

# Neonaticide und ihre Prävention im deutschsprachigen Raum

## *Neonaticides and Prevention Strategies in Germany, Austria, and Switzerland*

Paula Krüger

**Zusammenfassung:** Die Wirksamkeit von Babyklappen und anonymer Geburt bei der Prävention der Tötung von Neugeborenen (Neonaticiden) wird international kontrovers diskutiert. Seit dem 01. Mai 2014 haben Frauen in Deutschland durch die Einführung der vertraulichen Geburt die Möglichkeit, ihr Kind anonym zu gebären. In Österreich wurde bereits 2001 eine rechtliche Grundlage für anonyme Geburten geschaffen. In der Schweiz steht eine gesetzliche Regelung noch aus. Aufgrund der in den bekannten Neonaticidfällen der Tötung vorangegangenen negierten Schwangerschaft und der Passivität des sozialen Umfeldes der Frauen ist die Wirksamkeit beider Ansätze jedoch mehr als fraglich. Erfolgversprechender scheint es, potenziell in diese Fälle involvierte Fachpersonen sowie die Allgemeinbevölkerung über die Hintergründe dieser Taten zu informieren. Der Aufsatz soll einen Beitrag hierzu leisten.

*Schlüsselwörter:* Neonaticid; negierte Schwangerschaft; Prävention; Babyklappe; vertrauliche Geburt

**Summary:** The efficacy of “baby hatches” and “anonymous delivery” in preventing neonatal homicide (neonaticides) has been the object of controversial debate not only in German-speaking countries. Due to the introduction of the “confidential birth” in May 2014, women in Germany have now the opportunity to give birth to their child anonymously without facing legal consequences. In Austria, an anonymous delivery law was implemented in 2001; in Switzerland, legislation is still pending. However, studies show that due to the concealment and/or denial of the pregnancy as well as the passivity of the women’s social environment the mentioned prevention strategies seem to be unsuitable in these cases. A more promising approach seems to be the education of the public and of professionals about the phenomenology of neonaticides and especially about the phenomenon of concealment of pregnancy. This paper is intended as a contribution to this approach.

*Keywords:* Neonaticide; Denial of Pregnancy; Concealment of Pregnancy; Prevention Strategies; Save Haven Laws

### Einleitung

In Bezug auf die Prävention der Tötung von Neugeborenen (Neonaticide) innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Geburt [1, 2], wird seit Jahren der Nutzen von Babyklappen und der anonymen Geburt diskutiert. Vor dem Hintergrund des heutigen Kenntnisstandes erscheint jedoch eine andere Präventionsstrategie erfolgversprechender: potenziell in diese Fälle involvierte Fachpersonen sowie die Allgemeinbevölkerung über die Hintergründe dieser Taten informieren. Der vorliegende Aufsatz zeigt, warum dies

so ist, und soll gleichzeitig einen Beitrag hierzu leisten.

### Epidemiologie des Neonaticids

Neonaticide werden in der Regel von den Müttern der Opfer begangen. Nur in wenigen Fällen handelt es sich beim Täter um den Vater oder ein anderes Familienmitglied [2]. In der Literatur werden die Kindsmütter häufig als jung, ledig und ungebildet beschrieben [u.a. 3]. Unter den bekannten Täterinnen finden sich jedoch Frauen aller Altersklassen und Schichten. Mehrheitlich leiden die

Frauen auch nicht an einer psychischen Störung, wie vielfach angenommen wird; ihre Persönlichkeit wird von den psychiatrischen Gutachter(inne)n jedoch vielfach als passiv und unreif beschrieben [u.a. 2]. Als Motiv für die Tat werden häufig psychosoziale Probleme (z.B. Angst vor Verlassenwerden) oder die Unerwünschtheit des Kindes angegeben [u.a. 1, 2, 4].

In Deutschland werden jedes Jahr durchschnittlich 20–40 Fälle bekannt [4, 5]; dies entspricht einer Opferquote von 2,7–4,8 Neonaticiden pro 100.000 Lebendgeburten [4, 5]; aus Österreich werden ähnliche Zahlen berichtet

(durchschnittliche Opferquote: 3,1 [6]). In der Schweiz sind die Opferzahlen hingegen deutlich geringer: Hier werden 1–3 Fälle im Jahr bekannt, die Opferquote liegt bei durchschnittlich 1,5 [2]. Bisher gibt es keine Erklärung für diese Unterschiede. Alle drei Länder sind Wohlfahrtsstaaten und weisen insgesamt eine geringe Rate an Tötungsdelikten auf [7]. Auch besteht in allen drei Ländern die Möglichkeit der Freigabe eines Kindes zur Adoption oder einer legalen Abtreibung im 1. Trimester der Schwangerschaft (§ 218 DE-StGB, § 97 AT-StGB bzw. Art. 119 CH-StGB). Der Umstand, dass Deutschland den Straftatbestand der Kindstötung (§ 217 aStGB) 1998 abgeschafft hat und Österreich (§ 79 StGB) sowie die Schweiz (Art. 116 StGB) noch über solche verfügen, scheidet ebenfalls als Erklärung aus, da die Abschaffung des § 217 aStGB keine merklichen Auswirkungen auf die Fallzahlen im Hellfeld gehabt hat; auch stellen sich die Taten vor und nach 1998 ähnlich dar [4, 5].

Eine mögliche Erklärung könnte jedoch in Unterschieden im Dunkelfeld gesucht werden. So ist in Bezug auf Neonazide insgesamt davon auszugehen, dass eine Vielzahl der Fälle unentdeckt bleibt. Der Leichnam eines Neugeborenen lässt sich aufgrund seiner geringen Größe leicht verstecken, und aufgrund der Verheimlichung der Schwangerschaft weiß in der Regel niemand von der Existenz des Kindes. Darüber hinaus wird vermutet, dass unter Fällen, in denen der Plötzliche Kindstod diagnostiziert wurde, auch Fälle von Kindstötungen zu finden sind [u.a. 2]. Eventuell lassen sich in der Schweiz mehr und/oder andere Fälle im Dunkelfeld finden als in Deutschland oder Österreich; erste Hinweise auf Unterschiede in Bezug auf die bekannten deutschen und Schweizer Fälle liegen vor (z.B. Angabe religiöser Motive) [2]. Zur Aufdeckung möglicher weiterer Unterschiede in der Deliktsphänomenologie und deren Erklärung braucht es jedoch weitere und vergleichend angelegte Studien. Unabhängig davon kann mit Blick auf die Prävention dieser Taten zum jetzigen Zeitpunkt vor dem Hintergrund des internationalen Forschungsstandes gesagt werden, dass sich die bekannten Fälle sehr ähnlich darstellen [u.a. 1–4].

### **Aktuelle Rechtsgrundlage präventiver Maßnahmen**

Wie eingangs gesagt, werden zur Verhinderung dieser Taten seit mehreren Jahren Babyklappen und die sog. anonyme Geburt nicht allein im deutschsprachigen Raum diskutiert [8]. In Deutschland haben Frauen seit dem 1. Mai 2014 die Möglichkeit, ein Kind anonym zu gebären. Die vertrauliche Geburt, die mit dem „Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt“ (Gesetz vom 28.08.2013 BGBl. I S. 3458) eingeführt wurde, stelle – so die Bundesregierung in ihrem Gesetzesentwurf – die beste Möglichkeit dar, Frauen, die Angst haben, ihre Identität bei der Geburt preiszugeben, eine Geburt mit medizinischer Begleitung zu ermöglichen [9]. Hierdurch sollen die Aussetzung und Tötung von Neugeborenen verhindert werden, wobei sowohl dem Wunsch der Mütter nach Anonymität nachgekommen als auch dem Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Herkunft entsprochen wird [10]. In Österreich wurde bereits 2001 rechtlich die Möglichkeit zur anonymen Geburt geschaffen (JMZ 4600/42-I 1/2001). Laut Klier et al. sei seitdem die Zahl der Neonazide zurückgegangen [6]; allerdings können die Autor(inn)en konfundierende Faktoren nicht ausschließen, sodass die Gültigkeit ihrer Schlussfolgerung fraglich ist.

Obwohl auch in der Schweiz die Diskussion um Babyklappen und anonyme Geburt immer wieder geführt wird, sieht die Situation hier anders aus: Bisherige politische Vorstöße gegen existierende „Babyfenster“ scheiterten, auch wenn der Bundesrat selbst diese 2005 für problematisch erklärte, unter anderem da „unnötigerweise ‚Niemandskinder‘“ geschaffen werden könnten. Die Verantwortung liege jedoch bei den zuständigen kantonalen Instanzen [11]. 2008 wurden weitere politische Vorstöße mit der Begründung abgelehnt, dass man nicht sicher wisse, ob diese Einrichtungen Leben retteten. Das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft wurde höher gewertet [12]. Mittlerweile betreibt die „Schweizerische Hilfe für Mutter und Kind“ (SHMK), hinter der konservativ-christliche Abtreibungsgegner stehen

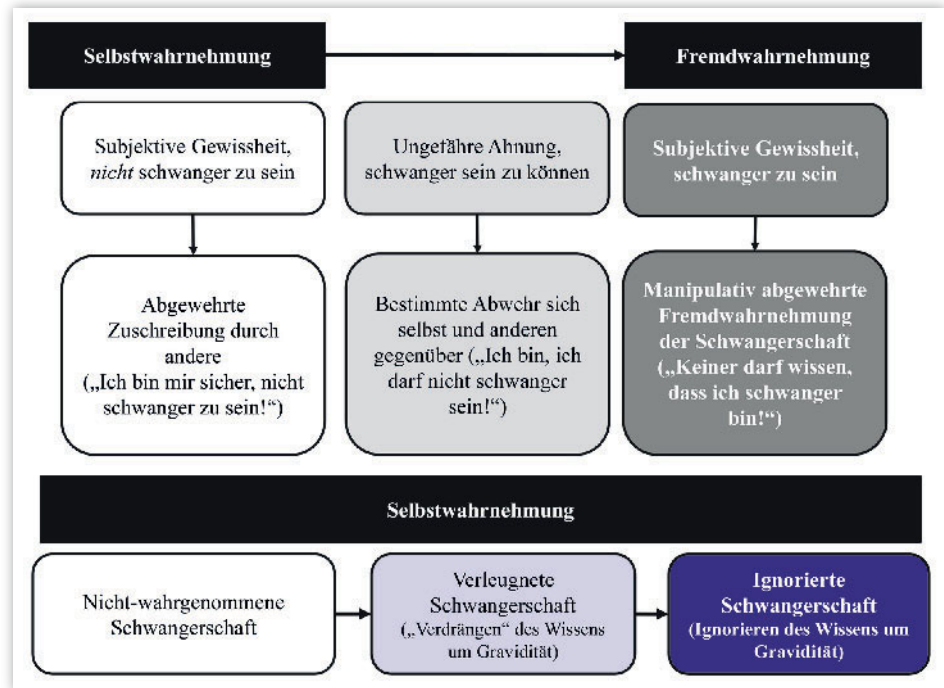
[12], vier Babyfenster; weitere sind geplant. Unterstützung erhalten die Babyfenster aus der Bevölkerung, die von der Wirksamkeit dieser Maßnahmen überzeugt ist, wie nicht nur eine Umfrage der SHMK zeigt, sondern auch eine unabhängige Studie aus dem Jahr 2012, in der die Autorin eine Zufallsstichprobe der Deutschschweizer Allgemeinbevölkerung sowie von potenziell in diese Fälle involvierten Fachpersonen (Allgemeinmediziner/innen, Gynäkolog(inn)en etc.) mithilfe eines eigens konstruierten Fragebogens befragt hat (N = 374) [13].

### **Wirksamkeit aktueller präventiver Maßnahmen**

Auch wenn die neue Rechtssicherheit betroffener Frauen in Deutschland zu begrüßen ist, muss die Wirksamkeit der vertraulichen Geburt mit Blick auf die Verhinderung von Neonaziden, vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes jedoch mit einem Fragezeichen versehen werden. So zeigt der Vergleich internationaler Studien, dass die bekannten Neonazidfälle unabhängig von den gängigen Werten und sozialen Normen [2, 4, 5, 14, 15] ein gemeinsames Merkmal aufweisen, das die Wirksamkeit dieser Maßnahmen erschwert: die Verheimlichung oder Verdrängung der Schwangerschaft [2]. Mit anderen Worten, die Frauen leben ihre Schwangerschaft nicht offen und setzen sich nicht mit dem Thema Schwangerschaft und Geburt auseinander und damit auch nicht mit legalen Konfliktlösungsmöglichkeiten.

Doch auch wenn die Frauen die Schwangerschaft nicht offen leben, werden nicht wenige von ihnen zu irgendeinem Zeitpunkt auf eine potenzielle Schwangerschaft angesprochen. In der Regel leugnen sie diese jedoch, nicht selten begründen sie dabei die Gewichtszunahme durch eine schwere Erkrankung [2, 5]. In wenigen Fällen suchen die Frauen eine Gynäkologin oder einen anderen Facharzt auf oder vertrauen sich einem Dritten an (Partner, Freundin o.Ä.). Erstaunlich in diesen Fällen ist dann, dass die involvierten Ärzte bzw. Ärztinnen die Schwangerschaft häufig nicht diagnostizieren und auch das eingeweihte soziale Um-

**Abbildung 1**  
Formen negierter  
Schwangerschaft



feld der Frauen trotz der Angabe schwerster Erkrankungen nichts unternimmt. Es kommt sozusagen zu einer „Co-Negierung“ der Schwangerschaft.

Obwohl sich die Mehrheit der im Jahre 2012 befragten Schweizer Mediziner(innen) darüber im Klaren war, dass eine Frau nicht immer weiß, wenn sie schwanger ist (68 %), und eine Schwangerschaft durchaus vor ihrer Umwelt verbergen kann (80 %) [13], scheinen viele in der Praxis davon auszugehen, dass eine erwachsene Frau über eine bestehende Schwangerschaft immer Auskunft geben kann. Eine Überzeugung, der auch der Großteil der befragten Personen aus der deutschsprachigen Schweizer Allgemeinbevölkerung anhängen [13] und die vermutlich dazu beiträgt, dass dem Verdacht auf eine Schwangerschaft der Partnerin, Tochter oder Freundin nicht weiter nachgegangen wird. In Bezug auf die Passivität des persönlichen Umfeldes der Frauen liegt zudem die Annahme nahe, dass eine schlechte Qualität ihrer sozialen Beziehungen Hintergrund derselben ist. Analysen von deutschen und Schweizer Strafverfahrensakten liefern erste Hinweise darauf, dass die Qualität der Beziehung der Täterinnen insbesondere zu ihren Partnern tatsächlich als eher schlecht bezeichnet werden muss, zum Teil auch die zu ihren

(Stief-)Eltern. Ein Umstand der in einigen Fällen sicherlich zumindest zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass die Frauen selbst Opfer von Gewalt in Kindheit und Jugend geworden sind bzw. aus einem zerrütteten Elternhaus stammen [2, 5].

Vor dem Hintergrund des heutigen Forschungsstandes muss somit angezweifelt werden, dass Frauen im deutschsprachigen Raum, Gefahr laufen, ihr Neugeborenes zu töten, von den genannten Angeboten erreicht werden. Erfolgsversprechender scheint hingegen potenziell in diese Fälle involvierte Fachpersonen (Hausärzte/-ärztinnen, Gynäkolog(inn)en, Sozialarbeitende etc.) sowie die Allgemeinbevölkerung und damit das soziale Umfeld der Frauen über die Phänomenologie dieser Taten sowie über das Phänomen der negierten Schwangerschaft zu informieren.

### Negierte Schwangerschaft als „Precursor“ des Neonaticids

In der Literatur wird häufig von verdrängten oder verheimlichten Schwangerschaften gesprochen, wobei diese Begriffe nicht immer einheitlich verwendet werden und insbesondere der Begriff der Verdrängung immer wieder kritisiert wird, weil er häufig eher alltagssprachlich gebraucht wer-

de [16]. Nach Wille und Beier ist eine verdrängte Schwangerschaft durch die folgenden acht Merkmale gekennzeichnet:

1. Subjektive Gewissheit der Schwangeren, nicht schwanger zu sein.
2. Fehlen von Schwangerschaftszeichen oder – falls vorhanden – subjektiv hinreichende Umdeutungen.
3. Unbefangener Arztbesuch bei schwangerschaftstypischen Beschwerden [...].
4. Unbefangenheit in sozialen Situationen, die zur Aufdeckung der Schwangerschaft führen könnten [...].
5. Bei bestehender Partnerschaft unverändertes Sexualverhalten [...].
6. Zu keinem Zeitpunkt Gedanken an Schwangerschaftsabbruch.
7. Jegliches Fehlen von Geburtsvorbereitungen.
8. Verkennen der einsetzenden Wehen und Überraschtwerden von der Geburt.“ [17: 83 f.]

Diese extreme Form der Schwangerschaftsnegierung findet sich bei den bekannten Neonaticidfällen in der Regel nicht. Zu irgendeinem Zeitpunkt ist den Frauen bewusst, dass sie schwanger sind oder sie haben zumindest die Vermutung, dass dies der Fall ist. Der dann folgende Umgang damit lässt sich besser auf einem Kontinuum von der Abwehr der Schwangerschaft

sich selbst gegenüber auf der einen Seite und der Verheimlichung der Schwangerschaft anderen gegenüber im Bewusstsein darüber, dass man schwanger ist, auf der anderen Seite fassen. Frauen, die sich zwischen diesen beiden Polen befinden, ahnen zwar, dass sie schwanger sind, verleugnen ihren Zustand bis zu einem gewissen Maße jedoch sich selbst und anderen gegenüber (Abb. 1). Lammell spricht in diesem Zusammenhang von einer abgewehrten Schwangerschaft, wobei die Abwehr entweder stärker die Selbstwahrnehmung der Frau hinsichtlich der Schwangerschaft betrifft oder die Fremdwahrnehmung [16]. Schlotz et al. sprechen von nicht-wahrgenommener, verleugneter oder ignorierte Schwangerschaft [18]; ihre Kategorien beschreiben dabei im Prinzip die gleichen Zustände wie Lammells (Abb. 1), wobei sie sich allerdings ausschließlich auf die Selbstwahrnehmung der Frauen beziehen.

Mit Blick auf die Wirksamkeit der diskutierten Präventionsmaßnahmen ist das Entscheidende an der negierten Schwangerschaft, dass die Frauen die Schwangerschaft nicht offen leben, keine Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen und sich keine Gedanken über die Zeit nach der Geburt machen. Infolge werden sie von der Geburt überrascht, deuten die Zeichen zunächst falsch und gebären das Kind mehrheitlich alleine zu Hause [2]. Und das trifft auch auf Mehrfachgebärende zu, die zuvor ein Kind behalten oder eine legale Möglichkeit der Konfliktlösung gewählt haben. So sind Studien zufolge etwa die Hälfte der Täterinnen Mehrfachgebärende [2, 4]. Dennoch waren diese Frauen nicht bei allen Schwangerschaften in der Lage, eine legale Lösung zu finden. Hieraus folgt die Frage, ob die Negierung der Schwangerschaft zwangsläufig die Tötung des Kindes zur Folge hat.

Dagegen spricht der Umstand, dass die Häufigkeit einer „verdrängten“ Schwangerschaft, die erst nach der 20. Schwangerschaftswoche diagnostiziert wird, in Deutschland bei 1 : 475 liegt. Dass die Schwangerschaft erst bei der Geburt entdeckt wird, tritt bei einer von etwa 2.500 Frauen auf [19]. In der Schweiz liegen die Zahlen bei 155 bzw. 30 Schwangerschaften im Jahr [20]. Stellt man dies den genannten Fallzah-

len von bekannt gewordenen Neonaticiden gegenüber, wird deutlich, dass es beim Vorliegen einer nicht-wahrgenommenen Schwangerschaft nur selten zur Tötung des Neugeborenen kommt. Was unterscheidet aber die Neonaticidfälle von denen, in denen das Kind nicht getötet wird? Beim Vergleich einer klinischen Stichprobe von 10 Frauen, die ihre Schwangerschaft negiert, das Kind aber nicht getötet haben, mit 14 Frauen, die ihr Neugeborenes nach einer negierten Schwangerschaft getötet hatten, fanden Schlotz et al. keine Unterschiede in Bezug auf die Dynamik der Schwangerschaftsnegierung oder Persönlichkeit der Frauen; allerdings seien die Frauen der klinischen Stichprobe häufiger Erstgebärende gewesen als die der forensischen Stichprobe [18]. Die Autorinnen stellen daher die Hypothese auf, dass Erstgebärende sich eventuell seltener eine Geburt ohne ärztliche Begleitung zutrauen und sich daher letztlich Hilfe suchen. Diese Hypothese widerspricht aber nicht zuletzt dem Befund, dass die Frauen sich gerade nicht mit dem Thema Schwangerschaft und Geburt auseinandersetzen. Es scheint – und zu diesem Schluss kommen Schlotz et al. letztlich auch [18] – vom Zufall bestimmt zu sein, ob es zur Tötung des Kindes kommt oder nicht. Fälle, in denen Frauen wiederholt die Schwangerschaft negieren, aber nicht in jedem Fall das Kind töten, unterstützen diese Annahme.

### Fazit

Die Abwehr der Schwangerschaft durch die Frauen ist somit die Krux in Bezug auf die Prävention dieser Taten. Die Schwangeren machen sich keine Gedanken über die Geburt und legale Konfliktlösungen; sie holen sich in der Regel auch keine (professionelle) Hilfe. Prävention erscheint unmöglich, jedenfalls wenn man die bekannten Fälle betrachtet. Statt des Angebots von Babyklappen und der Möglichkeit der vertraulichen Geburt scheint es vor dem Hintergrund des heutigen Forschungsstandes zumindest in Bezug auf die Prävention von Neonaticiden erfolgsversprechender, das soziale Umfeld zu aktivieren. Den Täterinnen fehlt es an sozialer Unterstützung, was zusammen mit ihrer in der Regel eher passiven und unreifen Persönlichkeit

zur Verheimlichung der Schwangerschaft, sozialer Isolation und letztendlich zur Tötung des Neugeborenen führt [2]. Um dies zu verhindern, muss die Bevölkerung sowie potenziell in diese Fälle involvierte Fachpersonen über die Phänomenologie dieser Taten und das Phänomen der negierten Schwangerschaft informiert und hierfür sensibilisiert werden. Dies gilt umso mehr, als dass das Bild der Täterinnen vielfach vom Stereotyp der Teenagermutter oder der psychisch kranken Frau bestimmt zu sein scheint [13]. Darüberhinaus gehen insbesondere medizinische Laien davon aus, dass eine Frau weiß, wenn sie schwanger ist, und dies zumindest in der Spätschwangerschaft auch nicht verheimlichen kann [13].

### Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen

Aus den Ausführungen ergeben sich vier Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen:

1. Information und Schulung
2. Medizinische Praxis
3. Sexualkundeunterricht
4. Forschung.

Zu 1: Es gilt, relevante medizinische und nicht-medizinische Fachpersonen (z.B. Sozialarbeitende) zu schulen, wobei auch praxisnahe Selbsterfahrungselemente integriert werden sollten, die der Aufdeckung der Wirkung von falschen Überzeugungen über Neonaticide in der eigenen Arbeit dienen. Vor dem Hintergrund der in Studien nachgewiesenen Hartnäckigkeit derartiger falscher Überzeugungen erscheint eine simple Wissensvermittlung dagegen weniger erfolgversprechend [21]. Begleitend und vor allem zur Information der Bevölkerung ist an mediale Kampagnen zu denken, wobei auch hier gilt, die Reflexion bisheriger Überzeugungen und Einstellungen anzuregen.

Zu 2: In Bezug auf die medizinische Praxis sollte eine negierte Schwangerschaft als Differenzialdiagnose in Betracht gezogen werden [22], wenn Frauen – unabhängig von ihrem Alter und Parität – mit scheinbar unerklärlicher Übelkeit, Gewichtszunahme, Bauchschmerzen o.Ä. zum Arzt gehen;



### Dr. Paula Krüger ...



... ist Diplom-Psychologin (Universität Bremen) und Linguistin (Universitäten Bielefeld und Florenz). Seit 2008 forscht und lehrt sie an der Hochschule Luzern am Institut Sozialarbeit und Recht. Zu ihren Forschungsschwerpunkten zählen unter anderem Tötungsdelikte an Kindern und Jugendlichen.

dies gilt auch in Fällen, in denen die Frau eine bestehende Schwangerschaft selbst explizit verneint.

Eine vorgeburtliche Diagnose der Schwangerschaft ermöglicht es, die Frauen über die Vorteile pränataler Vorsorgeuntersuchungen sowie über die Risiken einer unbegleiteten Hausgeburt zu informieren. Ferner können sie begleitend an geeignete psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsangebote vermittelt werden. Ist die Schwangerschaft diagnostiziert und somit sozusagen offiziell, ist in jedem Fall eine heimliche Tötung des Kindes erschwert.

Zu 3: Nicht allein zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaften ist (weiterhin) an einem flächen-

deckenden, altersgerechten Sexualkundeunterricht für Kinder vor dem Eintritt in die Pubertät sowie an entsprechenden staatlichen Kampagnen festzuhalten; darüber hinaus ist der Zugang zu geeigneten Kontrazeptiva sicherzustellen [22]. Inwieweit dies allerdings tatsächlich zur Verhinderung von Neonaticiden führt, ist unklar. Zumindest in Bezug auf die mütterliche Tötung unehelicher Neugeborener gemäß § 217 aStGB deuten die westdeutschen Fallzahlen auf keinen Einfluss der Zulassung der „Pille“ oder der Reform des § 218 StGB hin [17]. Für Österreich und die Schweiz liegen leider keine entsprechenden Zahlen vor.

Zu 4: Mit Blick auf das Phänomen der gezielten Schwangerschaft wäre zu-

dem die Identifikation von entsprechenden Risiko- und Schutzfaktoren wünschenswert. Hierdurch wäre zum einen die Identifikation von Risikofällen erleichtert, zum anderen könnten die Erkenntnisse zur Prävention genutzt werden. Hier besteht jedoch weiterhin großer Forschungsbedarf sowohl was das Verständnis des Phänomens an sich betrifft als auch die Umstände, die zur anschließenden Tötung des Kindes führen bzw. die dies verhindern. Zur Aufdeckung allfälliger länderspezifischer Fallmerkmale bedarf es zudem explizit vergleichender Studien.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

Dr. Dipl.-Psych. Paula Krüger  
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit  
Werftstrasse 1  
6002 Luzern  
Schweiz  
Tel.: 0041 41 3674892  
paula.krueger@hslu.ch

### Literatur

- Resnick PJ. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry* 1970; 126: 1414–1420
- Krüger P. Prevalence and phenomenology of neonaticide in Switzerland 1980–2010: A retrospective study. *Violence Vict* 2014 (in press)
- Amon S, Putkonen H, Weizmann-Henelius G, et al. Potential predictors in neonaticide: the impact of the circumstances of pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 2012; 15: 167–174
- Höyneck T, Zähringer U, Behnken M. Neonaticid. Expertise im Rahmen des Projekts „Anonyme Geburt und Babyklappen in Deutschland. – Fallzahlen, Angebote, Kontexte“. München: Deutsches Jugendinstitut, 2012
- Krüger P. Neonaticid in Deutschland: Mythen und Vorurteile. Bremen: Unveröffentlichte Diplomarbeit, 2009
- Klier CM, Grylli C, Amon S, et al. Is the introduction of anonymous delivery associated with a reduction of high neonaticide rates in Austria? A retrospective study. *Br J Obstet Gynaecol* 2013; 120: 428–434
- United Nations Office on Drugs and Crime. 2011 global study on homicide. Trends, contexts, data. Wien: United Nations Office on Drugs and Crime, 2011
- Hammond M, Miller MK, Griffin T. Safe haven laws as crime control theater. *Child Abuse Negl* 2010; 24: 545–552
- Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt (BT-DRs. 17/13062). <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP17/521/52125.html> (letzter Zugriff am 01.09.2014)
- Sukop A-E. Neues Gesetz zur Regelung der vertraulichen Geburt. *Gynäkologe* 2014; 47: 215–218
- Schliessung des Babyfensters (Motion 05.3310). [http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch\\_id=20053310](http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20053310) (letzter Zugriff am 01.09.2014)
- Baumann-Hölze R, Abraham A. Ungewollte Kinder. Eine ethische Abwägung von Babyfenstern. *Paediatrica* 2013; 24: 31–33
- Krüger P. Neonaticid in der (Deutsch-) Schweiz. Einblicke, Luzern, 2013
- Christen N. Tötung unehelicher Kinder in Nidwalden. Luzern: Unveröffentlichte Bachelorarbeit, 2012
- Oberman M. Understanding infanticide in context: mothers who kill, 1870–1930 and today. *J Crim Law Criminol* 2003; 92: 707–737
- Lammel M. Die Kindstötung „in oder gleich nach der Geburt“. Zum Stellenwert von Privilegierungs- und Dekulpierungsgründen. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 2008; 2: 96–104
- Wille R, Beier KM. ‚Verdrängte‘ Schwangerschaft und Kindstötung: Theorie – Forensik – Klinik. *Sexuologie* 1994; 2: 75–100
- Schlotz N, Louda J, Marneros A, Rohde A. Von der verdrängten Schwangerschaft bis zur Kindstötung. Relevante Aspekte für Gynäkologen. *Gynäkologe* 2009; 42: 614–618
- Wessel J, Endrikat J, Gauruder-Burmeser A, Kästner R. Verdrängte Schwangerschaft. *Hebamme* 2004; 17: 7–11
- Bass B, Fleischli M, Castelberg B von. Verheimlichte und verdrängte Schwangerschaften – eine Herausforderung für die Klinik. *Speculum* 2004; 22: 19–22
- Krüger P, Caviezel Schmitz S, Niehaus S. Mythen geistiger Behinderung und sexueller Gewalt im Strafverfahren. Vierteljahresschr Heilpäd Nachbargeb 2014; 2: 124–136
- Hatters Friedman S, Resnick P. Neonaticide: phenomenology and considerations for prevention. *Int J Law Psychiat* 2009; 32: 43–47