

Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Schwangerschaft durch sexuellen Missbrauch

Folgen, Beratungsansätze und Entscheidungsmöglichkeiten

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 20.04.2012

Vorgelegt von: Sellin, Julia Katharina

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Günter Groen

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Vorwort	3
1. Einleitung	4
2. Theoretischer Hintergrund zu sexuellem Missbrauch	6
2.1 Definition.....	6
2.2 Fakten und Zahlen	9
2.3 Theoretische Erklärungsansätze	15
2.3.1 Der psychoanalytische Erklärungsansatz.....	15
2.3.2 Der systemische Erklärungsansatz.....	16
2.3.3 Der sozialwissenschaftliche Erklärungsansatz	16
2.3.4 Der feministische Erklärungsansatz.....	17
2.4 Kurzsüme	18
3. Folgen sexuellen Missbrauchs	18
3.1 Kurzzeitfolgen	20
3.2 Langzeitfolgen	21
3.3 Traumatische Reaktionen	22
3.4 Posttraumatische Belastungsstörung	25
3.5 Depressionen	26
3.6 Angststörungen.....	28
3.7 Sexualstörungen.....	29
3.8 Kurzsüme	30
4. Bedeutung einer ungewollten Schwangerschaft	31
4.1 Bedeutung einer Schwangerschaft durch sexuellen Missbrauch.....	32
4.2 Kurzsüme	34
5. Beratung	34
5.1 Beratungsansätze im Überblick	35
5.1.1 Grundsätze feministischer Beratung.....	35
5.1.2 Grundsätze systemischer Beratung	37
5.1.3 Grundsätze der Krisenintervention und Klientenzentrierten Beratung.....	38
5.2 Wichtige methodische Aspekte für eine gelingende Beratung.....	38
5.3 Beratungsstellen für schwangere Mädchen	40

5.3.1 Empirischer Forschungsteil	41
5.3.2 Familienplanungszentrum Hamburg-Altona e.V.	42
5.3.3 Expertenverdichtung Frau Schlie	44
5.4 Kurzresümee	46
6. Entscheidungsmöglichkeiten der Schwangeren	46
6.1 Methoden des Schwangerschaftsabbruchs	47
6.2 „Babyklappe“ und „Anonyme Geburt“	49
6.3 Adoption / Pflegefamilie	52
6.4 Kind behalten	54
6.5 Kurzresümee	57
7. Fazit	57
Quellenverzeichnisse	62
Literaturverzeichnis	62
Internetquellen	68
Gespräche	70
Abbildungsverzeichnis	72
Abkürzungsverzeichnis	73
Interview	74
Leitfaden	74
Transkription	75
Eidesstattliche Erklärung	80

Vorwort

Während meines Vollzeitpraktikums im Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) in Hamburg kam ich mit dem Thema *Schwangerschaft durch sexuellen Missbrauch* in Berührung. Diese spezielle und besonders belastende Situation der Mädchen und Frauen hat mich sehr bewegt. Aus diesem Grund widme ich mich diesem Thema im Rahmen meiner Abschlussarbeit. Ich erhoffe mir, im Verlauf der Arbeit Antworten auf meine in der Einleitung aufgeworfenen Fragen zu finden und neue Erkenntnisse zu dieser Thematik zu erhalten. Mein Augenmerk habe ich dabei auf die Altersgruppe der unter 18-jährigen Mädchen gelegt, wobei auch Erkenntnisse von volljährigen Betroffenen mit einbezogen wurden.

Im Rahmen der Bachelor-Thesis wurden mehrere Expertengespräche geführt. In Kapitel 5.3.3 ist ein ausgewähltes Gespräch detailliert dargestellt. Die anderen Gespräche wurden weder transkribiert noch empirisch verarbeitet, sondern dienten nur Recherchezwecken. Innerhalb der Arbeit wird in Teilen auf diese Gespräche verwiesen.

Im Folgenden soll versucht werden die Thematik näher darzustellen, um die gegebene Situation widerzuspiegeln.

Allen Mitwirkenden und Helfern möchte ich an dieser Stelle herzlichst danken. Vor allem Elisabeth Sellin, Henrietta Eichhorn und Nils Weiland haben mir auf dem Weg zur Fertigstellung dieser Arbeit besonders geholfen und mir mit viel Elan und Ausdauer zur Seite gestanden.

Hamburg, April 2012

Julia Sellin

1. Einleitung

In der Fachliteratur stellt der sexuelle Missbrauch noch immer ein Tabuthema dar. Deutlich macht dies unter anderem der in Kapitel 2.2 dargestellte Forschungsbericht *sexueller Missbrauch* vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN). Über Schwangerschaften durch sexuellen Missbrauch ist noch weniger bekannt und es lassen sich kaum statistische Zahlen über die Häufigkeit finden. Bis auf vereinzelte Untersuchungen wie z.B. die in Kapitel 4.1 skizzierte von Heynen, lassen sich keine umfangreichen und ausführlichen Statistiken zu dieser Thematik finden. Es scheint, dass dieses Thema innerhalb der Fachwelt kaum Berücksichtigung erfährt. Durch die ausgewerteten Daten des Statistischen Bundesamtes werden zwar Zahlen der Schwangerschaftsabbrüche durch eine kriminologische Indikation (siehe Kapitel 6.2) erkennbar, fraglich bleibt jedoch, ob und wie viele darüber hinaus Betroffene die Schwangerschaft auch durch die sonst vorgeschriebene Schwangerschaftsberatung beenden.

Weder der sozialpädagogische noch der medizinische oder psychologische Fachbereich weist Fachliteratur oder fundiertes Fachwissen zu dieser Thematik auf. Tritt in der Praxis ein Fall von Schwangerschaft durch sexuellen Missbrauch auf, ist jedoch die Zusammenarbeit aller drei Disziplinen recht wahrscheinlich. Aus diesem Grund wird in der Arbeit versucht, die Thematik aus unterschiedlichen Blickrichtungen zu beleuchten.

Die Fragen die sich stellten waren: Wie häufig existiert diese Thematik in der Praxis tatsächlich? Wie sehen die möglichen Folgen einer solchen Erfahrung aus? Welche Bedeutung hat eine Schwangerschaft für das durch den sexuellen Missbrauch traumatisierte Mädchen? Auf welche Art und Weise erhalten die missbrauchten, schwangeren Mädchen am besten Hilfe und Unterstützung in Beratungseinrichtungen?

Anfänglich wurde versucht die Fragestellungen allein durch Literaturrecherche zu beantworten. Dies war aufgrund der wenig spezialisierten Fachliteratur nicht immer ausreichend. Im Kontakt mit Beratungseinrichtungen konnten weitere Antworten gefunden sowie die aktuelle Situation in der Praxis verdeutlicht werden.

In der vorliegenden Arbeit wird zunächst anhand verschiedener Definitionsansätze die Problematik der vielfältigen Verwendung des Begriffes verdeutlicht. Eine für die vorliegende Arbeit dienende Definitionsgrundlage von sexuellem Missbrauch wird im Anschluss dargestellt. Ferner wird ein Überblick der aktuellen Situation in Deutschland bezüglich der Opfer von se-

1. EINLEITUNG

xuellem Missbrauch gegeben. Hier wird deutlich, wie tabuisiert die Thematik bis heute ist. Das Kapitel wird durch unterschiedliche Theorieansätze abgerundet, welche versuchen, die Ursache von sexuellem Missbrauch zu erklären.

Die Folgen von sexuellem Missbrauch, im Speziellen die traumatischen Auswirkungen, werden im dritten Kapitel dargestellt und durch vier Krankheitsbilder (Posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen, Angststörungen und Sexualstörungen) verdeutlicht. Auf diese Weise wird klar, welche tiefgreifenden und weitreichenden Folgen ein sexueller Missbrauch für die Betroffenen haben kann.

Im vierten Kapitel wird auf die Bedeutung einer ungewollten sowie einer durch sexuellen Missbrauch entstandenen Schwangerschaft eingegangen. Was ungewollt schwangere Mädchen empfinden und welche Auswirkungen die Schwangerschaft auf ihr Leben hat, wird an dieser Stelle betrachtet. Ferner wird auf die Notwendigkeit einer engen Betreuung vor, während und nach der Entbindung eingegangen. Hier wird auch die Doppelbelastung der Mädchen deutlich, die zum Einen aus der Tat und zum Anderen aus dem Faktum der Schwangerschaft entstehen kann.

Anschließend wird auf die Beratungsmöglichkeiten eingegangen. Es wird verdeutlicht, welche Beratungsansätze in der Praxis Anwendung finden, um auf die Mädchen adäquat einzugehen. Wie eine gelingende Beratung aussehen kann und worauf die professionellen Fachkräfte achten müssen, wird ebenfalls erläutert. Zur Verdeutlichung der aktuellen Situation in der Praxis wird die Einrichtung des Familienplanungszentrums in Hamburg-Altona beschrieben sowie ein geführtes Expertengespräch dargestellt.

Das sechste Kapitel beschreibt eingehend die verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten des schwangeren Mädchens, in Bezug auf ihr Kind. Hier wird deutlich, zwischen welchen Alternativen sie wählen muss und wie schwer es sein kann, diese Entscheidung zu treffen.

Abschließend wird ein Resümee der behandelten Thematik gezogen. Eine zusammenfassende Beantwortung der eingangs gestellten Fragen rundet die Arbeit ab.

Für die vorliegende Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die männliche und weibliche Sprachform gleichzeitig zu verwenden. Generell gelten alle Personenbezeichnungen für beiderlei Geschlecht, es sei denn, es wird explizit darauf hingewiesen.

2. Theoretischer Hintergrund zu sexuellem Missbrauch

Um einen Konsens zwischen Verfasserin und Leserschaft herzustellen, werden die in dieser Arbeit verwendeten Begrifflichkeiten im Folgenden klar definiert. Nur durch klare Definitionen kann verständlich gemacht werden, was bzw. wer mit den verwendeten Begriffen gemeint ist. Hierdurch kann ausgeschlossen werden, dass Missverständnisse beim Leser entstehen. Die mit dem Begriff *sexueller Missbrauch* zusammenhängende Komplexität wird im Folgenden näher dargestellt. Sowohl für die Fachwelt als auch für die Betroffenen ist es unerlässlich eine genaue Definition zu finden, die Klarheit und Zuständigkeit schafft.

2.1 Definition

Bei dem Oberbegriff *sexueller Missbrauch* haben Menschen aller Altersgruppen und Gesellschaftsschichten ein eigenes ungefähres Bild davon, was mit diesem Terminus gemeint ist. Die Handlungen sind jedoch vielfältig und implizieren keine bestimmte Vorgehensweise des Täters¹. Dies ist der Grund, warum es so schwierig ist, eine einheitliche und allgemeingültige Definition zu finden.

Es gibt zahlreiche Termini, die alle zum Themenbereich des sexuellen Missbrauchs gehören. So findet man eine Aufzählung von häufig benutzten Begrifflichkeiten bei Amann & Wipplinger. Deutlich wird hier beschrieben, dass mit den verschiedenen Ausdrücken unterschiedliche Aspekte hervorgehoben werden sollen. So unterscheidet Remschmidt (1989) zwischen *sexuellem Missbrauch* und *sexueller Misshandlung* (vgl. Amann & Wipplinger, 2005: 20). *Sexueller Missbrauch* als Begrifflichkeit wird demnach dann verwendet, wenn es dem Kind oder Jugendlichen gegenüber zu einer Gewalttat kommt und die sexuellen Handlungen gegen den Willen des Opfers erfolgen (ebd., 20). Neben dem Begriff des *sexuellen Missbrauchs* nutzen viele Autoren auch Ausdrücke wie z.B. *sexuelle Gewalt* (Kupffer 1989 wie auch Gloor und Pfister 1995), *sexuelle Ausbeute* (Wirtz 1989) oder auch *Inzest*, denn der Terminus *sexueller Missbrauch* suggeriert, dass Betroffene auch auf eine richtige bzw. „legitime“ Weise *gebraucht* werden könnten. Dies ist fragwürdig, da Menschen generell nicht als Gebrauchsgegenstand fungieren können. Durch die Verwendung des Begriffes würde für das Opfer eine

¹ Die Begriffe Täter und Opfer werden benutzt, um eine klare Schuldzuweisung zu gewährleisten (vgl. Bange & Deegener, 1996: 10)

Stigmatisierung entstehen, die zur Folge hätte, dass es sich schmutzig und wertlos fühlt (ebd., 20; vgl. Bange, 2002: 47).

Zahlreiche Autoren haben unterschiedliche Kriterien für ihre Definition von sexuellem Missbrauch, die zum Teil nicht operationalisierbar sind. Nur zwei Kriterien, nämlich die Altersdifferenz und die sexuelle Handlung finden hier zumeist Übereinstimmung (vgl. Amman & Wipplinger, 2005: 24). Gemeint ist hiermit, dass sexueller Missbrauch nur dann als solcher anzusehen ist, wenn zwischen Täter und Opfer eine Altersspanne von mindestens fünf Jahren vorliegt und es zu einer sexuellen Handlung gegen den Willen der beteiligten Person kommt. Allerdings kann sexueller Missbrauch auch unter Gleichaltrigen stattfinden. Somit ist auch dieses Kriterium ungenau, da sonst jeder sexuelle Missbrauch der von Tätern mit einer Altersdifferenz von unter fünf Jahren begangen wird, nicht als solcher angesehen würde (vgl. Hartwig & Hansen, 2008: 19).

In der Literatur finden sich fast ebenso viele Definitionen und Kriterien, wie es Autoren gibt. Jedes Kriterium für sich allein ist nicht ausreichend, um den von Komplexität geprägten Zusammenhang von sexuellem Missbrauch gerecht zu werden (ebd., 20).

Wie bereits erwähnt, sind die Formen der sexuellen Gewalt sehr vielfältig. Damit die Einschätzung im Einzelfall trotzdem erleichtert werden kann wird versucht, mit den vielseitigen Definitionsansätzen Abgrenzungen zu schaffen (vgl. Herzig, 2010: 4).

„Es lassen sich enge und weite Definitionen sexueller Gewalt unterscheiden. Enge Definitionen beziehen ausschließlich Handlungen mit direktem und eindeutig als sexuell identifizierbaren Körperkontakt zwischen Opfer und Täter ein. Dies sind unmittelbar der sexuellen Bedürfnisbefriedigung des Täters dienende Hautkontakte mit der Brust oder den Genitalien des Kindes bis hin zur vaginalen, analen oder oralen Vergewaltigung“ (Herzig, 2010: 4).

Ein weiterer Definitionsansatz lässt sich von Schechter & Roberge finden:

„Unter sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen versteht man ihre Beteiligung an sexuellen Handlungen, die sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes nicht verstehen, dazu kein wissentliches Einverständnis geben können, die sexuelle Tabus der Familie und der Gesellschaft verletzen und zur sexuellen Befriedigung eines nicht Gleichaltrigen oder Erwachsenen dienen.“ (Schechter & Roberge 1976:127- 142 zitiert nach Fegert, 2007: 79)

2. THEORETISCHER HINTERGRUND ZU SEXUELLEM MISSBRAUCH

Diese beiden Ansätze sind Ausgangspunkte, um sexuellen Missbrauch zu erfassen und dienen zusammen als Definitionsgrundlage der vorliegenden Arbeit.

Neben diesen Definitionsansätzen finden sich im dreizehnten Abschnitt des Strafgesetzbuches (StGB) alle Straftaten, die aus rechtlicher Sicht gegen die sexuelle Selbstbestimmung verstoßen. Das StGB definiert außerdem unter anderem die Unterschiede zwischen sexuellem Missbrauch, sexuellem Missbrauch an Kindern, sexuellem Missbrauch an Jugendlichen, sexueller Nötigung sowie Vergewaltigung. Im Weiteren werden die Definition des sexuellen Missbrauchs an Schutzbefohlenen sowie die der Vergewaltigung in Teilen dargestellt, da nur diese für die vorliegende Arbeit relevant sind.

Sexueller Missbrauch an Schutzbefohlenen wird im §174 wie folgt verstanden:

„(1) Wer sexuelle Handlungen

1. an einer Person unter 16 Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist,
2. an einer Person unter 18 Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut oder im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, unter Missbrauch einer mit dem Erziehungs-, Ausbildungs-, Betreuungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis verbundenen Abhängigkeit oder
3. an seinem noch nicht 18 Jahre alten leiblichen oder angenommenen Kind

vornimmt oder an sich von dem Schutzbefohlenen vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.“

Die Definition von sexueller Nötigung und Vergewaltigung findet sich im §177 des StGB.

„(1) Wer eine andere Person

1. mit Gewalt
2. durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder
3. unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist,

nötigt, sexuelle Handlungen des Täters oder eines Dritten an sich zu dulden oder dem Täter oder dem Dritten vorzunehmen, wird mit einer Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft.“

In dieser Arbeit wird der Terminus des sexuellen Missbrauchs als Oberbegriff synonym für die Fachausdrücke sexuelle Nötigung, Vergewaltigung sowie sexuelle Gewalt und sexuellen Missbrauch an Schutzbefohlenen, Kindern und Jugendlichen verwendet. Denn jede Verge-

waltung stellt auch einen sexuellen Missbrauch dar. Hingegen ist aus strafrechtlicher Sicht nicht jeder sexuelle Missbrauch eine Vergewaltigung (vgl. Scheufele, 2005: 15). Zudem macht dieser Terminus am deutlichsten, dass das Opfer keine Verantwortung für die Tat trägt (vgl. Bange, 2002: 47).

Relevante Erkenntnisse aus den Untersuchungen zu Vergewaltigungen sind mit in die vorliegende Arbeit eingeflossen, da eine Übertragbarkeit vorhanden ist und die Situationen der Betroffenen sich annähernd gleichen.

2.2 Fakten und Zahlen

Sexueller Missbrauch im Kindes- und Jugendalter galt lange Zeit als Tabuthema. Am 17.10.2011 wurden die ersten Zwischenergebnisse der Dunkelfeld Repräsentativbefragung „*sexueller Missbrauch*“, durchgeführt vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen, veröffentlicht. Abgeschlossen wird die Studie im Jahr 2013. Die letzte große Studie zu diesem Thema wurde 1992 durchgeführt. Aufgrund des großen zeitlichen Abstands gab es ein vermehrtes Interesse daran neue Ergebnisse zu erhalten. Die Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (vgl. Bieneck, Stadler & Pfeiffer, 2011: 2f).

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse, die für die vorliegende Arbeit relevant sind, zusammenfassend dargestellt und teilweise kritisch durch die Stellungnahme von Frau Enders² kommentiert.

In der Studie wird sexueller Missbrauch als solcher definiert, wenn eine der folgenden Handlungen zwischen einem Kind bzw. Jugendlichen unter 16 Jahren und einem mindesten fünf Jahre älteren Erwachsenen stattfanden:

- Das Berühren des Täters an seinem Geschlechtsteil sowie die Aufforderung den Täter mit der Hand oder dem Mund zu erregen,
- Das Berühren des Opfers durch den Täter am Geschlechtsteil, an der Brust oder am After, um sich oder sie sexuell zu erregen,

² Sie ist Autorin von „*Zart war ich, bitter war's*“ sowie Leiterin des Vereins *Zartbitter e.V.* in Köln. Dieser Verein ist eine der ältesten Kontakt- und Informationsstellen zum Thema sexueller Missbrauch für Jungen und Mädchen. Für seine Arbeit hatte sich der Verein wertvolle Ergebnisse und Erkenntnisse durch die Studie erhofft, die sich nicht erfüllten.

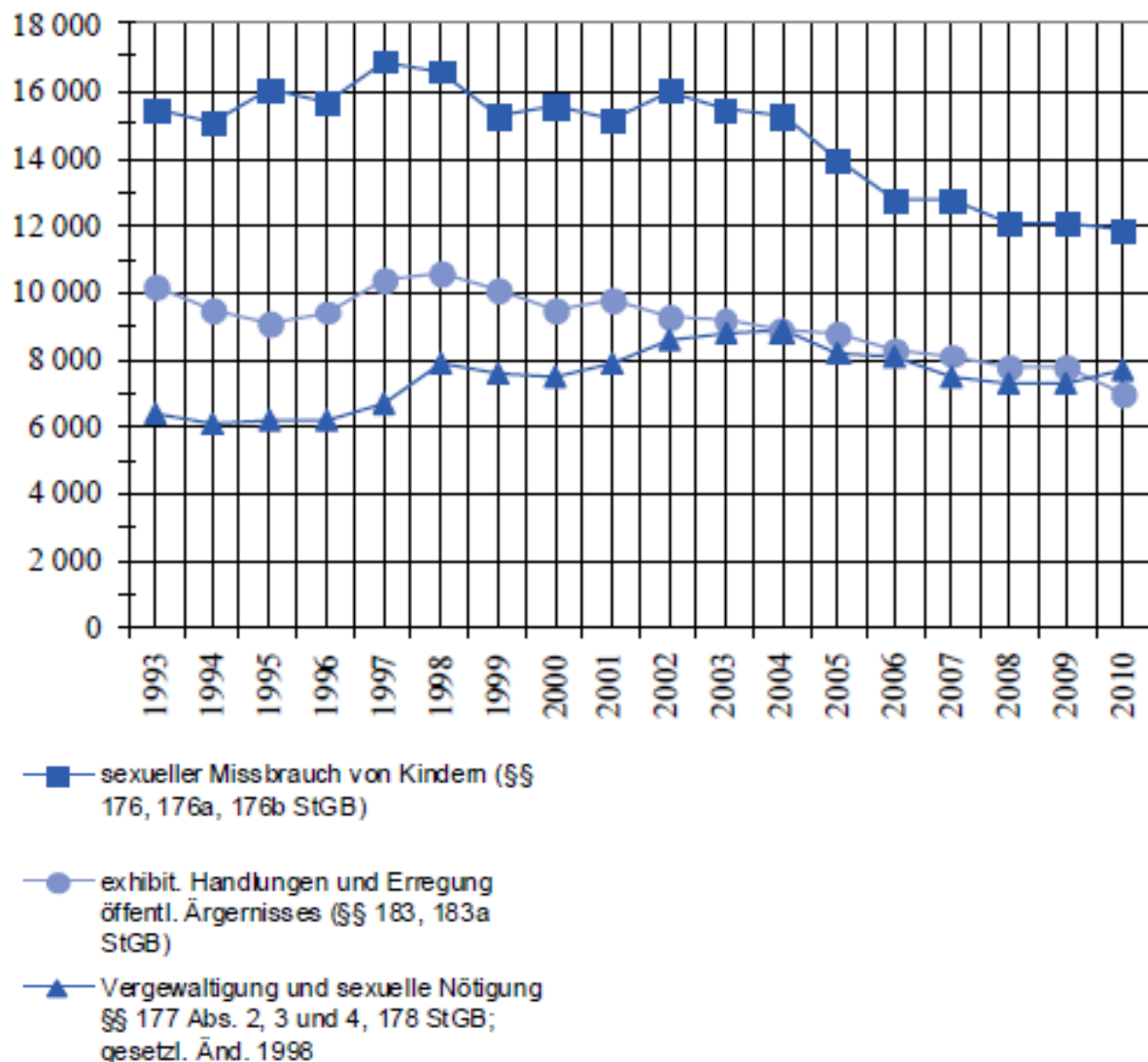
2. THEORETISCHER HINTERGRUND ZU SEXUELLEM MISSBRAUCH

- Die Penetration mit Fingern, der Zunge sowie mit Gegenständen, oder „das Eindringen mit dem Finger, der Zunge oder einem Gegenstand in die Scheide oder den After“ um sich oder sie sexuell zu erregen,
- Die Penetration durch den Versuch oder das tatsächliche Eindringen mit dem Geschlechtsteil in die Scheide oder den After,
- Die orale Penetration durch den Versuch oder das Eindringen mit dem Geschlechtsteil in den Mund des Opfers (ebd., 10ff).

Von den insgesamt 12.357 in einem Alter von 16 bis 40 Jahren befragten Personen, war es möglich, 11.428 Datensätze zu verarbeiten. Der Migrantenanteil bei den Befragten lag bei 20 %. Anhand eines Fragebogens sollten die Personen selbstständig beantworten, inwieweit sie Opfer einer Straftat und insbesondere eines sexuellen Missbrauchs wurden. Der Forschungsbericht hat sich auf die 683 Befragten konzentriert, die vor ihrem 16. Lebensjahr Opfer eines sexuellen Missbrauchs geworden sind. Es konnte festgestellt werden, dass 473 Personen einen sexuellen Missbrauch mit Körperkontakt erlebt haben (ebd., 2ff).

Die Personen wurden in drei Altersgruppen eingeteilt. 5,0 % der Befragten gaben an, einem sexuellen Missbrauch mit Körperkontakt zum Opfer gefallen zu sein, bevor sie 14 Jahre alt wurden. Kommen zu der Auswertung die Taten an Mädchen im Alter von 14 und 15 Jahren dazu, erhöht sich die Quote auf 6,4 %. Hier ist, im Vergleich zu der Studie von 1992, ein Rückgang von 2,2 % zu verzeichnen. Werden die Altersgruppen aus der aktuellen Studie miteinander verglichen, zeigt sich eine weitere Bestätigung für die Abnahme der Fälle. Denn 8 % der 31 bis 40 jährigen Befragten gaben an, vor ihrem 16. Lebensjahr einen sexuellen Missbrauch erlebt zu haben. In der Altersgruppe der 21 bis 30 jährigen, wurden jedoch nur 6,4 % Opfer einer solchen Tat und nur 2,4 % der 16 bis 20 jährigen, haben eine derartige Erfahrung gemacht. In der Studie wird angeführt, dass es immer weniger sexuellen Missbrauch an Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen gibt (ebd., 14ff; 25). Auch in der Polizeilichen Bundeskriminalstudie von 2010 ist dies zu erkennen. Anhand der Darstellung aus dieser Statistik (siehe Tabelle 1) wird deutlich, wie viele erfasste Fälle es von ausgewählten Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung bisher gab.

Tab. 1: Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung
(Quelle: Bundeskriminalamt, 2010: 145)



Zu erkennen ist hier, dass der sexuelle Missbrauch an Kindern zurück geht. Die Vergewaltigung, wie sie im Gesetz verstanden wird, jedoch nicht (vgl. Bundeskriminalamt, 2010: 145).

Im Folgenden werden Erklärungen für den Rückgang der Taten aus Sicht des Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen dargestellt und erläutert. So wird davon ausgegangen, dass der Tatendrang der potenziellen Missbrauchstäter zurückgeht, da gegenwärtig vermehrt Anzeige erstattet wird (vgl. Bieneck, Stadler & Pfeiffer, 2011: 25).

Frau Enders von Zartbitter e.V. meint dazu in ihrer Stellungnahme zur dargestellten Statistik:

„Das KFN [Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen; Anmerkung der Autorin] sollte in einer endgültigen Bewertung der Ursachen für einen vermeintlichen Rückgang des Ausmaßes sexuellen Missbrauchs die Zahlen der eingestellten Ermitt-

2. THEORETISCHER HINTERGRUND ZU SEXUELLEM MISSBRAUCH

lungsverfahren und der tatsächlichen Verurteilungen zu Geld-, Bewährungs- und Haftstrafen berücksichtigen, um bei seiner endgültigen Bewertung der Forschungsergebnisse auszuschließen, dass in diese ein allzu naiver Glaube an die Wirkung von Strafandrohung einfließt“ (Enders, 2011: 3)

Sie geht vielmehr davon aus, dass der Rückgang unter anderem in der eigenen finanziellen Existenzsicherung begründet sein könnte. Der Verein hat beobachten können, dass die Missbrauchsfälle durch Ärzte und Therapeuten, welche mit einer Kassenzulassung arbeiten, seit der Gesetzesänderung in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts zurückging. Denn durch diese Gesetzesänderung, ist der sexuelle Missbrauch innerhalb der Therapie strafbar geworden (vgl. Enders, 2011: 3). In Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass die Rücklaufquoten von sexuellen Übergriffen zwischen Therapeut und Klient befriedigend bis hoch sind (vgl. Moggi & Hercek, 2002: 556).

In der Studie wird als weiterer Grund für die Abnahme der Taten die vermehrte Öffentlichkeitsarbeit angeführt. Im Laufe der Zeit wurden zahlreiche Institutionen gegründet, die den Opfern Hilfe und Unterstützung bieten und so zu der erhöhten Anzeigebereitschaft beitragen. Gleichzeitig wird zunehmend an verschiedenen präventiven Maßnahmen gearbeitet, um die Kinder und Jugendlichen besser zu schützen. Auch die Sensibilisierung von Eltern und Öffentlichkeit trägt dazu bei, dass die Tatgelegenheiten eindeutig reduziert werden konnten.

Weiter wird davon ausgegangen, dass Vernachlässigungen, sowie körperliche Misshandlungen, Risikofaktoren für sexuelle Kindesmisshandlung darstellen. Das im Jahr 2000 abgeschaffte elterliche Züchtigungsrecht trägt vermutlich dazu bei, dass die Gewalt innerhalb der Familien gegenüber Kinder und Jugendlichen in den letzten zwölf Jahren abgenommen hat und mit ihr auch der sexuelle Missbrauch. In der Studie von 1992 wurde eine Kohärenz deutlich, wonach zahlreiche Väter die gegen ihre Kinder massiv körperlich gewalttätig wurden, auch Missbrauchstäter waren. Es soll künftig genauer untersucht werden, ob auch das Gewaltschutzgesetz, welches im Januar 2002 eingeführt wurde, zum Rückgang der Gewalt und somit auch des sexuellen Missbrauchs beigetragen hat (vgl. Bieneck, Stadler & Pfeiffer, 2011: 41).

Bei der Auswertung der Studie wurde deutlich, dass 39,6 % der Mädchen Opfer von sexuellem Missbrauch durch männliche Familienmitgliedern wurden und dass bei 44 % die Tat von einer bekannten männlichen Person außerhalb der Familie ausging. Insgesamt 23,3 % der Taten werden von unbekannt Personen begangen.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND ZU SEXUELLEM MISSBRAUCH

Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass das Risiko außerhalb der Familie Opfer eines sexuellen Missbrauchs zu werden, in den letzten 30 Jahren weitgehend konstant geblieben ist, wohingegen die innerfamiliären Fälle abgenommen haben (ebd., 29ff).

Frau Enders von Zartbitter e.V. geht davon aus, dass der Rückgang des innerfamiliären sexuellen Missbrauchs auch darin begründet liegt, dass Mütter heutzutage, im Gegensatz zu vor 20 Jahren, vermehrt Konsequenzen ziehen, wenn ihre Tochter von dem Kindsvater oder ihrem Lebenspartner missbraucht werden (vgl. Enders, 2011: 2).

Hinzuzufügen ist, dass bei der jüngsten Befragung genauer angegeben werden konnte, in welchem Verhältnis Täter und Opfer zueinander standen. Hier wurde deutlich, dass in 8,6 % der Fälle der Täter ein Lehrer des Mädchens war. Dagegen stammten nur 2,5 % der Täter aus dem Bereich Freizeit- und Sportgestaltung des Mädchens (vgl. Bieneck, Stadler & Pfeiffer, 2011: 42f).

Frau Enders hält die dargestellte Statistik für nicht valide, da die gesellschaftlichen Gruppen von Frauen und Männern, in denen mit erhöhten Opferzahlen zu rechnen ist, in einem nicht repräsentativem Umfang befragt wurden (vgl. Enders, 2011: 2)

Hierunter fallen Bevölkerungsgruppen wie z.B. die der ehemaligen Heimkinder, Menschen mit Behinderungen sowie Personen aus dem Strafvollzug. Auch sexueller Missbrauch unter Gleichaltrigen wird hier nicht mit berücksichtigt. Ebenfalls werden neue Missbrauchsplattformen wie beispielsweise das Internet außer Acht gelassen.

Auch wenn sich manche Fachleute mehr von der Studie erhofft haben und sich einen Austausch mit Experten aus Forschung und Praxis wünschen würden, sind sie über den Rückgang des sexuellen Missbrauchs erfreut und sehen sich in ihrer Arbeit bestätigt (ebd., 1ff).

Für die vorliegende Arbeit ist der dargestellte Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung von sexuellem Missbrauch hilfreich, um einen Überblick über die aktuelle Situation in Deutschland aufzuzeigen, auch wenn sie sich nicht mit Schwangerschaften durch sexuellen Missbrauch beschäftigt. Es gibt leider allgemein wenige Angaben zu Schwangerschaften, die durch sexuellen Missbrauch entstanden sind. In Deutschland lassen sich keine tatsächlichen Zahlen darüber finden, wie viele Frauen durch eine Gewalttat schwanger werden (vgl. Heynen, 2003: 3). Nachfolgend sind deshalb zwei Studienergebnisse zu diesem Bereich aus dem Ausland aufgezeigt, die zwar ebenfalls nicht die aktuelle Situation widerspiegeln, aber einen Einblick über Fallzahlen geben können.

Bei Untersuchungen der National Women's Study wurde deutlich, dass von den 34 durch sexuellen Missbrauch schwanger gewordenen Mädchen und Frauen, sieben die Tat zwischen ihrem 12 und 15 Geburtstag erlebt hatten. Neun der Mädchen wurden im Alter von 16 bis 17 schwanger. Die restlichen 52 % der Befragten erst nach dem 18. Lebensjahr (Holmes, 1996: 322). Weitere Ergebnisse der Studie machten deutlich, dass 5 % aller Missbrauchstaten in den USA zu einer Schwangerschaft führen (vgl. Martin & Macy, 1992: 3). Wird diese Zahl hochgerechnet, bedeutet dies für das Jahr 2006³, dass 11648 Mädchen und Frauen durch eine Gewalttat schwanger wurden (vgl. National Organisation for Women). Bezieht man dies auf Deutschland, ergibt sich eine Zahl von rund 406 Schwangerschaften die aus dem Jahr 2006 aus sexuellen Übergriffen resultiert sein müssten. Die geschätzte Dunkelziffer wird als 10 bis 20 mal höher angesehen (vgl. Schwanger in schwierigen Umständen).

In einer weiteren Studie sollte untersucht werden, inwieweit sexueller Missbrauch mit Teenagerschwangerschaften zusammen hängt. Boyer und Fine kamen im Jahr 1992 zu dem Ergebnis, dass Zwei Drittel der 535 Befragten, Opfer von sexueller Belästigung geworden sind, bevor sie schwanger wurden. 44 % gaben an, dass sie sexuell missbraucht wurden, wovon 11 % als Folge der Tat schwanger wurden. Voraussetzung war, dass keine der Teilnehmerinnen nach Abschluss der Studie älter als 21 Jahre alt war und zum Zeitpunkt ihrer ersten Schwangerschaft das 20. Lebensjahr nicht erreicht hatte (vgl. Boyer & Fine, 1992: 1; 8).

Die Auszüge aus diesen Statistiken machen deutlich, dass das Thema in der Praxis sehr wohl existiert. Durch die Kontaktaufnahme zu einzelnen Beratungseinrichtungen, wurde versucht, Erkenntnisse über die Häufigkeit von Schwangerschaften durch sexuellen Missbrauch zu erlangen. Weder Frau Seifert⁴ vom Kinderkompetenzzentrum des UKE's noch Frau Winter aus der Abteilung Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung des Diakonischen-Hilfswerks Hamburgs, Frau Wulf-Thrien von ProFamilia e.V., Frau Kowalevski von der Stiftung Opferhilfe Niedersachsen, Frau von Renteln von Dunkelziffer e.V. oder Frau Ruschmeier von Notruf e.V. konnten über die konkrete Häufigkeit solcher Fälle Auskunft geben. Es stellte sich heraus, dass sie nur wenige bis gar keine Erfahrungen mit der Thematik hatten und verwiesen daher stets an andere Einrichtungen. Während der Recherche wurde le-

³ Es ließen sich keine aktuelleren Daten finden.

⁴ Koordinatorin des Kinderkompetenzzentrums, welches sich auf die die Untersuchung von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch spezialisiert hat und im Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Eppendorf in Hamburg ansässig ist.

diglich auf eine Beratungsstelle (Schwanger in schwierigen Umständen) gestoßen, die sich auf Schwangerschaften durch Gewalt spezialisiert hat. Diese hat ihren Sitz in Köln, so dass leider kein persönlicher Austausch möglich war. In Hamburg konnte ausschließlich das Familienplanungszentrum Hamburg- Altona e.V. Auskünfte über die Thematik geben. Die Ergebnisse aus diesem Gespräch werden in Kapitel 5.3.3 dargestellt.

Im Folgenden wird anhand verschiedener Erklärungsansätze versucht, die Ursache von sexuellem Missbrauch zu verstehen.

2.3 Theoretische Erklärungsansätze

Nach Hartwig & Hensen besteht unter den Fachleuten Einigkeit darüber, dass die Ursachen sexuellen Missbrauchs nur mit multifaktoriellen Ansätzen erklärbar sind. Es scheint, dass kein Erklärungsansatz die Ursachen von sexuellem Missbrauch hinreichend und zufriedenstellend begründen kann (vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 22). Eine Betrachtung erscheint dennoch sinnvoll, um einen Überblick über die verschiedenen Erklärungsansätze zu erhalten und diese miteinander verknüpfen zu können.

2.3.1 Der psychoanalytische Erklärungsansatz

In der Psychoanalyse wird sexueller Missbrauch bis heute teilweise mit der erstmals von Freud aufgestellten und später widerrufenen Verführungstheorie oder mit dem Ödipuskomplex begründet. Beide Ansätze haben sowohl Gegner als auch Befürworter, denn sie werden oft dafür benutzt, um dem Kind die Schuld für die Übergriffe zuzuweisen. Die Verführungstheorie beinhaltet, dass die Mädchen eine erotische Ausstrahlung haben, die sie benutzen, um bewusst oder unbewusst Kontakt zum Vater herzustellen. Der Ödipuskomplex beschreibt den Wunsch bzw. die Phantasie des Kindes mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil eine sexuelle Bindung einzugehen (vgl. Hartwig & Hansen, 2008: 23f).

So wird der sexuelle Missbrauch entweder als Phantasie des Kindes abgetan oder aber als eine Tat, die auf Wunsch des Kindes ausgeführt wurde (vgl. Bange & Deegener, 1996: 27f). Dennoch hat sich die Psychoanalyse als Therapiemethode bewährt und kann in der Arbeit mit Opfern von sexuellem Missbrauch eine wertvolle Hilfe sein, um unter anderem ein Verständnis von den Verhaltensweisen der Betroffenen zu erlangen (ebd.).

2.3.2 Der systemische Erklärungsansatz

Die systemische Therapie oder Beratung hat ihren Ansatz in der Psychoanalyse. In Kapitel 5.1.2 erfolgt eine vertiefende Darstellung.

Im systemtheoretischen Ansatz wird angenommen, dass sich Gewalt von einer Generation auf die nächste übertragen kann. Ist ein Elternpaar besonders gewalttätig zu seinen Kindern, wird davon ausgegangen, dass diese Kinder zu Gewalttaten gegenüber den Geschwistern neigen oder später gewalttätig mit ihren eigenen Kindern umgehen. Dies hängt unter anderem von der Dauer und der Intensität der erlebten Gewalt ab (vgl. Bentovim, 1995: 25). Dieser Ansatz kann jedoch nur den innerfamiliären Missbrauch erklären, da er sich auf Störungen innerhalb der Familie konzentriert, um die Ursache zu verstehen. Der außerfamiliäre Missbrauch findet in diesem Ansatz keine Beachtung. Aus diesem Grund kann durch den dargestellten Ansatz nur ein kleiner Teil von Missbrauchsfällen begründet werden (vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 26f). Es wird ferner davon ausgegangen, dass die Tat als Folge einer bereits vorhandenen Störung innerhalb des Familiensystems zu betrachten ist. Innerhalb dieses Systems können Generationsgrenzen und/ oder Geschlechtsgrenzen, durch einen problematischen Umgang, übertreten werden und damit als Auslöser einer solchen Tat verstanden werden. Das kann bedeuten, dass Grenzen beispielsweise beim gemeinschaftlichen Eltern-Kind-Baden von den Eltern überschritten werden und es so zu Übergriffen kommen kann.

Ein weiteres Beispiel ist, wenn sich eine Konkurrenzsituation zwischen Eltern-Kind-Beziehung zur Paarbeziehung abzeichnet, die zur Folge hat, dass das Kind sich für das Wohlergehen bestimmter Familienmitglieder verantwortlich fühlt bzw. ihm diese Verantwortung auferlegt wird. Hieraus können inzestuöse Strukturen entstehen, welche teilweise die Grundlage von Übergriffen bilden (vgl. Sitzler & Körner, 2002: 621f). Auch dieser Ansatz wird von den Fachleuten stark diskutiert, da er eben nicht jede Form von sexuellem Missbrauch erklären kann und die Schuldfrage nicht immer eindeutig dem Täter zuzuschreiben ist (vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 26f).

2.3.3 Der sozialwissenschaftliche Erklärungsansatz

Es werden verschiedene gesellschaftliche Erklärungsansätze angewendet, welche aus anderen Perspektiven die Ursachen von sexuellem Missbrauch darstellen. Im Folgenden soll der sozialpsychologische Ansatz sowie ein Modell, welches auf sozialpsychologischen Theorien und feministischen Forschungserkenntnissen basiert, näher dargestellt werden.

Der sozialpsychologische Ansatz geht davon aus, dass sexueller Missbrauch ein Phänomen der Unterschicht ist und seine Ursachen in sozialer Benachteiligung, schwierigen Wohnverhältnissen sowie in sozialer Isolation und wirtschaftlicher Not zu finden sind. Durch den Druck, mit dem benachteiligte Familien leben müssen, bräuchten manche Familienmitglieder ein Ventil. Der sexuelle Missbrauch an Kindern könne als solches dienen.

Diese Annahme wird jedoch durch verschiedene Wissenschaftler zurückgewiesen, da sexueller Missbrauch in allen Schichten vorkommt und somit definitiv kein Unterschichtsphänomen darstellt. Festzuhalten ist, dass sich dieser Ansatz auf die Verflechtung eines interaktiven und interdependenten Ursachenverständnisses von Individuum und Umwelt konzentriert (vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 28f).

2.3.4 Der feministische Erklärungsansatz

Der feministische Ansatz entstand im Zuge der in den 70er Jahren auftretenden Frauenbewegung. Zentrale theoretische Annahmen sollen im Folgenden dargestellt werden.

Es wird davon ausgegangen, dass sexueller Missbrauch nicht durch individuelle Faktoren erklärbar ist, da er keine Ausnahmeerscheinung darstellt, sondern für viele Mädchen und Frauen zum Alltag dazugehört. Eine weitere Annahme dieses Ansatzes ist, dass es sich um ein geschlechtsspezifisches Phänomen handelt, da es überwiegend männliche Täter und weibliche Opfer gibt. Die Ausübung von Macht wird als eine Ursache für sexuellen Missbrauch angesehen. Sexueller Missbrauch wird benutzt, um patriarchale Machtstrukturen zu erhalten oder sie sogar zu fördern (vgl. Kolshorn & Brockhaus, 2002: 110; Enders, 2000: 49). Hier bilden soziale sowie ideologische Gesellschaftsstrukturen den Nährboden für die Entstehungsmöglichkeiten sexuellen Missbrauches. Besondere Aufmerksamkeit haben die Feministinnen in ihrem Ansatz auf die generationshierarchischen Strukturen sowie auf die Geschlechterhierarchie gelegt, welche mit den Rollenkonzepten verbunden sind. Innerhalb von familiären und gesellschaftlichen Strukturen war sexueller Missbrauch über Jahrtausende ein fester Bestandteil. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass er in der heutigen Zeit legitimiert und als Naturkonstante erklärt wird. Weitere Gründe lassen sich nach Meinungen einiger Autorinnen in den eingeübten männlichen Sozialisationsformen finden. Die Demonstration von Aggression und Gewalt gehört zum Bild des Mannes ebenso wie der Mythos der sexuellen Potenz, die Macht verleiht. Ihnen wird suggeriert, dass Mädchen sich unterzuordnen haben und dass Weiblichkeit etwas Negatives ist (vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 30f).

2.4 Kurzresümee

Im zweiten Kapitel wurde ein Überblick über Definitionen, Prävalenzzahlen sowie über Erklärungsansätze von sexuellem Missbrauch gegeben. Deutlich wird hier, dass in der Fachwelt kein Konsens darüber herrscht, was die unterschiedlichen Begriffe bedeuten. Dies ist sowohl für die Arbeit in der Praxis, als auch für die Betroffenen ein Nachteil. Wie sollen Zuständigkeiten geklärt werden, wenn es keine einheitliche Definition gibt? Gleichzeitig können die Handlungen so unterschiedlich sein, dass dies eine klare Definitionsfindung erschwert (vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 46). Ferner ist zu erkennen, dass sexueller Missbrauch immer noch ein Tabuthema ist, welchem zwar vermehrt, doch nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt wird. Denn weder in der Praxis noch in der Fachliteratur scheint dieses Thema wie im Kapitel 2.2 deutlich wurde, zu existieren.

Im nächsten Kapitel wird sowohl über mögliche psychische, als auch körperliche Folgen eines sexuellen Missbrauchs aufgeklärt.

3. Folgen sexuellen Missbrauchs

Erlebt eine Person an sich oder als Zeuge ein Ereignis, welches von extremer körperlicher und/ oder sexueller Gewalt geprägt ist, wie z.B. eine Vergewaltigung, eine Geiselnahme, einen Terroranschlag oder eine andere Form von lebensbedrohlichen Situationen, so kann sie dies schwer traumatisieren. Dieses Trauma kann verschiedene Reaktionen auslösen (vgl. Flatten, 2011: 215).

Häufig sind Opfer von sexuellem Missbrauch zusätzlich auch anderen belastenden Faktoren ausgesetzt, wie z.B. körperlicher Gewalt, Vernachlässigung oder einer ungünstigen familiären Konstellation. Deshalb wird davon ausgegangen, dass durch die zahlreichen, zum Teil schwer traumatisierenden Umstände, die psychischen Folgen als ein Ergebnis aus der Summe aller belastenden Bedingungen verstanden werden können. Wurde ein Mädchen bereits mit mehreren traumatisierenden Situationen konfrontiert, so reagiert es auf ein weiteres, objektiv schwaches Trauma, unter Umständen mit schweren psychischen Symptomen, während das gleiche Ereignis bei nicht vorbelasteten Personen keine oder geringe Folgen hinterlassen würde (vgl. Fegert, 2007: 80). Je früher ein Mensch traumatisiert wird, desto stärker kann sich dies auf die Entwicklung der psychologischen und physiologischen Regulationssysteme auswirken. Jeder Übergang von einer Entwicklungsphase in die nächste ist von entwicklungsab-

3. FOLGEN SEXUELLEN MISSBRAUCHS

hängigen Krisen und von kritischen Phasen gekennzeichnet. Die Fähigkeit, nach einem erlebten Trauma seine Ressourcen erfolgreich einzusetzen, ist geschwächt. Aus diesem Grund sind Betroffene eher krisenanfällig. Es besteht für sie oftmals ein erhöhtes Risiko an psychischen Beschwerden zu erkranken (vgl. Gahleitner, 2005: 19f).

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, wie vielfältig die Auswirkungen eines sexuellen Missbrauchs aussehen können. Grundsätzlich ist es wichtig zu berücksichtigen, dass es kein allgemeingültiges Symptom oder spezifisches Syndrom gibt, welches durch sexuellen Missbrauch entsteht (vgl. Bange & Deegener, 1996, 94).

Studien belegen immer wieder, dass manche Opfer wenige oder gar keine Symptome entwickeln. Dies ist auf eine Reihe von Gründen zurückzuführen. Ein Grund könnte sein, dass sich die Symptome erst zu einem späteren Zeitpunkt bemerkbar machen, z.B. wenn die Opfer erneuten Stressfaktoren wie beispielsweise einer Schwangerschaft ausgesetzt sind oder sich in einer späteren sexuellen Beziehung befinden. Manche Opfer scheinen über einen Coping-Stil zu verfügen, mit dem es ihnen gelingt, aus dem sexuellen Missbrauch entstandene Probleme und Konflikte so zu unterdrücken, dass sie in den teilweise verwendeten Tests nicht erfasst werden. Einige Betroffene erleben eine „weniger intensive“ Tat und erhalten zusätzlich adäquate Hilfe und Unterstützung von ihrer Familien und professionellen Fachkräften. Diese Kombination ermöglicht es teilweise, den sexuellen Missbrauch so zu verarbeiten, dass er keine Folgen hinterlässt (ebd., 76f).

Es kann unter anderem nach körperlichen, sozialen, psychischen, psychosomatischen sowie nach geschlechtsspezifischen Folgen und sexuellen Auffälligkeiten unterschieden werden (ebd., 77ff.). Die Schwere der Folgen kann, muss aber nicht, von der Intensität der Tat und dem Verhältnis zwischen Opfer und Täter abhängen. So kann ein „weniger intensiver“ sexueller Missbrauch ebenfalls massive Schädigungen auslösen. Dies hängt von der jeweiligen Konstitution des Menschen ab (ebd., 69; vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 39ff).

Direkt nach dem sexuellen Missbrauch befinden sich die Opfer in einem Schockzustand. In dieser Phase sind sie nicht im Stande das Erlebte emotional zu begreifen und in der gewohnten Weise zu verarbeiten. Aus diesem Grund reagiert die Psyche oftmals mit Abwehrmechanismen, um den Organismus zu schützen (vgl. Mörth, 1994: 107). Es kann in dieser Phase zu paradoxen Reaktionen kommen. So erzählen manche lächelnd von dem sexuellen Missbrauch. Sie erscheinen äußerlich total ruhig, sind dies womöglich innerlich jedoch überhaupt

nicht. Andere Betroffene verhalten sich apathisch oder sind in einem Zustand absoluter Verwirrung (vgl. Heynen, 2000: 78).

Die Folgen für das Opfer werden in Kurzzeit- und Langzeitfolgen unterteilt. Im Folgenden werden diese in Unterkapiteln näher erläutert.

3.1 Kurzzeitfolgen

Unter den Kurzzeitfolgen versteht man alle Reaktionen des Opfers, welche unmittelbar nach dem Ereignis oder innerhalb der ersten zwei Jahre nach der Tat auftreten. Von Langzeitfolgen spricht man, wenn die Folgeerscheinungen des sexuellen Missbrauchs lange anhaltend sind oder sich erst nach einer Verzögerungszeit von mindestens zwei Jahren zeigen (vgl. Moggi, 2005: 214). Einige Autoren machen Unterschiede zwischen den primären sowie sekundären Folgen. Die Primärfolgen lassen sich gleichsetzen mit den zuvor dargestellten Kurzzeitfolgen. Unter den sekundären Folgen versteht man die Reaktionen von Verwandten, Freunden und Nachbarn (vgl. Bange & Deegener, 1997: 68).

Eine interdisziplinäre Expertenkommission, beauftragt vom Eidgenössischen Department des Inneren, erstellte in der Schweiz eine Einteilung der Kurzzeitfolgen eines sexuellen Missbrauchs in die vier Symptomgruppen:

- unangemessenes Sexualverhalten
- Auffälligkeiten im Sozialverhalten
- somatische und psychosomatische Folgen
- emotionale Reaktionen

Unangemessenes Sexualverhalten meint unter anderem das sexualisierte Verhalten im Sozialkontakt sowie Exhibitionismus. Aber auch extreme Neugier an Sexualität und frühe sexuelle Beziehungen sind als Symptome dieser Gruppe zu verstehen.

Als Auffälligkeit im Sozialverhalten wird kategorisiert, wenn die Mädchen von zu Hause weglaufen, Schulschwierigkeiten haben, oder auffälliges aggressives Verhalten und/ oder Rückzugsverhalten zeigen.

Zu den Merkmalen der somatischen und psychosomatischen Symptome zählen unter anderem:

- Enkopresis

3. FOLGEN SEXUELLEN MISSBRAUCHS

- Geschlechtskrankheiten wie z.B. Feigwarzen und Herpesinfektionen
- Verletzungen im genitalen, oralen oder analen Bereich wie z.B. Bissringe, Striemen, die durch das Spreizen der Beine an der Innenseite des Oberschenkels auftreten können, oder Knutschlecken
- Ess- und Schlafstörungen (vgl. Moggi, 2005: 214f; Hartwig & Hensen, 2008: 44)

Natürlich muss auch eine Schwangerschaft als Folge von sexuellem Missbrauch berücksichtigt werden (vgl. Scheufele, 2005: 55). Auf die Bedeutung einer ungewollten Schwangerschaft, sowie auf die Handlungsmöglichkeiten für das schwangere Mädchen, wird in den Kapiteln 4 und 5 eingegangen.

Emotionalen Reaktionen werden ebenfalls in einer Symptomgruppe zusammengefasst. Hierzu zählen unter anderem:

- Ängste
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Depressionen
- allgemeine Störungen der Affektregulation
- ein niedriges Selbstwertgefühl sowie
- Schuld- und Schamgefühle (vgl. Moggi, 2005: 214f)

Bei ihren Untersuchungen zu den unangenehmen Gefühlen von sexuell missbrauchten Frauen fanden Bange und Deegener heraus, dass 60 % bis 80 % der Teilnehmerinnen direkt nach der Tat Gefühle wie Ekel, Verwirrung, Scham und Hilflosigkeit spürten (vgl. Bange & Deegener, 1997: 172).

3.2 Langzeitfolgen

Wie zuvor bereits angedeutet, haben zahlreiche Untersuchungen ergeben, dass ein sexueller Missbrauch neben den Kurzzeit- auch Langzeitfolgen auslösen kann. Ebenso wie bei den Kurzzeitfolgen kann auch bei den Langzeitfolgen kein einheitliches Symptom verzeichnet werden. Bei der Auswertung verschiedener Studien kamen die jeweiligen Autoren allerdings häufig zu der Erkenntnis, dass emotionale, interpersonelle und sexuelle Störungen typische Langzeitfolgen sind. Zu den emotionalen Folgen zählen z.B. Depressionen, Angst und Suizidalität. Bei den interpersonellen Folgen treten unter anderem soziales Misstrauen und Reviktimisierung auf. Die möglichen sexuellen Störungen können Promiskuität, unbefriedigte

Sexualität sowie sexuelle Funktionsstörungen sein. Auch die Posttraumatische Belastungsstörung wird immer mehr als eine typische Langzeitfolge angesehen (vgl. Moggi, 2005: 215f).

Im nächsten Kapitel werden die durch den sexuellen Missbrauch ausgelösten traumatischen Reaktionen dargestellt. Im Anschluss folgen ausgewählte Krankheitsbilder, die als charakteristische Langzeitfolgen verstanden werden können. Dabei handelt es sich um die Posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen, Angststörungen sowie Sexualstörungen

3.3 Traumatische Reaktionen

Um die traumatisierenden Faktoren eines sexuellen Missbrauchs verdeutlichen zu können, wurde in Amerika von den Forschern Finkelhor und Browne ein vier Faktoren umfassendes Erklärungsmodell entwickelt, das im Folgenden näher dargestellt wird.

Als erster Faktor wird der Vertrauensbruch genannt. Die Opfer erleben durch die Tat einen gewaltigen Vertrauensbruch, da sie sich in dem Gefühl, dem Täter trauen zu können, getäuscht haben. Durch die Tat kann gleichzeitig auch das Vertrauen zu den anderen Familienangehörigen verloren gehen, da diese nicht in der Lage waren, die Betroffene zu schützen oder ihr zu helfen (vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 39). Dieser Vertrauensbruch kann zu schwerwiegenden Symptomen führen. Die Folgen können sich unter anderem auf das Bindungsverhalten auswirken. So kann es dem missbrauchten Mädchen später sehr schwer fallen, Personen generell noch zu vertrauen. Dieses Gefühl kann so stark ausgeprägt sein, dass das Opfer sich nicht in der Lage fühlt, eine enge Beziehung einzugehen oder einen Sexualpartner zu haben. Ferner kann dieser Vertrauensbruch zur Folge haben, dass sich das Mädchen zurückzieht, aggressives Verhalten zeigt oder Ängste vor Menschen hat (vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 39f).

„Also ich bin weiterhin eigentlich verschlossen, und ich habe auch irgendwie so keinen Draht zu den Menschen, also ich kann mich keinem Menschen öffnen.“ (Zitat eines Missbrauchsopfers siehe: Günther, 1991; 119)

Die Macht- und Hilflosigkeit der Opfer ist ein weiterer Faktor im Erklärungsmodell. Die Kinder und Jugendlichen erleben sich in einer Situation, in der sie dem Täter und seiner Willkür hilflos ausgesetzt und nicht in der Lage sind, sich zu schützen. Durch unterschiedliche Gründe, wie z.B. den Drohungen des Täters oder durch das Gefühl des Mit-Schuldig-Seins, sehen

3. FOLGEN SEXUELLEN MISSBRAUCHS

sich die Opfer häufig gezwungen ihre Situation auszuhalten anstatt sich Hilfe und Unterstützung von anderen vertrauten Personen zu holen (vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 40).

„Also ich habe wirklich nichts mehr gesagt, weil der ja auch gesagt hat, naja, dir glaubt doch sowieso keiner. Und damals war ich ja noch so klein, und habe geglaubt, was er mir gesagt hat.“ (Zitat eines Missbrauchsopfers siehe: Günther, 1991; 71)

„Für mich war das Schlimmste - also der Mißbrauch war das Schlimmste. (...) Ich habe mich voll eklig gefühlt. Ich meine, ich habe mich auch schuldig gefühlt. Aber ich hatte immer Angst gehabt, es meiner Mutter zu erzählen. Nicht daß sie was anderes denkt, daß ich es wollte. Ich habe mich immer ganz gemein gefühlt.“ (Zitat eines Missbrauchsopfers siehe: Günther, 1991; 139)

Ist der Täter der eigene Vater, kann es passieren, dass die Mutter ihre Tochter als Konkurrentin ansieht. Das Mädchen verliert als Folge des sexuellen Missbrauches ihre Rolle als Kind und wird in die einer erwachsenen Frau gedrängt. Ist dies der Fall, kann sie oftmals nicht auf die Hilfe und Unterstützung ihrer eigenen Mutter hoffen. Die Opfer reagieren mit verschiedenen Überlebensstrategien wie z.B. dem Weglaufen von zu Hause (vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 40).

„Die ganze Familie steht hinter ihm. Für meine Mutter bin ich gestorben. Und meine Geschwister - weiß ich nicht - wahrscheinlich auch.“ (Zitat eines Missbrauchsopfers siehe: Günther, 1991; 130)

Häufig zeigen sich psychosomatische Reaktionen, wie z.B. Alpträume, oder die Betroffenen entwickeln Phobien und Konzentrationsstörungen. Auch Essstörungen müssen als mögliche Überlebensstrategie betrachtet werden, da die Ursache in dem Versuch liegen könnte, den eigenen Körper so unattraktiv wie möglich zu machen (vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 40).

„Also ich war ja früher wirklich viel dünner. Ich habe ja auch in der [...] WG ziemlich zugenommen“ (Zitat eines Missbrauchsopfers siehe: Günther, 1991; 128).

Das sexuelle Trauma ist der dritte Faktor. Durch den sexuellen Missbrauch werden die Mädchen sexuellen Verhaltensweisen und Gefühlen ausgesetzt, die sie nicht verstehen und begreifen können. Sie sehen sich mit den Verhaltensweisen des Täters konfrontiert, die sie nicht einzuordnen wissen (vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 40f).

3. FOLGEN SEXUELLEN MISSBRAUCHS

„Ich habe das mehr als Streicheleinheiten genommen, so Liebe zeigen. Also als was ganz normales, aber nicht irgendwie Sexualität. Sexualität war ja für mich eine Sache für Erwachsene, nicht für Kinder.“ (Zitat eines Missbrauchsopfers siehe: Günther, 1991; 54)

Ist der sexuelle Missbrauch frei von Brutalität und Gewalt, können bei der Betroffenen auch Lustgefühle bzw. „positive“ Gefühle mit dem Missbrauch verbunden sein. Gerade in Inzestfällen besteht die Gefahr, dass die Mädchen lernen, dass Zuwendung zwangsläufig etwas mit Sexualität zu tun hätte. Gleichzeitig können so unerträgliche Schuldgefühle bis ins Erwachsenenalter entstehen, da die Betroffenen meinen, den sexuellen Missbrauch selbst gewollt und eingeleitet zu haben (vgl. Strauß, Heim & Metter- Zillessen, 2005: 387). Häufig fallen Opfer durch distanzloses Verhalten auf. Sie klettern beispielsweise auf den Schoß fremder Männer oder deuten sexuelle Handlungen an. Eine weitere Folge kann auch die völlige Abneigung dem eigenen Körper gegenüber sein. Dies kann wiederum dazu führen, dass die Opfer eine generelle Abscheu vor Körperkontakt oder sexueller Nähe entwickeln (vgl. Hartwig & Hensen, 2008: 40f).

Als letzter Faktor wird die Stigmatisierung im Erklärungsmodell angeführt. Die Mädchen fühlen sich oftmals verantwortlich für die Tat. Gerade aus diesem Gefühl heraus empfinden sie eine große Scham und sehen sich nicht in der Lage, über den sexuellen Missbrauch zu sprechen. Besonders Mädchen haben vielfach das Bedürfnis, die Familie zusammenzuhalten und für Frieden zu sorgen. Stammt der Täter aus der eigenen Familie, steht dieses Bedürfnis in einem extremen Gegensatz zu der Offenbarung der erlebten Erfahrung. Vor allem das Gefühl, selbst an dem Missbrauch Schuld zu sein, kann dazu führen, dass das Opfer ein sehr schlechtes Selbstwertgefühl entwickelt. Die Folgen können von Drogenabhängigkeit bis hin zur Suizidalität reichen (vgl. ebd., 41).

„Ich wollte auch irgendwie die Familie nicht so auseinander... weil die anderen haben sich ja auch gut verstanden, da lief es ja auch. Ich war so'n Störfaktor da drin. Wenn sie mich einfach rausgenommen hätten, wäre es ja gut gewesen.“ (Zitat eines Missbrauchsopfers siehe: Günther, 1991; 73)

Um erneut zu verdeutlichen, welche Aspekte in der Opfer-Täter-Beziehung besonders traumatisierend sind, wird dies im Folgenden durch die Untersuchungen von Bange und Deegener dargestellt. Es war deutlich zu erkennen, dass die Traumatisierung für das Opfer umso größer war, je vertrauensvoller und enger der Kontakt zu dem Täter vor der Tat war. Die Opfer erleb-

ten die durch den sexuellen Missbrauch ausgelösten Gefühle, wie z.B. Vertrauensverlust, Zerrissenheit, Verrat und Enttäuschung umso ausgeprägter. Es kommt also nicht auf den Verwandtschaftsgrad, sondern auf die Intensität der Beziehung zwischen Täter und Opfer vor der Tat an. Die Dauer und Häufigkeit des sexuellen Missbrauchs können, aber müssen nicht entscheidend für eine Traumatisierung sein. Ferner spielt zumeist auch die Intensität des erlebten Missbrauchs eine entscheidende Rolle. Wie bereits erläutert, kann auch eine „weniger“ intensive Tat zu Traumatisierungen führen. Zusätzlich können der Zwang und die Gewalt, die bei der Tat angewandt werden, von erheblicher Bedeutung sein. Auch hier gilt, dass Traumatisierungen ebenfalls entstehen können, wenn diese Gewalt nicht angewandt wird. Als letzter signifikanter Faktor wird der Altersunterschied zwischen Opfer und Täter genannt. Je größer der Altersunterschied zwischen dem Täter und der Betroffenen war, desto höher war auch der Grad der Traumatisierung (vgl. Bange & Deegener, 1997: 69f).

Wie bereits erwähnt, folgen an dieser Stelle die vier ausgewählten Krankheitsbilder, die durch sexuellen Missbrauch verursacht werden können.

3.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Auslöser einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist immer ein traumatisches Erlebnis, welches unter anderem mit einer möglichen oder realen Todesbedrohung sowie einer Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit einhergeht. In den Klassifikationssystemen des DSM-IV und des ICD-10 sind die Kriteriengruppen für eine Posttraumatische Belastungsstörung festgehalten. Es muss zu einer Mindestzahl von Symptomen aus den jeweiligen Kriteriengruppen kommen, damit die Diagnose positiv gestellt werden kann (vgl. Flatten, 2005: 299).

Das erste Kriterium ist, dass das Opfer eine Konfrontation erlebt, die als traumatisch empfunden wird und in der es Hilflosigkeit und Furcht spürt. (vgl. Schönfeld, Boos & Müller, 2011: 986f). Vor allem Kinder zeigen danach zudem Symptome wie konfuse, verwirrtes oder agitiertes Verhalten (vgl. Simons & Herpertz-Dahlmann, 2008: 387). Dies ist kein hinreichendes, aber ein notwendiges Kriterium für die Diagnose. Erlebt das Opfer immer wiederkehrende belastende Erinnerungen an die Tat, z.B. in Form von Flashbacks, Träumen oder Gedanken, ist das zweite Kriterium für diese Störung erfüllt. Vermeidet die Betroffene aktiv internale und externale Reize, die an die Tat erinnern, und fühlt sich emotional betäubt, entspricht dies einem weiteren Kriterium der Symptomatik. Gemeint ist hiermit, dass die Opfer Situationen

vermeiden, die dem traumatischen Ereignis ähneln könnten bzw. dieses erneut aufleben lassen würden. Hierzu zählen z.B. bestimmte Menschen, Aktivitäten oder Gedanken. Diese sogenannte „Emotionale Taubheit“ zeigt sich unter anderem dadurch, dass sich die Mädchen von ihrem sozialen Umfeld entfremdet fühlen und das Interesse an Dingen verlieren, die ihnen zuvor wichtig waren oder ihre Zukunftsperspektive betroffen haben. Weiter wird angeführt, dass eine Übererregung auftreten muss, die sich beispielsweise in einer erhöhten Reizbarkeit, in Schlafstörungen oder in übermäßigen Schreckreaktionen äußert. Treten diese Symptome länger als einen Monat auf und verursachen klinisch bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder in einem anderen Funktionsbereiche der Betroffenen, kann von einer Posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen werden (vgl. Schönfeld, Boos & Müller, 2011: 986f). Bei Kindern wird eine Posttraumatische Belastungsstörung oftmals dadurch deutlich, dass sie in eine frühere Entwicklungsstufe zurückfallen. Hier können beispielsweise erhebliche Anhänglichkeit oder starke Trennungsängste auftreten und sich manifestieren (vgl. Simons & Herpertz-Dahlmann, 2008: 387).

Verschiedene Studien zeigen, dass es bei Opfern von sexuellem Missbrauch ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung gibt, es jedoch keine zwangsläufige Folge darstellt. In der Studie von McLeer im Jahr 1992 stellte sich heraus, dass 44 % von den 92 untersuchten Kindern an dieser Störung litten. In weiteren Studien zeigten nicht alle Betroffenen die vollen Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung. Fraglich ist hier, ob den vorhandenen Symptomen eine andere Dynamik zugrunde liegt oder ob es sich trotzdem um die dargestellte Störung handelt (vgl. Bange & Deegener, 1996: 92f). Bekannt ist, dass diese Störung oftmals zusammen mit weiteren psychischen Erkrankungen auftritt. Als komorbide Störungen kommen gerade bei Missbrauchsoptionen Persönlichkeitsstörungen oder auch Depressionen sowie Angststörungen hinzu. Diese werden in den folgenden Kapiteln ebenfalls näher dargestellt (vgl. Steinhausen, 2010: 239).⁵

3.5 Depressionen

Eine Depression ist ein Zustand der extremen Niedergeschlagenheit und ein Ausdruck seelischer Erkrankungen (vgl. Drosdowski, 1991: 200f).

⁵ Zur Vertiefung empfiehlt sich die Literatur von Egle, Hoffmann & Joraschky. Hier ist die Entstehung der dargestellten Störung aus Sicht von psychodynamischen, kognitiv- behavioralen und neurobiologischen Modellen in Kapitel 3.4.4 Seite 304f näher dargestellt.

3. FOLGEN SEXUELLEN MISSBRAUCHS

Der Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und Depressionen wurde in zahlreichen Studien untersucht und kann als empirisch gesichert verstanden werden (vgl. Joraschky, Egle & Pöhlmann, 2005: 286ff).

Depressive Episoden werden in der Rubrik F32 des ICD-10 zusammengefasst. Es gibt unterschiedliche Stadien und Schweregrade einer Depression. Diese werden unter anderem in Major- und Minor-Formen unterschieden. Zu den Minor-Formen zählen die leichten Formen einer depressiven Episode und depressiven Reaktion sowie Dystymien (ebd., 283; Steinhausen, 2010: 210). Dystymien sind depressive Verstimmungen, die über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren auftreten und nicht alle Kriterien einer Major-Depression erfüllen (vgl. Beesdo-Baum & Wittchen, 2011: 882).

Unter den Major-Formen sind mittelgradige bis schwere depressive Episoden zu verstehen (vgl. Joraschky, Egle & Pöhlmann, 2005: 283; Steinhausen, 2010: 210). Die Major-Form ist die am häufigsten auftretende Form der depressiven Störungen. Hier zeigen sich die typischen Verhaltensweisen verstärkt. Sie wird positiv diagnostiziert, wenn mindestens fünf der charakteristischen Symptome über einen Zeitraum von zwei Wochen fast durchgehend oder sogar täglich auftreten. Die Merkmale dieser Krankheit können in emotionale, kognitive, physiologisch-vegetative, behaviorale und motorische Symptome unterschieden werden (vgl. Beesdo-Baum & Wittchen, 2011: 880f).

Zu den emotionalen Symptomen zählen unter anderem Gefühle von Traurigkeit, Schuld und Verzweiflung. In die Kategorie der kognitiven Symptome fallen beispielsweise Suizidgedanken, Selbstzweifel und Konzentrationsstörungen. Antriebslosigkeit, Schlafstörungen sowie Bauchschmerzen zählen zu den Krankheitserscheinungen der physiologisch-vegetativen Symptomgruppe. Spricht eine Betroffene verlangsamt und zeigt eine maskenhafte Mimik, oder entschließt sich zum Suizid, so ist das der behavioralen bzw. motorischen Symptomgruppe zuzuordnen (ebd.).

Feldmann führt eine Studie von Frank et al. an, in der ein signifikanter Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und Depressionen zu erkennen ist. Diese zeigt, dass Mädchen und Frauen, bei denen ein sexueller Missbrauch nicht länger als einen Monat zurücklag, zu 50 % an depressiven Verstimmungen litten. Nach einem Monat konnte noch bei 43 % der Betroffenen eine schwere Depression festgestellt werden und erst nach 3 Monaten nahm diese kontinuierlich ab (vgl. Feldmann, 1992: 35).

„Also vor allem, ich habe irgendwie auch keine Lust mehr zu leben, ich lebe nur so, existiere, weil ich nicht tot bin, aber ich hätte genauso gut tot sein können. (...) Ich bin dadurch irgendwie zerstört worden. Ich habe keine Kindheit gehabt. Wenn ich mehr Mut hätte, würde ich jetzt auch nicht mehr leben, aber manchmal denke ich mir, o.k., dass geht weiter, und du hast alles hinter dir. Aber irgendwann tickst du mal aus, weil diese Vorstellungskraft, wenn ich daran denke, und diese Alpträume, die ich habe, das macht mich total fertig.“ (Zitat eines Missbrauchsopfers siehe: Günther, 1991; 129)

Wie eingangs erwähnt, sind Angststörungen oftmals Begleiterkrankungen von Depressionen, diese werden im Folgenden erläutert (vgl. Beesdo-Baum & Wittchen, 2011: 888).

3.6 Angststörungen

Angststörungen sind zahlreich und äußern sich nicht nur auf emotionaler Ebene, sondern zum Teil auch in körperlichen Reaktionen. Im ICD-10 sind sie unter F40.0 - F43.22 zusammengefasst. Oftmals treten verschiedene Angststörungen gemeinsam auf (vgl. In-Albon & Margraf, 2011: 197ff). Zu den körperlichen Symptomen einer Angststörung zählen unter anderem Herzrasen, Schwindel und Atemnot. Die kognitiven Symptome können sich in der Angst, die Kontrolle zu verlieren oder zu sterben, bemerkbar machen (vgl. Joraschky & Arnold & Petrowski, 2005: 268).

Grundsätzlich können vier Angsttypen unterschieden werden:

- Panikstörungen
- Soziale Phobien
- Spezifische Phobien
- Generalisierte Angststörungen (vgl. Zwanzger & Deckert, 2007: 349)

Während des sexuellen Missbrauchs können massivste Angstgefühle entstehen da für die Betroffenen viele Faktoren zusammenwirken. Manche Opfer fürchten während der Tat um ihr Leben. Andere haben Angst vor erneuten Übergriffen. Auch die Angst vor dem Täter selbst oder seinen Drohungen können starke Angst auslösen. Außerdem befürchten viele Betroffene, dass ihnen nicht geglaubt wird, wenn sie sich jemandem anvertrauen (vgl. Bange & Deegener: 1996: 187f).

„Die Angst, geschlagen zu werden, die Angst, einem Stärkeren ausgeliefert zu sein, der es nicht gut mit mir meint, die Angst vor der Zukunft, die Angst vor dem Unbe-

kannten, das immer bedrohlich sein kann, die stets gegenwärtige, die alles überwältigende Angst, die Todesangst.“ (Zitat eines Missbrauchsopfers siehe: Bange & Deegener: 1996: 187)

In einer Studie durchgeführt von Conte et al. hatten 20 % der Opfer Angst, die Wohnung zu verlassen, 24 % bekamen nach der Tat Angst- und Panikattacken und 36 % der Betroffenen fürchtete sich vor bestimmten Situationen, Menschen oder Plätzen. Geschieht der sexuelle Missbrauch durch eine bekannte oder sogar vertraute Person, kann das, wie bereits in Kapitel 3.3 dargestellt, dazu führen, dass die Betroffene generell Schwierigkeiten hat, Menschen zu vertrauen und eine Bindung aufzubauen (vgl. Bange & Deegener: 1996: 187f).

3.7 Sexualstörungen

Zahlreiche klinische Studien belegen, dass Opfer von sexuellem Missbrauch noch Jahre nach der Tat an einem gestörten Sexualverhalten und der oftmals daraus resultierenden sexuellen Unzufriedenheit leiden. Dies wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass Sexualität nach der Tat in einem anderen Kontext gesehen wird. Sie wird mit einer Gewalttat in Verbindung gesetzt, unabhängig davon, ob die Tat von Gewalt geprägt war oder nicht (vgl. Feldmann, 1992: 35). Zusätzlich können Suizidgedanken und körperliche Beschwerden auftreten. Zu den sexuellen Funktionsstörungen zählen Promiskuität, sexuelle Unzufriedenheit und sexuelle Probleme (vgl. Strauß, Heim & Mette-Zillessen, 2005: 381ff).

„Ich merke das in 'ner Beziehung zum Beispiel. Wenn ich mit jemandem schmuse oder, wenn er irgendwie dasselbe macht wie mein Vater, dann weiß ich auf einmal nicht genau, ist das mein Vater oder ist es der Typ. Dann verfalle ich total wieder in die Automatik, bin total weg, das geht ganz ruckzuck. Oder wenn ich auf einmal das Gefühl habe, zu Hause im Ehebett zu liegen, also bei ihm zu Hause.“ (Zitat eines Missbrauchsopfers siehe: Günther, 1991; 122)

Im Klassifizierungssystem des ICD-10 sind sexuelle Funktionsstörungen unter F52.0 - F52.9 sowie unter F65.0 - F65.9 zu finden. Es werden üblicherweise drei bis vier Kategorien von sexuellen Störungen charakterisiert. Zu der ersten Gruppe zählen alle Störungen die entstehen, obwohl das Opfer die sexuelle Beziehung bzw. sexuelle Handlung wünscht. Gemeint sind hier unter anderem ein Mangel an sexueller Befriedigung oder des sexuellen Verlangens. In der zweiten Gruppe sind Störungen zusammengefasst, die die Sexualpräferenz betreffen. Hierunter fallen z.B. Pädophilie oder Voyeurismus. Störungen der Geschlechtsidentität sind

in der dritten Gruppe kategorisiert. Die letzte Gruppe befasst sich mit Störungen, die in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung stehen.

Als Ursache für die Funktionsstörung wird die Abwehr von Ängsten genannt. Oftmals werden hier im Kontext der Sexualität Gefühle, wie Angst vor Kontrollverlust, Angst vor Gewalt oder auch die Selbstaufgabe, beschrieben. In zahlreichen Untersuchungen wurde deutlich, dass sexuelle Missbrauchsopfer an einem Interessenverlust an Sexualität leiden, sexuelle Handlungen weniger erregend erleben als nicht Betroffene und seltener einen Orgasmus erfahren (vgl. Strauß, Heim & Mette-Zillessen, 2005: 381ff).

Elernt ein Opfer durch den Missbrauch, dass Sexualität und materielle Gegenleistung einen Zusammenhang haben, kann dies dazu führen, dass Sexualität funktional eingesetzt wird. Opfer, die von zu Hause weglaufen sehen oftmals keine andere Möglichkeit an Geld zu gelangen, als sich zu prostituieren. Entscheidet sich die Betroffene für diesen Weg, so ist dies als Überlebensstrategie anzusehen. In Studien mit sexuell missbrauchten Prostituierten wurde deutlich, dass viele durch ihre Arbeit das erste Mal ein Gefühl von Macht erlebten und eine Situation beherrschen konnten, die sie als Kind überfordert hat. Obwohl Untersuchungen belegen, dass es einen engen Zusammenhang zwischen Prostitution und sexuellen Missbrauchsopfern zu verzeichnen gibt, heißt dies nicht, dass sich alle Opfer prostituieren und auch nicht, dass jede Prostituierte einen sexuellen Missbrauch erlebt hat (ebd., 388; Bange & Deegener, 1996: 200).

Erfahrungen von Beratungseinrichtungen belegen ebenfalls, dass sexuelle Funktionsstörungen Resultate eines sexuellen Missbrauchs sind. Betroffene, suchen zum Teil Beratungsstellen auf, um ihre sexuelle Funktionsstörung durch professionelle Hilfe zu überwinden. Innerhalb dieses Prozesses wird dann deutlich, wie oft sexueller Missbrauch die Ursache der Störung ist (Gespräch Rethemeier).

3.8 Kurzsüme

Die möglichen psychischen Folgen von sexuellem Missbrauch sind vielfältig und teilweise sehr schwerwiegend. Es wurde deutlich, dass es zwar kein allgemeingültiges Symptom gibt, welche sich nach einem sexuellen Missbrauch äußert, jedoch typische Krankheitsbilder einen signifikanten Zusammenhang erkennen lassen. Auch mögliche körperliche Folgen, wie z.B. eine Schwangerschaft, können das Ergebnis eines sexuellen Missbrauchs sein. In den folgen-

den Kapiteln wird dargelegt, was dies für die Mädchen bedeutet und welche Beratung und Unterstützung sie erhalten können.

4. Bedeutung einer ungewollten Schwangerschaft

Während einer Schwangerschaft können Mädchen und Frauen viele unterschiedliche Befindlichkeiten durchleben. Diese können sowohl positiven als auch negativen Ursprungs sein, unabhängig davon, ob die Schwangerschaft erwünscht war oder nicht (vgl. Rohde & Dorn, 2007: 132). Zumeist treten ambivalente Gefühle dem Kind gegenüber auf, sobald die Schwangerschaft festgestellt wird. Die werdende Mutter erlebt Ängste und Unsicherheiten mit Blick auf ihre bevorstehende neue Rolle. Zum Ende der Schwangerschaft, wenn der Geburtstermin näher rückt, können bei den Frauen erneut Veränderungen der psychischen Befindlichkeiten auftreten. Gerade sexuell missbrauchte Mädchen erleben in dieser Phase häufig Reaktualisierungen und es kann zu stark ausgeprägten Ängsten vor der bevorstehenden Geburt kommen (ebd., 132). In der Schwangerschaft können die hormonellen Veränderungen zu vielfältigen psychischen Symptomen führen. Bei Mädchen und Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft mit psychischen Erkrankungen belastet waren, oder durch ihre Vorgeschichte besonders vulnerabel sind, ist in dieser Zeit mit einem erneuten oder verstärkten Auftreten der Störungen zu rechnen. Die in den Kapiteln 3.4bis 3.7beschriebenen Folgen, wie Depressionen und Angststörungen, sind in dieser Phase typische Krankheitsbilder (ebd., 133). Tritt in der Schwangerschaft ein solches Symptom auf, ist die Wahrscheinlichkeit für postpartale Störungen erhöht. Die betroffenen Mütter sollten aus diesem Grund zwingend rund um den Geburtstermin und in der ersten Zeit nach der Geburt intensiv betreut werden (ebd., 153).

Dass eine Schwangerschaft nicht wahrgenommen oder sogar vollständig verdrängt werden kann, kommt nicht nur bei ungewollten Schwangerschaften vor. In Deutschland gibt es jährlich circa 1.600 Fälle von verdrängten Schwangerschaften und rund 300 völlig unerwartete Geburten. Die Ursachen hierfür können vielfältig sein. Oftmals liegen sie in einem schlechten Körpergefühl begründet oder können durch psychische Störungen und Defizite in den Strategien von Konfliktlösungen hervorgerufen werden (ebd., 143ff).

4.1 Bedeutung einer Schwangerschaft durch sexuellen Missbrauch

Wird ein Mädchen durch sexuellen Missbrauch schwanger, ist sie einer enormen Belastung ausgesetzt. Sie ist gezwungen sich mit der Schwangerschaft auseinanderzusetzen und kann sich somit dem erlebten Trauma nicht entziehen. Durch die möglicherweise auftretenden, bereits in Kapitel 3 beschriebenen Folgen ist es für die Betroffene umso schwerer, sich mit der bestehenden Schwangerschaft zu befassen (vgl. Heynen, 2005: 2). Im Vergleich zu erwünschten Schwangerschaften kann es bei Schwangerschaften durch sexuellen Missbrauch unter anderem häufiger zu Suchtverhalten, verstärkter Angst und erhöhtem Stress sowie vermehrt zu Schwangerschaftsabbrüchen, selbstverletzendem Verhalten als auch zu Gewichtszunahme und Dissoziationen kommen. Letztere können über die gesamte Schwangerschaft sowie während und nach der Entbindung auftreten. Gemeint ist hiermit, dass die Schwangere, ausgelöst durch den Verlust psychischer Integration, nicht mehr aktiv handeln und erleben kann. Diese Dissoziationen können durch Flashbacks ausgelöst werden, die wiederum häufig durch Triggerreize stimuliert werden. Sie treten meistens kurzzeitig auf und können zum Teil nur bestimmte Körperregionen betreffen. Während der Geburt kann das Auftreten einer Dissoziation hilfreich sein, um das Schmerzerleben ausblenden zu können (vgl. Leeners, 2003: A718; Bröder, 2008: 21f).

Eine weitere Belastung kann der Fetus selbst darstellen, weil dieser als wiederholter Auslöser von, mit der Tat verbundenen Affektreaktionen erlebt wird. Hierzu zählen unter anderem Scham, mörderische Wut sowie Ohnmacht und Hilflosigkeit. Durch die Schwangerschaft ist es der Betroffenen nicht mehr möglich, die traumatischen Affekte durch Vermeidung zu verhindern. Sollte sich die Betroffene entscheiden, das Kind zu gebären, kann es wie bereits erwähnt, auch nach der Geburt noch zu den dargestellten Affektreaktionen kommen (vgl. Brisch, 2003: 115).

Bei Untersuchungen von Heynen hat sich herausgestellt, dass von 27 Frauen, vier von fünf durch einen sexuellen Missbrauch entstandenen Schwangerschaften ausgetragen wurden und die Kinder bei der Mutter blieben. Diese mussten sich allerdings intensiv mit der zum Teil sehr schwierigen Beziehung gerade zu den Söhnen auseinandersetzen (vgl. Heynen, 2000: 141).

Werdende Mütter, die durch sexuellen Missbrauch schwanger wurden, benötigen eine besondere Betreuung und Zuwendung. Für Ärzte und Hebammen, aber auch für die Schwangere selbst, kann es sehr hilfreich sein, wenn der Grund für die bestehende Schwangerschaft be-

4. BEDEUTUNG EINER UNGEWOLLTEN SCHWANGERSCHAFT

kannt ist. Nur so kann die Gebärende optimal betreut werden und die Geburtshelfer können adäquat auf die Bedürfnisse des Mädchens eingehen. Bei Schwangerschaften von vortraumatisierten Mädchen, bestehen, wie bereits skizziert, schneller Ängste vor der natürlichen Geburt. Dies kann den Wunsch zur Folge haben, das Kind per Kaiserschnitt zu entbinden. Wissen die Ärzte um den sexuellen Missbrauch, können sie versuchen durch gezielte Fragen Ängste abzubauen sowie ein Vertrauensverhältnis für den bevorstehenden Geburtsvorgang zu schaffen. Zu betonen ist hier, dass die Betroffene zu keiner Zeit aufgefordert wird, eine detaillierte Beschreibung des Tathergangs aufzuzeigen. Es sollten weder spezifische Fragen zu Einzelheiten gestellt werden noch muss die Betroffene über den Tathergang berichten (vgl. Rohde & Dorn, 2007: 149). Allerdings können während der Schwangerschaft und Geburt immer wieder Situationen entstehen, die an die Tat erinnern. Wissen die Hebammen und Ärzten um die Tat, ist es ihnen möglich, angemessener zu reagieren. Heikel sind unter anderem die vaginalen Untersuchungen und Tastungen im Brustbereich, das Gebären in nicht frei gewählten Positionen sowie das Festhalten in Beinhaltern. Auch extreme Schamgefühle der Gebärenden vor anderen Personen sollten berücksichtigt werden. Wie bereits angemerkt, können nach der Geburt immer wieder Situationen auftreten, die triggern. Diese entstehen z.B. bei der Nahtversorgung oder dem Körperkontakt mit dem Neugeborenen (vgl. Leeners, 2003: A717).

Wie bereits in Kapitel 3.1 beschrieben, kann es durch sexuellen Missbrauch zu einem Verlust des Selbstvertrauens und einem generellen Vertrauensverlust Menschen gegenüber kommen. Dies gilt auch gegenüber Ärzten und Hebammen. Der Verlust des Selbstvertrauens kann dazu führen, dass die Schwangere sich nicht in der Lage fühlt, das Kind zu gebären. Um der Betroffenen ein Gefühl von Sicherheit und Selbstbestimmung zu vermitteln, ist es besonders wichtig, sie mit in die Gestaltung der Schwangerschaft und Geburt einzubeziehen (ebd., A717ff).

Leidet die werdende Mutter unter psychischen Störungen, ist es umso wichtiger, dass die betreuenden Ärzte und Hebammen vom Tatbestand des sexuellen Missbrauchs erfahren, um für Mutter und Kind eine optimale Betreuung gewährleisten zu können (vgl. Rohde & Dorn, 2007: 149). Es wird davon ausgegangen, dass z.B. die Posttraumatische Belastungsstörung in 50 % der Fälle beim Kind intrauterin ankommt und es durch die Stressreaktionen der Mutter mittraumatisiert wird. Durch professionelle Unterstützung kann Mutter und Kind jedoch bereits während der Schwangerschaft geholfen werden (vgl. Schwanger in schwierigen Umständen).

Viele Fachleute machen darauf aufmerksam, dass der Umgang mit Schwangeren durch sexuellen Missbrauch einer besonderen Feinfühligkeit bedarf. Die werdenden Mütter brauchen fast immer mehr Hilfe und Unterstützung als Schwangere ohne solche traumatischen Vorerfahrungen. Schwierig ist, dass wenige Fachleute genug über den speziellen Umgang mit Opfern von sexuellem Missbrauch wissen und somit nicht adäquat reagieren können. Die Betroffenen selbst können durch ihre Vorgeschichte oftmals nicht nach Hilfe und Unterstützung fragen, obwohl sie diese eigentlich gerne in Anspruch nehmen würden (vgl. Skolik, 2002; Schönflöd, 2001).

4.2 Kurzsüme

Die Gefühle, die eine Schwangerschaft durch sexuellen Missbrauch hervorruft, sowie ihre Bedeutung für die Mädchen sind hier näher dargestellt worden. Auch die Problematik der Betreuung von den Betroffenen konnte hier beleuchtet werden. Um den Schwangeren eine Stütze sein zu können und der Gefahr der Retraumatisierung entgegenzuwirken, ist es hilfreich von den Umständen der entstandenen Schwangerschaft zu wissen. Hier sollten geschulte Fachkräfte mit der Thematik vertraut sein, um sensibel auf die Mädchen eingehen zu können. Im nachfolgenden Kapitel werden die Beratungsmöglichkeiten sowie die Entscheidungsmöglichkeiten der Betroffenen näher erläutert.

5. Beratung

In diesem Kapitel wird thematisiert, wie wichtig eine professionelle Beratung ist und was sie ausmacht. Es besteht eine Bandbreite möglicher Bedeutungsinhalte von Beratung. Eine verbreitete Auffassung ist, dass Beratung eine „kleine Therapie“ darstellt, die nicht so tiefgreifend und langwierig angelegt ist. Auf der anderen Seite wird Beratung oftmals auch als leicht lernbar angesehen, bei der es inhaltlich ausschließlich um die Weitergabe von Informationen geht. Feststeht, dass Beratung von verschiedenen Disziplinen beeinflusst wird und ein wichtiger Bestandteil unterschiedlicher gesellschaftlicher Handlungsfelder ist. Verfügen Berater über ein handlungsfeldspezifisches Wissen sowie über eine feldunspezifische Kompetenzbasis, sind notwendige Grundvoraussetzungen für eine professionelle Beratung gegeben. Gemeint ist hiermit, dass beispielsweise Sozialpädagogen über die Lebenslage ihres Klienten genauso Bescheid wissen sollten, wie auch über die Settingbedingungen seines Handelns (vgl. Engel, Nestmann & Sickendiek, 2004: 33ff).

5.1 Beratungsansätze im Überblick

Im Folgenden wird eine Auswahl von Beratungsansätzen und -methoden dargestellt, die von Beratungseinrichtungen für sexuell missbrauchte Mädchen praktiziert werden.

In dem für die vorgelegte Arbeit durchgeführten Expertengespräch, dargestellt in Kapitel 5.3.3 wurde deutlich, dass sich in der Arbeit mit den Klienten an

- feministischen
- parteilichen und
- systemischen

Beratungsansätzen orientiert wird. Diese werden im Folgenden ausführlicher dargestellt.

5.1.1 Grundsätze feministischer Beratung

Die Prinzipien der *feministischen Beratung* entstanden mit der Frauenbewegung in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts. Die Grundlage des Ansatzes basierte auf der Aussage, dass Frauen durch Diskriminierung, männliche Gewalt und Repressalien eine gemeinsame Betroffenheit haben. Diese kann eine Verständigungsgrundlage für Beraterin und Klientin bilden und jegliche Unterschiede überbrückbar werden lassen (vgl. Sickendiek, 2004: 771). Laut Steinhage ist es für die professionellen Helferinnen unabdingbar, sich mit der eigenen emotionalen Betroffenheit mit dieser Thematik auseinandergesetzt zu haben, um den Betroffenen helfen zu können (vgl. Steinhage, 1989: 45). Mit der Zeit wurde, unter anderem ausgelöst durch heftige Auseinandersetzungen innerhalb von Frauenprojekten, die Unterschiedlichkeit von Frauen anerkannt, was zu einer Spezialisierung und Differenzierung von Beratungsangeboten führte und eine Überarbeitung des ursprünglichen Ansatzes, der gemeinsamen Betroffenheit, bedurfte (vgl. Sickendiek, 2004: 771).

Steinhage spricht sich klar für weibliche Beraterinnen aus. Dies begründet sie zum Einen in der Annahme, dass Frauen durch ihre Geschlechtszugehörigkeit in der Lage sind, die erfahrene Tat nachzuempfinden und somit der Betroffenen mehr Verständnis entgegen bringen könnten. Zum Anderen würden männliche Berater ihr Augenmerk vermehrt auf die sexuelle Funktionalität der Betroffenen legen. Dies birgt die Gefahr von Übergriffen innerhalb der Therapie. Untersuchungen von Silverman haben deutlich gemacht, dass sich männliche Helfer und Therapeuten vermehrt mit dem Täter identifizieren. Aus Angst selbst zurückgewiesen zu werden, versuchen sie der Betroffenen zu zeigen, dass nicht alle Männer so sind wie die Täter. So

kam es auch vermehrt zu Affären zwischen Therapeut und Klientin. Steinhage sieht männliche Fachkräfte eher in der Arbeit mit missbrauchten Jungen und Tätern (ebd., 45ff).

In anderen Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass männliche Therapeuten überhaupt häufiger sexuelle Kontakte zu ihren Klientinnen aufgenommen haben und so eine professionelle Neutralität nicht gegeben ist (vgl. Moggi & Hercek, 2002: 555f). Um das zu vermeiden und die Mädchen und Frauen ausreichend zu schützen, ist in manchen Beratungseinrichtungen der Zutritt für Männer grundsätzlich verboten (Gespräch Ruschmeier).

Wie bereits in Kapitel 2.3.4 beschrieben, sind Macht und Machtverhältnisse zentrale Begriffe aus der feministischen Beratungsdiskussion. Es wurde hinterfragt, inwieweit Machtausübungen, sowohl durch Institutionen als auch durch Geschlechtermodelle, Einflüsse auf die Frauen selbst sowie auf das Bild der Frauen innerhalb der Gesellschaft und innerhalb der Beratung haben. So können bei den Beraterinnen bestimmte Vorstellungen darüber entstehen, wie eine „gute Mutter“ zu sein hat. Fließen diese unreflektiert in die Beratung mit ein, könnte das fatale Folgen haben. Die Beratung wäre nicht mehr von Parteilichkeit geprägt.

Ferner wurde kontrovers diskutiert, ob Machtgebaren während der Beratung sinnvoll oder schädlich sind. Mittlerweile wird versucht, die möglicherweise bestehenden Machtverhältnisse, gegeben durch den Einfluss der Beraterin auf die Klientin, deutlich erkenn- und nutzbar zu machen (vgl. Sickendiek, 2004: 772f).

Parteilichkeit innerhalb der Beratung bedeutet im feministischen Beratungsansatz, dass dem Mädchen die Möglichkeit geboten wird, frei von Unglauben und Vorwürfen von ihrem Erlebten zu erzählen. Gleichzeitig schließt es mit ein, dass die Betroffenen in ihren Persönlichkeiten und mit ihren Verhaltensweisen vollständig akzeptiert werden sowie dass ihnen uneingeschränkt Glauben geschenkt wird. Weiter zeichnet sich die Parteiliche Beratung dadurch aus, dass sich die Beraterin grundsätzlich auf die Seite der Klientin stellt. Dies schließt eine Parteiannahme der Beraterin gegenüber anderen Familienmitgliedern der Betroffenen oder dem Täter aus (vgl. Steinhage, 1989: 48f). Ein weiteres Merkmal ist, dass grundsätzlich Frauen als Beraterinnen aktiv sind und männliche Berater nur dann tätig werden, wenn dies ausdrücklich von der Betroffenen gewünscht wird (vgl. Weber, 2002: 581). Häufig wird Parteilichkeit mit Identifikation verwechselt, was nicht angebracht ist. Wünschenswert ist eine kritische und solidarische Distanz, die eine reflektierte Unterstützung möglich macht. Durch diese Haltung wird eine offene Auseinandersetzung der Betroffenen mit der Möglichkeit ihrer Mitverantwortung für das Erlebte denkbar. Hierbei geht es eindeutig niemals darum, der Betroffenen

die Schuld an der Tat zu geben, sondern vielmehr ihr die eigene Verantwortung für ihr gewähltes Handeln aufzuzeigen (vgl. Sickendiek, 2002: 774).

Parteilichkeit ist zwar ein herausragendes Merkmal von feministischer Beratung, lässt sich aber auch in anderen Beratungsansätzen finden (vgl. Schlathölter, 2002: 396).

5.1.2 Grundsätze systemischer Beratung

Die systemische Therapie oder Beratung hat ihren Ursprung in der Psychoanalyse. Mitte der 70er Jahre wurde sie in Europa bekannt. In Mailand wurde von Mara Selvini Palazzoli und ihrem Team ein Model entwickelt, welches bis heute für alle Konzepte der systemischen Therapie sehr bedeutsam ist. Sie prägten z.B. die Methode des zirkulären Fragens. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Modellen und Ansätzen, wie beispielsweise das Mehrgenerationen-Modell oder die Strukturelle Familientherapie (vgl. von Schlippe & Schweitzer, 1998: 17ff).⁶

Mit der *systemischen Beratung* ist eine „ganzheitliche Beratung“ oder „vernetzende Beratung“ gemeint, die ihren Ursprung in der Systemtherapie hat. Die Kernidee ist, dass ein Problem nicht isoliert, sondern in einem Gefüge betrachtet wird. Es wird also versucht in Zusammenhängen zu denken und das gesamte Lebensgefüge mit einzubeziehen. So wird in der Beratung die Situation des sexuell missbrauchten Mädchens dadurch adäquat erfasst, dass das Gesamte mit allen verbundenen zwischenmenschlichen Verquickungen aufgegriffen und betrachtet wird. Eine Multi-Perspektivität ist dadurch garantiert, dass eine mögliche Komplexität des Problems von Anfang an in Betracht gezogen wird (vgl. Brunner, 2002: 655ff). Systemische Beratung ist an einer umfassenden sowie mehrere Perspektiven integrierenden Analyse von dargestellten Problemen interessiert, bei denen die Eigendynamiken von komplexen Verhaltensmustern im Mittelpunkt steht. Damit Ressourcen sichtbar werden, wird unter anderem durch zirkuläres Fragen ein Perspektivenwechsel eingeübt. Gemeint ist hiermit, dass eine Person über zwei andere Menschen seines Umfeldes Auskunft geben soll. Als konkretes Beispiel wäre hier anzuführen, dass ein Mädchen überlegen soll, wie ihr Vater mit der Reaktion der Mutter umgehen würde, wenn diese von dem sexuellen Missbrauch erführe. Eine weitere Möglichkeit, um einen anderen Blick auf das Problem oder die Situation zu entwickeln, ist das sogenannte Reframing. Mit Reframing ist die Umdeutung des Problems oder der Situation gemeint. Alle Techniken, die eine Autonomie und Selbstorganisation des Klienten fördern, stehen im Mittelpunkt dieser Beratungsform (ebd., 655ff).

⁶ Zur weiteren Vertiefung empfiehlt sich die Literatur von *Schweitzer* und *von Schlippe*

5.1.3 Grundsätze der Krisenintervention und Klientenzentrierten Beratung

Weitere wichtige und oftmals angewandte Ansätze und Methoden sind die *Krisenintervention* sowie die *Klientenzentrierte Beratung*. Mit einer Krisenintervention ist eine Hilfe und Unterstützung gemeint, die der Betroffenen in einer akuten Krise die Möglichkeit bieten soll, sich zu stabilisieren. Es ist eine erste Maßnahme, um die Klientin aufzufangen und ihr die Möglichkeit zu bieten, sich verstanden und angenommen zu fühlen. Indem die Beraterin der Klientin vermittelt, dass sie da ist und sich für sie Zeit nimmt, kann es schon zu einer ersten Stabilisierung kommen. Sehr wichtig kann für die Klientin das Gefühl von Hoffnung sein, dass trotz der akuten und belastenden Situation Lösungen und Besserungen möglich sind. Konkrete Lösungsideen stehen an dieser Stelle noch nicht im Vordergrund (vgl. Brossi, 2006: 382f).

Die Klientenzentrierte Beratung ist entwickelt und bekannt geworden durch Carl Rogers. In der Klientenzentrierten Arbeit stehen die Erfahrungen, Entwicklungen und die Erlebenszusammenhänge des Klienten, welche dieser innerhalb der Beziehung zu sich selbst und in zwischenmenschlichen Zusammenhängen gesammelt hat, im Mittelpunkt der Beratung. Ferner spielen auch solche Zusammenhänge eine Rolle, die er in interaktionell geprägten und sich stetig verändernden Verhältnissen von Staat, Technologie, Wirtschaft und Ökonomie erfahren hat. Es wird davon ausgegangen, dass der Mensch auf Impulse aus dem Umfeld oder aus dem eigenen Organismus direkt reagiert. Die Reaktionen der Betroffenen hängen davon ab, wie sie diese Impulse subjektiv wahrgenommen haben. Innerhalb der Beratung wird versucht, unterstützend für die Betroffene da zu sein, um so die bereits in ihnen selbst vorhandene Lösung herauszufinden. Sobald Entscheidungen und Alternativen innerhalb der Beratung zur Problembewältigung ausgearbeitet worden sind, die von der Klientin eigenverantwortlich und bewusst in ihrem Umfeld umgesetzt oder getroffen werden können, ist das Ziel der Beratung erreicht (vgl. Straumann, 2004: 641ff).

5.2 Wichtige methodische Aspekte für eine gelingende Beratung

Eingangs werden wichtige Aspekte geschildert, die eine gelungene Beratung ermöglichen sollen. Bedacht werden sollte, dass es keine Beratungseinrichtung geben kann, die allen gleichermaßen gerecht wird und entsprechend als die Idealste empfunden wird. Begründet liegt dies in der personalen und kulturellen Verschiedenheit der Frauen (vgl. Wittenberg, 1998: 283).

Innerhalb des Beratungsgespräches ist es wichtig, dass der Betroffenen genau und mit möglichst wenigen Unterbrechungen zugehört wird. Sie sollte darin bestärkt werden, über die Situation zu sprechen. Nachfragen dürfen auf keinen Fall zu direkt sein, sondern müssen behutsam und einfühlsam gestellt werden (vgl. Steinhage, 1989: 71). Fällt es der Betroffenen schwer, die Erlebnisse zu benennen, kann es hilfreich sein, dies für sie zu übernehmen. In jedem Fall ist es sinnvoll, dem erlebten Trauma einen Namen zu geben. Gleichzeitig darf kein Druck entstehen, über die Tat sprechen zu müssen. Nur durch richtiges und empathisches Nachfragen kann das Opfer ein Gespräch als Erleichterung erleben und das Entstehen von Schuldgefühlen ausgeschlossen werden (ebd., 74ff). Ein vertrauensvoller Umgang zwischen Beraterin und Klientin ist innerhalb der Beratung von zentraler Bedeutung. Dafür müssen die Grenzen von beiden Parteien unbedingt eingehalten werden. Wird es z.B. für die Beraterin unerträglich, die Geschichte des Mädchens anzuhören oder an der Thematik zu arbeiten, ist es wichtig dies zu benennen. Zum Einen kann der ehrliche Umgang mit den eigenen Grenzen ein Vorbild sein, zum Anderen ist es durchaus möglich, dass die Betroffene ohnehin spürt, wenn ihr Gegenüber Interesse vortäuscht (vgl. Reutlinger, 2004: 1195).

Ein wichtiger Prozess innerhalb der Beratung besteht darin, für die Betroffene eine Vertrauensperson zu finden, bei der sie Stütze und Stärkung erfährt. Hierfür kommen Familienangehörige oder auch Lehrer und Freunde in Frage. Gemeinsam mit dieser Unterstützung kann dann überlegt werden, wie es weitergehen sollte (ebd., 1195; Steinhage, 1989: 77f).

Besteht ein sexueller Missbrauch innerhalb der Familie, ist es wichtig, das Geheimnis der Tat zu lüften, um einer Wiederholung des sexuellen Missbrauchs vorzubeugen. Dazu muss der Betroffenen zuvor verständlich gemacht werden, dass ein Geheimnis nicht geheim bleiben muss, wenn eine Person darunter leidet. Wird die Tat aufgedeckt, braucht das Mädchen meistens die Hilfe der Vertrauensperson oder der Beraterin, um den Reaktionen der Familienmitglieder nicht alleine ausgesetzt zu sein und mit ihnen fertig zu werden (ebd., 76).

Abschließend ist es wichtig, weitere Schritte zu besprechen und gegebenenfalls Informationen über andere Einrichtungen mitzugeben. Hier sollte darauf geachtet werden, dass dem Mädchen nicht zu viel versprochen wird und dass z.B. bezüglich einer strafrechtlichen Verfolgung des Täters keine falschen Hoffnungen geweckt werden. Gemeinsame Überlegungen zu notwendigen Schutzmaßnahmen und zukünftigen Handlungsstrategien geben dem Mädchen emotionale Sicherheit (ebd., 79f).

Es ist sinnvoll die Beratung möglichst offen und transparent zu gestalten, da die Betroffene geheim gehaltene, verschleierte oder versteckte Situationen, besonders bei innerfamiliärem sexuellem Missbrauch, gut kennt und diese Prinzipien durchbrochen werden müssen (vgl. Reutlinger, 2004: 1195).

5.3 Beratungsstellen für schwangere Mädchen

In den 80er Jahren wurden von professionellen und betroffenen oder interessierten Frauen erste Selbsthilfe- und Berufsgruppen für Opfer von sexuellem Missbrauch gegründet. Schon kurze Zeit darauf entstanden spezialisierte Beratungseinrichtungen und Anlaufstellen für die Betroffenen. Heutzutage befinden sich in fast jeder Stadt Einrichtungen, die Hilfe und Unterstützung für Opfer von sexuellem Missbrauch bieten (vgl. Weber, 2002: 580f).

In Hamburg zählt die Einrichtung *Dunkelziffer e.V.* zu den Spezialisten für sexuellen Missbrauch. Der *Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V.* kümmert sich ausschließlich um Vergewaltigungsoffer. Daran ist zu erkennen, dass in spezialisierten Einrichtungen deutlich zwischen sexuellem Missbrauch und Vergewaltigung unterschieden wird. Sie orientieren sich zum Teil am Strafgesetzbuch, welches in Teilen bereits in Kapitel 2.1 erwähnt und in Auszügen dargestellt wurde. Kontaktieren sexuell missbrauchte Mädchen den Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V., werden sie an entsprechende Stellen verwiesen, wie z.B. Dunkelziffer e.V.. Die Vereine betreiben viel Öffentlichkeitsarbeit, um auf die Problematik aufmerksam zu machen. Gleichzeitig bieten sie umfangreiche Angebote zur Unterstützung der Betroffenen an. Hierzu zählen neben den ersten Informations- und Beratungsgesprächen weitere Angebote, wie z.B. Unterstützung bei der Suche nach einem Therapieplatz oder beim Planen rechtlicher Schritte. Dunkelziffer e.V. bietet auch Einzeltherapiesitzungen an (vgl. Dunkelziffer e.V.; Gespräch Ruschmeier).

Ist das Mädchen als Folge des sexuellen Missbrauchs schwanger, hat sie unterschiedliche Möglichkeiten, um Hilfe und Unterstützung zu erhalten. Als mögliche Anlaufstelle gibt es verschiedenste Beratungsstellen, die unter anderem Krisenintervention und eine Schwangerschaftskonfliktberatungen anbieten. Genannt werden können hier unter anderem ProFamilia e.V. oder das Familienplanungszentrum in Hamburg-Altona e.V.. Diese Einrichtungen bietet keine Therapie für die Betroffenen an, sondern nur Beratungsgespräche. Um die Arbeit dieser Einrichtungen zu verdeutlichen und einen Einblick in die aktuelle Praxis zu erhalten, wird in Kapitel 5.3.2 die Arbeit des Familienplanungszentrums, insbesondere die der Schwanger-

schaftskonfliktberatung näher dargestellt (vgl. ProFamilia e.V.; Familienplanungszentrum Hamburg-Altona e.V.).

Zuvor folgt eine Einleitung in den empirischen Teil der vorliegenden Arbeit.

5.3.1 Empirischer Forschungsteil

Der empirische Teil dieser Arbeit besteht aus einer Darstellung vom Familienplanungszentrum Hamburg in Altona e.V. sowie aus einem Interview mit der dort angestellten Diplompädagogin Karin Schlie.

Mit dem Teil der qualitativen Forschung sollen Antworten auf die in der Einleitung gestellten Fragen erhalten werden. Um Eindrücke über die tatsächliche Situation von Mädchen, die als Folge eines sexuellen Missbrauchs schwanger werden, zu erhalten, war es nötig, einen Blick in die Praxis zu werfen. Ferner galt es zu erfassen, wie eine Beratungssituation zwischen professioneller Fachkraft und einer Betroffenen aussehen kann und welche Hilfe und Unterstützung sie hier erhält. Aus diesem Grund folgen in den anschließenden Kapiteln, wie bereits eingangs erwähnt, eine Darstellung des Familienplanungszentrums sowie eine Auswertung des geführten Experteninterviews. Die Vorzüge der gewählten Forschungsform werden an dieser Stelle näher dargestellt.

Meuser und Nagel befassten sich im Jahr 2002 mit dem Experteninterview, welches eine spezielle Form des Leitfadenterviews darstellt. Die Methode ermöglicht es, dem Forscher umfangreiches Wissen über soziale Prozesse und Erlebnisse aus dem Leben des Experten zugänglich zu machen und gleichzeitig die eigene Wirklichkeit der Interviewten zu erforschen (vgl. Flick, 2010: 214; Hill, 2008: 182).

Die Befragte wird als Repräsentantin ihrer Arbeitsgruppe und nicht als Einzelfall in die Forschung einbezogen. Fraglich ist natürlich, wer als Experte betitelt werden darf. Dies ist abhängig vom Gegenstand der empirischen Untersuchung. In das Interview werden Menschen einbezogen, die aufgrund ihrer Position über ein besonderes Wissen ihrer Fachrichtung verfügen (ebd.).

„Nur die unmittelbar Beteiligten haben dieses Wissen, und jeder von ihnen hat aufgrund seiner individuellen Position und persönlichen Beobachtungen eine besondere Perspektive auf den jeweiligen Sachverhalt.“ (Gläser & Laudel, 2009: 11).

In diesem Fall gilt Frau Schlie als Expertin, da sie über besonderes Wissen innerhalb ihrer Fachrichtung verfügt.

Das Interview wurde im Familienplanungszentrum durchgeführt, welches nachfolgend dargestellt wird. Der Grund für die Wahl dieser Einrichtung war, dass hier Mädchen die Möglichkeit einer Schwangerschaftsabklärung sowie einer Schwangerschaftskonfliktberatung haben. Dies ließ vermuten, dass Betroffene das Familienplanungszentrum als erste Kontaktstelle nutzen. Während der Recherche für die vorliegende Arbeit wurde, wie in Kapitel 2.2 dargestellt, mit weiteren Einrichtungen gesprochen. Bis auf eine weitere Ausnahme hielt es keine andere Einrichtung für sinnvoll, ein ausführliches Interview zu führen. Als Begründung wurde die Seltenheit der Schwangerschaften die durch sexuellen Missbrauch entstehen innerhalb ihrer Arbeit angegeben. Vielfach wurde auf das Familienplanungszentrum als sinnvolle Adresse verwiesen, um entsprechende Ansprechpartner zu finden. Aus diesem Grund wurde diese Einrichtung für die empirische Untersuchung ausgewählt.

Während des Interviews lief ein Tonband mit, um eine exakte und unverfälschte Widergabe sicher stellen zu können. Die Aufnahme wurde transkribiert und anschließend als Verdichtung in Kapitel 5.3.3 dargestellt⁷. Beim Entwurf des Fragebogens galt es, wie bei einem Leitfadenterview üblich, darauf zu achten offene Fragen zu formulieren. Der Sinn besteht darin, keine Ja-Nein-Antworten zu erhalten (vgl. Gläser & Laudel, 2010: 142ff; Lamnek, 2005: 344f; Flick, 2010: 216).

Um sich ein genaueres Bild machen zu können, wird an dieser Stelle die Einrichtung näher betrachtet.

5.3.2 Familienplanungszentrum Hamburg-Altona e.V.

Im Rahmen dieser Arbeit fand eine Besichtigung der Einrichtung des Familienplanungszentrums in Hamburg-Altona e.V. statt. Um dem Leser ein eindrückliches Bild der Einrichtung zu verschaffen, wird diese im Folgenden eingehend beschrieben. Die gewonnenen Eindrücke der Arbeit, sowie Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem dort ebenfalls geführten Interview mit Karin Schlie, werden im darauffolgenden Kapitel dargestellt.

Das Familienplanungszentrum e.V. ist ein konfessionell unabhängiger und gemeinnütziger Verein, der seit 1982 in Hamburg-Altona besteht und nicht parteipolitisch arbeitet. Finanziell

⁷ Die Interviewfragen, und das transkribierte Gespräch sind im Anhang zu finden.

wird der Verein durch Spenden sowie durch Mittel der Stadt unterstützt. Dies ermöglicht es ihm, viele kostenfreie Angebote zu machen.

Das Familienplanungszentrum e.V. bietet bei Themen, wie Verhütung, Sexualität und Sexualpädagogik, Hilfe und Unterstützungen an. Das Gleiche gilt bei gewünschter oder ungewollter Schwangerschaft. In diesem Rahmen reicht das Angebot von der Feststellung einer Schwangerschaft über eine „Pille danach“ bis hin zur Schwangerschaftskonfliktberatung. Der Verein arbeitet eng mit anderen Einrichtungen zusammen. Durch diese fachübergreifende und kooperierende Arbeit mit Institutionen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich kann die Arbeit besonders gelingend ausgeübt werden. Im Haus des Vereins befindet sich eine Frauenarztpraxis, die bei auftretenden Problemen weiterhilft. So können hier Untersuchungen zur Schwangerschaft, Diagnosen von Geschlechtskrankheiten oder anderen Erkrankungen nach sexuellem Kontakt sowie geplante Eingriffe zum Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden.

Das zehnköpfige interdisziplinäre Team des Familienplanungszentrums e.V. besteht aus Sozial- und Diplompädagoginnen, Psychologinnen, Ärzten und Krankenschwestern. Auch Sexualpädagogen und freiberufliche Hebammen ergänzen das Angebot. Alle hier arbeitenden Experten unterliegen der Schweigepflicht. Dies garantiert eine vertrauensvolle und von Sicherheit geprägte Atmosphäre.

Jährlich finden ca. 9000 Menschen den Weg zu der Beratungseinrichtung. Sie erhalten dort medizinische Hilfe, Informationen zu den bereits genannten Themen sowie eine kostenlose, telefonische oder persönliche Beratung zu ihren Problemlagen.

Der Verein ist durch mehrsprachige Orientierung auf ein interkulturelles Klientel vorbereitet. Er kann Menschen beider Geschlechter, aller Nationalitäten und unterschiedlicher sexueller Ausrichtung Hilfe und Unterstützung anbieten. In den Beratungsgesprächen wird gemeinsam nach Wegen gesucht, um mit der vorhandenen Situation umzugehen (vgl. Familienplanungszentrum Hamburg-Altona e.V.).

Welche Möglichkeiten sexuell missbrauchte, schwangere Mädchen haben und wer sie bei ihren Entscheidungen unterstützen kann, wird in Kapitel 6 erläutert. Zuvor wird das geführte Expertengespräch mit der Diplompädagogin Schlie aus der dargestellten Einrichtung, in verdichteter Form wiedergegeben.

5.3.3 Expertenverdichtung Frau Schlie

Frau Schlie ist als Beraterin im Familienplanungszentrum in Hamburg-Altona e.V. angestellt. Sie berät ihr Klientel nach den feministischen, parteilichen und systemischen Ansätzen, die in Kapitel 5.1 dargestellt sind.

Die Mädchen und Frauen, welche in das Familienplanungszentrum e.V. kommen, wollen dort eine Schwangerschaft abklären oder sich über ihre Möglichkeiten bei bestehender Schwangerschaft beraten lassen. Zusammen mit der Klientin wird das genaue Anliegen geklärt und das weitere Vorgehen besprochen. Je nach Bedürfnis kann eine Konfliktberatung im Sinne einer Entscheidungsfindung oder einer gesetzlich vorgeschriebenen Konfliktberatung, die zur Beendigung der Schwangerschaft benötigt wird, stattfinden.

Die Frage nach der Häufigkeit von Schwangerschaften durch sexuellen Missbrauch ist für Frau Schlie schwer abzuschätzen und beruht allein auf ihren Erfahrungen. Ihrer Schätzung nach betreut sie einmal im Jahr betroffene Mädchen. Sie weist jedoch explizit darauf hin, dass es sich hierbei nur um die Zahl der Betroffenen handelt, die den sexuellen Missbrauch von sich aus angesprochen haben. Sie hält es durchaus für möglich, dass Mädchen eine Tat als Ursache der Schwangerschaft verheimlichen. Als Ursache sieht sie hier vor allem die Scham der Betroffenen sowie das Gefühl der Mitschuld. Viele fürchten sich möglicherweise vor der Veröffentlichung der Tat aus Angst vor daraus resultierende Konsequenzen. Die tatsächliche Zahl der Betroffenen bleibt dementsprechend fraglich. Auch Frau Rethemeier von ProFamilia e.V. ist der Ansicht, dass die Scham der Betroffenen eine große Bedeutung bei der Geheimhaltung der Tat hat. In dem der Umstand der entstandenen Schwangerschaft nicht angesprochen wird, besteht für die Betroffene die Möglichkeit des Ignorierens der Tat. Das Verdrängen der Tat ist für die Betroffene oftmals sehr hilfreich, um einen Weg in ihr vorheriges Leben zu finden (Gespräch Rethemeier).

Der Täter wird in der Beratungssituation durchaus angesprochen. Auch wenn er nicht unbedingt namentlich genannt wird, berichten die Mädchen über die Konstellation sowie über die der Tat vorangegangenen Situation. Im Gegensatz zu dem in Kapitel 2.2 dargestellten Forschungsbericht vom KFN hat Frau Schlie die Erfahrung gemacht, dass die Täter oftmals Bekannte der Mädchen sind und zumeist nicht aus der Familie stammen. Ferner berichtet sie, dass häufig Partys als Tatorte genannt werden, auf denen Täter und/ oder Opfer stark alkoholisiert waren und es zu sexuellen Übergriffen kam.

Dazu, ob bei einer Strafverhandlung negative Konsequenzen entstehen können, wenn innerhalb der Beratung über die Tat und den Täter gesprochen wird, konnte Frau Schlie keine Angaben machen. Während der Recherche für die vorliegende Arbeit wurde deutlich, dass Einrichtungen dies unterschiedlich handhaben. In Einigen wird offen über die Tat oder den Täter gesprochen, in Anderen Beratungseinrichtungen werden diese Themen strikt vermieden. Der Grund liegt hier in der möglichen Verfälschung der Aussage des Opfers. Im Strafverfahren, könnte der Betroffenen vorgeworfen werden, dass ihre Aussagen oder Erinnerungen an die Tat, innerhalb der Beratung manipuliert oder verfälscht worden sind. Im Gegensatz zu Therapeuten haben Berater kein Zeugenverweigerungsrecht. Dies bedeutet, dass diese als Zeugen geladen werden können. Im Einzelfall kann dies für die Betroffene sehr unangenehm sein, da teilweise intime Details preisgegeben werden müssen, die möglicherweise für das laufende Strafverfahren gar nicht relevant sind. Gleichzeitig kann der Berater die Prozessbegleitung nicht ausüben, wenn er als Zeuge geladen wird. Aus diesen Gründen wird in manchen Beratungseinrichtungen versucht dies zu umgehen, indem Tat und Täter nicht thematisiert werden (Gespräch Seiffert; Gespräch Ruschmeier).

Die Bedeutung einer ungewollten sowie einer Schwangerschaft durch sexuellen Missbrauch schätzt Frau Schlie, wie auch in Kapitel 4.1 dargestellt, als sehr gravierend ein. Ihrer Erfahrung nach löst dieses Erlebnis bei den Mädchen eine psychische Krise aus und hat fast zwangsläufig eine schwere Traumatisierung zur Folge. Auch wenn sie von Betroffenen berichtet, die ungewollt schwanger wurden und die Lösung eines Abbruchs als unproblematisch erlebten, ist dies nicht die Regel, sondern vielmehr die Ausnahme. Die Mädchen befinden sich bei der Ankunft in der Beratungseinrichtung zumeist noch in einem Schockzustand und erleben eine große Ambivalenz von dem Bedürfnis nach Ruhe und gleichzeitig dem Wunsch nach Hilfe und Unterstützung, aber auch nach Gerechtigkeit. Bei den Mädchen ist die Angst vor übertragbaren Krankheiten häufig sehr groß und vordringlich. Es entsteht durch die Tat eine grundlegende Verunsicherung bei den Mädchen, die es ihnen sehr schwer macht, künftig vertrauensvolle Beziehungen entstehen zu lassen. Auch das sexuelle Erleben ist durch eine solche Erfahrung stark beeinträchtigt.

Gemeinsam mit der jeweils Betroffenen wird in den Gesprächen geklärt, wie weiter verfahren werden kann. Meist geht es zunächst nur um Krisenintervention und Stabilisierung der Betroffenen. Innerhalb der Beratung wird nach einem Weg gesucht, eine längerfristige Hilfe in Form von Therapie für das Mädchen zu initiieren und/ oder, Kontakte zu weiteren Beratungsstellen oder Gynäkologen herzustellen. Je nach Bedarf kann eine Psychotherapie, ein Klinik-

aufenthalt, ein Psychiater oder eine Mutter-Kind-Einrichtung die beste Unterstützung für die Schwangere sein.

Die Entscheidungsmöglichkeiten der Schwangeren bezüglich ihres Kindes können innerhalb der Beratung thematisiert werden. Entschließt sich die Betroffene für einen Schwangerschaftsabbruch, welches laut Frau Schlie die Regel ist, so kann sie dahingehend unterstützt werden. Bei dem Wunsch einer Abgabe des Kindes, wird an die hierfür zuständigen Stellen verwiesen. Als unterstützend bei der Entscheidungsfindung werden die Eltern, Freunde, der Partner und teilweise Vertrauens- und Klassenlehrer genannt.

5.4 Kurzresümee

Abschließend zu diesem Kapitel lässt sich feststellen, dass die Beratung, unabhängig vom gewählten Ansatz, von Empathie und Feingefühl geprägt sein sollte. Innerhalb dieser Beratung ist zu versuchen, den Mädchen ausreichend Zeit für ihre jeweiligen Belange zu lassen und sie so transparent wie möglich zu gestalten.

Das durchgeführte Interview verlief planmäßig und ohne Komplikationen. Dringende Fragen konnten im Gespräch beantwortet werden und ein Eindruck über die Thematik innerhalb der Praxis wurde möglich. Gleichzeitig wurde deutlich, dass Schwangerschaften durch sexuellen Missbrauch in der Praxis sehr wohl auftauchen, auch wenn es für Deutschland bislang keine Statistiken gibt. Durch die Arbeit von Frau Schlie und ihren Kolleginnen in anderen Einrichtungen, ist es den Betroffenen möglich, schnelle und professionelle Unterstützung in akuten Situationen zu erhalten.

6. Entscheidungsmöglichkeiten der Schwangeren

Ist das Mädchen durch den sexuellen Missbrauch schwanger geworden, ist, wie in Kapitel 4.1 dargestellt, davon auszugehen, dass sie sich zunächst von der Situation überfordert fühlt. Die Tat zu verarbeiten und gleichzeitig eine schwerwiegende Entscheidung treffen zu müssen, kostet die Mädchen viel Kraft.

Im Folgenden werden die Entscheidungsmöglichkeiten der werdenden Mutter näher dargestellt. Diese Möglichkeiten können in Beratungsgesprächen der zuständigen Einrichtungen, wie z.B. dem Familienplanungszentrum in Hamburg-Altona e.V., thematisiert und besprochen

werden. Abhängig von der getroffenen Entscheidung kann die Betroffene an weitere Institutionen oder Einrichtungen weitervermittelt werden, um dort optimale Hilfe und Unterstützung zu erhalten.

6.1 Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

Nach Inkrafttreten des neuen Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes im Januar 1996 sind die Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch im 16. Abschnitt des Strafgesetzbuches festgehalten. Nach § 218 ist der Abbruch für alle Beteiligten strafbar, unter Berücksichtigung von verschiedenen Ausnahmen. Diese werden im Folgenden erläutert.

Hat das Mädchen nach der Tat die Befürchtung schwanger zu werden, steht ihr durch die „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel eine Möglichkeit zur Schwangerschaftsverhinderung zur Verfügung. Diese verhindert bzw. verzögert den Eisprung. Zu beachten ist hierbei, dass das Präparat rezeptpflichtig ist. Es muss also ein Arzt aufgesucht werden, um das Rezept zu erhalten. In verschiedenen Beratungseinrichtungen, wie z.B. ProFamilia e.V. oder dem Familienplanungszentrum in Hamburg-Altona e.V., sind entsprechende Ärzte angestellt, so dass auch hier das notwendige Rezept ausgestellt werden kann. Für Mädchen unter 18 Jahren ist die „Pille danach“ kostenlos und mit keinen weiteren Kosten verbunden. Das Präparat kann innerhalb von 72 Stunden nach einem Geschlechtsverkehr eingenommen werden. Je früher die „Pille danach“ eingenommen wird, desto besser wirkt sie. Durch die Einnahme kann in neun von zehn Fällen eine Schwangerschaft verhindert werden. Auch nach dem genannten Zeitfenster gibt es weitere Möglichkeiten, eine Schwangerschaft abzubrechen (vgl. ProFamilia e.V.).

Hier tritt die erste Ausnahme nach § 218a Abs.1 StGB in Kraft, um einen Abbruch straffrei zu gestalten. Für die Schwangere ist eine Schwangerschaftskonfliktberatung Vorschrift, um den Abbruch vornehmen zu lassen. Die Beratung muss bescheinigt und in anerkannten Einrichtungen durchgeführt werden.

Zwischen Beratung und Abbruch muss eine Zeitspanne von mindestens vier Tagen liegen. Geht dies dem Schwangerschaftsabbruch voraus, ist dieser für alle Beteiligten straffrei. Mädchen, die durch einen sexuellen Missbrauch schwanger geworden sind, müssen sich dieser Beratung nicht unterziehen, wenn sie sich nach der Tat von einem Arzt untersuchen und den Tatbestand feststellen lassen. Die Feststellung kann allein auf den Aussagen des Mädchens beruhen (vgl. ProFamilia e.V.). Ist der Arzt durch die anamnestiche Erhebung nach Gespräch

und Untersuchung der Ansicht, dass eine Indikationsstraftat an dem Mädchen begangen wurde und die Schwangerschaft daraus resultiert, kann er nach §218a Abs. 3 StGB eine kriminologische Indikation bescheinigen. Es genügen die Angaben des Mädchens über die Tatzeit und ihren Zyklus, um die Schwangerschaft mit der Tat in Verbindung zu bringen (vgl. Schwanger in schwierigen Umständen).

Die Entscheidung für oder gegen eine Untersuchung bzw. eine Konfliktberatung liegt in diesem Falle bei den Mädchen. Für viele Mädchen stellt die Untersuchung eine derartige Zumutung und erneute Auslieferung an einen Fremden dar, dass sie eine Beratung bevorzugen (Gespräch Ruschmeier). Gleichzeitig behält sie bei der Beratung die Kontrolle über die gegebene Situation, während sie bei der Untersuchung zur Bescheinigung der kriminologischen Indikation viel schneller in die Opferrolle gelangen kann. Die Betroffene hat in diesem Falle die Pflicht, den Arzt von ihrer Glaubwürdigkeit zu überzeugen und es kann durch Untersuchungen oder durch die Beschreibung des Tathergangs zu Retraumatisierungen kommen. Bei der Beratung muss sie nicht den sexuellen Missbrauch als Grund für den Wunsch des Abbruchs nennen und behält die Kontrolle über den Ablauf des Gesprächs (Gespräch Rethemeier).

Die körperliche Untersuchung sollte daher unbedingt nach bestimmten Regeln erfolgen, um zu verhindern, dass die Betroffene diese als erneuten „Übergriff“ erfährt. Die Mädchen sind nach der Untersuchung sehr erleichtert, wenn festgestellt wurde, dass sie körperlich nicht beschädigt sind und/ oder keine Schwangerschaft vorliegt (vgl. Marquardt & Lossen, 1999: 35ff).

Die in der Praxis am häufigsten angewandten Methoden zum Schwangerschaftsabbruch sind der chirurgische Eingriff sowie der Einsatz des Medikaments Mifegyne mit dem Wirkstoff Mifepriston. Das Medikament, welches einen Abort provoziert, kann bis zum 63. Tag nach der letzten Monatsblutung eingenommen werden. Der Abbruch durch diese Methode erfordert drei Arzt-oder Klinikbesuche. Während dieser Besuche wird eine Schwangerschaft abgeklärt, das Medikament gegeben und eine Nachuntersuchung durchgeführt.

Besteht eine Schwangerschaft, die erst nach Ende der neunten Schwangerschaftswoche erkannt wurde, ist ein chirurgischer Eingriff erforderlich, um die Schwangerschaft abubrechen. Hier gilt die Absaugmethode als gebräuchlichster und schonendster Eingriff. Diese Methode wird zumeist ambulant angewandt, so dass die Betroffene nach ein bis zwei Stunden nach Hause gehen kann. Ein chirurgischer Eingriff ist bis zum Ende der zwölften Schwangerschaftswoche von einem Arzt durchzuführen. Auch hier ist eine vorangegangene Schwanger-

schaftskonfliktberatung oder eine kriminologische Indikation erforderlich (vgl. ProFamilia e.V.). Bei unter 14-jährigen Mädchen, muss grundsätzlich eine kriminologische Indikation durchgeführt werden, da nach § 176 Abs. 1 (1) des StGB Sex mit einem Kind eine Straftat darstellt. Dies bedeutet aber nicht, dass eine Strafanzeige erfolgen muss. Die Sorgeberechtigten müssen bei Minderjährigen ihre Einwilligung zum Schwangerschaftsabbruch erteilen. In Einzelfällen entscheiden die Ärzte, dass das Mädchen in der Lage ist, die Tragweite ihrer Entscheidung zu erkennen und nach Abwägen der Möglichkeiten verantwortungsvoll zu handeln. Generell gilt jedoch, dass unabhängig vom Alter der Betroffenen kein Abbruch gegen den Willen der Betroffenen durchgeführt werden darf.

Im Jahr 2010 gab es in Deutschland von den insgesamt 110 431 Schwangerschaftsabbrüchen 107 330 nach der Beratungsregelung und 24 Eingriffe aufgrund einer kriminologischen Indikation. Dies ist im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg von 10 Fällen. Die Zahlen aus den Jahren 2003 bis 2008 sind dagegen relativ konstant zwischen 29 und 21 Fällen pro Jahr gewesen (vgl. Statistisches Bundesamt). Laut ProFamilia e.V. stellt diese Statistik als Einzige in Deutschland einen Zusammenhang zwischen Schwangerschaften und sexuellem Missbrauch dar (Gespräch Rethemeier).

6.2 „Babyklappe“ und „Anonyme Geburt“

Wenn sich die Mädchen nicht für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden oder entscheiden können, haben sie die Möglichkeit einer anonymen Geburt sowie das Kind nach der Geburt in eine Babyklappe zu legen.

Eine anonyme Geburt kann in Krankenhäusern oder in geburtshilflichen Einrichtungen ohne Angaben zur Identität stattfinden. Die Schwangeren können so dem Risiko einer Geburt ohne professioneller Hilfe und Unterstützung entgehen. Für Mutter und Kind ist so eine medizinische Versorgung während und nach der Geburt garantiert.

Im Jahr 1999 wurde das Projekt „Findelbaby“ von *SterniPark e.V.* ins Leben gerufen. Mittlerweile gibt es in ganz Deutschland 90 Babyklappen, davon zwei in Hamburg. Innerhalb von acht Wochen ist es der Mutter möglich, ihr Kind zurück zu holen. Die Babyklappen stellen den Versuch dar, dem Aussetzen und Töten von Neugeborenen entgegen zu wirken (vgl. SterniPark e.V.). Gleichzeitig bietet die kostenlose Notrufnummer den Schwangeren und jungen Müttern die anonyme Möglichkeit, Hilfe und Unterstützung vor, während und nach der Geburt zu erhalten (ebd.).

Laut SterniPark e.V. sind in den vergangenen zwölf Jahren, seit Beginn des Projektes, die Zahlen von ausgesetzten Neugeborenen sowie der Kindstötung deutlich zurückgegangen. In der gesamten Bundesrepublik seien die Zahlen so niedrig wie noch nie. Insgesamt 41 Neugeborene wurden seit dem Start des Projektes in Hamburger Babyklappen abgeben (ebd.).

Tab.2: Tötungen von Neugeborenen und Aussetzungen.

(Quelle: Seelbach- Göbel, 2010: 759)

Tötungen										
1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
21	17	17	20	31	19	20	32	26	29	24
18	23	13	20	28	13	k. A.	k. A.	k. A.	19	17
Aussetzungen										
1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
13	11	14	14	12	14	9	6	10	8	12
16	17	9	16	11	2	k. A.	k. A.	k. A.	12	14

Obere Zeile: Daten von Bott, Swientek, Wacker

Untere Zeile: Daten von Sternipark e.V.

Die von SterniPark e.V. veröffentlichten Zahlen decken sich nicht mit anderen Untersuchungen. Welche der Wirklichkeit entsprechen, lässt sich nicht eindeutig klären, da die Zahlen auf Auswertungen von Medienberichten sowie von Angaben der Landeskriminalämter beruhen. Seit 1998 gibt es keine Kriminalstatistik zur Erfassung von Kindstötungen oder Kindsaussetzungen mehr. Die Zahlen der Kindstötungen sind in der oberen Reihe niedriger als die von SterniPark e.V. angegeben, die der Aussetzungen sind höher (vgl. Seelbach- Göbel, 2010: 759).

Die anonyme Geburt sowie die Abgabe in eine Babyklappe, werden in der Fachwelt allerdings sehr kontrovers diskutiert und es bleibt abzuwarten, ob es ein Verbot gegen beide Verfahren geben wird. Die Frankfurter Allgemeine Zeitung berichtet, dass Bundesfamilienministerin Schröder eine Gesetzesänderung vornehmen möchte (vgl. Faz.Net).

Die Abgabe des Kindes in die Babyklappe sowie eine anonyme Geburt sind für die Mütter laut SterniPark e.V. straffrei und können nicht geahndet werden. Dies ist fraglich, da nach Art.2 Abs.1 zusammen mit Art.1 Abs.1 Grundgesetzbuch jeder Mensch ein Anrecht auf Kenntnis seiner Abstammung hat. Nicht nur dieses Recht geht dem anonym abgegebenen Kind verloren. Es verliert alle Rechte, die auf Familie und Abstammung basieren. Dies bedeutet, dass es seinen Anspruch auf Erbe oder Fürsorge nicht geltend machen kann. Ferner wird der Pflicht auf Unterhaltszahlung nach §170 Abs.1 StGB nicht nachgekommen und es findet eine Unterdrückung des Personenstandes nach §169 Abs.1 StGB statt. Diese ist strafbar und kann mit einer Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren geahndet werden. Auch Mitwisser und

Helfer machen sich strafbar. Für Anbieter einer Babyklappe oder für Helfer einer anonymen Geburt bedeutet das, dass sie nach §§25, 16, 17 PStG die Polizei über das neugeborene oder zurückgelassene Baby informieren müssen. Gleichzeitig besteht auch die Pflicht, das Jugendamt einzuschalten. Einzige Ausnahme stellt eine Weggabe des Kindes dar, die im konkreten Fall zur Lebensrettung dient (vgl. Riedel, 2006: 50f).

Bislang wurde laut SterniPark e.V. keine Frau angezeigt oder verurteilt (vgl. SterniPark e.V.). Ermittlungsverfahren gegen Ärzte, die bei einer anonymen Geburt geholfen haben oder der Meldepflicht bezüglich eines Neugeborenen nicht nachgekommen sind, wurden bislang alle eingestellt (vgl. Werner, 2010: 816). Die rechtliche Lage bezüglich der Babyklappe, ist bislang nicht eindeutig geklärt. Feststeht, dass auf Strafverfahren verzichtet wird bzw. diese aufgrund geringer Schuld eingestellt werden (vgl. moses-online).

Anonym abgegebene oder entbundene Kinder werden von Adoptionsvermittlungsstellen in Adoptionspflegestellen gegeben, bis sie adoptiert werden (vgl. Riedel, 2006: 47).

Eine anonyme Abgabe des Kindes durch die Babyklappen oder eine anonyme Geburt haben für Mutter und Kind teilweise schwerwiegende Folgen. Zum einen verletzen sie die Rechte des Kindes gravierend, da das Wissen über die eigene Abstammung gänzlich verändernd wird (vgl. Werner, 2010: 817f). Zum anderen ist es der Mutter nach Ablauf einer bestimmten Frist (acht Wochen) nicht mehr möglich, die Entscheidung der Abgabe rückgängig zu machen. Selbst wenn sie ihre Entscheidung bereut und ihr Kind zurückholen möchte, ist dies in der Regel ausgeschlossen. Bei einem Adoptionsverfahren ist die endgültige Frist deutlich länger und es werden im Vorfeld eingehende Beratungsgespräche geführt, die bei der anonymen Geburt und der Abgabe des Kindes in eine Babyklappe kaum erfolgen können (ebd., 816f).

Die anonyme Geburt stellt im Gegensatz zur Babyklappe sicher, dass Mutter und Kind medizinisch versorgt werden. Aus diesem Grund ist die anonyme Geburt für viele Fachkräfte eine deutlich bessere Lösung (ebd., 817f). Ein weiterer Grund ist, dass immer wieder Mütter ihre Anonymität nach eingehender und intensiver Beratung aufgeben und sich für ein gemeinsames Leben mit dem Kind entscheiden. Dies ist bei einer Kindsabgabe durch die Babyklappe nicht der Fall, da die Mütter hier nicht mehr erreicht werden können (vgl. Riedel, 2006: 51).

Wünschenswert wäre eine frühzeitige Kontaktaufnahme zwischen der Schwangeren und der zuständigen Beratungseinrichtung, die möglicherweise eine anonyme Geburt überflüssig

macht. In vielen Fällen würde eine anonyme Schwangerschaftsvorsorge die medizinische Betreuung vereinfachen und gewährleisten (vgl. Seelbach-Göbel, 2010: 760).

Gleichzeitig kann bei der Babyklappe nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Mutter das Kind abgegeben hat und so die Freiwilligkeit hinter der Tat fraglich bleibt. Es gab immer wieder Fälle, bei denen deutlich ältere Säuglinge in die Babyklappe gelegt wurden. Dies zeigt, dass die anonymen Möglichkeiten der Kindsabgabe von manchen Eltern genutzt werden, um bewusst den elterlichen Pflichten nicht nachzukommen und sich des Kindes auf diese Weise zu entledigen. Nach einigen Meinungen aus der Fachwelt, stellt die Babyklappe keine Hilfe dar, sondern schafft neue Probleme (vgl. Riedel, 2006: 48ff).

Schwangere sowie Mütter in Not benötigen Beratung und Orientierung sowie auf ihre Bedürfnisse angepasste Hilfe und Schutz vor unbedachten Entscheidungen. Untersuchungen haben gezeigt, dass auch sexuell missbrauchte Mädchen diese Formen wählen, um den Kontakt zum Kind abubrechen. Allerdings ist der weit häufigere Grund, die schwierige wirtschaftliche oder soziale Situation der betroffenen Mutter. Sie hat nicht direkt etwas mit dem Kind zu tun, sondern vielmehr mit den dadurch entstehenden Begleitproblemen. Diesen Problemen könnte auf anderen Wegen entgegengewirkt werden um so die Anonymisierung der Kinder zu verhindern (ebd.; Werner, 2010: 816).

Wie bereits beschrieben, kann eine anonyme Abgabe für das hinterlassene Kind eine erhebliche Last darstellen. Forschungen haben ergeben, dass die absolute und unaufhebbare Unkenntnis über die eigene Abstammung in den meisten Fällen ein Leben lang belastet und Einfluss auf das Selbstwertgefühl hat. Das ein Kind durch die Anonymität vor der bedrückenden Herkunft Schutz erfahren soll, ist seit langem durch die Adoptionsforschung widerlegt (vgl. Riedel, 2006: 48).

Im nächsten Kapitel erfolgt eine Darstellung über die Möglichkeiten einer Adoption oder einer Abgabe des Kindes in eine Pflegefamilie.

6.3 Adoption / Pflegefamilie

Entscheidet sich das Mädchen gegen die in den vorangegangenen Kapiteln bereits dargestellten Möglichkeiten, kann für sie die Abgabe des Kindes in eine Pflegefamilie oder die Freigabe ihres Kindes zur Adoption eine Alternative sein. Die Mädchen können sich in den Jugendämtern oder bei Adoptionsvermittlungsstellen unverbindlich und ausführlich über diese Mög-

lichkeiten informieren lassen. Eine Einwilligungserklärung zur tatsächlichen Freigabe des Kindes ist erst acht Wochen nach der Entbindung möglich (vgl. Sächsische Staatskanzlei). Diese Frist soll die Mutter in ihrer Entscheidung schützen und unterstützen. Es wird davon ausgegangen, dass die Mutter nach Ablauf dieser Zeit in der Lage ist, die weitreichenden und endgültigen Folgen der Adoption einzuschätzen und eine selbstverantwortliche Entscheidung zu treffen. Zusätzlich erfolgen eingehende Beratungsgespräche, bevor die Adoption in die Wege geleitet wird. Ist der Vater nicht bekannt, reicht eine Einwilligung der leiblichen Mutter, um die Adoption einzuleiten. Eine Adoption ist, im Gegensatz zu einer Abgabe des Kindes in eine Pflegefamilie, eine endgültige und unwiderrufliche Entscheidung, sobald das Amtsgericht nach einem Jahr die Adoption für rechtskräftig erklärt hat (vgl. Werner, 2010: 816). Es gibt nach der Adoptionseinwilligung nur sehr wenige Gründe, die es ermöglichen, eine Adoption rückgängig zu machen.

Nach einer Adoption besteht aus rechtlicher Sicht laut §1755 BGB, keine Verwandtschaft mehr zur Herkunftsfamilie des Kindes. Eine Pflegschaft hingegen kann sowohl auf Dauer als auch zeitlich begrenzt möglich sein. In der Regel wird die Herkunftsfamilie als fester Bestandteil in das Leben des Kindes und der Pflegefamilie mit einbezogen (vgl. Familien für Kinder).

Für die Mütter ist eine Adoption keine einfache Entscheidung und viele sehen darin keine Alternative zu einer Abtreibung (vgl. Langsdorff, 1991: 87ff). Untersuchungen von Swientek (1986) haben ergeben, dass 90 % der Mütter ihr Kind nicht wieder zur Adoption freigeben würden. 70 % der Betroffenen litten noch Jahrzehnte danach an psychischen Störungen und ca. 30 % berichteten von schweren Depressionen.

Die Untersuchungen ergaben ferner, dass folgende Gefühle von den leiblichen Müttern erlebt werden:

- Erleichterungsgefühl zwischen acht Tagen und drei Monaten nach der Abgabe
- Ein Gefühl der Fassungslosig- und Ungeheuerlichkeit tritt ins Bewusstsein
- Einige verlangen ihr Kind zurück, andere versinken in Apathie; es kann zu psychosomatischen Störungen kommen
- 73 von den 90 Frauen, die an der Untersuchung teilnahmen, haben sich mit der Hoffnung auf ein Wiedersehen mit ihrem Kind getröstet (vgl. Werner, 2010: 816).

Aus diesen Gründen ist es besonders wichtig, dass den betroffenen Mädchen Zeit gegeben wird, ihre Entscheidungen zu treffen. Während dieser Phase sollten sie gut informiert, beraten und betreut werden. Nur durch eingehende Überlegungen kann eine übereilte und möglicherweise später als falsch empfundene Entscheidung verhindert werden.

6.4 Kind behalten

Wie bereits in Kapitel 4 deutlich wurde, unterscheidet sich eine Schwangerschaft nach sexuellem Missbrauch erheblich sowohl von einer ungewollten als auch von einer geplanten Schwangerschaft. Sie stellt eine größere Belastung dar und die werdende Mutter benötigt eine besondere Zuwendung. Die Entscheidung für oder gegen das Kind ist in diesem Falle eine besonders schwierige (vgl. Leeners, 2003: A717f). Denn neben der Bewältigung der Tat und der damit verbundenen Überwindung von Gefühlen wie Scham, Ekel, Angst oder Schuld, kommt die Frage nach der Annahme des Kindes einem nahezu unlösbaren Dilemma gleich. Dieses Dilemma kann unter anderem daraus entstehen, dass dem Wunsch nach Selbstbestimmung und Schutz vor weiteren Belastungen das ‚Lebensrecht‘ des Ungeborenen gegenüber steht. Eine Abtreibung kann beispielsweise aus religiösen Gründen für eine Frau unmöglich sein, selbst wenn sie den Wunsch danach hat (vgl. Heynen, 2003: 7ff).

„Da war es dann so, ich konnte das nicht. (...) Ich hab‘ gedacht, ich kann damit nicht leben. Es wäre, wie wenn ich jemand umbring‘. (...) Das war mein Denken.“ (Zitat eines Missbrauchsopfers siehe: Heynen, 2003:10)

Bereits während der Schwangerschaft ist die Betroffene durch den Fetus immer wieder mit der Tat konfrontiert, was eine erhebliche und dauerhafte Belastung darstellen kann (vgl. Leeners, 2003: A717f). Es wurde nachgewiesen, dass sich mütterliche Gefühle wie Hass und Ablehnung gegenüber dem Kind negativ auf dessen Entwicklung auswirken können und damit dessen spätere psychische Gesundheit beeinträchtigt sein könnte. Auch Sucht und Bindungsprobleme treten im Laufe des Lebens ungewünschter Kinder häufiger auf. Frauen, die um diese Zusammenhänge wissen, stehen unter einem besonderen Druck, alles richtig zu machen und überfordern sich dadurch erheblich (vgl. Langsdorff, 1991: 89ff).

In der Phase der Entscheidung für oder gegen das Kind kann sich die Einstellung ihm gegenüber jedoch auch durchaus positiv verändern.

„Und dann ab dem Tag, wo ich mich entschieden hab‘, dass das Kind zur Welt kommen sollte, da hab‘ ich eine ganz andere Einstellung gekriegt. Da hab‘ ich gesagt: ‚Mein Gott, was kann das Kind dafür.‘ “ (Zitat eines Missbrauchsofers siehe: Heynen, 2003:16)

So ein Perspektivenwechsel kann ermöglichen, dass die Mutter ihr Kind gänzlich annimmt und liebt. Anstatt das Kind mit dem Gewalttäter zu identifizieren, identifiziert sich die Mutter selbst mit dem Neugeborenen (vgl. Heynen, 2003: 16).

Allerdings stellt auch die Geburt, wie bereits in Kapitel 4.1, eine besondere Belastung dar. Die Schwangere erlebt häufig Gefühle wie Hilflosigkeit, Angst und Versagensängste, die dazu führen, dass sie gegen die Geburt ankämpft, sich zurückzieht oder die Kontrolle übernehmen will. Dies ist bei Opfern von sexuellem Missbrauch deutlich stärker ausgeprägt als bei Schwangeren ohne eine solche Vorbelastung (vgl. Leeners, 2003: A717f).

In der Phase nach der Geburt kann es erneut zu Affektreaktionen kommen, ausgelöst durch das Neugeborene. Jungen erinnern die Mütter oftmals an den Täter, wohingegen Mädchen häufiger Angstgefühle auslösen können. Diese liegen darin begründet, dass die Mutter Sorge hat, ihr Kind nicht ausreichend vor negativen Erfahrungen schützen zu können. Die Genitalhygiene bei Jungen kann für die Mutter zu einer fast unlösbaren Aufgabe werden. Häufig stellt für sie auch das Stillen eine Schwierigkeit dar, weil dabei Erinnerungen an den sexuellen Missbrauch wach werden können (ebd., A718).

Die Mutterschaft ist für viele eine weitere Hürde und es kommt häufig zu Versagensängsten, die Wut, Trauer und Verzweiflung auslösen können. Eine Mutter mit einem sexuellen Missbrauch als Vorgeschichte hat meist immense Erwartungen an sich und ihre Erziehungsaufgabe. Die Rolle der Mutter wird idealisiert, was zu einer Überforderung führen kann (ebd.).

Vielen Frauen fehlen gute Verhaltensmuster für die unterschiedlichen Erziehungssituationen, da sie selbst kein positives, mütterliches Vorbild haben. Schon aus diesem Grund ist es eine besondere Herausforderung für die Schwangere, sich für das Kind zu entscheiden und es letztendlich sogar zu behalten (ebd.). Für die Mutter-Kind-Beziehung ist es ausschlaggebend, ob die Mutter es schafft, das Kind als eigene Persönlichkeit oder als Teil von sich zu betrachten. Gleichzeitig kann sich auch durch das Temperament des Kindes eine Verbindung zwischen Mutter und Säugling aufbauen, die es ihr ermöglicht, das Kind anzunehmen und es nicht mit dem Täter zu identifizieren (vgl. Heynen, 2003:16; 21).

Untersuchungen haben einen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und dem erhöhten Risiko späterer Kindesmisshandlung festgestellt. Wurde die Tat therapeutisch aufgearbeitet, oder steht der Mutter ein nicht betroffener/ vorbelasteter Partner zur Seite, sinkt dieses Risiko deutlich (vgl. Leeners, 2003: A718).

Festzuhalten ist, dass nicht alle werdenden Mütter in der Schwangerschaft oder nach der Entbindung einen schwierigen Umgang mit ihren Kindern erleben. Es kommt durchaus vor, dass die traumatische Situation aufgearbeitet oder die Betroffene während der Schwangerschaft und Geburt so gut betreut wurde, dass das Kind von der Mutter vollständig akzeptiert und angenommen werden kann (ebd., A719).

Abschließend ist auf die rechtliche Situation bezüglich des Sorge-, Umgangs- sowie Unterhaltsrechts des Kindsvaters einzugehen. Entscheidet sich die Betroffene für ein gemeinsames Leben mit ihrem Kind, ist es für sie wichtig, Hilfe und Unterstützung in Bezug auf die rechtliche Situation zu erhalten. Wird der Kindsvater nicht als Unbekannt angegeben, bleiben die üblichen gesetzlichen Regelungen in Bezug auf die Vaterschaftsanerkennung, die Unterhaltszahlungen sowie das Umgangsrecht bestehen. Allerdings erhält die Mutter laut §1626a Abs.2 BGB automatisch das Sorgerecht, wenn sie mit dem Kindsvater nicht verheiratet ist.

Nur wenn die Mutter aktiv bei dem zuständigen Familiengericht beantragt, das Recht auf Umgang aufgrund der besonderen Situation aufzuheben, ist diese Aufhebung möglich. Wichtig ist hierbei, dass die Betroffene im Vorfeld eine Anzeige gegen den Täter erstattet hat. Ansonsten kann das Gericht den Antrag der Mutter ablehnen. In diesem Fall wäre sie dazu gezwungen, den Umgang zwischen Vater und Kind zu dulden (vgl. Sperber, 2001: 43f).

Wenn die Mutter keine Anzeige erstattet hat oder den Gang zum Gericht scheut, besteht die Möglichkeit, den Vater als Unbekannt eintragen zu lassen. Somit entfallen alle Ansprüche dem Kindsvater gegenüber. Allerdings ist es möglich, auf anderem Wege finanzielle Unterstützung, z.B. vom Staat, zu erhalten. Hier sind neben dem Kindergeld sowie dem Kinderzuschlag auch das Elterngeld zu nennen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Nach §1601 des BGB sind auch alle Verwandten in gerader Linie dazu verpflichtet, Unterhalt füreinander zu zahlen.⁸

⁸ Für genauere Informationen stehen zuständige Ämter, wie z.B. Jugendämter zur Verfügung.

7. FAZIT

Ist die Schwangere bzw. junge Mutter mit der Situation überfordert, kann sie sich stets an die Jugendämter sowie an die zahlreichen Beratungseinrichtungen wenden. Gemeinsam kann hier nach Lösungen und Unterstützungen gesucht werden. Das UKE in Hamburg bietet Müttern mit ihren Kindern die Möglichkeit, therapeutische Unterstützung in Form von Gruppentherapie sowie in Form einer tagesklinischen Behandlung zu erhalten (vgl. Universitätsklinikum Eppendorf). Es kann auch über verschiedene Wohnformen für Mutter und Kind nachgedacht werden. Das SGB VIII §19 sieht vor, dass Alleinerziehende, deren Kinder unter sechs Jahren sind, einen Anspruch auf eine geeignete betreute Wohnform haben. Sollte sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung Unterstützung bei der Pflege und Erziehung ihres Kindes benötigen, findet sich hier die rechtliche Grundlage. In Hamburg gibt es eine Vielzahl an Einrichtungen, die das gemeinsame Wohnen ermöglichen und sogar über psychologische Betreuung verfügen. Zu nennen sind hier unter anderem die Mutter-Kind-Wohnungen von SterniPark e.V., die es jungen Müttern mit Kind ermöglichen, bereits vor der Schwangerschaft Unterstützung zu erhalten. Die Einrichtungen garantieren eine 24-Stunden-Betreuung für Mutter und Kind und helfen bei allen alltäglichen Belangen des Lebens, sowie bei speziellen Problematiken, die Mutter und Kind betreffen (vgl. SterniPark e.V.).

6.5 Kurzresümee

Deutlich wurde, dass es verschiedene Möglichkeiten für das Mädchen gibt, mit der Schwangerschaft umzugehen. Allein ist es fast unmöglich eine Entscheidung zu treffen, die sie überblicken und tragen können. Damit die Mädchen eine für sich richtige Entscheidung treffen können, ist es wichtig ihnen eine adäquate Beratung zuteilwerden zu lassen. Entschließt sie sich für das Kind und ein Leben mit ihm, wäre es hilfreich, ihr verschiedene Möglichkeiten aufzuzeigen, die sie nutzen kann, um einen guten gemeinsamen Start für sich und ihr Kind zu ermöglichen.

7. Fazit

Zu Beginn dieser Arbeit wurde sehr schnell deutlich, wie wenig Fachliteratur im deutschsprachigen Raum zum Thema Schwangerschaft durch sexuellen Missbrauch vorhanden ist. Während meiner Recherche nahm ich Kontakt zu Beratungseinrichtungen auf, um den in der Einleitung gestellten Frage auf den Grund zu gehen. Diese Vorgehensweise war sinnvoll, um die theoretischen Erkenntnisse und die praktischen Erfahrungen miteinander zu verknüpfen.

Schon die in Kapitel 2 dargestellten Widersprüche der Begriffsdefinitionen machen deutlich, wie kontrovers über die Begrifflichkeiten diskutiert wird und wie viele Missverständnisse und Verhinderungen daraus resultieren können. Ebenfalls ist erkennbar geworden, dass die Grenzen häufig ineinander fließen und eine klare Definition eine hohe Herausforderung darstellen würde. Es ist jedoch notwendig eine einheitliche Definition zu finden, um sowohl für die Fachwelt als auch für die Betroffenen eine eindeutige Zuständigkeit zu klären. Nur so kann verhindert werden, dass Einrichtungen unterschiedliche Auslegungen von dem in dieser Arbeit verwendeten Synonym für sexuellen Missbrauch haben und sich letztendlich aus diesem Grund nicht zwangsläufig verantwortlich fühlen.

Wie häufig die Thematik einer Schwangerschaft durch sexuellen Missbrauch in der Praxis auftaucht, war für mich eine dringende Frage. Die gefundenen Antworten waren für mich überraschend. Bei den Beratungsstellen hieß es entweder, dass dieses Thema kaum oder gar nicht vorkommt und dass in der Fachwelt sehr wenig über das Thema bekannt ist. Im Expertengespräch mit Frau Schlie aus dem Familienplanungszentrum in Hamburg-Altona wurde deutlich, dass sie nur in wenigen Fällen mit dem Sachverhalt einer Schwangerschaft durch sexuellen Missbrauch konfrontiert wird. Den Grund hierfür sieht sie unter anderem in der Scham der Betroffenen, denn sexueller Missbrauch gilt, wie innerhalb der vorliegenden Arbeit deutlich geworden ist, immer noch als Tabuthema. Ferner wurde erkennbar, dass sie wenig Erfahrung mit dieser speziellen Klientel hat. Dies ist zum Einen in der Unterpräsenz dieser besonderen Fälle begründet, zum Anderen liegt die Vermutung nahe, dass es wenig Angebote für Fachleute zu dem speziellen Thema gibt.

Dass mehr Mädchen durch sexuellen Missbrauch schwanger werden, als bekannt ist, machen die Einschätzungen von einzelnen Beratungseinrichtungen deutlich. Wie häufig sie sich dazu entschließen ihr Kind auszutragen oder sich jemandem diesbezüglich anvertrauen, wurde bislang in keiner Statistik berücksichtigt. In Kapitel 4.1 ist eine Untersuchung konkreter Fälle hierzu dargestellt. Durch diese wird deutlich, dass es nicht nur zu solchen Fällen kommt, sondern dass die Frauen ihre Kinder sogar oftmals austragen und behalten. Welche Belastung dies für die Frauen darstellt, ist durch die vorliegende Arbeit deutlich geworden.

Die Folgen von sexuellem Missbrauch sind wie im Kapitel 3 beschrieben sehr umfangreich und zum Teil besonders schwerwiegend. Die Betroffenen müssen sich nicht nur mit der Tat direkt, sondern auch mit den daraus resultierenden Folgen auseinandersetzen. Hierfür ist eine professionelle Unterstützung zumeist unumgänglich. Viele Betroffene leiden über Jahre hin-

weg an den entstandenen Folgen und können dadurch nicht an ihrem alten Leben anknüpfen. Auch eine Schwangerschaft kann eine Folge der Tat sein. Welche gravierende Bedeutung diese für das durch den sexuellen Missbrauch traumatisierte Mädchen hat, wurde in Kapitel 4 dargestellt. Um eine Retraumatisierung zu verhindern, sollten Schwangerschaftsuntersuchungen unbedingt empathisch und mit viel Feingefühl von professionellen Fachkräften durchgeführt werden.

Kommen die Mädchen zu einer Schwangerschaftskonfliktberatungstelle oder zu anderen Beratungseinrichtungen, so spricht wenig dagegen, sie direkt, aber unbedingt einfühlsam und empathisch auf sexuelle Gewalterfahrungen anzusprechen. Dies würde es den Betroffenen erleichtern, über das möglicherweise Erlebte zu sprechen. Eine Tabuisierung kann zu erneuten Traumatisierungen führen, denen eindeutig entgegengewirkt werden kann und sollte. Auch die Ärzte und Hebammen müssen wegen einer möglichen Retraumatisierung bei Untersuchungen oder während der Geburt dieses Thema offener und gleichzeitig sensibel und angemessen ansprechen. Wissen sie um die problematischen Umstände der entstandenen Schwangerschaft, wird ein einfühlsamer Umgang mit der Patientin möglich.

Immanent wichtig ist es für das Mädchen, dass ihm eine ehrliche und offene Entscheidung für oder gegen das Leben mit ihrem Kind zugestanden wird. Die Entscheidung, ein durch sexuellen Missbrauch entstandenes Kind großzuziehen, ist wie dargestellt nicht leicht. Dem Mädchen muss es gestattet werden, die vorhandenen Möglichkeiten frei gegeneinander abzuwägen, um für sich selbst die richtige Entscheidung treffen zu können. Entschließt sie sich für das gemeinsame Leben mit ihrem Kind, sind Einrichtungen wie das Mutter-Kind-Wohnen oder therapeutische Angebote für Mutter und Kind sicherlich hilfreich, jedoch nicht für jeden Einzelfall zwingend erforderlich. Nur wenn das Schicksal der Betroffenen bekannt ist, kann auf ihre Bedarfe eingegangen und eine adäquate Lösung gefunden werden. Gleichzeitig kann das Mädchen vorhandene Angebote nur dann nutzen, wenn sie die Möglichkeit hat, über das Erlebte zu sprechen, ohne Angst vor Stigmatisierung haben zu müssen. Um eine gelingende Mutter-Kind Beziehung aufzubauen, wäre es sicherlich hilfreich, der Betroffenen bereits während oder direkt nach der Schwangerschaft Hilfe und Unterstützung zuteilwerden zu lassen. Es muss hier nicht nur an die Betroffene selbst, sondern auch an ihr Kind gedacht werden. Würde hier die Erfahrung der Mutter unbewusst und unbearbeitet weitergegeben, wäre dies für die psychische Gesundheit des Kindes schädlich und muss vermieden werden.

7. FAZIT

Es stellt sich die Frage, wie die Betroffenen unterstützt werden können, wenn der Fachwelt ein qualitativer und empirischer Hintergrund fehlt. Hier besteht dringender Forschungs- und Verbesserungsbedarf, um adäquat auf die Betroffenen eingehen zu können und ihnen spezielle Angebote zur Hilfe und Unterstützung anzubieten. Es gibt, wie in Kapitel 5.3 dargestellt, spezielle Einrichtungen nur für Vergewaltigungsoffer oder Einrichtungen ausschließlich für Opfer von sexuellem Missbrauch. Wie sollen die Betroffenen wissen, ob sie sich an die richtige Einrichtung wenden, wenn selbst die Fachkräfte unterschiedliche Definitionen oder Einschätzungen von dem vorgetragenen Problem haben? Leider ist diese Unsicherheit die Realität in der Praxis! Fraglich ist, ob diese Trennung sinnvoll ist oder ob den Mädchen nicht deutlich zu viel zugemutet wird.

Abschließend lässt sich festhalten, dass Schwangerschaft durch sexuellen Missbrauch ein Thema ist, welches in der Praxis zwar vorhanden ist, jedoch viel zu wenig berücksichtigt wird. Fraglich ist, warum so wenige Fälle bekannt sind. Liegt es tatsächlich nur an der Scham der Betroffenen oder scheuen sich auch die Beratungsstellen offen mit der Thematik umzugehen? Meiner Meinung nach ist der Grund in der Scham der Betroffenen durch die gesellschaftliche Tabuisierung zu finden. Gleichzeitig liegt er bei den Beratungsstellen. Um auf die Mädchen in Zukunft besser eingehen zu können, ist es unumgänglich, dass innerhalb dieses Bereiches Forschungen betrieben werden, um ein genaueres Bild von der tatsächlichen Zahl der Frauen zu erhalten, die von diesem Schicksal betroffen sind. Wichtig wäre es, sich die möglichen Gründe, wie z.B. Scham der Betroffenen, deutlich zu machen, um ein Verschweigen der Schwangerschaftsursache zu verhindern und einen vertrauensvollen Umgang zu ermöglichen. In der Folge könnten auch konkrete Verbesserungen für eine gute Betreuungssituation der Frauen vorgenommen werden. Dem in der Praxis tätigen Fachpersonal muss die Möglichkeit geboten werden, sich umfangreich über den Umgang mit den Betroffenen zu informieren. Es sollte ein Leitfaden für die Betreuung dieser Mädchen erstellt werden. Nur so werden die Unsicherheiten auf Seiten der Fachkräfte sowie auf der der Betroffenen vermieden und ein offener Dialog kann möglich werden. Nicht nur Beratungseinrichtungen, sondern auch Arztpraxen und Kliniken können durch gezieltes Fragen auf den Hintergrund der entstandenen Schwangerschaft eingehen. Wird die Schwangere mit Fragen konfrontiert, die offen und direkt aber ohne jegliche Vorwürfe sind, kann sie möglicherweise ihre Scham überwinden und über den Umstand der Schwangerschaft durch sexuellen Missbrauch sprechen.

Die dargestellte Arbeit hat deutlich gemacht, dass nicht ausreichend Fachliteratur vorhanden ist. Dies muss dringend verändert werden, denn nur durch eine fundierte Theorie kann eine

7. FAZIT

sinnvolle Praxis möglich werden. Nur so können die Fachkräfte sicher sein, wie sie adäquat auf die Belange ihrer Klientin eingehen müssen.

Quellenverzeichnisse

Literaturverzeichnis

- Amann, Gabriele / Wipplinger, Rudolf** (2005): Sexueller Missbrauch: Begriffe und Definitionen, in: Amann, Gabriele / Wipplinger, Rudolf (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch, 3., erweiterte Aufl. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Verlag
- Bange, Dirk / Deegener, Günther** (1996): Sexueller Mißbrauch an Kindern, Ausmaß, Hintergründe, Folgen, Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Bange, Dirk** (2002): Definitionen und Begriffe, in: Bange, Dirk / Körner, Wilhelm (Hrsg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch, Göttingen: Hogrefe Verlag
- Beesdo-Baum, Katja / Wittchen, Hans-Ulrich** (2011): Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie, in: Wittchen, Hans-Ulrich / Hoyer, Jürgen (Hrsg.) (2011): Klinische Psychologie & Psychotherapie, 2., überarbeitete und erweiterte Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag
- Bentovim, Arnon** (1995): Traumaorganisierte Systeme. Systemische Therapie bei Gewalt und sexuellem Missbrauch in Familien, Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag
- Boyer, Debra / Fine, David** (1992): Sexual Abuse as a Factor in Adolescent Pregnancy and Child in: Family Planning Perspectives, Vol. 24, No. 1 (Jan. - Feb., 1992), S. 4-11+19
- Brisch, Karl Heinz** (Hrsg.) (2003): *Bindung und Trauma, Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bröder, Annette** (2008): Sexuelle Traumatisierung, Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillen, in: Die Hebamme, Jg. 21, S. 21–24
- Brossi, Rosina** (2006): Krisenintervention, in: Eckert, Jochen / Biermann-Ratjen, Eva-Maria / Hoger, Diether (Hrsg.) (2006): Gesprächspsychotherapie, Lehrbuch für die Praxis, Heidelberg: Springer Medizin Verlag

- Brunner, Ewald Johannes** (2002): Systemische Beratung, in: Nestmann, Frank / Engel, Frank / Sickendiek, Ursel (Hrsg.) (2004): Das Handbuch der Beratung, Band 2: Ansätze, Methoden und Felder, Tübingen: dgvt Verlag
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend** [Hrsg.] (1997): Modellprojekt Beratungsstelle und Zufluchtswohnung für sexuell mißbrauchten Mädchen von "Wildwasser"- Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Mißbrauch an Mädchen e.V., Berlin, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag
- Drosowski, Günther [u.a.]** (1991): Duden, die deutsche Rechtschreibung, 20 Aufl., Mannheim [u.a.]: Meyers Lexikonverlag
- Egle, Ulrich Tiber / Hoffmann, Sven Olaf / Joraschky, Peter** (2005): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen, 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag
- Enders, Ursula** (2001): Zart War Ich, Bitter War´s. Handbuch Gegen Sexuellen Missbrauch, Köln: Verlag Kiepenheuer & Witsch
- Engel, Frank / Nestmann, Frank / Sickendiek, Ursel** (2004): „Beratung“ Ein Selbstverständnis in Bewegung , in: Nestmann, Frank / Engel, Frank / Sickendiek, Ursel (Hrsg.) (2004): Das Handbuch der Beratung, Band 1 Disziplinen und Zugänge, Tübingen: dgvt Verlag
- Feldmann, Harald** [u.a.] (1992): Vergewaltigung und ihre psychischen Folgen. Ein Beitrag zur posttraumatischen Belastungsreaktion, in: Glatzel, Johann / Krüger, Helmut / Scharfetter, Christian (Hrsg.): Forum der Psychiatrie, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag (Folge 33)
- Flatten, Guido** (2005): Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD), in: Egle, Ulrich Tiber / Hoffmann, Sven Olaf / Joraschky, Peter (2005): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen, 3., vollständig aktualisierte und erweiterte Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag
- Flick, Uwe** (2010): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung, 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Gahleitner, Silke Brigitta** (2005): Neue Bindungen wagen, Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung, München [u.a.]: Reinhardt Verlag

Gläser, Jochen/ Laudel Grit (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, 3. Aufl. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften

Hartwig, Luise / Hensen, Gregor (2008): Sexueller Missbrauch und Jugendhilfe. Möglichkeiten und Grenzen sozialpädagogischen Handelns im Kinderschutz, Weinheim und München: Juventa Verlag

Herzig, Sabine (2010): Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen. Begriffe, Definitionen, Zahlen und Auswirkungen, in: Forum Sexualaufklärung Heft- Sexueller Missbrauch, 2010 S.4

Heynen, Susanne (2000): Vergewaltigt. Die Bedeutung subjektiver Theorien für Bewältigungsprozesse nach einer Vergewaltigung, Weinheim und München: Juventa Verlag

Heynen, Susanne (2003): Erzwungene Schwangerschaft und Mutterschaft durch eine Vergewaltigung. Kindesmisshandlung – und -vernachlässigung (DGgKV), Jg. 6, Heft 1/2, 98-125.

Hill, Burkhard (2008): Forschung in der Kulturellen Bildung, in: Hill, Burkhard/ Biburger Tom/ Wenzlik, Alexander (Hrsg.): Lernkultur und Kulturelle Bildung. Veränderte Lernkulturen – Kooperationsauftrag an Schule, Jugendhilfe, Kunst und Kultur, München: kopaed, S. 174-187

In-Albon, Tina & Margraf, Jürgen (2011): Panik und Agoraphobie, in Wittchen, Hans-Ulrich / Hoyer, Jürgen (Hrsg.) (2011): Klinische Psychologie & Psychotherapie, Berlin, Heidelberg, 2., überarbeitete und erweiterte Aufl. New York: Springer Verlag

Joraschky, Peter / Egle, Ulrich Tiber / Pöhlmann, Karin (2005): Depressive Störungen und Suizidalität, in: Egle, Ulrich Tiber / Hoffmann, Sven Olaf / Joraschky, Peter (Hrsg.) (2005): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen, 3 vollständige aktualisierte und erweiterte Auflage Stuttgart, New York: Schattauer Verlag

Joraschky, Peter / Arnold, Stefan / Petrowski, Katja in: Egle, Ulrich Tiber / Hoffmann, Sven Olaf / Joraschky, Peter (Hrsg.) (2005): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen, 3 vollständige aktualisierte und erweiterte Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag

Kolshorn, Maren / Brockhaus, Ulrike (2002): Feministisches Ursachenverständnis, in: Banke, Dirk / Körner, Wilhelm (Hrsg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch, Göttingen: Hogrefe Verlag

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, 4. Aufl. Weinheim; Basel: Beltz Verlag

Langsdorff, Maja (1991): Kleiner Eingriff – großes Trauma?, Schwangerschaftskonflikte, Abtreibung und die (seelischen) Folgen, Braunschweig: Gerd J. Holtzmeier Verlag

Leeners, Brigitte [u.a.] (2003): Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter, Auswirkungen und Ansätze zu einer verbesserten Betreuung bei Schwangerschaft, Geburt, Still- und früher Neugeborenenzeit, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100 (Heft 11), S. A715- A719

Martin, L. Sandra / Macy J. Rebecca (2009): Sexual Violence Against Women: Impact on High-Risk Health Behaviors and Reproductive Health in: Sexual Violence Against Women, S. 1-9

Marquardt, Claudia / Lossen, Jutta (1999): Sexuell mißbrauchte Kinder in Gerichtsverfahren, Juristische Möglichkeiten zum Schutz sexuell mißbrauchter Kinder in gerichtungsverfahren, Münster: Votum Verlag

Melisa M. Holmes [u.a.] (1996), Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women, in: American Journal of Obstetrics and Gynecology , Volume 175, Issue 2, August 1996, Pages 320-325

Moggi, Franz / Hercek, Vedrana (2002): Sexuelle Übergriffe in der Therapie, in: Bange, Dirk / Körner, Wilhelm (Hrsg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch, Göttingen: Hogrefe Verlag

Moggi, Franz (2005): Sexuelle Kindesmisshandlung: Typische Folgen und Traumatheorien, in: Amann, Gabriele / Wipplinger, Rudolf (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch, 3. erweiterte Aufl. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Verlag

Mörth, Gabriele (1994): Schrei nach innen. Vergewaltigung und das Leben danach, Wien: Picus Verlag

Reutlinger, Uta (2004): Beratung für Opfer sexuelle Gewalt, in: Nestmann, Frank / Engel, Frank / Sickendiek, Ursel (Hrsg.) (2004): Das Handbuch der Beratung, Band 2: Ansätze, Methoden und Felder, Tübingen: dgvt Verlag

- Riedel, Ulrike** (2006): **Rechtsprobleme von Babyklappen und anonymen Geburten**, “Baby Cradle Coop Slots” for Abandoned (Anonymous) Babies: Legal Problems, in: Zentralblatt für Gynäkologie, 2006; 128(2): 47-52 oder: Ausgabe 02 ,Jahrgang 128, April 2006, S 47-52 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York →<https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/zblgyn/doi/10.1055/s-2006-933396>
- Rohde, Anke / Dorn, Almut** (2007): Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie. Das Lehrbuch, Stuttgart, New York: Schattauer GmbH
- Schechter, M. / Roberge, L.** (1976): Child sexual abuse, in: child sexual abuse and neglect: the family and the community. Cambridge Ballinger, S127 – 142 nach: Fegert, Jörg M. (2007): Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch -Gesundheitsschutz , Volume 50, Nummer 1 S. 78-89
- Scheufele, Bertram** (2005): Sexueller Missbrauch. Mediendarstellung und Medienwirkung, VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Schlathölter, Birgit** (2002): Parteiliche Beratungsstellen, in: Bange, Dirk / Körner, Wilhelm (Hrsg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch, Göttingen: Hogrefe
- Schlippe von, Arist / Schweitzer, Jochen** (1998): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, 5. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Schönfeld, Sabine / Boos, Anne / Müller, Julia** (2011): Posttraumatische Belastungsstörung, in: Wittchen, Hans-Ulrich / Hoyer, Jürgen (Hrsg.) (2011): Klinische Psychologie & Psychotherapie, 2., überarbeitete und erweiterte Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag
- Seelbach-Göbel, Birgit** (2010): Geburtshilfe. Anonyme Geburt - Zahlen und Fakten 2010, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Ausgabe09, Jahrgang 70, September 2010, S. 758- 760
- Sickendiek, Ursel** (2002): Feministische Beratung, in: Nestmann, Frank / Engel, Frank / Sickendiek, Ursel (Hrsg.) (2004): Das Handbuch der Beratung, Band 2: Ansätze, Methoden und Felder, Tübingen: dgvt Verlag
- Simons, Michael / Herpertz- Dahlmann, Beate** (2008): Posttraumatische Belastungsstörung, in: Remschmidt, Helmut / Mattejat, Fritz / Warnke, Andreas (Hrsg.) (2008) Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Ein integratives Lehrbuch für die Praxis, Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Sitzler, Franziska / Körner, Wilhelm (2002): Systemische Erklärungsansätze zum Sexuellen Missbrauch, in: Bange, Dirk / Körner, Wilhelm (Hrsg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch, Göttingen: Hogrefe Verlag

Sperber Manuela (2001) Schwangerschaft durch Vergewaltigung, Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule Nürnberg

Steinhausen, Hans-Christoph (2010): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, 7. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, München: URBAN & FISCHER Verlag

Straumann, Ursula E. (2004): Klientenzentrierte Beratung, in: Nestmann, Frank / Engel, Frank / Sickendiek, Ursel (Hrsg.) (2004): Das Handbuch der Beratung, Band 2: Ansätze, Methoden und Felder, Tübingen: dgvt Verlag

Strauß, Bernhard / Heim, Dieter / Metter- Zillessen, Mirjam (2005): Sexuelle Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, in: Egle, Ulrich Tiber / Hoffmann, Sven Olaf / Joraschky, Peter (2005): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen, 3 vollständige aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart, New York: Schattauer Verlag

Unterstaller, A. (2006a): Was ist unter sexuellem Missbrauch zu verstehen? In: Kindler, H. / Lillig, S./ Blümi, H.[u.a.] (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst. München: Deutsches Jugendinstitut, zitiert nach: Herzig, Sabine (2010): Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen. Begriffe, Definitionen, Zahlen und Auswirkungen, in: Forum Sexualaufklärung Heft- Sexueller Missbrauch, 2010 S.4

Weber, Monika (2002): Spezialisierte Beratungsstellen, in: Bange, Dirk / Körner, Wilhelm (Hrsg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch, Göttingen: Hogrefe Verlag

Werner, Andreas (2010): Anonyme Abgabe des Neugeborenen – die Babyklappe, in: Der Gynäkologe, 2010, Volume 43, Number 10, Seiten 813-818

Wirtz, Ursula (1990): Seelenmord, Inzest und Therapie. Zürich: Kreuz Verlag

Wittenberg, Reinhard (2001): Schwangerschaftskonfliktberatung, Eine Analyse der Nürnberger Beratungsprotokolle aus dem Jahre 1998, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 30, Heft 4, S. 283-304

Zwanzger, Peter / Deckert, Jürgen (2007): Angsterkrankungen, Ursachen, Klinik, Therapie, in: Der Nervenarzt, Jg. 2007, Volume 78, Number 3, S. 349-360

Internetquellen

Bieneck, Steffen / Stadler, Lena / Pfeiffer, Christian (2011): Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011, online unter:
http://www.bmbf.de/pubRD/Erster_Forschungsbericht_sexueller_Missbrauch_2011.pdf (Zugriff 10.12.2012)

Bundeskriminalamt (2010): Polizeiliche Kriminalstatistik 2010, online unter:
http://www.bka.de/nn_205960/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pks__node.html?__nnn=true (Zugriff 03.02.2012)

Bundesministerium für Bildung und Forschung, online unter:
http://www.bmbf.de/pubRD/Erster_Forschungsbericht_sexueller_Missbrauch_2011%281%29.pdf (Zugriff 04.12.2012)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, online unter:
<http://www.bmfsfj.de> (Zugriff 13.02.2012)

Dunkelziffer e.V. Hilfe für sexuell missbrauchte Kinder, online unter:
<http://www.dunkelziffer.de/home.html> (Zugriff 10.12.2011)

Enders, Ursula (2011): Zu schön um wahr zu sein... , online unter:
http://www.dgfpi.de/tl_files/pdf/medien/2011-10-26_Stellungnahme_zu_KFN.pdf (Zugriff 25.11.2012)

Familienplanungszentrum Hamburg.e.V., online unter:
http://www.familienplanungszentrum.de/index.php?id=schwangerschafts_konfliktberat (Zugriff 12.12.2012)

Familien für Kinder gGmbH online unter:
http://www.pflegekinder-berlin.de/index.php?article_id=12 (Zugriff 12.02.2012)

Flatten, Guido [u.a.] (2011): S2 – Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. Trauma & Gewalt 3: 214-221 online unter:
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-027k_S2_Akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_kurz2011_01.pdf (Zugriff 8.11.2011)

Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH (FazNet) online unter:

<http://faz-community.faz.net/blogs/biopolitik/archive/2012/01/23/ministerin-schroeder-babyklappe-zum-zweiten-zum-dritten-diesmal-in-grau-weiss-nicht.aspx> (Zugriff 04.01.2012)

Heynen, Susanne (2005): Zeugung durch Vergewaltigung, Folgen für Mütter und Kinder, online unter:

<http://www.schwanger-und-gewalt.de/pdf/Zeugung.pdf> (Zugriff 10.12.2012)

Moses-online online unter:

http://www.moses-online.de/nachrichten/2010_01_14/rechtsfragen-im-zusammenhang-abgabe-kindern-einer-babyklappe (Zugriff 15.02.2012)

National Organisation for Women online unter:

<http://www.now.org/issues/violence/stats.html> (Zugriff 14.02.2012)

Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V. online unter:

<http://www.frauennotruf-hamburg.de> (Zugriff 10.12.2011)

ProFamilia, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., (2009), Körper und Sexualität, Schwangerschaftsabbruch, 5. überarbeitete Auflage, online unter:

http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Reihe_Koerper_und_Sexualitaet/schwangerschaftsabbruch.pdf (11.02.2012)

ProFamilia, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung Landesverband Hamburg e. V. online unter:

<http://profamilia-hamburg.de/site/schwakon.html>;

<http://www.profamilia.de/erwachsene/ungewollt-schwanger/schwangerschaftsabbruch/medizinisches/mifegyne.html> (Zugriff 11.12.2011)

Sächsische Staatskanzlei online unter:

http://amt24.sachsen.de/ZFinder/verfahren.do;jsessionid=6A4AC6E95ECADB222D7AEE6564F1FEF3.zufi2_1?action=showdetail&modul=VB&id=36377!0#dauer (Zugriff 10.11.2011)

Schönfeld, Kornelia (2001): Sexualisierte Gewalt und Geburtshilfe, Bestandsaufnahme aus frauenärztlicher Sicht, online unter:

<http://www.geburtskanal.de/> (Zugriff 06.12.2011)

Schwanger in schwierigen Umständen. Gewalt in der Schwangerschaft. Schwanger nach Gewalt, online unter:

<http://www.schwanger-und-gewalt.de>; <http://www.schwanger-und-gewalt.de/pdf/Handout.pdf> (Zugriff 14.11.2011)

Skolik, Silvia (2002): Sexualisierte Gewalt gegen Frauen, Auswirkung auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett,

online unter: <http://www.geburtskanal.de/> (Zugriff 06.12.2011)

Statistisches Bundesamt (2011): Gesundheit, Schwangerschaftsabbrüche Wiesbaden Fachserie 12 Reihe 3, online unter:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Schwangerschaftsabbrueche2120300107004,property=file.pdf> (Zugriff 10.01.2012)

SterniPark e.V., Projekt Findelbaby online unter:

<http://www.sternipark.de> (Zugriff 13.02.2012)

Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg online unter:

<http://www.uke.de> (Zugriff 09.01.2012)

Gespräche

Kowalevski, Mitarbeiterin von der Stiftung Opferhilfe Niedersachsen, Gespräch geführt am 01.2012

Rethemeier, Annette, Sozialpädagogin tätig bei ProFamilia e.V., Gespräch geführt am 15.02.2012

Ruschmeier, Sibylle, Diplomsoziologin tätig bei NOTRUF e.V., Gespräch geführt am 25.10.2011

Schlie, Karin. Diplompädagogin tätig im Familienplanungszentrum in Hamburg-Altona, Gespräch geführt am 21.11.2012

Seifert, Dragana, Koordinatorin des Kinderkompetenzzentrums, im Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Eppendorf in Hamburg, Gespräch geführt am 09.02.2012

Von Renteln, Katharina Diplom Psychologin bei Dunkelziffer e.V., schriftlicher Kontakt am 15.12.2011

Winter Magret, Mitarbeiterin aus der Abteilung Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung des Diakonischen-Hilfswerks Hamburgs, schriftlicher Kontakt am 01.2012

Wulf-Thrien, Heidi Mitarbeiterin von ProFamilia e.V. schriftlicher Kontakt am 25.01.2012

Abbildungsverzeichnis

Tab. 1: Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung
(Quelle: Bundeskriminalamt, 2010: 145)

Tab. 2: Tötungen von Neugeborenen und Aussetzungen
(Quelle: Seelbach- Göbel, 2010: 759)

Abkürzungsverzeichnis

DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen
Notruf e.V.	Notruf für vergewaltigte Frauen und Mädchen e.V.
ProFamilia e.V.	Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexual- beratung e. V.

Interview

Leitfaden

Würden Sie mir erläutern, wie Ihre Arbeit im Kontakt mit den Mädchen die zu Ihnen kommen aussieht?

- ➔ Welche unterschiedlichen Beratungsansätze sind Ihnen geläufig und mit welchem/welchen arbeiten sie?
- ➔ Mit welchen Fragen/ Anliegen kommen (sexuell Missbrauchte) Mädchen, ihrer Meinung nach zu Ihnen?
- ➔ Können Sie verdeutlichen in welcher Situation sich die meisten Mädchen befinden die zu Ihnen kommen?

Kommen Mädchen zu Ihnen, die durch einen sexuellen Übergriff schwanger werden?

- ➔ Was würden sie ungefähr schätzen, wie häufig kommen Mädchen zu Ihnen, die durch die Tat schwanger wurden?
- ➔ Welchen Grund hat es Ihrer Meinung nach, dass die Zahl so aussieht?
- ➔ Was wird Ihnen über den Täter berichtet? → Wer ist am häufigsten der Täter?
- ➔ Gibt es Ihres Wissens nach, spezielle Einrichtungen die sich mit der Problematik beschäftigen? (Wenn ja, welche wären das?)
- ➔ Welche Bedeutung hat die durch Vergewaltigung entstandene Schwangerschaft für die Mädchen ihrer Meinung nach?
- ➔ Welche Bedeutung hat eine ungewollte Schwangerschaft für die Mädchen die zu Ihnen kommen, ihrem Eindruck nach zu urteilen?
- ➔ Welche Konflikte treten Ihrer Erfahrung nach auf?
- ➔ Welche Unterstützung können Sie den Mädchen bieten?

Können sie mir die Möglichkeiten aufzeigen, die die Mädchen haben? -> Abtreibung etc.

- ➔ Welchen Eindruck haben sie, welche Option von den Mädchen am ehesten gewählt wird, und warum?
- ➔ Wie und durch wen werden die Mädchen bei ihrer Entscheidung unterstützt?
- ➔ Wenn die Mädchen das Kind behalten wollen, wer ist dann zuständig für sie?
- ➔ Gibt es jemanden, der diese Mädchen professionell unterstützt um Mutter und Kind zumindest anfänglich zu begleiten?

Welche Folgen hat eine Vergewaltigung aus Ihrer Sicht für die Mädchen?

- ➔ Sind die Folgen für sie spürbar/sichtbar?
- ➔ Wie machen sich die Folgen bemerkbar?
- ➔ Können sie mir erklären, wie sie mit den Folgen umgehen? Und wie die Mädchen mit diesen umgehen?

Transkription

Würden Sie mir erläutern, wie Ihre Arbeit im Kontakt mit den Mädchen die zu Ihnen kommen aussieht?

Also per se kann ich sagen, sind es gar nicht so viele jüngere Mädchen die schwanger werden. Also nicht so wie man denkt, dass die ganzen Minderjährigen schwanger werden sondern, dass es sich durch die gesamte Alterspanne zieht. Dann ist es jedenfalls so, dass sie kommen und in der Anmeldung sagen, dass sie schwanger sind und sich beraten lassen möchten. Dann klären wir erst mal was ihr Anliegen ist. Wollen sie die Schwangerschaft abbrechen z.B. oder sind sie sich unsicher, ob sie die Schwangerschaft abbrechen möchten, oder wollen sie nochmal eine Untersuchung darüber. Das ist alles hier möglich. Und wenn sie dann zu mir kommen, weil ich bin hier als Beraterin, dann schauen wir, ob sie entweder eine Konfliktberatung wollen im Sinne von Entscheidungsfindung oder aber wenn sie entschieden sind und die gesetzlich vorgeschriebene Schwangerschaftskonfliktberatungsbescheinigung benötigen.

Dann gibt es natürlich auch noch die Untersuchung, also die Mädchen können sich hier untersuchen lassen und prüfen, ob sie tatsächlich schwanger sind und dann kann hier ggf. eine Indikation geschrieben werden.

Muss eine Ärztin die Untersuchung durchgeführt haben?

Um eine kriminologische Indikation zu erhalten, dann ja. Ansonsten wenn sie die ganze Untersuchung gar nicht will, dann nicht. Dann muss sie die gesetzlich vorgeschriebene Beratungsbescheinigung haben und die kann sie hier natürlich auch bekommen. Also es ist nicht zwingend notwendig, dass sie untersucht wird.

Nach welchen Beratungsansätzen arbeiten sie hier?

Ich würde so ad hoc sagen, dass wir nach dem feministischen, parteilichen sowie systemischen Ansatz beraten. Unsere Arbeit ist schon auf die beiden Ansätze ausgerichtet.

Können sie verdeutlichen in welcher Situation die durch missbrauchte schwangeren Mädchen sind, wenn sie hier ankommen?

Also sie sind zum Einen in der Schocksituation, denke ich, diese traumatische Erfahrung gemacht zu haben. In einer großen Ambivalenz zwischen in Ruhe gelassen zu werden und werden zu wollen und aber auch eigentlich auch ähm aber auch diesen Straftatbestand in einer

Weise natürlich auch geahndet zu wissen, in diesem Konflikt sind die jungen Mädchen denke ich mal auch häufiger. Sie haben auch oft Angst vor übertragbaren Krankheiten. Das ist auch eine große Sorge mit der sie hierher kommen und dann eben auch oft wenn sie in der Beratung sind darum geht eine medizinische Information einzuholen. Das ist natürlich hier super, weil wir hier auch Ärztinnen haben und hier Hand in Hand arbeiten können. Und ähm es geht natürlich hier auch oft um Kriseninterventionen unabhängig von Schwangerschaft sein, ähm, aber eben dann auch das noch on top noch verarbeiten zu müssen. Das ist natürlich ne ziemliche Überforderung für die Mädchen und jungen Frauen. Und wir fokussieren uns hier erstmal das Anliegen Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikte oder Schwangerschaftsabbruch und wenn sie dann Richtung medizinisches Gutachten gehen wollen, dann verweisen wir natürlich auch woanders hin. Oder wenn sie einen Abbruch gehabt haben, den wir ja natürlich nicht hier durchführen, können sie danach gerne noch wieder zu uns kommen, um psychische Aufarbeitung zu haben, aber im Falle von sexuellem Missbrauch und Traumatisierungen wäre es oft auch sinnvoller in einen therapeutischen Prozess zu gehen. Das machen wir hier ja nicht. Wir können hier ein Angebot von 10 Beratungsstunden anbieten aber das reicht ja nicht unbedingt aus und oft ist es auch so, dass es meiner Meinung sinnvoll ist, diesen therapeutischen Prozess etwas später anzufangen. Weil in dieser akuten Phase geht es eigentlich erst mal nur um Stabilisierung und um Aufgefangen werden und das versuchen wir hier aber auch zu leisten.

Wie oft kommt es ihrer Einschätzung nach vor, dass Mädchen durch einen sexuellen Übergriff schwanger werden?

Das kann ich nicht schätzen, aber vielleicht so ungefähr einmal im Jahr, dass ich so einen Fall betreue, aber das ist nur mein eigenes persönliches Empfinden. Also ausgesprochene Fälle, was auch immer nicht ausgesprochen bleibt oder ist...

Wie erklären sie sich diese Zahl?

Das ist, glaube ich, denke ich, bei diesen jungen Mädchen ein spezielles Thema. Da müssten sie vielleicht mal mit unserer Sexualpädagogin sprechen, die sozusagen hier diese Jugendarbeit macht und viel in Schulklassen zu Gange ist und da eben diese ganzen Übergriffe über Internet und ganzen neue Formen beschäftigt und sich da gut auskennt, die ist aber momentan langzeiterkrankt, das wird dann wohl eher schwieriger. Die hat sicherlich noch einen besseren Einblick, was sozusagen noch die Dunkelziffer betrifft und wo Mädchen oder junge Frauen

einfach Dinge nicht artikulieren, weil sie sich schämen oder sich mitschuldig fühlen oder weil sie vielleicht auch Sorge haben, dass ihnen dann noch mehr passiert.

Wird über den Täter hier gesprochen?

Ja, also wenn wird er meist nicht namentlich erwähnt, aber durchaus schon. In welcher Konstellation oder in was für einer Situation. Oft ist es dann ja auf Partys mit viel Alkohol oder irgendeiner Situation wo es dann eben auch zum Teil die Möglichkeit gibt ein klares Nein auszusprechen, oder der Junge, der eben auch oft nicht mehr im vollen Besitz seiner Kräfte ist, um überhaupt die Situation überblicken zu können.

Also ist der Täter nicht der innerfamiliäre, sondern der Bekannte???

Ja, das ist meine Erfahrung. Also Väter, Onkel, Großvater, das wird es bestimmt auch alles geben, aber das ist mir jetzt hier so noch nicht wirklich untergekommen.

Welche Bedeutung hat ihrer Meinung nach eine ungewollte Schwangerschaft???

Eine große Bedeutung, also ungewollt schwanger zu sein, ist ja oft erst mal eine kritische Lebenssituation. Also das bringt ja jedes Mädchen oder junge Frau erst mal in eine große psychische Krise. Meistens, also das ist nicht immer so. Es gibt bestimmt auch welche, die ganz klar mit sich sind und sagen: „Ich habe Sex und dann kann man schwanger werden.“ Und wenn ich schwanger bin, kann ich einen Abbruch machen. Aber ich denke, bei den meisten jungen Mädchen, auch wenn das nicht immer bewusst ist, löst dies eine psychische Krise aus oder eine kritische Lebenssituation in der sie natürlich fragen: „Wie kriege ich das hin oder wie verarbeite ich einen Abbruch oder wie verheimliche ich da am besten?“ Das ist auch ein großes Thema bei Mädchen, weil sie dann nicht wollen, dass jemand das mitbekommt.

Und in der Kombination mit Missbrauch ist das, glaub ich, gar nicht abzusehen. Die Dimensionen psychischer Natur für eine junge Frau, die dort entstehen können. Also durch einen Vergewaltiger schwanger geworden zu sein, ist denke ich eine große Traumatisierung.

Wie sieht der weitere Weg für die Mädchen aus?

Also Verläufe bekommen wir hier eben auch nur ganz selten mit, da wir eben nur diese 10 Beratungstermine anbieten, aber die wären natürlich spannend zu erfahren. Ich suche dann z.B. mit den Mädchen gemeinsam Therapeuten und Therapeutinnen oder gebe ihnen Flyer mit Telefonnummern mit, wenn ich das Gefühl habe, dass sie damit alleine zurechtkommen oder jemanden haben, der sie auch unterstützt. Sonst rufen wir auch gemeinsam an. Ich versuche

sie da schon an die Hand zu nehmen. Das mache ich schon. Oder ich suche dann z.T. auch Psychiater Psychiaterinnen, das wäre dann der nächste Schritt, wenn ich das Gefühl habe, dass die Mädchen so doll kompensiert sind, dass eine Psychotherapie nicht ausreicht, oder sie stationär in eine psychosomatische Klinik aufgenommen werden müssen, oder oder oder... dann helfe ich dabei auch. Das ist ein bisschen abhängig von dem Mädchen. Ich kann sie nirgendwo hinbegleiten, das sprengt den Rahmen meiner Arbeitszeit, aber ich schaue schon, dass sie unterstützt wird. Zumindest gemeinsam mit ihr am Telefon zu sitzen und zu schauen, wo sie hingehen kann. Wenn sie jung ist, dann schauen wir auch immer, ob es nicht die Möglichkeit gibt, ihre Eltern mit einzubeziehen, oder wenn sie einen Freund oder eine Freundin hat, kann man auch mal schauen, ob sie selber z.B. bei einer Gynäkologin anruft.

Welche Möglichkeiten haben die Mädchen generell wenn sie schwanger sind, können sie das verdeutlichen?

Naja, es gibt ja zum einen die Möglichkeit zu uns zu kommen, dann gibt es die Möglichkeit psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Es gibt die sozusagen entsprechenden Beratungsstellen, dann gibt es Mutter-Kind-Einrichtungen, dann gibt es äh, wenn die Frau in einer psychischen Krise ist, die Möglichkeit sie an Kliniken zu verweisen. Das kann aber nicht ich machen, dafür brauche ich eine Ärztin, aber das ich dann mit Ärztinnen zusammenarbeite, wo ich die Mädchen dann hin überweise, die das dann diagnostizieren, am Ende was geht und was das Sinnvollste wäre.

Welche Möglichkeiten haben die schwanger gewordenen Mädchen bezüglich ihres Kindes, wird das in diesem Rahmen angesprochen?

Wenn das sozusagen so ist, dass die junge Frau unsicher ist, dass sie sich nicht im Klaren darüber ist, wie sie damit weiter umgehen möchte, oder wenn sie unklar ist, ob sie ein Abbruch machen möchte, dann gibt es sozusagen die gesamte Bandbreite einmal. Wenn es aber klar ist und sie sagt, dass sie die Schwangerschaft auf keinen Fall austragen möchte, welches, ich würde mal meinen, eher die Regel ist, in so einer Situation, dass die Frauen eher einen Abbruch wollen, dann äh haben wir hier Treffen und dann haben wir hier natürlich die Möglichkeit sie dahin weiter zu unterstützen, dass sie da gut ankommen.

Inwieweit ist es Ihnen möglich, die anderen Möglichkeiten, wie z.B. Adoption innerhalb der Beratung zu besprechen und vorzubereiten?

Also wenn die Frau sagt, sie möchte gerne eine Adoption, dann verweisen wir an die Freie Adoptionsstelle, wenn äh Pflegefamilie, äh würde ich auch an die Freie Adoptionsstelle verweisen, oder an Piff. Ich hab die Möglichkeit zu allen Gynäkologen zu verweisen, die Abbrüche machen, die *Pille danach* können wir hier geben, ähm, weil wir zwei Gynäkologen angestellt haben, ja...

Ist es in der Beratung ihrem Wissen nach möglich, über die Tat bzw. den Tathergang zu sprechen, bevor eine Strafanzeige erfolgte, oder würde sich das dann möglicherweise negativ bei der Verhandlung auswirken können?

Das weiß ich nicht, darüber kann ich gar nichts sagen. Also wenn die Frauen in der Beratung mit mir über die Tat sprechen möchten, dann weigere ich mich da nicht. Das bleibt sowieso dann alles vertraulich. Aber wie das juristisch aussieht weiß ich nicht.

Durch wen werden die Mädchen ihrer Meinung nach unterstützt bei ihrer Entscheidungsfindung?

Das können Freunde, Freundinnen, das können, wenn sie gut in der Familie aufgehoben ist, Familienangehörige sein, das können Lehrerinnen, Beratungslehrerinnen sein, das haben wir hier auch schon erlebt, dass hier von der Schule jemand anruft und äh, oder Vertrauenslehrerinnen, die sich an uns wenden. Der Partner, ja, das würde ich so sagen...

Gibt es professionelle Unterstützung für Mutter und Kind, ihrem Wissen nach?

Es gibt Mutter-Kind Einrichtungen, die gibt's auch für psychisch kranke Mütter, im UKE gibt es eine verschiedene Angebote sowie die Tagesklinik für psychisch kranke Mütter und Kindern. Aber eine Frau die vergewaltigt wurde ist ja per se jetzt nicht direkt psychisch krank. Da muss man dann auch erst mal gucken, ob dass das richtige Angebot ist.

Wie können die Folgen einer Tat bei der Betroffenen aussehen?

Traumatisierung ist eine deutliche Folge, eine Grundverunsicherung gerade was auch die Beziehungsfähigkeit angeht. Sexuelles Erleben wird sicherlich dadurch beeinträchtigt sein. Einfach eine Grundverunsicherung, die es schwer macht, da wieder Vertrauen zu fassen, das ist schon ein langer Weg.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Julia Sellin, Hamburg, 20.04.2012