



Blick in die Wissenschaft | 31

Forschungsmagazin der Universität Regensburg

Warum begehen Menschen Gewaltakte?

Multi- und interdisziplinäre Gewalterklärungen

Deutschland – Land mit fehlender Kultur und Tradition für Kinderschutz

Risiko: Flirt

Annäherung und sexueller Übergriff aus psychologischer
und kulturwissenschaftlicher Sicht

Menschen brauchen Hilfe, andere schauen nur zu?

Der Bystander-Effekt

Gewalt und Aggression:

Was sieht der Unfallchirurg – was wissen wir über die
Opferperspektive?

Auge um Auge, Mandibel um Mandibel

Tödliche Kämpfe im Ameisenstaat

Nagezahn um Nagezahn

Translationale Tiermodelle für Aggression

Zwischen humaner Religion und schädlichen Glaubensmächten

Ambivalente Beziehungen
zwischen Religion und Gewalt

Radikale Ästhetik wider antijüdische Gewalt

Pogrome in Text und Bild

Das Konzentrationslager – das *ganz Andere*?

Geschichtsbild, Wahrnehmungsprozesse
und die Literatur der Überlebenden

„Lasciate ogni speranza voi ch’entrate!“

Formen des Widerstands in „totalen Organisationen“

Gewalt Mensch – Tier

Geschichte und Begründung
des Verbots der Tierquälerei

Demokratie und Gewalt

Spuren einer Transformationsgeschichte



Blick in die Wissenschaft
Forschungsmagazin
der Universität Regensburg
 ISSN 0942-928-X, Heft 31/24. Jahrgang

Herausgeber

Prof. Dr. Udo Hebel
 Präsident der Universität Regensburg

Redaktionsbeirat

Prof. Dr. med. Reinhard Andreesen
 Prof. Dr. rer. pol. Susanne Leist
 Prof. Dr. rer. nat. Christoph Meinel
 Prof. Dr. phil. Ursula Regener
 Prof. Dr. rer. nat. Klaus Richter
 Prof. Dr. phil. Hans Rott

Universität Regensburg, 93040 Regensburg
 Telefon (09 41) 9 43-23 00
 Telefax (09 41) 9 43-33 10

Verlag

Universitätsverlag Regensburg GmbH
 Leibnizstraße 13, 93055 Regensburg
 Telefon (09 41) 7 87 85-0
 Telefax (09 41) 7 87 85-16
 info@univerlag-regensburg.de
 www.univerlag-regensburg.de
 Geschäftsführer: Dr. Albrecht Weiland

Abonnementservice

Bastian Graf
 b.graf@univerlag-regensburg.de

Anzeigenleitung

Corinna Kestler
 info@univerlag-regensburg.de

Herstellung

Universitätsverlag Regensburg GmbH
 info@univerlag-regensburg.de

Einzelpreis € 7,00

Jahresabonnement

bei zwei Ausgaben pro Jahr
€ 10,00 / ermäßigt € 9,00
 für Schüler, Studenten und Akademiker
 im Vorbereitungsdienst (inkl. 7% MwSt)
 zzgl. Versandkostenpauschale € 1,64 je
 Ausgabe. Bestellung beim Verlag

Für Mitglieder des **Vereins der Ehemaligen Studierenden der Universität Regensburg e.V.** und des **Vereins der Freunde der Universität Regensburg e.V.** ist der Bezug des Forschungsmagazins im Mitgliedsbeitrag enthalten.



Henning Ernst Müller



Inga Neumann



Isabella von Treskow

Gewalt

in verschiedenen Formen steht mehr denn je im Fokus der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit. Zum einen erlebt Deutschland politische Gewalt mit neuer Stärke, etwa die rassistischen Angriffe auf Flüchtlingsunterkünfte oder die Protestaktionen der Gegner der europäischen Krisenpolitik anlässlich der Eröffnung der neuen Zentrale der EZB. Zum anderen sind wir mit verheerenden politischen Zuständen und Kriegssituationen in vielen Ländern der Erde konfrontiert, etwa in der Ukraine, in Syrien oder im Irak, v. a. mit der exzessiven und medial verbreiteten Grausamkeit des IS, mit Machtkonflikten, die Flüchtlinge nach Deutschland treiben. Gewalt findet ebenfalls, wenn auch weniger sichtbar, in privatem Rahmen statt: Gewalt gegen Kinder, Gewalt in der Familie, sexuelle Gewalt.

Den biologischen, historischen und sozialen Ursachen von Gewalt und Aggression, ihren Folgen in Geschichte und Gegenwart für Individuum und Gesellschaft ebenso wie dem Zusammenhang von Aggression, Gewalttaten und medialer Wahrnehmung widmet sich der interdisziplinäre Themenverbund der Universität „Gewalt und Aggression in Natur und Kultur“. In dieser Ausgabe des Forschungsmagazins gibt er Einblicke in die Vielfalt seiner Perspektiven und Einzelthemen.

Der Themenverbund formierte sich 2010 als Zusammenschluss von etwa dreißig Forscherinnen und Forschern aus sieben Fakultäten der Universität Regensburg mit dem Ziel, sich mit unterschiedlichen Aspekten von Aggression bzw. Gewalt aus naturwissenschaftlicher, medizinischer sowie geistes- und gesellschaftswissenschaftlicher Sicht auseinanderzusetzen. Der Akzent liegt besonders auf neuen disziplinären Querverbindungen und daraus hervorgehenden Fragen – Amok und frühe Traumatisierung zählen beispielsweise dazu.

Wo Gewalt auftritt, wird schnell klar, dass sie nur bedingt eindimensional begriffen werden kann. Vielmehr verdeutlichen die im Verbund identifizierten komplexen Themenbereiche, dass eine interdisziplinäre Herangehensweise *conditio sine qua non* für eine weiterreichende Forschung ist. So beschäftigen sich an unserer Universität mit dem Thema Gewalt und Aggression sowohl empirisch arbeitende Disziplinen wie Biologie, Psychologie, Kriminologie und (Forensische) Psychiatrie als auch etwa hermeneutisch oder soziologisch arbeitende, z. B. kultur- und gesellschaftswissenschaftlich orientierte Disziplinen der Geisteswissenschaften. Dabei gilt es, sich mit zahlreichen fächer-spezifischen Unterschieden hinsichtlich der Begriffsdefinitionen, methodischen Ansätze und inhaltlichen Dimensionen auseinanderzusetzen.

Ein besonderes Anliegen ist dem Themenverbund, regelmäßig in öffentlichen Vortrags- und Diskussionsveranstaltungen über aktuelle Schwerpunkte zu informieren und eine Brücke zwischen Universität und Gesellschaft zu schlagen. Sowohl beteiligte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Verbunds wie externe Experten und Forscherinnen oder Forscher anderer Universitäten diskutieren hierbei etwa zu den Themen „Amok und Jugendgewalt“ (2011), „Aggression und Kooperation“ (2012), „Widerstand in Organisationen“ (2014), „Dunkelfeld Pädophilie“ (2014) oder „Frühes Trauma – spätere Gewalt“ (2014).

Das zentrale Projekt des Themenverbunds ist der im Wintersemester 2013/2014 begonnene interdisziplinäre Masterstudiengang „Kriminologie und Gewaltforschung“, in dem die Forschungsgegenstände der Mitglieder des Themenverbunds in der Lehre zusammengeführt werden.

Deutschland – Land mit fehlender Kultur und Tradition für Kinderschutz

Christian Dörfler, Michael Melter

Kindesmisshandlungen sind ein gesellschaftlich sehr relevantes Problem. Nur ein Bruchteil der Täter muss mit Konsequenzen rechnen. Allerdings wurden auch erst in den letzten Jahren und Jahrzehnten die rechtlichen Rahmenbedingungen durch den Gesetzgeber präzisiert, die dazu beitragen, dem Problem im öffentlichen Bewusstsein einen größeren Stellenwert zu verschaffen. Typische Beispiele für Misshandlungsformen an Kindern sollen im Folgenden dargestellt werden.

Geschichtlich betrachtet gab es die Misshandlung von Kindern wohl schon immer. Das Konzept und auch der Begriff der „Kindesmisshandlung“ als sozial unerwünschtes Verhalten sind hingegen relativ „jung“. Bis in die Aufklärung (17.–18. Jahrhundert) hinein galten Kinder als Eigentum der Eltern ohne eigene Rechte, die selbstverständlich frühzeitig (bei den Eltern) mitarbeiten mussten. Und während der Industrialisierung waren Arbeitszeiten für Kinder von bis zu 16 Stunden pro Tag üblich. Ein vermeintlicher gesellschaftlicher Wandel schritt gerade in Deutschland nur langsam voran. So bestand deutschlandweit für Lehrer ein Züchtigungsrecht bis 1973, in Bayern sogar bis 1980. Immerhin wurde schließlich im Jahr 2000 dann doch auch im Bürgerlichen Gesetzbuch das Recht auf gewaltfreie Erziehung verankert (BGB § 1631). Und während es bereits 1933 ein Tierschutzgesetz (Reichstierschutzgesetz) gab, wurde erst 2012 das erste Kinderschutzgesetz (Bundeskinderschutzgesetz) in Deutschland in Kraft gesetzt.

Unberührt davon bleibt Kindesmisshandlung allerdings ein relevantes Problem. Aus Befragungen von Erwachsenen wurde errechnet, dass – bei einer großen Dunkel-

ziffer – mindestens ca. 8 % der Frauen und knapp 12 % der Männer körperliche Misshandlungen in der Kindheit erfahren haben. Die polizeiliche Kriminalstatistik berichtet 2013 für Deutschland von 14.877 registrierten Fällen von sexueller Gewalt gegen Kinder, von 4.051 Ermittlungen bzgl. Misshandlungen und von 153 Todesfällen im Zusammenhang mit Gewalt bei Kindern unter 14 Jahren. Generell weisen Kriminalstatistiken jedoch nur das sogenannte „Hellfeld“ aus, gerade bei Kindesmisshandlung ist jedoch das „Dunkelfeld“ – also die Zahl nicht zur Meldung gebrachter Fälle – immens groß.

Die Kindesmisshandlung wird im Allgemeinen in vier Kategorien [1] unterteilt: Körperliche Misshandlung, Seelische Misshandlung, Sexuelle Misshandlung und Vernachlässigung (AWMF S2 Leitlinie Kinderschutz der DGSPJ, übernommen von der DGKJ und DGKCh; 2008/2009). Zum Teil wird auch noch das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom („Münchhausen by Proxy Syndrom“) hiervon abgegrenzt, zum Teil wird es aber auch der körperlichen Misshandlung subsumiert.

Unter allen Varianten der Kindesmisshandlung gilt die Vernachlässigung als die häufigste. Während gerade bei der Vernachlässigung die Dunkelziffer hoch ist, sind es auch immer wieder Extremfälle von verwahrlosten Kindern, die das öffentliche Interesse durch die Medien wecken. Seelische Misshandlungen spielen naturgemäß in der somatisch dominierten Akutmedizin einer Kinder- und Jugendklinik keine oder allenfalls eine untergeordnete Rolle. Andererseits ist auch heute noch die Wahrnehmung möglicher sexueller Missbräuche auch durch uns Kinder- und Jugendärzte leider immer noch allenfalls rudimentär entwi-

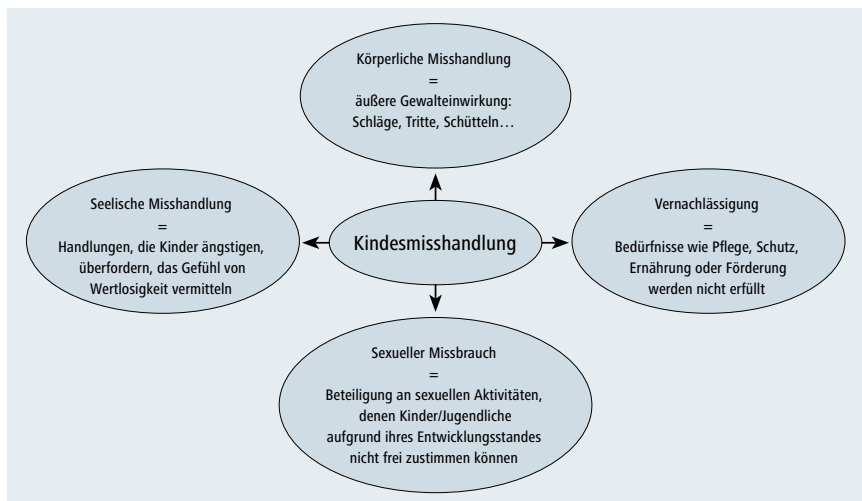
ckelt, sodass auch in diesem Bereich die Dunkelziffer als extrem hoch anzunehmen ist.

Für körperliche Misshandlungen gilt, dass Kinder in den ersten vier Lebensjahren und dabei insbesondere Säuglinge (1. Lebensjahr) das höchste Risiko aufweisen. Eine Sonderstellung hierbei nimmt das sogenannte „Schütteltrauma-Syndrom“ des Säuglings („Shaken Baby Syndrome“) und das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom ein. Beim Schütteltrauma-Syndrom packt der Täter das Opfer an Armen und/oder Brustkorb und schüttelt es vor und zurück. Durch die schwache Nackenmuskulatur sind die Säuglinge nicht in der Lage, den Kopf zu stützen, sodass er an Brust und Rücken anstößt [2]. Befragungen von geständigen Tätern zeigen, dass diese sich durch das Ausmaß der ausgeübten Kräfte schon im Moment des Schüttelns im Klaren darüber sind, dass die Gewalteinwirkung bleibende gesundheitliche Schäden nach sich ziehen müssen. In der Regel ist ein Schütteltrauma auch keine geplante Kindesmisshandlung, sondern Folge eines impulsiven Kontrollverlustes durch die Täter. Es verwundert daher nicht, dass Kinder, die ein besonders ausgeprägtes Schreiverhalten zeigen, diesbezüglich ein erhöhtes Risiko aufweisen. Als besonders gefährdet gelten zudem Säuglinge aus sozialen „Risiko-Verhältnissen“, v. a. wenn die Eltern eigene Gewalterfahrungen gesammelt haben oder wenn bei diesen ein Drogenmissbrauch besteht.

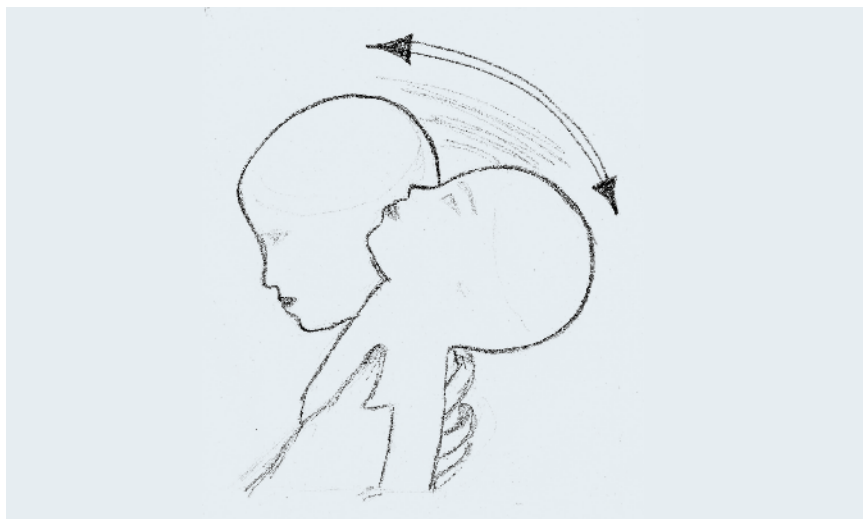
Die beschriebene Gewalteinwirkung auf den Schädel führt beim Schütteltrauma zu Scherkräften an den venösen Blutgefäßen, die schließlich in Zerreißen und Einblutungen unter die Hirnhäute („Subduralblutungen“) und im Bereich der Netzhäute der Augen („retinale Blutungen“) münden. In

kernspintomographischen Untersuchungen (MRT) lassen sich zudem typischerweise akut diffuse Schädigungen der weißen Hirnsubstanz und im Verlauf ein globaler Verlust an Hirnmasse nachweisen [3]. Dieses Verletzungsmuster ist für diesen Misshandlungstyp spezifisch („pathognomonisch“). Die beschriebenen Verletzungen führen dazu, dass die betroffenen Kinder innerhalb kurzer Zeit schläfrig wirken, das Bewusstsein verlieren oder es sogar zu Atemstillständen kommt. Auch Krampfanfälle werden häufig kurzfristig nach dem Trauma beobachtet und führen meist dazu, dass medizinische Hilfe durch die Angehörigen gesucht wird. Eine ursächliche (kurative) Behandlung ist zu diesem Zeitpunkt aber nicht mehr möglich. So kann in der Klinik lediglich eine supportive (unterstützende) Behandlungen eingeleitet werden und können Folgen der akuten Schädigung, wie z. B. Krampfanfälle, durchbrochen oder eine künstliche Beatmung durchgeführt werden. Die entstandenen Schäden am Gehirn sind jedoch überwiegend irreversibel, sodass das Schütteltrauma insgesamt eine schlechte Prognose aufweist. Man geht davon aus, dass ca. ein Fünftel bis ein Viertel der Betroffenen verstirbt und von den Überlebenden über 60 % schwere Folgeschäden davontragen.

Eine besonders groteske Form der Kindesmisshandlung stellt das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom dar. Die von der Bezugsperson – meist der Mutter – beschriebenen Symptome sind entweder erfunden, oder werden durch den Täter aktiv herbeigeführt. Es gibt Fallbeschreibungen, dass Atemstillstände durch Beinahe-Ersticken durch die Mutter (primär beschrieben bei einem Teil der Fälle eines sogenannten „Plötzlichen-Kindstodes“ [„Sudden-Infant-Death“]), Infektionen durch Verunreinigung von Blut-, Urin- oder Stuhlproben vorgetäuscht oder Erbrechen künstlich herbeigeführt wurde. Auch Schilderungen von nie aufgetretenen Krampfanfällen und Vergiftungen mit Medikamenten sind dokumentiert. Die Täter zeigen gegenüber medizinischem Personal eine große Besorgnis aufgrund der (angeblichen) Krankheiten und nehmen ausführliche medizinische Abklärung, häufig auch Mehrfachuntersuchungen und Therapien, nicht selten auch (unnötige) Operationen der Opfer in Kauf, bzw. verlangen diese sogar nachdrücklich. Oft haben die Täter gewisse medizinische Kenntnisse. Als ursächlich wird eine psychiatrische Störung der Bezugsperson gesehen, die durch die intensive medizinische Diagnostik und/oder Therapie eigene Aufmerk-



1 Formen der Kindesmisshandlung



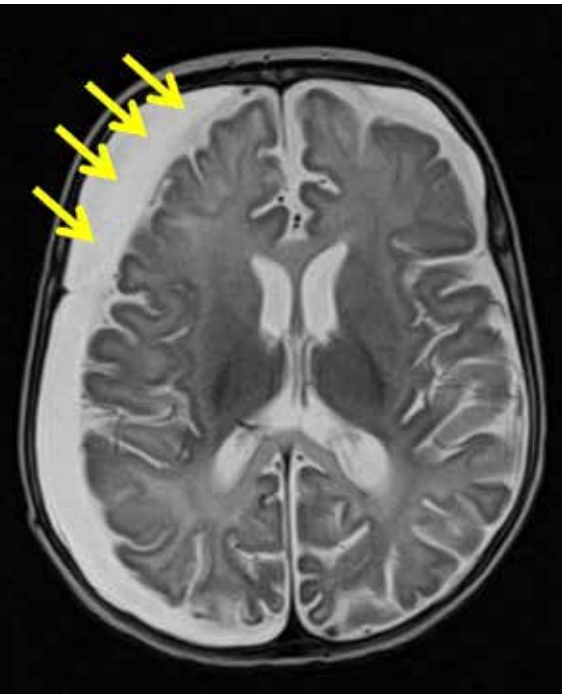
2 Schütteln eines Säuglings nach Täterangaben

samkeit durch das Personal und ggf. auch durch andere Eltern, Freunde und Verwandte erlangen.

Insgesamt ist die Zahl der dokumentierten Fälle des Münchhausen-by-proxy-Syndroms niedrig. Allerdings ist die Dunkelziffer gerade auch bei diesen Fällen vollkommen ungewiss und es besteht ein hohes Letalitätsrisiko (Sterberisiko) für die Opfer, v. a. wenn Atemstörungen durch Beinahe-Ersticken oder Infektionen durch Verunreinigungen des Blutes hervorgerufen werden. Münchhausen-by-proxy-Fälle sind oft so „unvorstellbar“, dass es eines gewissen kriminalistischen „Gespürs“ bedarf, um das Geschehen ergründen zu können. Exemplarisch sei hier ein eigener Fall dargestellt. Wir haben einen zweijährigen Jungen behandelt, der seit Monaten wiederkehrend (rezidivierend) Blut im Stuhl hatte. Dieses war in zahlreichen Stuhlproben, zum Teil während eines stationären Aufenthaltes, immer wie-

der objektiviert worden. Auch eine umfangreiche und zum Teil eingreifende Diagnostik, einschließlich einer Darmspiegelung und einer operativen Bauchinspektion, konnten die Ursache nicht klären. Erst die Idee, das Blut im Stuhl genauer zu untersuchen, brachte uns auf die Lösung des „Falls“. Wir konnten nachweisen, dass das Blut im Stuhl des Jungen mütterliches Blut war. Letztendlich gelang es zu belegen, dass es sich um Menstrualblut der Mutter handelte. Erst im Nachhinein fiel uns die „Rhythmik“ von vier Wochen auf, in der uns der Jungen mit Blut im Stuhl präsentiert wurde ...

Nicht zuletzt das schwere Schicksal von zunehmend wahrgenommenen misshandelten Kindern hat dazu geführt, dass sich in den letzten Jahren deutschlandweit in Kinderkliniken sogenannte „Kinderschutzgruppen“ gegründet haben. Ziel ist dabei, dass interdisziplinäre Teams aus Ärzten, Pflegenden, Psychologen, Sozialarbeitern und Seel-



3 Kernspintomographische (MRT; Magnetresonananz-Tomographie) Aufnahme des Gehirns eines Säuglings nach Schädeltrauma: Die Pfeile markieren die besonders auffällig erweiterten flüssigkeitsgefüllten Räume (hellgrau) außerhalb des Hirngewebes (dunkelgrau, kokardenartig-begrenzt), die als Ausdruck der Folgen der Einblutungen in diesem Bereich typisch sind.

sorgern strukturierte Handlungsempfehlungen für ihre jeweilige Klinik erstellen, wie in diesen individuell mit Kindern bei Verdacht auf eine Misshandlung umzugehen ist. Bei jedem Verdacht auf Kindesmisshandlung bei der Vorstellung im Krankenhaus sollen Mitglieder der entsprechenden Kinderschutzgruppe konsultiert werden, um das spezielle Wissen um typische Befunde und das ideale Vorgehen im Umgang mit dem Verdachtsfall zu nutzen. Dabei sollen einerseits juristisch einwandfreie Befunde, die bei einem möglichen späteren Prozess auch Bestand haben, erhoben werden, andererseits können strukturierte Handlungsempfehlungen auch dazu beitragen, voreilige, möglicherweise falsche Anschuldigungen zu vermeiden.

Nach den Struktur-Empfehlungen der deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. haben wir eine entsprechende Kinderschutzgruppe auch über die beiden Standorte der KinderUNI Klinik Ostbayern (KUNO)-Kinderkliniken gegründet. Neben den internen Partnern (z. B. Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinik St. Hedwig oder Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Regensburg) ist dabei eine sehr enge

und vertrauensvolle Kooperation mit externen Partnern, wie z. B. den Jugendämtern der Stadt und des Landkreises Regensburg, von zentraler Bedeutung.

In einem wissenschaftlichen Projekt wollen wir in den KUNO-Kliniken Prädiktoren herausarbeiten, die uns in die Lage versetzen, zukünftig „Alarmsignale“ einer Kindesmisshandlung, bzw. eines Kindesmissbrauchs standardisiert, regelhaft und frühzeitiger wahrnehmen zu können.

Hierzu werden in einem ersten Schritt die Fälle von nachgewiesener Kindesmisshandlung oder nachgewiesenem Kindesmissbrauch detailliert analysiert und auf Prädiktoren bzw. Alarmsignale (*red flags*) überprüft. In einem zweiten Projekt sollen dann die herausgearbeiteten Alarmsignale prospektiv an den Patienten im KUNO-Notfallzentrum in der Hedwigs-Klinik überprüft werden. Hierdurch sind neue und wesentliche Erkenntnisse zu erwarten, um zukünftig früher und nachhaltiger Kindern Schutz vor Misshandlung und Missbrauch zukommen lassen zu können. Das Wichtigste bezüglich Kinderschutz ist jedoch, für das Problem um Kindesmisshandlung und -missbrauch öffentlich Wissen und Öffentlichkeit zu schaffen.



Dr. med. Christian Dörfler, geb. 1977 in Bayreuth/Bayern. Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Promotion zum Thema Knochenveränderungen am Kniegelenk bei Rheumatoider Arthritis. Facharztausbildung zum Kinderarzt sowie Schwerpunktbezeichnung Neonatologie am HELIOS Klinikum Erfurt (2004–2012). 2013 Funktionsoberarzt im Kindernotfallzentrum Klinik St. Hedwig, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg. Seit 2014 Oberarzt der Kinderintensivstation, Uniklinik Regensburg (KUNO).

Schwerpunkte: Neugeborenen-Notarzt, Ausbilder für Kindernotfallkurse (EPLS) des European Resuscitation Council (ERC), Mitglied der Kinderschutzgruppe am Uniklinikum Regensburg.

Prof. Dr. med. Michael Melter, geb. 1959 in Paris, Frankreich. Studium der Humanmedizin und Promotion in Hamburg, 1987 - 2007 Assistenz-, Fach- und leitender Oberarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), davon zwei Jahre am Forschungslabor für Transplantationsimmunologie am Children's Hospital der Harvard Medical School, Boston, USA. 2003 Habilitation im Fach Kinderheilkunde und Jugendmedizin an der MHH. Seit 2007 Ordinarius für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin an der Universität Regensburg mit den beiden KUNO-Standorten Universitätsklinikum Regensburg und Klinik St. Hedwig/Barmherzige Brüder.

Klinische und Forschungsschwerpunkte: Definition von (frühen) Merkmalen der Kindesmisshandlung. Definition verschiedener Pathomechanismen einer entzündungsmedierten Angiogenese. Untersuchungen von altersspezifischen Aspekten der Entstehung einer Fettlebererkrankung oder Leberfibrose. Untersuchungen bei pädiatrischer Lebertransplantation.

