremen Notsituationen. Das niedrigschwellige Angebot soll diese Frauen möglichst schon **während der Schwangerschaft** erreichen, ihnen individuelle, fachlich qualifizierte Beratung und Hilfen anbieten (anonyme Untersuchungen, Wohnmöglichkeiten, Begleitung der Frau bei einer „Anonymen Geburt“ in einem Krankenhaus) und eine geregelte Übergabe des Kindes ermöglichen.

Auch Frauen, die ihr Kind allein geboren haben und sich ebenfalls in einer sehr schwieri-

gen Notlage befinden, sollen durch das Projekt angesprochen werden. Ihnen soll ein Hilfsangebot unterbreitet werden, um eine legale und praktikable Lösung (z. B. Inobhutnahme des Kindes) für den Einzelfall zu finden.

Wenn die Mutter nach der anonymen Entbindung und Entlassung aus dem Krankenhaus nicht weiß, ob und wie sie mit dem Kind leben kann, wird das Kind durch das Moses-Projekt anonym in Obhut genommen und zunächst in einer geprüften und betreuten Pflegefamilie untergebracht (Bereitschaftspflege). Für die Mutter besteht dort die Möglichkeit, ihr Kind zu besuchen. Die Pflegeeltern unterliegen der Schweigepflicht.

Der Ablauf der Beratungsarbeit innerhalb des Moses-Projektes erfolgt gezielt und nach einem festgelegten Konzept. Ein geregelter Ablauf soll ein einheitliches Vorgehen aller Einrichtungen gewährleisten:

1. Eine Frau ruft beim Moses-Projekt an.
2. Es wird ein Treffpunkt vereinbart.
3. Die Frau wird ins Krankenhaus begleitet.
4. Die Beratungskraft händigt der Frau den Brief „An die abgebende Mutter“ aus und bespricht mit ihr die Abgabe des Kindes.
5. Es erfolgt keine Meldung des Krankenhauses an das Standesamt.
6. Das Krankenhaus übergibt den Geburtschein an das Moses-Projekt.
7. Das Vormundschaftsgericht bestellt auf der Grundlage des Geburtsscheins einen Vormund, der die Rechte des Kindes wahrnimmt.
8. Das Kind kommt für acht Wochen in Bereitschaftspflege.
9. Erst wenn nach acht Wochen keine andere Rückmeldung der Mutter vorliegt, wird das Kind in Adoptionspflege gegeben.

10. Nun wird das übliche Adoptionsverfahren eingeleitet und das Kind erhält den Namen der Adoptiveltern.

Zur Erreichung der Projektziele und zur Sicherstellung eines professionellen Vorgehens der Beratungskräfte im Moses-Projekt wurden spezielle Unterlagen und Dokumente entwickelt:

- Ein Arbeitspapier für die Regelung der „Anonymen Geburt“ bei Donum Vitae, welches das Personal über das Prozedere und die Rahmenbedingungen informiert.
- Der Brief „An die abgebende Mutter“, welcher diese nochmals über ihre Möglichkeiten im Kontext und nach einer „Anonymen Geburt“ informiert.
- Der Schutzbrief des Moses-Projekts für das Krankenhaus.
- Der Ablaufplan für die kooperierenden Krankenhäuser, der das Vorgehen im Rahmen der Kooperation sichert.
- Der Bogen „Persönliche Angaben für das Kind“ soll dazu anregen, dass die Mutter sich dem Kind mitteilt und/oder ihm wichtige Informationen zur Verfügung stellt.

Das Kind erhält einen Vormund, welcher die Rechte des Kindes wahrnimmt. Bis zu acht Wochen nach der Geburt verbleibt das Kind in der Pflegefamilie. Danach wird es – sofern die Mutter weiter anonym bleiben will – in einer Adoptionsfamilie mit dem Ziel der Adoption untergebracht. In dieser Bedenkzeit kann die Frau ihre Anonymität aufgeben und

- danach das Kind zur Adoption, ggf. zu einer sogenannten „offenen Adoption“ freigeben (§1747 BGB),
- das Kind in Pflege geben
- oder das Kind zu sich nehmen. In letzterem Fall wird die Vormundschaft für das Kind aufgehoben.

Bleibt die Frau anonym, wird das zuständige Gericht nach einer Adoptionspflegezeit (i.d.R. 1 Jahr) und nach Prüfung durch das zuständige Gericht unter Beteiligung des örtlich zuständigen Jugendamtes auch ohne schriftliche Einwilligung der Frau (§1747 Abs. 4 und §1752 BGB) die Adoption aussprechen, wobei es ggf. die Einwilligung ersetzen kann. Dieser Entschluss ist endgültig und bis auf eng begrenzte Ausnahmefälle nicht mehr rückgängig zu machen. Alle Rechte und Pflichten, die bisher die leibliche Mutter hatte, erlöschen und gehen auf die Adoptiveltern über. Die betroffenen Frauen können sich aber, wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt Information über ihr Kind wünschen, jederzeit und unbefristet erneut an das Moses-Projekt wenden. Auch Mitteilungen an das Kind in mündlicher oder schriftlicher Form können beim Moses-Projekt abgegeben werden.

An dieser Stelle soll noch ein kurzer Hinweis auf die verschiedenen Möglichkeiten der Adoption gegeben werden. Bislang wurden Adoptionen zumeist unter Wahrung des In-kognitos durchgeführt, so dass die leiblichen Eltern nur sehr allgemeine Informationen über die Adoptiveltern erhielten. Sie hatten ab dem Zeitpunkt der Adoption auch kein Recht, über die weitere Entwicklung ihres Kindes informiert zu werden. Die strikte Trennung ist für alle Beteiligte aber auch mit Nachteilen verbunden, weshalb sowohl seitens der Kinder wie auch der leiblichen und Adoptiveltern Kritik an dieser Situation und der Wunsch nach Informationen oder Kontakten geäußert wurden. Bei der sogenannten offenen Adoption dagegen wird diesen Bedürfnissen entsprochen, indem beide Familien sich kennen lernen und damit Kontakt und Austausch herstellen können. „Die der-

zeit häufigsten Formen der Gestaltung von Adoptionsverhältnissen in der Praxis sind schrittweise Öffnungen des Inkognitos bzw. ‚halboffene‘ Formen der Adoption. Dabei tauschen Adoptiveltern und Herkunftseltern wechselseitige Informationen, Fotos und Geschenke über das Jugendamt aus oder sie stehen in anonymem brieflichem Kontakt zueinander.“ Auf Grund des sogenannten „Adoptionsgeheimnis“ beruht die Öffnung auf der Bereitschaft der Adoptiveltern und kann nicht erzwungen, vertraglich vereinbart oder gerichtlich durchgesetzt werden (Bayerisches Landesjugendamt).

5.2 Erfahrungen mit dem Moses-Projekt in Bayern

Zielsetzung dieser Vorstudie war es zum einen, den Informationstand zum Themenbereich „Anonyme Geburt“ zu sondieren. Zum anderen sollte eine erste Analyse der Zielerreichung und der Relevanz des Modellprojektes versucht werden. Um Einblick in die Arbeitsweise und die Bedeutung des Projekts zu erlangen, wurden die Einrichtungen in Bayern kontaktiert und um Informationen gebeten. Wie bereits mehrfach thematisiert, ist es grundsätzlich sehr schwierig und im Rahmen unserer Kooperation nicht möglich gewesen, die Betroffenen selbst zu kontaktieren und zu befragen. Somit bleibt nur der Zugang über das Beratungspersonal. Die Basis unserer Ausführungen über die Betroffenen ist somit gefiltert und zudem unvollständig. In Ermangelung anderer Möglichkeiten soll diese Quelle jedoch genutzt werden, um einen ersten Einblick in die Lebenssituation betroffener Frauen zu gewinnen und um erste Anhaltspunkte dafür zu erlangen, unter welchen Umständen eine „Anonyme Geburt“ als einzig

mögliche Option erscheint und unter welchen Bedingungen es den Frauen möglich ist, zu ihrer Mutterschaft zu stehen.

Vorgehensweise

Im Rahmen der vorliegenden Vorstudie wurde eine Befragung der bayerischen Beratungsstellen von Donum Vitae zum Angebot der „Anonymen Geburt“ durchgeführt. Dabei sind zwei Zugänge zu unterscheiden: Zum einen wurden die Stellenleitung und die Beratungskräfte gebeten, ihre persönliche Bewertung der Arbeit im Projekt abzugeben. In diesem Zusammenhang wurde auch nach dem Ablauf und der Bedeutung des Angebots gefragt. Hiermit sollte eine Einschätzung der Möglichkeiten, aber auch der Schwierigkeiten, die mit der Beratung zur „Anonymen Geburt“ verbunden sind, erfolgen. Zum anderen wurden von diesen Stellen Falldokumentationen zu den beratenen Frauen erbeten. Damit sollten der Hintergrund und die Motive, welche Frauen dazu bewegen, eine „Anonyme Geburt“ zu erwägen, näher bestimmt werden.

In einem dreiteiligen Fragebogen wurden zunächst Kontaktinformationen der Einrichtungen, in einem zweiten Block Angaben zur „Anonymen Geburt“ in der jeweiligen Einrichtung erfragt – der Zeitpunkt der Einführung der „Anonymen Geburt“ und die Fallzahl seit der Einführung. Der dritte Block ermittelte differenziert die Einschätzung des Beratungspersonals. Dazu wurden in einem leitfadengestützten Fragebogen die Einschätzung der Beratungssituation und der rechtlichen Lage sowie der Situation der Frauen und deren Charakteristika ermittelt. In diesem Kontext wurde versucht, einen Einblick in das Beratungsaufkommen zum

Thema „Anonyme Geburt“ zu bekommen. Im Hinblick auf die Beratung selbst wurden Umfang und Ablauf sowie mögliche Änderungen im Arbeitsalltag der Institutionen angesprochen. Ferner wurde eine Einschätzung der rechtlichen Situation, der Relevanz des Angebots und der Form der Öffentlichkeitsarbeit erbeten. Die Situation und eine Charakterisierung der Frauen, die sich zum Angebot der „Anonymen Geburt“ beraten lassen, sollte durch eine Beschreibung der Besonderheiten im Hinblick auf Unterschiede zu den sonstigen Klientinnen der Schwangerenberatung abgebildet werden.

Die Falldokumentationen von Frauen, die sich zur „Anonymen Geburt“ beraten ließen, fokussierten vier Themenbereiche: Eine Charakterisierung der Frau durch die Beschreibung ihres sozialen Hintergrundes, ihrer Beziehung zu Partner und Herkunftsfamilie und weiterer soziodemographischer und sozio-psychographischer Merkmale. Zweitens wurden die Unterstützungspotentiale der Frau erfragt, d. h. von wem sie in der spezifischen Situation Beistand erhalten könnte. Die Ermittlung der Umstände, welche die Frau eine „Anonyme Geburt“ in Erwägung ziehen ließen, wurde in einem dritten Punkt erforscht. Viertens wurde der Ablauf der Beratung und Begleitung durch die Projektstellen und das Schicksal des Kindes ermittelt.

Zwar wurde das Angebot der „Anonymen Geburt“ bis November 2002 in allen 18 bayerischen Donum Vitae-Beratungsstellen fest installiert, doch hat seither nicht jede dieser Stellen Erfahrung mit Frauen, die sich für diese Möglichkeit entscheiden oder auch nur interessieren. Aus diesem Grund konnten nur 15 Beratungsstellen über ihre Erfahrungen mit dem Moses-Projekt berich-

ten. Von diesen Stellen wurden insgesamt 30 Falldokumentationen erstellt.

5.2.1 Einschätzung der Beratungsstellen

Die Einschätzung der Beratungsstellen erfolgte auf der Basis eines schriftlichen Fragebogens. Die Konzeption wurde mit dem Beratungspersonal abgestimmt und der Fragebogen wurde sodann per E-Mail an alle Donum-Vitae-Einrichtungen versandt. Im Folgenden werden die Haltungen der Antwortenden zu den einzelnen Themenbereichen kurz vorgestellt.

Bewertung der rechtlichen Situation

Die aktuelle Rechtslage wird von den Beratungsstellen als problematisch angesehen. Von der unsicheren Rechtslage betroffen sind auf der einen Seite die Frauen selbst, die in der Angst einer strafrechtlichen Verfolgung nicht den Schritt zu einer „Anonymen Geburt“ wagen, sowie auf der anderen Seite die involvierten Behörden. Als wünschenswerte Veränderungen wird daher die Legalisierung im Personenstandsgesetz genannt, um die Sicherheit und Straffreiheit von Beratungsfachkräften, Ärzteschaft und Geburtshilfe zu gewährleisten.

Obgleich sich die Beratungsstelle auf die juristische Unterstützung durch den Donum Vitae Landesverband Bayern e.V. verlassen kann, scheint die rechtliche Situation für die Frauen unzureichend geregelt. In diesem Zusammenhang scheint die Gefahr gegeben, dass Frauen aus Mangel an Alternativen ihr Kind heimlich gebären, unter Umständen sogar töten oder aussetzen.

Auch wenn sich die meisten Beratungsstellen für eine Legalisierung der „Anonymen Geburt“

aussprechen, gibt es kritische Anmerkungen zu einer entsprechenden Regelung. Diese beziehen sich auf die Verletzung des Rechts des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung. Dies sollte nur in wirklich gravierenden Fällen und außergewöhnlichen Notsituationen in Kauf genommen werden. Dabei handelt es sich um eine schwierige Güterabwägung, denn es könne nicht letztlich geklärt werden, ob die Mutter wirklich keine andere Möglichkeit hat, als das Kind anonym zu entbinden. Die Gefahr eines „Missbrauchs“ des Angebotes erscheint geringer, wenn frühzeitig Kontakt zur Schwangeren besteht.

Die Beratungsstellen berichten in diesem Kontext von Problemen mit Behörden (Jugendamt, Vormundschaftsgericht, Standesamt), durch die sich die Abwicklung der Fälle erschwert und kompliziert hätte. In Einzelfällen haben sich die Stellen sogar ganz dem Projekt verschlossen.

Position zur Adoptionsvermittlung

Ein Prinzip des Moses-Projektes ist die Trennung von Beratung und Begleitung bei der „Anonymen Geburt“ und der Adoptionsvermittlung. Diese wird daher nicht – wie bei anderen Einrichtungen (z. B. SkF) – im Anschluss an eine „Anonyme Geburt“ von den betreuenden Beratungsstellen selbst organisiert. Vielmehr dient die Übergabe des Kindes in eine achtwöchige Bereitschaftspflege der strikten Trennung zwischen der Beratung eines Moses-Falles und der Adoptionsvermittlung. Während dieser Zeit, die zugleich ein Art Bedenkezeit für die Mutter darstellt, wird für das Kind ein Vormund bestellt, der dessen Rechte wahrnimmt. Die Adoptionsvermittlung wird einem anderen Träger überantwortet, zu dem die Beratungs-

stellen eine Kooperation aufgebaut haben. Die Befragten sprachen sich einmütig und strikt gegen eine Koppelung der Aufgabenfelder aus. Liegen Adoptionsvermittlung und Beratung in einer Hand, so besteht die Gefahr einer Interessenkollision, beispielsweise die Gefahr, dass die Einrichtung stärker in Richtung „Anonyme Geburt“ berät, wenn adoptionswillige Eltern vorhanden sind. Um Probleme dieser Art von vornherein auszuschließen, ist der einstimmige Tenor der Beratungsstellen, dass die Trennung von Schwangerenberatung und Adoptionsvermittlung aufrecht erhalten werden soll. So kann die Beratungsstelle sich in erster Linie um die Interessen der Mutter kümmern, während die Jugendhilfeeinrichtungen für das Wohl des Kindes eintreten. Dadurch kann eine größtmögliche Unbefangenheit der Beratung und Transparenz und Verschwiegenheit nach außen gewährleistet werden.

Umfang der Begleitung

Zu den Aufgabenbereichen der Beratungsstellen zählt die Information von Frauen, deren Beratung, Begleitung und Versorgung sowohl während der Schwangerschaft als auch nach der Geburt des Kindes. Nach einer Kontaktaufnahme mit der betreffenden Beratungsstelle bekommen die Frauen entsprechendes Informationsmaterial und können sich in Einzelgesprächen telefonisch und persönlich beraten lassen. In diesem Zusammenhang werden die Frauen auch über gesetzliche Ansprüche und Leistungen informiert, die sie in Anspruch nehmen können. Darunter fallen beispielsweise Auskünfte über den Mutterschutz, die Elternzeit und finanzielle Hilfen, wie z. B. Sozialhilfe, Erziehungs- und Wohngeld. Zentrales Aufgabengebiet ist die Aufklärung der Frauen über mögliche Optio-

nen, wie das Aufwachsen des Kindes gestaltet werden kann. Dazu zählen Informationen zum Adoptions- und Pflegekindwesen. Ferner werden Hinweise zu Hilfsangeboten anderer Stellen und Kontaktdaten von Kliniken, Ärztinnen und Ärzten sowie von Geburtshilfepersonal gegeben.

Die Beratung erstreckt sich auf alle Fragen zur Schwangerschaft und Geburt, aber auch auf Probleme mit Behörden oder die Wohnungssuche. Das Beratungspersonal begleitet und unterstützt die Frauen in vielfältiger Weise. Dies reicht von der Begleitung zur Arztpraxis und/oder zu Behörden über das Beistehen bei der Geburt bis zur Hilfestellung nach der Geburt des Kindes. So werden Mutter und Kind während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus besucht und mit dem Erforderlichen versorgt.

Einschätzung der Beratungssituation

Informationen über die Möglichkeit der „Anonymen Geburt“ werden in der „normalen“ Schwangerenberatung nicht thematisiert. Nur in äußerst seltenen Ausnahmefällen, wenn sich herausstellt, dass die Klientin keine andere Möglichkeit sieht, wird die „Anonyme Geburt“ als „Notlösung“ angeboten. Das Moses-Projekt stellt damit ein weiteres Hilfsprogramm im Rahmen der Schwangerenberatung dar. Da noch nicht alle Beratungsstellen einen solchen Fall aufweisen können, hat sich für einige in der Beratungsarbeit noch nicht viel geändert. Allerdings ist das gesamte Personal ausreichend informiert und darauf vorbereitet, das Thema gegebenenfalls aufzugreifen und seinen Klientinnen diese Möglichkeit unterbreiten zu können. In diesem Zusammenhang ist auch auf die erhöhte Kooperationsarbeit hin-

zuweisen, denn mit dem Klinik- und Geburtshilfe-Personal ist eine persönliche Zusammenarbeit erforderlich. In Einrichtungen, die bereits zur „Anonymen Geburt“ beraten haben, wird von einem erhöhten Aufwand bei der Betreuung dieser Frauen berichtet. Zudem muss oft sofort gehandelt werden, was ein hohes Maß an Engagement und Flexibilität bedeutet.

Unabhängig davon, ob Erfahrungen vorhanden sind oder nicht, beantworten die Beratungsstellen die Frage zu den Unterschieden zur Schwangerenkonfliktberatung in der gleichen Weise: Die Beratung wird als äußerst intensiv und belastend für das Personal und die gesamte Beratungsstelle beschrieben. Die Kontakte sind häufiger und zeitintensiver und erfordern ein hohes Maß an Sensibilität. Die Beratung zur „Anonymen Geburt“ bringt das Personal in eine berufliche Ausnahmesituation. Im Gegensatz zu der sonstigen Klientel muss die Beratungsstelle auf Grund des meist sehr akuten Handlungsbedarfes unter Umständen andere Aufgaben zurückstellen. Hohe Anforderungen an die Einrichtungen werden auch durch das Notruftelefon gestellt, zumal dieses ständig besetzt sein muss.

Informationswege

Die Beratungsstellen veröffentlichen zum großen Teil ihre Notrufnummern in den regionalen Zeitungen sowie in der Notdienstseite des örtlichen Telefonbuches, in gynäkologischen Praxen, in Krankenhäusern oder/und beim Jugendamt. Daneben werden verschiedene andere Möglichkeiten genannt: Flyer der Schwangerschafts-Beratungsstelle, Homepage mit Verlinkungen, Aushänge bei Frauenarztpraxen/Krankenhaus/Jugendamt,

Kooperation mit den Krankenhäusern, Informationsveranstaltungen. Die unsichere rechtliche Situation wird als Hemmnis für eine umfassendere Öffentlichkeitsarbeit erachtet.

Relevanz des Angebotes

Bei der Einschätzung der Relevanz des Angebotes sind sich die Befragten aus allen Beratungsstellen einig. Dabei werden zwei Aspekte thematisiert. Gemessen am Fallaufkommen ist die „Anonyme Geburt“ im Hinblick auf das Gesamtangebot der Schwangerenkonfliktberatung eine Randerscheinung. Inhaltlich jedoch stellt diese Möglichkeit allerdings ein wichtiges Angebot für Schwangere in Ausnahmesituationen dar. Dabei geht es auch darum, zunächst einen Zugang zu den Frauen zu bekommen und ihnen dann auch andere Lösungsmöglichkeiten aufzeigen zu können. Vor allem Frauen, die ihre Schwangerschaft geheim halten oder zu spät entdeckt haben, werden mit diesem Angebot erreicht. Darunter fallen auch Frauen, die zu ihrem eigenen Schutz anonym bleiben möchten, da sie extremem Druck durch ihr soziales Umfeld ausgesetzt sind, z. B. weil sie einem kulturellen Umfeld entstammen, das ledige Mutterschaft hart sanktioniert.

5.2.2 Die Perspektive der Betroffenen

Zur Ermittlung der Motive und Hintergründe der Betroffenen wurde die Beratungskraft gebeten, zu jeder Frau, die zum Thema der „Anonymen Geburt“ beraten wurde, eine Falldokumentation zu erstellen. Basis dieser Informationen sind Notizen und Erinnerung der Beraterin. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese seltenen und außergewöhnlichen Fälle gut erinnerbar sind. Für 30 Fälle konnten in dieser Weise Informationen

gesammelt werden. Die gewonnenen Daten sollten Antworten auf folgende Fragen geben:

- Welche Frauen (Alter, Bildungsniveau, Religionszugehörigkeit, Familienstand, Nationalität) nehmen das Angebot wahr?
- Welche Aussagen können über ihr soziales Umfeld getroffen werden?
- Wie und wo haben sich die betroffenen Frauen über das Angebot informiert?
- Welche Information haben sie über sonstige Hilfsangebote?
- Wie werden die Frauen vom Fachpersonal des Moses-Projektes beraten?
- Aus welchen Gründen erwägen und entschließen sich Frauen für die „Anonyme Geburt“?
- Wie entwickelt sich die Entscheidung?
- Entscheiden sich Frauen während der achtwöchigen Frist bis zur Adoptionseinführung für die Annahme des Kindes?
- Hinterlassen Frauen, die das Angebot der „Anonymen Geburt“ wahrnehmen, Informationen für ihr Kind?

Ehe versucht wird, auf diese Fragen näher einzugehen, ist festzuhalten, dass Umfang und Präzision der Auskunft über die betroffenen Frauen seitens der Beratung mit der Intensität und dem Umfang der Beratung variieren. So sind in unterschiedlichem Umfang Details über die Beweggründe bekannt und auch die Charakterisierung der Frauen fällt unterschiedlich deutlich aus. Die Einschränkungen der Aussagekraft unserer Informationen sind zu bedenken, wenn im Folgenden versucht wird, eine Charakteristik der Moses-Klientinnen zu erstellen. Dabei werden auf Grund der geringen Fallzahlen zunächst alle Frauen, die sich um eine „Anonyme Geburt“ bemüht haben, zusammen beschrieben ungeachtet dessen, wie sich die Mutter-Kind-Beziehung letztlich

entwickelt hat, d.h. ob das Kind tatsächlich anonym geboren oder angenommen wurde.

Zugang zur Beratung

Die Frauen wurden über das Angebot der „Anonymen Geburt“ in den meisten Fällen (17) über Medienberichte aufmerksam (Zeitung, Fernsehen, Internet, Radio). Auf das Angebot wiesen aber auch andere erste Anlaufstellen hin (in 6 Fällen), wie das Krankenhaus, Gesundheitsamt, Gynäkologie, Jugendamt, SterniPark. Zwei Frauen wussten um die Möglichkeit der „Anonymen Geburt“ auf Grund der Erzählung oder Erfahrung anderer Personen, drei weitere Frauen wurden durch Flyer oder Prospekte auf das Angebot aufmerksam. Keine der Frauen wurde erst in der Beratung auf die „Anonyme Geburt“ hingewiesen, sie kamen bereits mit dem Wissen um das Angebot bzw. die Kontaktaufnahme mit den Beratungsstellen erfolgte auf Grund dieses Angebots. Der telefonische Erstkontakt zur Beratungsstelle erfolgte bei 11 von 30 Frauen über das Beratungstelefon der Einrichtung. 11 weitere Frauen erreichten die Beratungsstelle über eine spezielle Notrufnummer und sechs Frauen ließen sich über das Krankenhaus weiter vermitteln.

Umfang der Begleitung

Die Betreuung durch die Beratungsstellen wurde nach Beratungsgesprächen, telefonischen und persönlichen Kontakten differenziert erfragt. Durchschnittlich kamen die Frauen zu 10 Beratungsgesprächen, die Hälfte der Frauen ließ sich bis zu sechs Mal beraten. Die Anzahl sowohl der telefonischen als auch der persönlichen Kontakte belief sich im Mittel auf acht bis neun Kontakte. Die

durchschnittliche Beratungsdauer pro Frau belief sich auf circa elf Stunden, der maximale zeitliche Aufwand betrug ganze 100 Stunden. In allen Fällen wurden die Frauen über sonstige Hilfen informiert. Die Beratungsstellen vereinbarten für jede zweite Frau einen Arzt- oder Kliniktermin und begleiteten sie dorthin. In drei Fällen war die Beratungskraft auch bei der Geburt anwesend. Größer noch als der Beratungsumfang im Vorfeld der Entscheidung wird die Nachbetreuung geschildert. Hier ist in Einzelfällen jahrelange und intensive Unterstützung von Nöten, die auf Grund des großen Vertrauensbedarfes auch nicht an andere Einrichtungen delegiert werden kann.

Beschreibung der Frauen und ihrer Lebenssituation

Der Altersdurchschnitt der Beratenen liegt bei 26 Jahren. Die jüngste Mutter war 17 Jahre, die älteste 45 Jahre alt. Die Hälfte der Frauen ist jünger als 25 Jahre. Die Altersstruktur ist demnach vergleichbar mit den schon in anderen Studien festgestellten Befunden. Es interessieren sich somit entgegen der anfänglichen Annahme nicht nur sehr junge Frauen für das Angebot, sondern Frauen aller Altersklassen. Dennoch liegt das Alter deutlich unter dem Erstgeburtsalter deutscher Frauen. Somit sind jüngere Frauen überproportional betroffen. Die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen zwei Drittel der Frauen, die übrigen Frauen haben eine ausländische Staatsangehörigkeit. Der erhöhte Anteil von Frauen mit Migrationshintergrund steht in Zusammenhang mit der Problemdefinition.

Schulbildung/Beruf

Das Bildungsniveau gilt als ein wichtiger In-

dikator für die soziale Lage der Betroffenen. Die schulische und berufliche Ausbildung stellen aber auch entscheidende Komponenten für die Selbstentfaltungsmöglichkeiten und die Entwicklung der Persönlichkeit dar. Die vorhandenen Informationen deuten darauf hin, dass Frauen, die eine „Anonyme Geburt“ in Erwägung ziehen, unterdurchschnittliche Bildungsqualifikationen aufweisen. Dies zeigt die Gegenüberstellung der Daten unserer Stichprobe mit den Bildungsabschlüssen aller Frauen in der Bundesrepublik. Letztere wurden nach Altersgruppen untergliedert ausgewiesen, um einen direkten Vergleich zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist nochmals auf die Grenzen der Interpretation hinzuweisen, welche durch die sehr geringen Fallzahlen gegeben sind: In der ohnehin kleinen Stichprobe von 30

Personen liegen – u. a. auf Grund der Erhebungsmethode – zusätzlich für sieben Frauen keine Informationen über ihre Qualifikationen vor. Aus diesem Grund ist es weder möglich, innerhalb dieser Gruppen weiter zu differenzieren, noch lassen sich verallgemeinerbare Aussagen daraus ableiten.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ergibt sich eine deutliche Abweichung der Verteilung der Bildungsabschlüsse. Vor allem in den oberen Bildungsbereichen sind die Frauen unserer Stichprobe unterrepräsentiert. Bei dieser Betrachtung sind unter den Befragten im Datenreport jedoch auch ältere Frauen enthalten, die dem gebärfähigen Alter entwachsen sind und typischerweise andere Bildungsbiographien aufweisen, als die jüngeren Daten zeigen (vgl. Tab. 4). Bezieht man sich

Tabelle 4: Verteilung des Schulabschlusses in der Stichprobe und in der Bevölkerung

Alter von ... bis ... Jahren	(noch) kein Schulabschluss	Hauptschulabschluss	Realschulabschluss/Mittlere Reife/POS	Fachhochschul- oder Hochschulreife	Ohne Angabe zur Art des Abschlusses
15–19	65,6	13,2	17,4	3,1	0,8
20–29	4,6	23,7	33,4	37,1	1,2
30–39	2,9	28,2	37,0	30,9	0,9
Insgesamt (alle Altersgruppen)	7,3	43,6	26,4	21,7	1,0
Vergleichsdaten der Studie insg. (n=30)	10,3	41,4	20,7	6,9	20,6
Frauen, die sich zur AG entschieden haben (n=20)	15,8	31,6	21,1	–	31,6

Quelle: Datenreport 2006, Moses-Projekt

allerdings auf die Altersklassen im vergleichbaren Bereich (von 15 bis 39 Jahren), zeigt sich, dass unter den Ratsuchenden Frauen mit Hauptschulabschluss verstärkt vertreten sind. Die Betroffenen sind in den Bereichen der höheren Qualifizierungsabschlüsse dahingegen deutlich unterrepräsentiert.

Da die berufliche Bildung von den Schulabschlüssen in relativ hohem Maße mitbestimmt wird, zeigt sich hier ein ähnliches Bild: Die Frauen unserer Stichprobe weisen sehr selten hohe Abschlüsse auf. Dabei ist zum einen der hohe Anteil der jungen Frauen, deren Ausbildung noch nicht abgeschlossen ist, zu beachten und zum anderen der Anteil, über den keine Informationen vorliegen: Mehr als ein Fünftel befindet sich noch in der Ausbildung, ihre Bildungskarriere ist noch nicht abgeschlossen. Bemerkenswerterweise ist in keinem Fall bekannt, dass ein Hochschulabschluss vorhanden wäre. Zur Zeit der Beratung ist die Hälfte der Frauen berufstätig, d.h. im Umkehrschluss, dass rund jede zweite Betroffene kein Erwerbseinkommen besitzt. Für sie stellt demzufolge die finanzielle Absicherung ein großes Problem dar. Aber auch bei den Erwerbstätigen wird die finanzielle Lage zumeist als problematisch geschildert und nur von zwei Frauen wird berichtet, dass die materielle Versorgung gar kein Problem darstelle. Je größer die finanziellen Nöte sind, desto eher wird dies auch als Argument für den Wunsch nach einer „Anonymen Geburt“ genannt.

Diese Daten legen die Vermutung nahe, dass unter den Frauen, die eine „Anonyme Geburt“ in Erwägung ziehen, ein erhöhter Anteil von jungen, (noch) nicht im Erwerbsleben integrierten Personen zu finden ist. Diese sozioökonomische Situation trägt

nicht unmaßgeblich dazu bei, dass die Frauen keinen Weg sehen, die Verantwortung der Mutterschaft zu tragen. Allerdings kommen zu diesem – von vielen Einrichtungen als lösbar erachtetem Problem – weitere hinzu: Ein gravierendes Problemfeld bilden Herkunftsfamilien und Partnerschaft.

Familiäre Situation und Partnerschaft

Die meisten Betroffenen – 23 der 30 Frauen (77 %) – sind ledig. 20 % der Frauen sind zwar formal verheiratet, doch von diesen sechs verheirateten Frauen leben vier dauerhaft getrennt. Die Beziehungssituation ist damit ganz überwiegend durch das Fehlen einer tragfähigen Partnerschaft geprägt. Dies kann als starkes Motiv dafür erachtet werden, dass die Mutterschaft abgelehnt wird, denn in Westdeutschland ist die Entscheidung zur Elternschaft sehr stark von der Beziehungssituation abhängig – oder auf den Punkt gebracht: Ohne Partner ist die Realisierung des Kinderwunsches für viele nicht vorstellbar. In unserer Stichprobe leben nur drei Frauen mit einem Partner in einem Haushalt. Die weit überwiegende Mehrheit dagegen – knapp 90 % – wohnt nicht mit dem Vater des Kindes zusammen. Fast die Hälfte der Frauen lebt daher alleine (47 %) oder zusammen mit ihren Eltern (23 %). Bei den Betroffenen handelt es sich somit vor allem um alleinstehende Frauen.

Das Kind stammt nicht selten – das ist typisch für nichteheliche Kinder – aus einer Beziehung, die vor oder mit Bekanntwerden der Schwangerschaft beendet wurde. In einem Drittel der Fälle ist der Kindsvater der Expartner oder Exmann. Fast ebenso oft war die Beziehung nicht sehr tief, denn der Vater wird als „ein Bekannter“ (7 Fälle) beschrie-

ben. Ebenso viele bezeichnen den Vater des Kindes als ihren aktuellen Partner (7 Fälle), mit dem sie jedoch meist keinen gemeinsamen Haushalt teilen. Viele dieser Frauen leben bzw. lebten in schwierigen Partnerschaften; Drogenprobleme des Partners, Kontakte zum kriminellen Milieu spielen ebenso eine Rolle wie, dass der Kindsvater die Vaterschaft abstreitet oder keine eigenen Kinder will.

Auf Grund der schwierigen Beziehungssituation ist in der Hälfte der Fälle der Vater des Kindes nicht über die Schwangerschaft informiert. Ebenso oft hat die Frau zum Zeitpunkt der Beratung keinen Kontakt mehr zum Vater des Kindes. Somit stehen die Frauen mit ihrem „Problem“ alleine da und fühlen sich auf Grund weiterer Ängste und Sorgen mit der Situation überfordert. Die Schwangerschaft wird in den meisten Fällen aus Angst vor den Reaktionen vor dem sozialen Umfeld geheim gehalten.

Kinderwunsch

Die Mehrzahl der Frauen wünscht sich grundsätzlich ein Kind, kann sich aber auf Grund der äußeren Umstände zu diesem Zeitpunkt nicht vorstellen, die Mutterrolle zu übernehmen. Die Hälfte der Frauen hat bereits eigene Kinder, die mit ihr im selben Haushalt leben. Die Kinder von drei Frauen wachsen in einem anderen Haushalt auf. Für einige der Mütter stellt ein weiteres Kind nicht nur eine finanzielle, sondern auch eine psychische Überforderung dar.

Hintergrund der Entscheidung

Die Motive, welche die Frauen zum Moses-Projekt führen, sind sehr unterschiedlich. Doch befinden sich die Ratsuchenden alle-

samt mit ihrer Schwangerschaft in einer Problemkonstellation, aus der sie keinen Ausweg sehen. Betrachtet man zunächst alle 30 beratenen Frauen, ergibt sich folgende Rangliste an Problemanzeigen, die eine Beratung zur „Anonymen Geburt“ zur Folge haben: Am häufigsten genannt wird die Überzeugung, dass die Schwangerschaft unentdeckt bleiben muss. Die Frauen haben Angst vor den Konsequenzen, falls die Schwangerschaft bekannt wird. An zweiter Stelle werden psychische Gründe angeführt und häufig wird argumentiert, dass es zu spät für eine Abtreibung gewesen sei, d.h. bei einer früheren Erkenntnis der Schwangerschaft hätte die Frau einen Abbruch erwogen, der aber jetzt nicht mehr zur Debatte steht. Auch finanzielle Gründe spielen bei den Erwägungen der Frauen eine Rolle. Von großer Bedeutung ist auch, dass in vielen Fällen der Partner die Frau nicht unterstützt, da er kein Kind will, das Kind ablehnt oder nichts von der Schwangerschaft weiß.

Unterstützungspotentiale

Frauen, die sich für eine „Anonyme Geburt“ interessieren, verdrängen oft lange Zeit ihre Schwangerschaft. Ohne sich jemandem anzuvertrauen, erhöht sich der Druck im Laufe der Zeit. Die Möglichkeit, ihre problematische Situation mit jemandem zu besprechen, hilft den Betroffenen, die psychische Belastung zu mindern, und kann mögliche alternative Optionen zur „Anonymen Geburt“ aufzeigen. Nachdem sich die Frauen an die Beratungsstellen gewandt haben, versuchen die Beratungskräfte aber auch, weitere Unterstützungspotentiale anzubieten bzw. aufzubauen.

In Folge der Unterstützung durch die Beratungsstelle haben 18 der 30 Frauen Hilfe

durch ihr soziales Netzwerk erfahren. Dabei wurden vor allem in ihrer Familie, aber auch im Freundes- und Bekanntenkreis Ansprechpartner gefunden.

Entscheidungsverlauf und -ergebnis

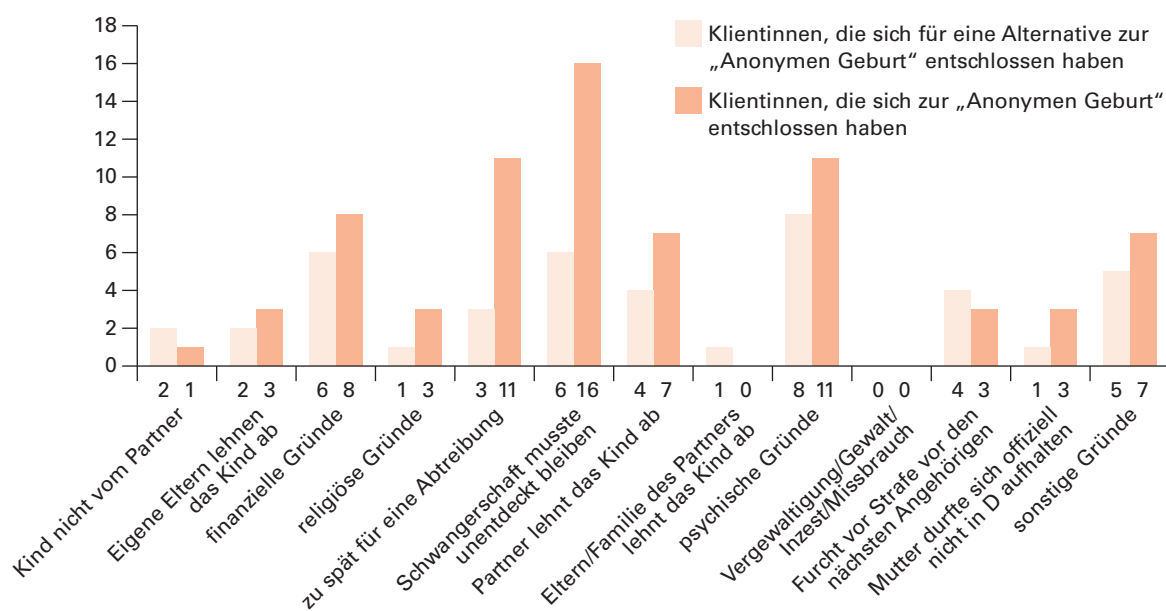
Zwei Drittel – 20 von 30 – der beratenen Frauen haben sich letztlich für eine „Anonyme Geburt“ entschieden. 10 Frauen konnten sich früher oder später zu ihrer Mutterschaft bekennen. Wenn nachfolgend die Motive und Hintergründe der betroffenen Frauen beschrieben werden, wird nach diesen beiden Gruppen – also der Entscheidung für oder gegen eine „Anonyme Geburt“ – differenziert, um die je unterschiedlichen Entscheidungswege zu beleuchten.

Motive für eine „Anonyme Geburt“

Trotz der vielfältigen Rahmenbedingungen der Frauen lassen sich Unterschiede zwischen den Frauen, die sich zu einer „Anonymen Geburt“ entschlossen haben, und solchen, für die eine andere Lösung gefunden werden konnte, erkennen. So erscheint die Dramatik der Lebenssituation bei Frauen, die sich zu einer „Anonymen Geburt“ entschließen, noch größer als bei den übrigen. Die Graphik (vgl. Tabelle 5) zeigt die berichteten Gründe für den Schwangerschaftskonflikt für beide Frauengruppen.

Bei dieser vergleichenden Betrachtung der Ergebnisse lassen sich einige Besonderheiten feststellen: Ausschlaggebend für beide Gruppen ist, dass die Schwangerschaft unentdeckt bleiben muss, allerdings mit unter-

Tabelle 5: Gründe für den Schwangerschaftskonflikt



Quelle: Moses-Falldokumentation, N = 30, Mehrfachnennungen möglich

schiedlich hohem Anteil: Während 80 % der Frauen, die sich zu einer „Anonymen Geburt“ entschlossen, davon ausgingen, dass eine Entdeckung gravierende Probleme nach sich ziehen würde, ist der Anteil bei der Vergleichsgruppe gering und liegt bei 60 %. Die „Anonyme Geburt“ wird auch häufiger von Frauen gewählt, die den Zeitpunkt für eine Abtreibung versäumt haben. Während nur 30 % der Frauen, die nicht anonym gebären, dies berichten, waren es unter den Frauen mit „Anonymer Geburt“ doppelt so viele. Damit haben Frauen, die sich zu einer „Anonymen Geburt“ entschließen, die Schwangerschaft häufiger verdrängt oder die Entscheidung für bzw. gegen ihr Kind sehr lange hinaus gezögert. Etwas anders verhält es sich, wenn wir die Belastung durch psychische Probleme betrachten: Darüber hat die Hälfte der Frauen berichtet, die sich letztlich zur „Anonymen Geburt“ entscheiden, aber 80 % der Vergleichsgruppe.

Die Lebenssituation der meisten beratenen Frauen ist durch eine prekäre finanzielle Lage gekennzeichnet, die für die Frauen ein großes Problem darstellt. Für knapp 40 % der Frauen, die sich zu einer „Anonymen Geburt“ entschließen, ist dieser Umstand ein weiterer Grund für ihre Entscheidung. Bei Frauen, die eine alternative Lösung finden, ist diese Frage sogar noch brennender: In 60 % der Fälle wurden finanzielle Gründe als Motivation zur Erwägung einer „Anonymen Geburt“ genannt. In beiden Gruppen ist die Ablehnung des Kindes durch den Partner in je 40 % der Fälle ein Grund, eine „Anonyme Geburt“ in Erwägung zu ziehen.

Keine der Frauen, die sich zu einer „Anonymen Geburt“ entschlossen haben, erfuhr

Hilfe durch ihren Partner oder sie bezog diesen nicht in die Entscheidung ein. Drei Frauen, die sich für eine Alternative zur „Anonymen Geburt“ entschlossen, haben Hilfe durch ihren Partner erfahren.

Die Lage von Frauen, die sich für eine „Anonyme Geburt“ entscheiden, ist im Vergleich zu der Situation von Frauen, für die eine Alternativlösung in Frage kommt, durch ein Zusammentreffen mehrerer Probleme gekennzeichnet. Viele der Frauen leben in schwierigen Partnerschaften. Bemerkenswert sind auch die vergleichsweise hohen Anteile, zu welchen von Drogenproblemen des Partners oder dessen Kontakten ins kriminelle Milieu (viermal genannt) berichtet wird. Einige Frauen kämpfen zudem mit eigenen psychischen Problemen, sei es durch Depressionen oder durch Drogenprobleme. Dennoch sind die Betroffenen nicht typischerweise als sozial benachteiligt anzusehen, sondern stammen aus allen sozialen Schichten.

Belastend ist für die Frauen oft auch die familiäre Situation auf Grund von Erkrankung der Eltern (Alkohol, psychische Krankheiten). Eine Rolle spielt dabei auch der tatsächlich ausgeübte soziale Druck oder die Furcht vor möglichen Reaktionen bei Bekanntwerden der Schwangerschaft. Dieses steht nicht selten vor einem spezifischen religiösen und/oder kulturellen Hintergrund; die Familien sind muslimisch oder „sehr“ katholisch. In jedem Fall kennzeichnet ihre Situation mangelnde soziale Unterstützung und vor diesem Hintergrund sehen die Frauen keine Zukunft für sich und das Kind. Dadurch sind sie für andere Lösungsmöglichkeiten nur schwer zugänglich. Die Anspannung und die Belastung wachsen in allen Fällen, je näher die Geburt rückt. Die

Frauen, die sich für die „Anonyme Geburt“ entscheiden, suchen somit einen Weg, dem Kind das Leben zu geben, können oder wollen aber nicht selbst mit diesem leben. Teils steht dies vor dem Hintergrund, dass es für eine Abtreibung zu spät ist.

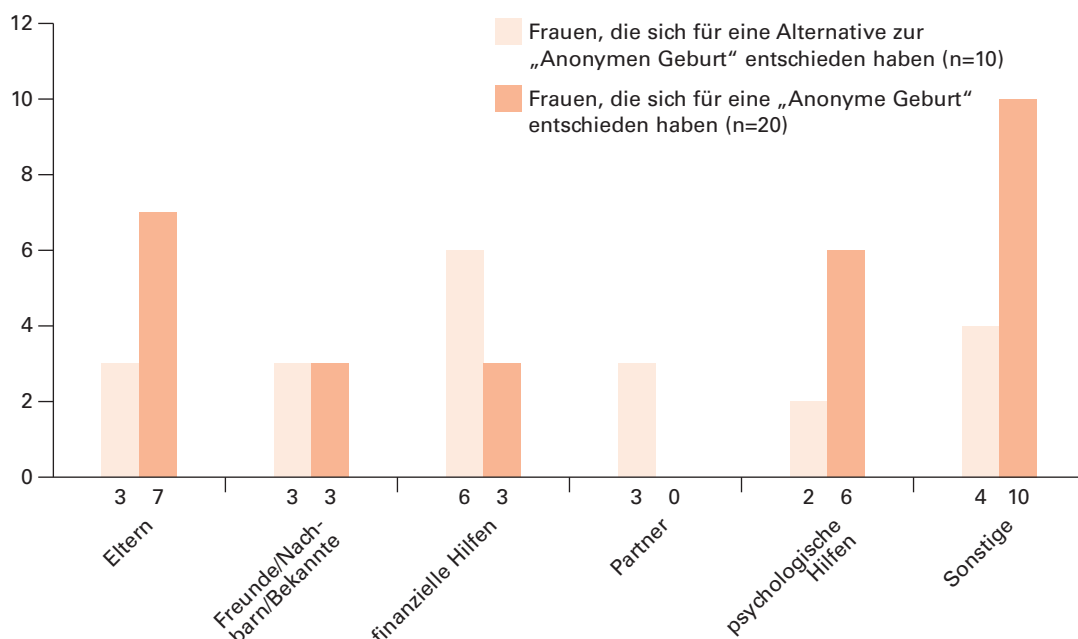
Ein Kinderwunsch oder die Tatsache, dass die Frau bereits Kinder hat, ist nicht ausschlaggebend für die letztliche Entscheidung für eine „Anonyme Geburt“. Hier geht es offenbar nicht um die grundsätzliche Einstellung zur Mutterschaft, sondern um die ganz konkrete Situation, in der die Schwangerschaft eingetreten ist.

Entscheidungswege

Wie bereits erwähnt, haben 20 der 30 Frauen anonym entbunden. Nach der Entbindung nahmen jedoch drei Frauen innerhalb des Zeitrahmens von acht Wochen ihr Kind zu sich. 15 Kinder wurden zur Adoption freigegeben. Für zwei Kinder fand sich eine andere Unterbringung. Vier der Mütter, die ihr Kind anonym abgegeben haben, hinterließen für ihr Kind einen Brief bzw. planen dies.

Die übrigen 10 Frauen haben nach den Beratungsgesprächen einen anderen für sie

Tabelle 6: **Unterstützungspotentiale**



Sonstige Nennungen:

- angebotene Hilfe durch Beratungsstelle (10)
- Aupairfamilie
- Beratungsstelle bei Behörden, Pflegefamilie, Jugendamt ...
- Geschwister
- Kindsvater hat Kind angenommen
- Unterbringung in Wohnung über 4 Monate; Einbeziehung Mutter der Schwangeren
- Kontakt zu anderen Betroffenen

Quelle: Moses-Falldokumentation, N = 30, Mehrfachnennungen möglich

gangbaren Weg gefunden. In sechs Fällen haben die Beratungsstellen Kenntnis, was nach der Geburt mit dem Kind geschah. Drei Mütter nahmen ihre Kinder zu sich, ebenso viele Frauen entschlossen sich, ein reguläres Adoptionsverfahren einzuleiten.

Die Beratungsstellen konnten insgesamt mit einem Drittel der Schwangeren einen alternativen Weg zur „Anonymen Geburt“ beschreiten. Zusammen mit den weiteren vier Frauen, die nach der Geburt die Anonymität aufgaben, sind insgesamt 14 der 30 Frauen, also knapp die Hälfte, letztlich von ihrem ursprünglichen Vorhaben, welches sie zum Moses-Projekt führte, abgerückt.

6. Fazit

Die Ergebnisse dieser Vorstudie sind – wie erwartet – vor allem dadurch gekennzeichnet, dass Fragen offen bleiben. Nichtsdestotrotz lassen sich erste Einschätzungen der Situation – zumindest in einigen Aspekten – vornehmen. Daher werden im Folgenden zunächst die Ergebnisse zusammengefasst, ehe auf die aktuelle Diskussion und schließlich Anforderungen an künftige Studien eingegangen wird.

6.1 Zusammenfassung

Die Bedeutung des Projektes wird von den Befragten von Donum Vitae durchwegs als hoch eingeschätzt. Zwar ist das Fallaufkommen – glücklicherweise – nicht hoch, doch unterstützt das Projekt Schwangere in sehr prekären Lebenslagen. Die Analyse der gewonnenen Daten lässt keine klar definierte Zielgruppe erkennen, da die einzelnen Merkmale deutlich variieren. Doch kann eine Problemanzeige erstellt werden, die sich an vielen Punkten mit den oben geschilderten Befunden anderer Studien zur psychosozialen Situation von Schwangeren deckt, die keinen Weg zum Leben der Mutterschaft identifizieren können. Die Unterstützung durch die Beratung ist von hoher Bedeutung, da sich zeigt, dass nahezu keine der Frauen einen Partner an ihrer Seite hat, der mit ihr gemeinsam die Verantwortung für das Kind übernehmen würde. Vielmehr wissen die werdenden Väter entweder nichts von der Schwangerschaft – was auf die Qualität der Beziehungen zurückschließen lässt – oder sie lehnen das Kind ab. Auch aus dem sozialen Umfeld – wo in anderen Fällen vor allem auf die Herkunftsfamilie zurückgegriffen werden kann – ist keine

Unterstützung zu erwarten. Im Gegenteil fürchtet ein Teil der Frauen harte Sanktionen, falls die Tatsache bekannt würde, dass sie ein Kind bekommen. Dies ist ein Grund für den Wunsch, anonym zu bleiben: Es soll niemand von der Mutterschaft erfahren, weil gravierende Nachteile damit verbunden werden. Aber auch für Beratene, die keine massiven Reaktionen aus ihren Familien erwarten, weil sie ein Tabu gebrochen haben und nichtehelich Mutter werden, sind die Hürden hoch, sich für das Kind zu entscheiden: Ein Teil der Frauen ist jung, hat noch keine Ausbildung und sieht für ein Leben mit Kind keinerlei Perspektive. Fast alle leben in schwierigen materiellen Verhältnissen, nur die Hälfte ist berufstätig. Vor einem solchen Hintergrund fühlen sie sich mit der Verantwortung für ein Kind überfordert. Bei einigen kommen gesundheitliche Probleme (oft im Suchtbereich) noch hinzu. Von den Hindernissen, welche die Frauen bezüglich ihrer Mutterschaft sehen, gehen unterschiedlich hohe Hürden im Hinblick auf alternative Lösungsmöglichkeiten aus. Während materiell dominierte Problemanzeigen eher aus dem Weg geräumt werden können, sind die Ängste vor harten sozialen Sanktionen kaum zu beschwichtigen. Angesichts der teils hochproblematischen Verhältnisse scheint es nachvollziehbar, dass die werdenden Mütter sich nicht in der Lage sehen, das Kind selbst aufzuziehen, und diese Einschätzung kann in manchen Fällen durchaus im Sinne des Kindeswohls sein.

Ein Problem stellen dabei allerdings die perzipierten sozialen Vorbehalte gegenüber der Kindesabgabe dar: Die Frauen haben Angst vor der Stigmatisierung, der sie sich als Mütter, die ihr Kind hergeben, aussetzen würden. Eine Garantie, dass sie nicht ir-

gendwann mit diesem „Makel“ konfrontiert werden, bildet nur die Anonymität.

Wovon die Moses-Fälle allesamt zeugen, sind tragische Lebenssituationen, welche von den Frauen, die sich für eine „Anonyme Geburt“ entscheiden, subjektiv als nicht zu bewältigend empfunden wurden. Diese Ergebnisse entsprechen den Daten der deutschen und österreichischen Studien.

6.2 Unbeantwortete Fragen

Die Untersuchung des Moses-Projektes wie auch die Sichtung der vorliegenden Studien zeigen zum Teil klare Ergebnisse, lassen aber verschiedene Frage unbeantwortet. Sehr deutlich wird, dass schwangeren Frauen in (psychosozialen und sozioökonomischen) Notsituationen durch das Angebot des Moses-Projektes durchaus geholfen werden kann und dass durch die Unterstützung den Frauen auch andere Lösungen als eine „Anonyme Geburt“ nahegebracht werden können. Das Beratungsangebot, welches den zentralen Bestandteil des Konzeptes bildet, ist für Frauen, die nicht zu ihrer Schwangerschaft und dem Kind stehen können, von außerordentlicher Bedeutung, da vor allem die fehlende Unterstützung in der Partnerschaft und/oder dem sozialen Umfeld für die Notsituation mitverantwortlich ist. Insoweit begreift das Moses-Projekt die „Anonyme Geburt“ als eine Notlösung, wenn andere Alternativen nicht in Frage kommen. Zugleich bemüht sich die Beratungskraft, einen späteren Kontakt zwischen Mutter und Kind zu ermöglichen. Aber in Einzelfällen scheint den Frauen nur der Weg in die Anonymität gehbar. Das Projekt unterstützt und begleitet auch diesen Weg – zur Vermeidung von heimlichen Geburten

und deren potentiellen gesundheitlichen und psychischen Konsequenzen. Dass diese Lösung gesellschaftlich und rechtlich anerkannt wird, ist ein Anliegen, das einerseits als wichtige Rahmenbedingung für die Unterstützung von Schwangeren in Notsituationen erachtet wird. Andererseits treten dabei weitere Probleme auf, die nicht leicht zu lösen sind. Daher wird hier auf die aktuelle Diskussion nochmals resümierend eingegangen.

Über einen eventuellen Missbrauch der „Anonymen Geburt“ selbst werden Befürchtungen in verschiedener Hinsicht laut: Zum einen wird befürchtet, dass durch das Angebot der Bedarf erst geweckt werde. So sei es denkbar, dass Frauen, die sich nicht in einer Notsituation befinden, anonym gebären, anstelle den Weg der normalen Adoptionsfreigabe zu wählen, um Kosten zu sparen und/oder die Auseinandersetzung mit der Kindsweggabe abzukürzen. Zu diesen Vermutungen eine Beurteilung abzugeben, ist anhand der vorliegenden Daten nicht möglich. Die Ergebnisse zeigen allerdings, dass die Angebote bislang vor allem von Frauen in schwierigen Notlagen genutzt werden. Eine Kategorisierung und Bewertung von Schwierigkeitsgraden, die eine Inanspruchnahme der „Anonymen Geburt“ rechtfertigen, ist von außen jedoch – analog zur Situation bei einem Schwangerschaftsabbruch – letztlich nicht leistbar, weshalb hier keine weitere „Missbrauchsdiskussion“ geführt wird.

Auch die immer wieder diskutierte Frage, ob die „Anonyme Geburt“ auch Leben rette, lässt sich keineswegs abschließend beantworten. Einesteils scheinen die Frauen, die eine „Anonyme Geburt“ wünschen,

sich in ähnlich problematischen Situationen zu befinden wie Mütter, die ihre Kinder töten: Verdrängung der Schwangerschaft, fehlende Partnerschaft, materielle und bildungsmäßige Unterversorgung, fehlende soziale Unterstützung, die Ausweglosigkeit der Situation und die Furcht vor den Konsequenzen des Entdecktwerdens charakterisieren beide Gruppen (vgl. Kopp/Schink 2001). Insofern kann angenommen werden, dass die Unterstützung der Frauen, die Ermöglichung einer medizinisch betreuten Geburt und die Eröffnung von Perspektiven für das Kind durchaus vorbeugend wirken. Hiermit könnten extreme Not- und Überforderungssituationen (wie z. B. nach einer heimlichen Geburt) und die damit einhergehenden Risiken insbesondere für Neugeborene vermieden werden. Dass mit diesem Angebot nicht alle Risikogruppen erreicht werden, liegt jedoch auf der Hand. Zum einen setzt die Inanspruchnahme einer Beratung, wie sie Moses anbietet, eine gewisse Reflexion der Situation und ein Mindestmaß an Handlungsbereitschaft voraus.

Dies kann nicht von allen Schwangeren in hochproblematischen Situationen erwartet werden, zumal wenn die Schwangerschaft verdrängt wird. Zum anderen kann mit Moses nicht verhindert werden, dass bei jungen Müttern bzw. Familien Extremsituationen auftreten, in denen Kinder vernachlässigt, misshandelt oder getötet werden. Schließlich stehen nicht alle derartigen Fälle vor dem Hintergrund einer Konfliktschwangerschaft. Für diese Fälle sind demnach weitere Einrichtungen erforderlich und zuständig.

Ein wichtiger und von vielen Kritikern ins Feld geführter Problembereich der „Anonymen Geburt“ ist die psychische Belastung

von Mutter und Kind. Die Mutter steht der irreversiblen Entscheidung über den Verbleib ihres Kindes in einer hoch belasteten und stressbesetzten Situation gegenüber. Gesetzlich geregelt ist, dass eine Mutter – zu ihrem eigenen Schutz – frühestens acht Wochen nach der Geburt in die reguläre Adoptionsfreigabe einwilligen darf, damit Zeit bleibt, das Für oder Wider der Kindesrücknahme abzuwägen. Dieser Zeitrahmen werde oftmals aber als Entscheidungsfrist definiert (Kuhn 2005) und führe zu einer Überforderung der Mütter, die zu einer „falschen“ Lösung führen könne, welche wiederum schwerwiegende psychologische Probleme der leiblichen Mutter nach sich ziehen kann. Hier eröffnet sich ein Dilemma: Einesteils wird davon ausgegangen, dass eine kurze Zeitspanne dem Wohl des Kindes diene, da Beeinträchtigungen vermieden werden, die aus einem mehrfachen Wechsel der Bezugspersonen resultieren können (Taufkirch 2003, S. 129). Problematisch gesehen wird die Fristlegung vor allem für diejenigen Mütter, die sich in einer psychischen Ausnahmesituation zur Anonymität entscheiden. Für diese Gruppe könnte sich die Acht-Wochen-Frist als zu kurz erweisen (Rohde 2002). Im Moses-Projekt bleibt das Kind während der acht Wochen „Bedenkzeit“ in Bereitschaftspflege, danach wird das reguläre Adoptionsverfahren eröffnet. Es gibt jedoch Fälle, in denen die Mutter wünscht, dass das Kind gleich in eine Adoptionsfamilie gegeben wird, um Wechsel in der Betreuung zu vermeiden. Erfahrungsgemäß wird diesem Wunsch seitens der Adoptionsvermittlung auch stattgegeben. In allen Fällen trägt die Beratung dafür Sorge, dass es den Müttern gelingen kann, ihr Kind wiederzufinden, und bittet die Adoptionsvermittlungsstellen darum,

Familien auszuwählen, die bereit sind, Kontakt mit der leiblichen Mutter aufzunehmen, sofern diese das wünscht.

Gravierender als der Bezugspersonenwechsel zu Beginn des Lebens wird für das Kind das „Fehlen“ der leiblichen Eltern sowie die Unmöglichkeit der späteren Kontaktaufnahme erachtet, weil die Kenntnis der eigenen Abstammung als Basis der Identitätsbildung anzusehen ist. Viele Adoptierte leiden – nicht zuletzt auf Grund der Tatsache, dass sie „weggegeben worden sind“ – unter Scham- und Verlegenheitsgefühlen sowie unter Selbstzweifeln und verminderter Selbstachtung. Adoptionsexperten sprechen sich daher für offene Formen der Adoption aus, bei denen der Kontakt zwischen leiblicher Mutter und Kind aufrechterhalten wird (Taufkirch 2003, S. 128). Mit diesen Argumenten wird allerdings wieder die Güterabwägung angesprochen, in der die Notlage der Mutter (mit evtl. Konsequenzen) in Bezug zu den Beeinträchtigungen des Lebensgefühles und den Rechten des Kindes gesetzt wird. Eine generelle Entscheidung dieser Frage erscheint allerdings nicht möglich.

Die oftmals kritisierte Koppelung von Finanzierung und Adoptionsvermittlung wird im Moses-Projekt grundsätzlich vermieden. Dieses Prinzip wird von den Beraterinnen auch einmütig unterstützt und empfohlen. Auch sollte das Kind nach der Geburt nicht in die Hände von Adoptiveltern, sondern in die Obhut potentieller Pflegeeltern gegeben werden. Dies wird im Modellprojekt durch die Einbindung der offiziellen Stellen gewährleistet (s.o.).

Als Problemfeld wird auch die Frage nach der Freiwilligkeit der Abgabe diskutiert: Wie

kann sichergestellt werden, dass die Mutter nicht von Ehepartner, Familie oder anderen Personen gezwungen wird? Im Falle einer erzwungenen „Anonymen Geburt“ könnten Straftaten wie Inzest, Zwangsprostitution und Vergewaltigung vertuscht werden (terre des hommes 2004). Die eigentlichen Nutznießer wären dann nicht die Opfer (Frauen), sondern die Täter selbst (vgl. Wiemann; Taufkirch 2003, S. 138). Für dieses Problemfeld lassen sich auf Grund unserer Untersuchung keine Aussagen treffen. Es wäre daher zu prüfen, inwieweit ein qualitativ hochwertiges Beratungsangebot dieses Risiko abfedern kann.

Ein zentrales Problem im Kontext unseres Themas ist die soziale Diskriminierung von Kindsabgabe und Adoptionsfreigabe. Sie bringt ungewollt Schwangere entweder in die Situation, zwischen Abtreibung und Diskriminierung oder zwischen heimlicher Geburt und Schande zu wählen. Könnten werdende Eltern, die sich nicht in der Lage sehen, für ihr Kind zu sorgen, ihre Entscheidung, das Kind einer anderen Familie anzuvertrauen, als verantwortliche und situativ beste Lösung betrachten und vertreten, wären viele der hier diskutierten Probleme hinfällig. Allerdings – und das zeigt das Beispiel Frankreichs – ist eine Legalisierung der „Anonymen Geburt“ allein nicht ausreichend, um dies zu erreichen. Ohne gezielte Gegensteuerung bleibt die Tabuisierung erhalten – mit der Konsequenz, dass Kinder ohne Bezug zu ihren leiblichen Eltern aufwachsen und darunter leiden. Zum Ausgleich der Interessen von Eltern und Kindern ist es daher nötig, Diskriminierungen abzubauen und die jeweiligen Anliegen zu thematisieren und verständlich zu machen.

6.3 Skizze einer Untersuchung zur „Anonymen Geburt“

Die bislang vorliegenden Daten sind zwar aufschlussreich, aber keineswegs fundiert genug, um eine valide Beurteilung der Situation abgeben zu können. Zum einen sind die Fallzahlen im eigenen Projekt zu gering und zudem regional begrenzt. Auch musste in dieser Vorstudie ausschließlich auf Auskünfte aus zweiter Hand zurückgegriffen werden. Zum anderen sind auch die vorliegenden Untersuchungen mit Mängeln vor allem hinsichtlich ihrer Repräsentativität behaftet und besprechen zudem teilweise unterschiedliche Konzepte im selben Kontext – wie z. B. Babyklappe und „Anonyme Geburt“, obgleich die Ansätze teils stark auseinandergehen. Detailliertere Einblicke in die Lebenssituation und vor allem das soziale Umfeld der Betroffenen wären daher dringend nötig, um sich den aufgeworfenen Fragen besser annähern zu können. Eine fundierte Erhebung zur Problemstellung sollte daher bundesweit Falldokumentationen und zwar an allen in Betracht kommenden Einrichtungen (Beratungsstellen, Kliniken etc.) durchführen und dabei sowohl „Anonyme Geburten“ als auch vertrauliche Geburten vergleichend berücksichtigen.

Dabei sollte unbedingt versucht werden, eine Betroffenenbefragung durchzuführen. Dies könnte durch eine Vermittlung der Einrichtungen bewerkstelligt werden. Hierzu könnte zum einen ein anonymer Fragebogen mit Freiumschatz weitergeleitet werden – mit der ausdrücklichen Bitte um Unterstützung. Zum anderen könnten befragungswillige Betroffene für ausführliche Gespräche im Rahmen einer qualitativen Studie vermittelt werden.

In diesen Erhebungen sollten die Soziodemographie sowie die sozialen Hintergründe

der Frauen, ihre Motive und die Bedeutung der Beratung detailliert abgebildet werden. So könnte es gelingen, Profile der Betroffenen und ihrer Lebensumstände zu erstellen.

Zudem sollte eine umfassende Befragung in Einrichtungen mit entsprechenden Angeboten erfolgen. Dabei sollten in standardisierter Form (zusammen mit Falldokumentation) zentrale Fragen wie z. B. Fallaufkommen, generelles Prozedere und Vermittlungspraxis in Bezug auf die Kinder abgebildet werden. Wichtig ist es dabei, die unterschiedlichen Positionen aller am Prozess potentiell Beteiligten zu erfassen und miteinander in Beziehung zu setzen. Durch qualitative Experteninterviews mit Stellenleitung, Beratungsfachkräften der Schwangerenberatungsstellen, ärztlichem Personal, Vertretern von Justiz und Staatsanwaltschaft sowie Beschäftigten von Adoptionsvermittlungsstellen etc. könnten die vorhandenen Erkenntnislücken weiter geschlossen werden.

Auch wenn die Frage nach der lebensrettenden Wirkung der Angebote schlussendlich nicht beantwortet werden kann, sollten Recherchen und Auswertungen (z. B. Aktenanalysen) zu Fällen, in denen Frauen ihr Kind heimlich zur Welt gebracht haben und/oder ausgesetzt oder Kinder unter einem Jahr getötet haben, zur Gewinnung von Profilen der betroffenen Frauen und ihrer Lebensumstände durchgeführt werden, um den Blick auf die Problematik zu weiten.

Eine Möglichkeit, sich der Frage anzunähern, bestünde darin, eine Neuauflage der Studie von Bauermeister durchzuführen und die Ergebnisse mit soziodemographischen Daten anonym gebärender Frauen zu vergleichen.

7. Literatur

- Bauermeister, Matthias (1994): Die Tötung Neugeborener unter der Geburt (Kindstötung § 217 StGB). Eine bundesweite Verbundstudie für die Jahre 1980–1989. Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrecht-Universität zu Kiel.
- Bonnet, Catherine (1999): Die Unmöglichkeit der Mutterrolle und Anonyme Geburt. <http://www.anonyme-geburt.at/Bonnet2.html>
- Bonnet, Catherine (2001): Verdrängte Schwangerschaft, Anonyme Geburt – Erfahrungen aus Frankreich. <http://anonyme-geburt.at/Bonnet.html> (26.05.2006).
- Bott, Regula/Swientek, Christiane: Studie: Aussetzung und Tötung von Neugeborenen in Deutschland von 1999 bis 2004. http://www.tdh.de/content/themen/weitere/Babyklappe/Studie_toetung.htm (24.04.2006).
- Gremmel, Cathrin (2004): Anonyme Geburt & anonyme Abgabe von Kindern. Hilfe oder Risiko? Ein deutsch-französischer Vergleich. In: Zens, Gisela (Hrsg.) (2004): Traumatische Kindheiten. Beiträge zum Kinderschutz und zur Kinderschutzpolitik aus erziehungswissenschaftlicher und rechtswissenschaftlicher Perspektive. Johann-Wolfgang-Goethe-Universität. Frankfurt am Main. S. 107–211. <http://www.medica.de>
<http://www.elternimnetz.de>
<http://www.anonyme-geburt.de>
http://www.blja.bayern.de/Aufgaben/Adoption/Adoptionsvermittlung/offene%20Adoption/Offene_Adoption.Startseite.htm
<http://www.schwanger-in-Bayern.de/Schwage/klappe2.htm>
<http://www.sternipark.de/findelbaby/klappe.asp>
- Kopp, Bettina/Schink, Simone (2001): Babyklappe – Die soziale Situation der Findelkinder seit dem 17. Jahrhundert und die Diskussion in der BRD. Diplomarbeit, Universität Tübingen. <http://www.uni-siegen.de/~fb02/people/groddeck/baby.pdf>.
- Kuhn, Sonja (2005): Babyklappen und Anonyme Geburt. Sozialregulation und sozialpädagogischer Handlungsbedarf. Dissertation. Bamberger Beiträge zur Sozialpädagogik und Familienforschung. Marco-Verlag. Augsburg.
- Lefaucheur, Nadine (2002): Donneés quantitatives: qui sont aujourd’hui les femmes qui accouchent dans le secret ? In: Ministère de l’emploi et de la solidarité (Hrsg.): Réforme de l’accouchement sous X. http://www.social.gouv.fr/famille-enfance/doss_pr/34_001214.htm (26.05.2006).
- Mielitz, Cornelia (2006): Anonyme Kindsabgabe. Babyklappe, anonyme Übergabe und Anonyme Geburt zwischen Abwehr- und Schutzgewährrecht. Dissertation. Nomos. Baden-Baden.
- Neuheuser, Stephan: In: NStZ (Neue Zeitschrift für Strafrecht) 2001, S. 175, 177
- Rohde, Anke (2002): Kann die Anonyme Geburt Leben retten? http://www.tdh.de/content/themen/weitere/babyklappe/psychosoziale_aspekte.htm
- Scheiwe, Kirsten: Babyklappe und anonyme Geburt – wohin mit Mütterrechten, Väterrechten, Kinderrechten?. In: ZPR (Zeitschrift für Rechtspolitik) 2001, S. 368–374
- Sozialdienst katholischer Frauen e.V. (SkF) (2004): Zwischenbericht. Drei Jahre Moses-Projekt Frankfurt. Frankfurt/Main. Stadt Nürnberg (Hrsg.) (2000): Beilage 4.1 zur Tagesordnung der 29. Sitzung des Jugendhilfeausschusses am 14.12.2000.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004): Datenreport 2004. Zahlen und Fakten über

- die Bundesrepublik Deutschland. Bonn.
Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006):
Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über
die Bundesrepublik Deutschland. Bonn.
- SterniPark e.V. (2004): Detailliste von Aus-
setzung und Tötungen, beginnend mit
2004. [http://www.sternipark.de/findelba-
by/kindstabelle.asp](http://www.sternipark.de/findelba-
by/kindstabelle.asp) (25.04.2006).
- Swientek, Christine (2001): Die Wiederent-
deckung der Schande. Babyklappen und
Anonyme Geburt. Freiburg im Breisgau:
Lambertus.
- Taufkirch, Tina (2003): Babyklappen und
Anonyme Geburt. Eine explorative Studie
zu Möglichkeiten der Anonymen Abgabe
von Neugeborenen. Diplomarbeit. Verlag
Dr. Kova. Hamburg.
- terre des hommes (2004): Warum terre des
hommes Babyklappen und Angebote zur
anonymen Geburt ablehnt. [http://www.tdh.de/
content/themen/weitere/babyklappe/posi-
tion_tdh.htm](http://www.tdh.de/
content/themen/weitere/babyklappe/posi-
tion_tdh.htm)
- Wiemann, Irmela: Babyklappe und Anony-
me Geburt. Hintergründe – Kritik – Alter-
nativen. [http://www.erziehungsberatung-
hessen.de/download/babyklappe.pdf](http://www.erziehungsberatung-
hessen.de/download/babyklappe.pdf)
- Wolf, A.: In: FPR (Familie, Partnerschaft,
Recht) 2001, S. 345 ff.

www.sozialministerium.bayern.de
www.ifb-bamberg.de



Dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen wurde durch die Beruf & Familie gemeinnützige GmbH die erfolgreiche Durchführung des audit berufundfamilie bescheinigt: www.beruf-und-familie.de



BAYERN DIREKT
ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.
Unter Tel.: 0 18 01/ 20 10 10 (4,6 Cent pro Minute aus dem Festnetz der Deutschen Telekom) oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.



Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen
Winzererstr. 9, 80797 München
E-Mail: kommunikation@stmas.bayern.de
Gestaltung: Birke | Partner GmbH
Kommunikationsagentur, Erlangen
Stand: August 2007

Bürgerbüro: Tel.: 0 89/ 12 61 -16 60, Fax: 0 89/ 12 61 -14 70
Mo–Fr 9.30 bis 11.30 Uhr und Mo–Do 13.30 bis 15.00 Uhr
E-Mail: Buergerbueero@stmas.bayern.de

Hinweis: Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien, sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.