

Diplomarbeit

Shaken Baby Syndrome

**Bekanntheit von Neugeborenen- und Säuglingstraumata
in der Bevölkerung. Eine Konzepterarbeitung für
Präventionsprogramme im Kinderschutz.**

eingereicht von

Jana Schmitz

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr.ⁱⁿ med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendchirurgie

unter der Anleitung von

Priv.-Doz. Dr. med. et Dr. scient. med. Christoph Arneitz

Univ.-Prof. Priv.-Doz. Dr. med.univ. Johannes Schalamon

Graz, am 21.11.2023

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 21.11.2023

Jana Schmitz eh.

Danksagungen

Zu aller Erst möchte ich meinen Dank an meine beiden Betreuer dieser Arbeit, Univ. Prof. Dr. Johannes Schalamon und Priv.-Doz. Dr. Christoph Arneitz, aussprechen, dass sie mir dieses unglaublich spannende Thema anvertraut haben und mir stets beratend sowie unterstützend zur Seite standen. Vielen Dank, dass ihr mir ein Themengebiet aufgezeigt habt, an welches ich selbst zunächst nie gedacht hätte. Jeder Tag und jeder Satz, der in diese Arbeit geflossen ist, haben mich mit größter Freude begleitet.

Großer Dank geht auch an Dr. Istvan Szilard Szilagy, der mich bei der statistischen Auswertung mittels SPSS sehr unterstützt hat. Dankeschön!

Weiterer Dank geht an alle beteiligten Personen der Medizinischen Universität Graz sowie der Kinderklinik des LKH Graz, die mich bei der Studienvorbereitung sowie der Literaturbeschaffung unterstützt haben.

Meinem Partner möchte ich danken, dass er mir stets das Gefühl gibt, Großes zu leisten.

Meinen Eltern danke ich dafür, dass sie als Versuchskaninchen des Fragebogens diesen unermüdlich durchgeklickt und zu neuen Fragen verholfen haben.

Danken möchte ich all jenen, die ihr persönliches Umfeld, ihre sozialen Medien, ihre Praxisräume, usw. zur Verfügung gestellt haben, um den Fragebogen, der dieser Arbeit zu Grunde liegt, zu verbreiten und mitzuhelfen, dass so viele ProbandInnen an der Befragung teilgenommen haben.

Zu guter Letzt möchte ich genau diesen 319 TeilnehmerInnen danken, dass sie ihre Zeit dafür verwendet haben, mich bei der Studie zu unterstützen und die Umfrage gewissenhaft ausgefüllt haben. Nur durch sie konnte die Arbeit, wie sie nun vor Ihnen liegt, überhaupt ermöglicht werden.

Zusammenfassung

Einleitung

In der Literatur tauchen Misshandlungssyndrome wie das *Shaken Baby Syndrome* nach wie vor selten auf und es bedarf laut rezenten Publikationen an Aufklärung und Prävention. Regelmäßig wird in der Presse über den Tod durch Schütteln eines Säuglings berichtet. Diese Diplomarbeit soll untersuchen, ob die Bevölkerung über Traumata bei Neugeborenen und Säuglingen durch Schütteln informiert ist und ob das klinische Bild des Shaken Baby Syndrome bzw. Schütteltrauma bekannt ist. Darüber hinaus soll erhoben werden, ob dies durch Unkenntnis geschieht und ob diese Syndrome im Sinne eines Tabuthemas nicht ausreichend aufgeklärt sind.

Methoden

Es wurde ein Online-Fragebogen via LimeSurvey mit insgesamt 41 Fragen erstellt. Nach der Erhebung persönlicher Informationen wurde die Aufzeichnung eines Demonstrationsvideos abgespielt, in dem eine Säuglingspuppe geschüttelt wird. Die ProbandInnen sollten daraufhin ihre persönliche Einschätzung zu möglichen Folgen abgeben. Anschließend wurden 27 Fragen zur Thematik des Schütteltraumas gestellt, um den Wissensstand bzw. die Einstufung der Gefährlichkeit des Schüttelns abbilden zu können. Ebenso erhoben wurde die Kenntnis im Umgang mit Schreibabys und deren Schreiverhalten.

Ergebnisse

Von August bis September 2022 nahmen 319 ProbandInnen am Fragebogen teil. Die Mehrheit der TeilnehmerInnen war weiblich ($n = 246$; 77,1 %), verheiratet ($n = 177$; 56 %) und hatte eigene Kinder ($n = 244$; 76,5 %). Die überwiegende Mehrheit ($n = 313$; 97,5 %) wusste, dass Schütteln zu tödlichen Verletzungen führen kann. Die Personen ($n = 6$; 1,8 %), die eine Todesfolge ausschlossen, schätzten zeitgleich die Verletzungsschwere erheblich niedriger ein.

Die TeilnehmerInnen, die eigene Kinder besitzen, erhielten weder vor ($n = 208$; 85,2 %) noch nach der Geburt ($n = 210$; 86,1 %) Informationen über das Schütteltrauma, auch nicht im Rahmen von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen

(n = 216; 88,5 %). Anlaufstellen bei Überforderungssituationen waren den meisten TeilnehmerInnen unbekannt (n = 197; 80,7 %). Große Unsicherheit zeigte sich zudem auch bei der Auswahl subjektiv korrekter bzw. falscher Verhaltensweisen bei anhaltend schreienden Kindern mit zunehmender elterlicher Überforderung und Erschöpfung.

Schlussfolgerungen

Bis auf wenige Ausnahmen ist es in der Bevölkerung bekannt, dass Schütteln von Neugeborenen und Säuglingen zu schweren Verletzungen führen kann. Strategien zur Vermeidung von Aggressionsverhalten bei Erschöpfung oder Überforderung sind den Betreuungspersonen allerdings nur unzureichend bekannt. Daher sollte mehr Prävention während des Krankenhausaufenthaltes vor bzw. nach der Geburt oder auch im Rahmen von Mutter-Kind-Pass Untersuchungen betrieben werden und insbesondere Beratungsstellen jungen Eltern zur Verfügung gestellt werden.

Abstract

Introduction

Media regularly reports cases of infant deaths resulting from shaking. This thesis aims to investigate the extent to which the general population is informed about traumas in newborns caused by shaking and their awareness of the clinical presentation of *Shaken Baby Syndrome*. Abuse syndromes like Shaken Baby Syndrome receive limited attention in the literature, necessitating greater awareness and prevention efforts as emphasized in recent publications. The study aims to examine whether these incidents occur due to a lack of knowledge and whether these syndromes are insufficiently addressed as a taboo subject.

Methods

An online-questionnaire was created using LimeSurvey, consisting of a total of 41 questions. After collecting personal information, participants were shown a recorded demonstration video depicting the shaking of an infant doll. The participants were asked to provide their personal assessment of the potential consequences. Subsequently, 27 questions assessed the participants' knowledge and perception of the seriousness of *Shaken Baby Syndrome*. Additionally, we examined participants' knowledge of coping with inconsolable crying in infants and their understanding of infant crying behaviour.

Results

Between August and September 2022 a total of 319 participants took part in the study. The majority of participants were female (n = 246; 77.1 %), married (n = 177; 56 %), and had children (n = 244; 76.5 %). Almost all (n = 311; 97.5 %) were aware of the fatal consequences of shaking. The small number of participants (n = 6; 1,8 %) who excluded a fatal outcome also perceived the severity of injuries significantly lower.

Parents reported that they did not receive information about *Shaken Baby Syndrome* either before (n = 208; 85.2 %) or after birth (n = 210; 86.1 %), including routine mother-child-health examinations (n = 216; 88.5 %). Most participants were unaware of available resources to turn to in overwhelming situations (n = 197;

80.7 %). Uncertainty was observed in choosing appropriate responses to deal with persistent crying and parental exhaustion.

Summary

With few exceptions, the general population is aware that shaking newborns and infants can lead to severe injuries. However, strategies to prevent aggressive behaviour in cases of exhaustion or overwhelm are inadequately known to caregivers. This can be achieved through the distribution of brochures, regular informational events, and educational discussions during hospital stays before or after birth.

Angaben von bereits erfolgten Veröffentlichungen

Vorträge

Die vorliegende Diplomarbeit wurde mit ihren Ergebnissen in einem Fachvortrag am 16.06.2023 beim Österreichischen Chirurgenkongress in Salzburg präsentiert.

Exposé

Ein Exposé dieser Diplomarbeit wurde ohne Nennung der Ergebnisse am 04.05.2023 zur Bewerbung für das KFV-Forschungsstipendium eingereicht. Die vorliegende Diplomarbeit hat den 1. Platz in der Kategorie „Medizin in der Unfallprävention“ erreicht.

Publikationen

Die Diplomarbeit bzw. Auszüge aus dieser wurden bisher nicht veröffentlicht.

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	1
Zusammenfassung	2
Abstract	4
Angaben von bereits erfolgten Veröffentlichungen	6
Inhaltsverzeichnis	7
Abkürzungen und deren Erklärung	9
Abbildungsverzeichnis	10
Tabellenverzeichnis	11
1 Einleitung	12
1.1 Aufbau und Zielsetzung	13
1.2 Kindesmisshandlung	14
1.2.1 Definition und Abgrenzung	16
1.2.2 Das Schütteltrauma	18
1.3 Fragestellung	28
2 Material und Methoden	29
2.1 Umfrageaufbau und Durchführung	30
2.2 Statistische Methoden	34
3 Ergebnisse	36
3.1 Deskriptive Statistik	36
3.1.1 Auswertung persönlicher Informationen	36
3.1.2 Auswertung Video-Demonstration	39
3.1.3 Auswertung Kenntnis Schütteltrauma	40
3.1.4 Auswertung Eltern-Information	41
3.1.5 Auswertung Einschätzung Schreiverhalten Babys	43
3.1.6 Auswertung Potential Präventionsprogramme	45
3.1.7 Auswertung Zusatzfrage Erste Hilfe am Kind	46
3.2 Analytische Statistik	47
3.2.1 Einflussfaktoren auf Einschätzung Todesfolge Schütteltrauma	47
3.2.2 Einflussfaktoren auf Auswahl Notfallkontakte in Stresssituation	49
3.2.3 Einflussfaktoren auf Kenntnis von Kontaktstellen	52
3.2.4 Einschätzung Verletzungsstärke in Abhängigkeit zur Todesfolge	56
4 Diskussion	58

4.1	Interpretation	58
4.2	Konzepterarbeitung Präventionsprogramme	66
4.3	Schlussfolgerung	70
	Literaturverzeichnis	71
	Anhang	1
1	Fragebogen	1
1.1	Einleitung	1
1.2	Erhebung persönlicher Informationen	2
1.3	Abspielen des Schüttelvideos	6
1.4	Allgemeine Fragen zur Thematik des Schütteltraumas	8
1.5	Fragen zu eigenen Kindern	12
1.6	Fragen zu Babys und dem Schreiverhalten	15
1.7	Fragen zu möglichen Präventionsmaßnahmen	16
2	Eltern-Broschüre	19

Abkürzungen und deren Erklärung

SBS	Shaken Baby Syndrome
AHT	Abusive Head Trauma
Bspw.	beispielsweise
Bzw.	beziehungsweise
Ggf.	gegebenenfalls
CT	Computertomographie
MRT	Magnetresonanztomographie
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ESPED ..	Erhebungseinheit für Seltene Pädiatrische Erkrankungen in Deutschland
GCS	Glasgow Coma Scale
sICH	spontan auftretende intrakranielle Hämorrhagien

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Online-Zeitungsartikel vom 27.03.2023, Kronen Zeitung.....	12
Abbildung 2: Unterschiede in den Verletzungslokalisation	15
Abbildung 3: Strukturierung Kindesmissbrauchs-Syndrome	17
Abbildung 4: Pathogenese des Schütteltraumas.....	20
Abbildung 5: Unterteilung Abusive Head Trauma und weitere Differenzierung des Schütteltraumas	22
Abbildung 6: Ausschnitt des Demonstrationsvideos aus dem Fragebogen	31
Abbildung 7: Altersverteilung der TeilnehmerInnen.....	36
Abbildung 8: Höchster Bildungsabschluss der TeilnehmerInnen.....	37
Abbildung 9: Brutto-Jahreseinkommen der UmfrageteilnehmerInnen	38
Abbildung 10: Einschätzung der akuten Verletzungen und Langzeitfolgen beim Schütteln eines Säuglings durch die Befragten	41
Abbildung 11: Altersverteilung der Kinder der UmfrageteilnehmerInnen	42
Abbildung 12: Kontaktpreferenzen der befragten Eltern in Notfallsituationen	43
Abbildung 13: Vergleich zwischen den subjektiv richtigen bzw. falschen Verhaltensmuster bei Überforderung mit Schreibaby	45
Abbildung 14: Teilnahmewahrscheinlichkeit an einem Erste-Hilfe-Kurs am Kind.	47
Abbildung 15: Unkenntnis der ProbandInnen von Kontaktstellen abhängig vom Alter der eigenen Kinder.....	54
Abbildung 16: Kenntnis von Kontaktstellen in Abhängigkeit vom Brutto-Jahreseinkommen	55
Abbildung 17: Einschätzung der Verletzungswahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit der Einschätzung einer möglichen Todesfolge	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erhebung persönlicher Informationen.....	31
Tabelle 2: Einschätzung der Verletzungsfolge nach Schütteln.....	32
Tabelle 3: Erhebung Kenntnisstand Schütteltrauma	32
Tabelle 4: Erhebung Informationserhalt vor und nach der Geburt.....	33
Tabelle 5: Umgang mit schreiendem Kind.....	33
Tabelle 6: Erhebung Notwendigkeit von Präventionsprogramme.....	34
Tabelle 7: Ergebnisse der Matrixbefragung.....	39

1 Einleitung

Diese Diplomarbeit soll untersuchen, in wie weit die Bevölkerung über mögliche Traumata und Langzeitfolgen bei Neugeborenen und Säuglingen durch Schütteln in Stresssituationen informiert ist und in wie weit das daraus folgende klinische Bild des Shaken Baby Syndrome bzw. Schütteltraumas bekannt ist. Die klinische Thematik wird dem entsprechend innerhalb der vorliegenden Arbeit genauer betrachtet und definiert.

In der aktuellen Fachliteratur tauchen Misshandlungssyndrome wie das *Shaken Baby Syndrome (SBS)*, *Battered Child Syndrome* oder das *Abusive Head Trauma (AHT)* nach wie vor selten auf und es Bedarf laut rezenten Publikationen sowohl Aufklärungs- als auch Präventionsmaßnahmen.^{1, 2} Hingegen wird immer wieder in der Presse über den Tod durch Schütteln eines Säuglings berichtet.³⁻⁵ (Abbildung 1)

Baby tot geschüttelt: Mord-Anklage gegen Eltern



Der Tatort: In diesem Haus starb das Kind. (Bild: Tschepp Markus)

Abbildung 1: Online-Zeitungsartikel vom 27.03.2023, Kronen Zeitung

Mit Hilfe eines Online-Fragebogens soll daher untersucht werden, ob dies durch Unkenntnis geschieht oder ob diese Syndrome im Sinne eines Tabuthemas nicht ausreichend aufgeklärt sind. In diesem Zusammenhang soll geklärt werden, ob bei Eltern in Stresssituationen gegebenenfalls eine Hemmschwelle besteht, ihre Überforderung im Bekanntenkreis oder bei Hilfsstellen bekannt zu geben und ob somit nicht aktiv nach Unterstützung gesucht wird. Ausgehend von einer Letalität von ca. 30 % und Langzeitschäden in 70 % der Fälle, ist eine adäquate Aufklärung und damit einhergehende Prävention zur Senkung dieser Zahlen und zum Schutz der Neugeborenen und Kleinkindern unabdingbar.⁶

Zielsetzung der Diplomarbeit ist es, das Bewusstsein in Bezug auf Schütteltraumata zu erheben und zu stärken. Darauf aufbauend soll die Notwendigkeit eines möglichen Präventivprogramms erörtert und entsprechende Konzepte vorgestellt werden, um möglicherweise einen Beitrag zum zukünftigen Kinderschutz zu leisten. Denn es steht fest, dass das Shaken Baby Syndrome ein Verletzungsmuster ist, dass durch frühzeitige Intervention vermieden werden kann.⁷ Zukünftige Neugeborenen-Traumata in Folge inadäquaten Umgangs können vorgebeugt werden, wenn die Aufklärungsrate in der Bevölkerung steigt, Informations- und Beratungsstellen bekannter werden und Eltern somit gar nicht erst in die Situation geraten, das Kind als Impulshandlung zu schütteln.⁸ Eine Etablierung der Aufklärung werdender bzw. frischer Eltern kann somit maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit von zukünftigen Neugeborenen nehmen.

1.1 Aufbau und Zielsetzung

Nach Durchsicht der rezenten Literatur, soll zunächst eine Definition bzw. Klassifizierung des Shaken Baby Syndromes, Abusive Head Traumas und des Battered Child Syndromes erarbeitet werden. Dabei liegt auch ein Schwerpunkt auf den typischen Verletzungsmustern des durch Schütteln hervorgerufenen Schädel-Hirn-Traumata und die damit verbundenen Folgen des Kindes. Aufbauend auf der derzeitigen Datenlage werden die Fragestellungen für den Hauptteil der Arbeit und die darin enthaltene Auswertung der Umfrage festgelegt. Das Ziel der eigentlichen Befragung ist, den durchschnittlichen Kenntnisstand in der

Bevölkerung zum Shaken Baby Syndrome abzubilden. Durch die Auswertung der Umfrage hinsichtlich verschiedener demographischer Gesichtspunkte soll anschließend eine Erarbeitung von möglichen Präventionsprogrammen erfolgen. Das primäre Ziel der Diplomarbeit ist es daher, ausgehend von der Umfrageanalyse, Konzepte zu erarbeiten und vorzustellen, die beispielsweise zur Elterninformation von Schreibabys herangezogen werden können.

1.2 Kindesmisshandlung

Misshandlungen an Kindern beinhalten nicht nur Vernachlässigung, verschiedenster Formen von direkter Gewalt oder gar sexuelle Übergriffe, die unter dem Begriff *Kindesmissbrauch* eine Unterform darstellen, sondern auch Impulsreaktionen überforderter Eltern. Diese Impulshandlungen äußern sich häufig in indirekter Gewalt bspw. durch Schütteln eines schreienden Babys oder durch direkte Gewaltanwendung bspw. durch Schlagen. Die Übergriffe sind dadurch gekennzeichnet, dass sie häufig nicht bewusst bzw. gewollt ausgeführt werden, sondern aus der Überforderung und Hilflosigkeit heraus impulsive Handlungen darstellen.⁹ Innerhalb dieser Diplomarbeit wird exemplarisch das Schütteltrauma als eine mögliche Form der Kindesmisshandlung, das aus impulsiven Handlungen heraus geschieht, ausführlich untersucht.

Innerhalb der Literatur stößt man immer wieder auf verschiedene Begrifflichkeiten, die die Verletzungsmuster an Säuglingen in Folge impulsiver Übergriffshandlungen beschreiben bzw. klassifizieren. Zu den drei am häufigsten genannten zählen zum einen das Shaken Baby Syndrome, welches im deutschsprachigen Raum unter Schütteltrauma geführt wird, und zum anderen das Battered Child Syndrome und das Abusive Head Trauma, welche auch in den deutschen Fachkreisen unter den englischen Begriffen zu finden sind.^{9, 10}

Um den Verdacht auf eine mögliche Kindesmisshandlung zu lenken, benötigt es zum einen Sensibilität gegenüber der Thematik und Mut, dies zu kommunizieren, zum anderen aber auch die Kenntnis über die Unterschiede in den Verletzungsstellen bei unfallbedingten bzw. missbrauchsbedingten Traumata.⁹

Hinweise auf ein Misshandlungsgeschehen oder Missbrauch können sowohl aus der Anamnese sowie der körperlichen Untersuchung des Kindes hervorgehen. Dazu zählen bspw. Unstimmigkeiten in der Anamnese des Unfallherganges,

Widersprüchlichkeiten, verspätetes Vorstellen in der Ambulanz bzw. beim Kinderarzt oder schwere Verletzungen, die das Kind sich niemals selbst zugeführt haben kann.¹¹ Besonders bei den Lokalisationen am kindlichen Körper gibt es prägnante Unterschiede zwischen den akzidentiellen und nicht-akzidentiellen äußeren Verletzungen.¹² **(Abbildung 2)**

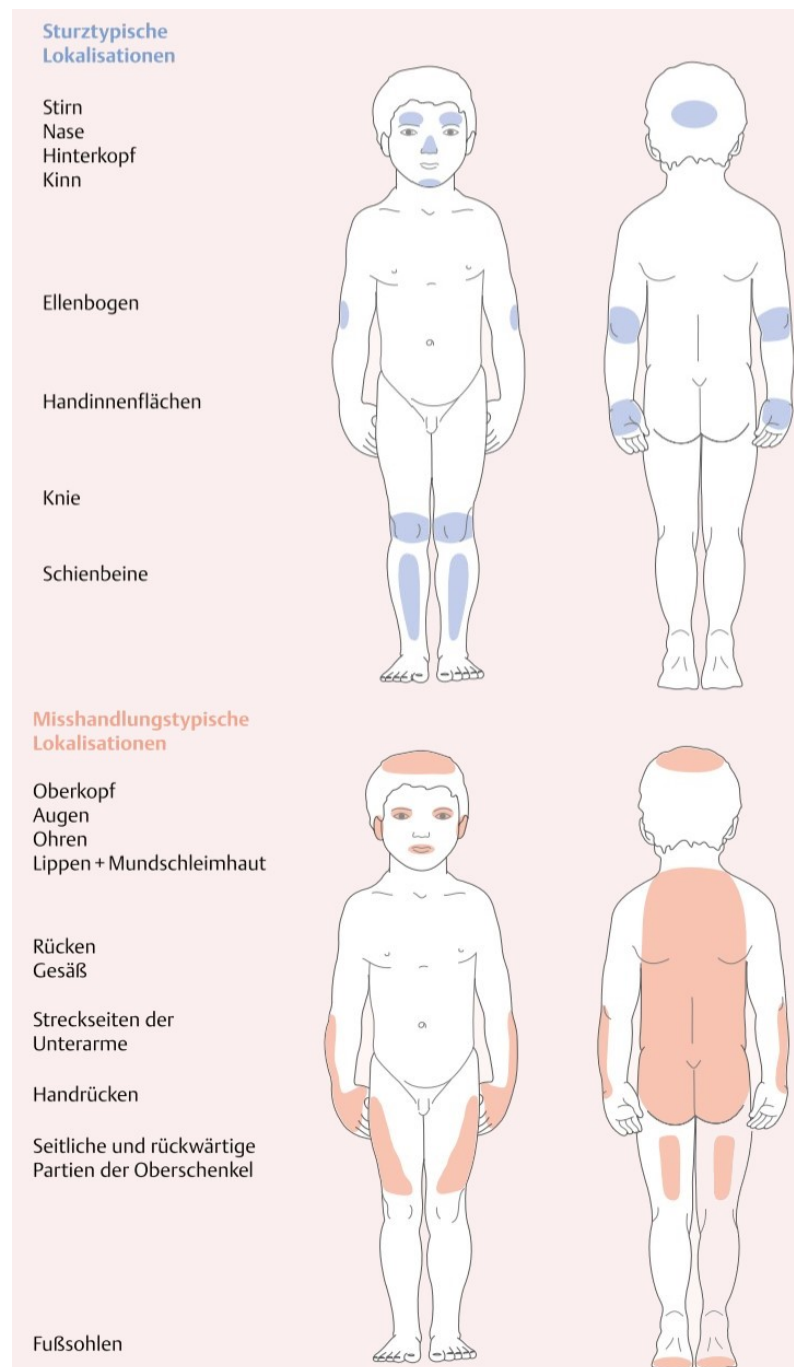


Abbildung 2: Unterschiede in den Verletzungslokalisation
(mit freundlicher Genehmigung von Etzold und Tsokos, 2016, S. 362f)

Um auf ein mögliches Gewaltverbrechen aufmerksam zu werden, bedarf es also sowohl eines wachsamen Auges während der körperlichen Untersuchung des Kindes als auch ein aufmerksames Zuhören bei der Anamnese und möglichen Hinweisen durch das Kind selbst.

1.2.1 Definition und Abgrenzung

Bei der Durchsicht von Fachbüchern fällt schnell auf, dass die Kapitel zu Schütteltraumata innerhalb der deutschen Literatur sehr kurz ausfallen und häufig nur in Form von radiologischer oder forensischer Diagnostik beleuchtet werden.¹³ ¹⁴ Herrmann et al. haben 2008 das erste und bisher einzige, deutsche Fachbuch veröffentlicht, das sich ausschließlich mit Kindesmisshandlung aus medizinisch-klinischer Sicht beschäftigt.⁹ In diesem Buch werden sowohl Ursache als auch Folgen detailliert beschrieben und die verschiedensten Misshandlungsarten voneinander abgegrenzt, so auch das Shaken Baby Syndrome, das Abusive Head Trauma und das Battered Child Syndrome.

Vergleicht man dazu die englischsprachige Fachliteratur, so zeigt sich schnell eine Diskrepanz zwischen den verwendeten Fachbegriffen. Im englischen Sprachgebrauch wird fast ausschließlich das *Abusive Head Trauma* als Oberbegriff verwendet, wobei das Shaken Baby Syndrome nahezu nur mehr historischen Wert besitzt.¹⁵ So wird das Abusive Head Trauma als Oberbegriff für alle misshandlungsbedingten Kopfverletzungen verwendet, wohingegen das Schütteltrauma nur eine Ursache dessen beschreibt und somit nicht das gesamte Spektrum abbilden kann.¹⁶

Da sich diese Diplomarbeit dem Schütteltrauma bzw. dem Shaken Baby Syndrome widmet, wird nur dieses im Folgenden ausführlicher definiert und mit seinen klinischen Merkmalen näher beleuchtet. Dennoch werden die beiden anderen genannten Varianten diesem vergleichend gegenübergestellt, um eine klare Abgrenzung innerhalb der Misshandlungsklassifizierung zu erhalten.

Das Schütteltrauma definiert ein, abgeleitet vom Tathergang, durch heftiges Schütteln verursachtes Schädel-Hirn-Trauma.¹⁷ Kein anderes Unfall- oder Gewaltgeschehen kann die identischen Verletzungsmuster erzeugen, wie das Schütteln eines Neugeborenen.⁹

Das Abusive Head Trauma hingegen umfasst verschiedene non-akzidentielle bzw. misshandlungsbedingte Verletzungen des kindlichen Schädels. Dies können sowohl rein äußerliche, als auch rein innerliche Verletzungen sein bzw. die Kombination beider.¹⁸ Diese Verletzungen schließen viele mögliche Ursachen ein und wecken somit nicht die Assoziation mit einem spezifischen Tathergang.¹⁵ Daher lässt sich sagen, dass das Shaken Baby Syndrom eine Sonderform des Abusive Head Traumas darstellt und somit die von der American Academy of Pediatrics 2009 eingeführte Reformierung des Begriffs Abusive Head Trauma als Ablösung des Shaken Baby Syndroms als Diagnosestellung durchaus Sinn ergibt, wenn der Tathergang bei der Erstuntersuchung und Anamnese nicht eindeutig ist bzw. ein Schütteln nicht 100 Prozentig validiert werden kann.¹⁹ Möchte man nun noch das Battered Child Syndrom einreihen, so lässt sich dieses als Oberbegriff aller misshandlungsbedingten Verletzungen an Kindern charakterisieren, da es keine explizite Körperregion umfasst, sondern ausschließlich den Fokus auf Kindesmisshandlung und die damit einhergehenden Verletzungen und Folgen betrachtet.¹⁰ **(Abbildung 3)**

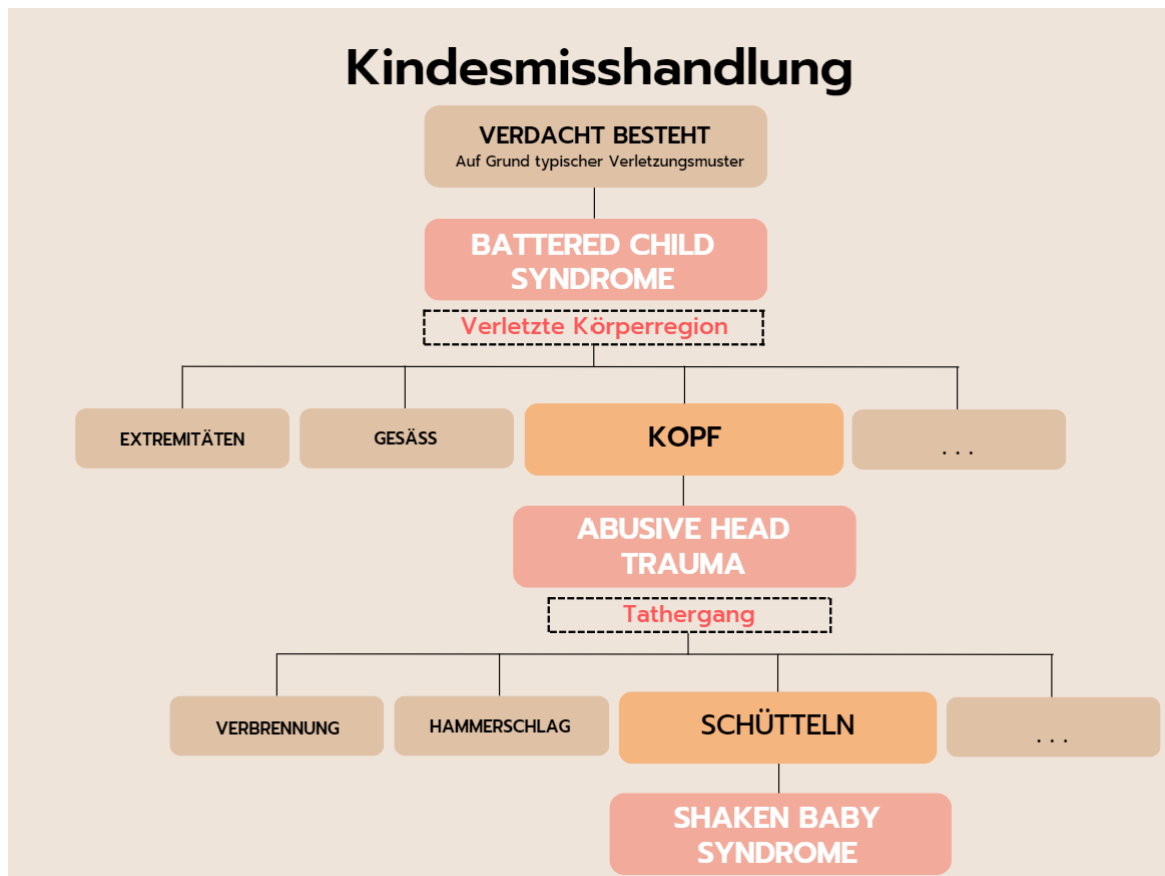


Abbildung 3: Strukturierung Kindesmisshandlungs-Syndrome (eigene Darstellung)

1.2.2 Das Schütteltrauma

Das durch das Schütteln verursachte Schädel-Hirn-Trauma beim Shaken Baby Syndrome zeigt sich klinisch durch verschiedene, teils sehr variable Verhaltensveränderungen und Bewusstseinszustände des Kindes, wohingegen in den radiologischen Befunden nahezu immer eindeutige und ähnliche Verletzungen im kindlichen Gehirn zu finden sind.¹⁷ Viel mehr beeinflusst also die Schwere des Traumas die Symptome des Kindes.

Welche Symptome das Schütteltrauma verursachen kann und welche Verletzungen typischerweise vorzufinden sind, wird in diesem Kapitel ausführlich beleuchtet. Im Folgenden werden zunächst die Ursachen erläutert und anschließend das Schütteltrauma als klinische Diagnose präsentiert. Mögliche Differentialdiagnosen und Folgeschäden werden im Anschluss daran abgebildet.

1.2.2.1 Epidemiologie

Aktuelle Zahlen und Auswertungen zu Kindesmissbrauchsfällen in Österreich oder in Gesamt-Europa sind nur schwer zu finden. Auf Grund der Komplexität des Themas und der damit verbundenen psychischen Belastung sowohl für die behandelnden ÄrztInnen, Opfer sowie Tatverdächtige wird nach wie vor die Diagnose Kindesmisshandlung zögerlich gestellt, wenn die Indizien nicht eindeutig sind.²⁰ Es kann also von einer sehr hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. So kann es vorkommen, dass die Erklärung für den angeblichen Unfallhergang plausibel erscheint und der eigentliche Missbrauch klinisch nicht aufgedeckt wird oder Eltern nehmen aufgrund nur kleinerer Verletzungen erst gar keine medizinische Hilfe in Anspruch.²⁰ Da Kindesmisshandlung und -missbrauch weder in Österreich noch in Deutschland der gesetzlichen Meldepflicht von Krankheiten unterliegt, finden sich keine staatlich erfassten Statistiken zu den Fällen von Kindesmisshandlung.^{11, 21} Meldepflichtig sind alle stark infektiösen Krankheiten, die eine hohe Gefahr für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung darstellen.²² Nicht zu verwechseln ist die dennoch geltende und rechtlich verpflichtende Anzeigenpflicht für ÄrztInnen bei begründetem Verdacht auf Kindesmissbrauch nach § 54 Abs. 4 ÄrzteG.²³ Anzeigepflichtig sind alle Krankheiten oder Verletzungen die beispielweise Folge einer möglichen Straftat sind.²³

Aus diesen Tatsachen heraus, lässt sich die Anzahl der Schütteltraumen pro Jahr nur durch Hochrechnungen schätzen, die sich an den Ergebnissen mehrerer

populationsbasierter Studien orientieren.¹¹ Die Erhebungseinheit für Seltene Pädiatrische Erkrankungen in Deutschland (ESPED) beispielsweise hat im Zeitraum von 2006-2009 eine Schütteltrauma-Studie durchgeführt, um die in Deutschland bundesweit auftretenden Fälle von Schütteltraumen erstmalig zu erfassen. Diese ergab eine Prävalenz bei den Kindern unter einem Lebensjahr von 14/100.000 und somit ist die Prävalenz des Shaken Baby Syndrome beispielsweise identisch mit der Häufigkeit von Diabetes im Kindesalter.⁹

An der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendchirurgie des LKH-Univ. Klinikum Graz gibt es bisher ebenfalls keine offiziellen Aufzeichnungen zu den jährlichen Fällen von Kindesmisshandlung und Schütteltraumen. Es läuft aber aktuell eine Studie der Kinderschutzgruppe, die den Zeitraum der letzten zehn Jahre näher betrachtet. Dabei wird sowohl untersucht, wie viele Verdachtsfälle es von Kindesmisshandlung gab und wie viele davon tatsächlich bestätigt wurden. Ebenso wird erörtert, welche Arten der Kindesmisshandlung nachgewiesen werden konnten. Da diese Studie zum Zeitpunkt der Verfassung der vorliegenden Arbeit noch nicht abgeschlossen war, konnten keine Zahlen zur Verfügung gestellt werden, um diese mit den Ergebnissen der bereits genannten Studien zu vergleichen.

1.2.2.2 Ätiologie

Ursache für das Schütteltrauma ist, wie der Name bereits beinhaltet, das Schütteln des Babys bzw. Kleinkindes. Auslösende Faktoren wiederum, die Eltern oder andere Betreuungspersonen dazu bringen, das Kind so heftig zu schütteln, dass dieses ein Schädel-Hirn-Trauma erleidet, sind vielfältig. Zum einen unterliegen insbesondere Schreibabys und Kinder mit einer Behinderung einer höheren Gefahr Opfer einer impulsiven Übergriffshandlung zu werden, zum anderen steigt das Risiko ebenso, wenn Eltern sich zunehmend überfordert und hilflos fühlen. Überforderung betrifft vor allem Eltern aus sozial schwachem Umfeld, Mehrlingsfamilien mit mehr als drei Kindern und Alleinerziehende.¹¹ Hilflosigkeit und Erfolgsdruck steigern das Gefühl der Überforderung insbesondere bei Eltern von Schreibabys im Hauptschreialter bis zum sechsten Lebensmonat. Die Kombination von Schreien und Überforderung ist somit der Hauptrisikofaktor.⁹

1.2.2.3 Pathogenese und Pathophysiologie

Die beim Schütteltrauma auftretenden Verletzungen sind eine Kombination aus heftigem Schütteln in Verbindung mit der physiologischen muskulären Schwäche der Nackenmuskulatur im Säuglingsalter. Das an den Oberarmen oder am Thorax gefasste Kind wird dabei vom Täter bzw. der Täterin ohne unterstützende Haltung des Kopfes gewaltsam hin und her geschüttelt. Studien geben eine durchschnittliche Schütteldauer von fünf bis zehn Sekunden an, in der das Kind zehn bis 30 mal geschüttelt wird.⁹ Der im Vergleich zum restlichen Körper überproportional große und schwere Kopf des Kindes kann von der noch nicht vollständig ausgebildeten Nackenmuskulatur nicht ausreichend gestützt werden, wodurch es während des Schüttelns zu unkontrollierten Kopfbewegungen des Kindes sowohl nach ventral und dorsal als auch zur Rotation des Kopfes kommt.¹⁷

(Abbildung 4)

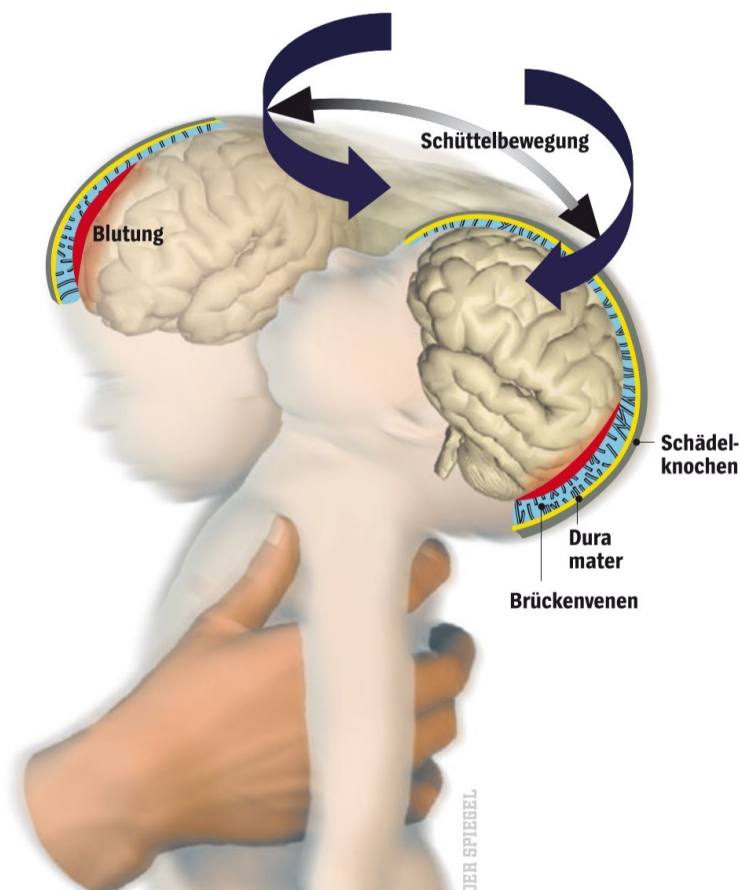


Abbildung 4: Pathogenese des Schütteltraumas
(mit freundlicher Genehmigung von Herrmann, Dettmeyer et al., 2016, S. 43)

In Folge dieser unkontrollierten Bewegungen tritt nicht nur ein Akzelerations- und Dezelerationstrauma auf, sondern es entstehen zusätzlich auch noch starke Scher- und Rotationskräfte, die für die inneren Verletzungen hauptverantwortlich sind. Durch die auftretenden Kräfte zerreißen die Brückenvenen zwischen der Dura mater und der Arachnoidea, wodurch sich ein Subduralhämatom ausbildet. Da die Brückenvenen an verschiedenen Stellen nur leicht einreißen, kommt es nicht zu einer sofortigen massiven, sondern zu einer zunächst nicht druckrelevanten Blutung, die sich erst im Verlauf klinisch präsentiert.¹⁰

Für die Prognose des Kindes und ursächlich für die sofort auftretenden neurologischen Symptome sind vielmehr die diffusen Nervenschädigungen verantwortlich. Ebenfalls durch die Scher- und Rotationskräfte ausgelöst, zerreißen die Axone im Hirnstamm und dem Großhirn. Entsprechend der Lokalisation und der Schwere der axonalen Verletzungen reichen die Symptome von leichten neurologischen Auffälligkeiten wie Apathie und Appetitverlust zu schweren bis letalen Folgen.¹⁰

Ebenfalls verursachen die Scher- und Rotationskräfte in 74-92 % der Fälle retinale Blutungen, die durch Einrisse der Gefäße in der Netzhaut entstehen. Diese Blutungen treten zu 90 % bilateral auf.⁹

Wird das Kind nach dem eigentlichen Schüttelvorgang zusätzlich noch auf den Boden, gegen die Wand oder einen anderen harten Gegenstand geworfen, spricht man von einem Shaken Impact Syndrome. Die durch den Aufprall starken Dezelerationskräfte beeinflussen die Prognose erheblich, da ein weiteres Trauma auf das kindliche Gehirn eintrifft.⁹

Sind bei den Kindern, die Opfer eines Schütteltraumas wurden, äußerlich meist keine Verletzungen am Kopf sichtbar, so lässt sich in Folge des Aufpralls beim Shaken Impact Syndrome in den meisten Fällen jedoch eine Kopfschwartenverletzung finden und häufig auch eine Fraktur des unmittelbar darunter liegenden Schädelknochens.¹⁰ **(Abbildung 5)**

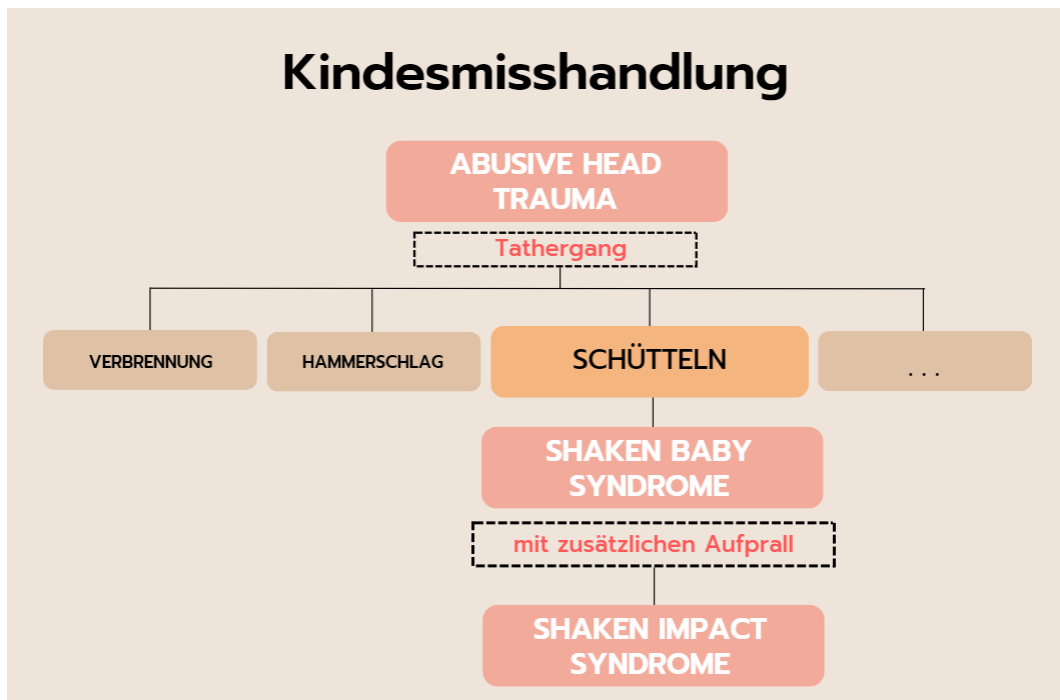


Abbildung 5: Unterteilung Abusive Head Trauma und weitere Differenzierung des Schütteltraumas (eigene Darstellung)

1.2.2.4 Klinische Präsentation

Die im vorherigen Kapitel beschriebenen Verletzungen werden in der Praxis zu der typischen Schütteltrauma-Trias zusammengefasst. Diese beinhaltet demnach die Kombination aus einem Subduralhämatom, axonalen Verletzungen mit neurologischen Defiziten und Retinablutungen.¹⁰

Symptomatisch präsentiert sich die Schütteltrauma-Trias abhängig von der Schwere der axonalen Verletzungen durch einen reduzierten Allgemeinzustand mit Schläfrigkeit und Trinkschwäche bzw. Nahrungsverweigerung, durch Irritabilität und Apathie, bis hin zu muskulärer Hypotonie bzw. epileptischen Anfällen und Koma. Vor allem bei Verletzungen der Nervenzellfortsätze im Hirnstamm kommt es zudem auch zu vermehrtem Erbrechen, Bradypnoe und Bradykardie, zu Atemaussetzern bis hin zu einer Apnoe-Symptomatik. Ist das Kreislaufzentrum im Hirnstamm zu schwer verletzt, so kann auch bereits ein einmaliges Schütteln für das Kind tödlich enden.⁹

Bei der körperlichen Untersuchung des Kindes sind, solange kein Shaken Impact Syndrom vorliegt, am Kopf keine äußerlich sichtbaren Verletzungen zu sehen. Das Kind sollte dennoch stets vollständig entkleidet untersucht werden, um möglich

Hämatome an den Oberarmen oder am Thorax, die durch das feste Greifen während des Schüttelvorganges entstanden sein können, zu identifizieren.¹⁷

Auch bereits verheilte oder weitere frische Verletzungen am kindlichen Körper, die es sich nicht selbst bzw. durch einen Sturz zugefügt haben kann, wie zum Beispiel Bissspuren oder Brandmarken, bekräftigen den Verdacht auf ein misshandlungsbedingtes Geschehen.¹⁰

Auf Grund der unspezifischen neurologischen Defizite, wie etwa Apnoephasen, Erbrechen und Vigilanzminderung werden Kinder vom Rettungsdienst häufig mit der Verdachtsdiagnose Vergiftung oder Meningitis in der Klinik vorgestellt. Auch der Verdacht auf einen Fieberkrampf ist bei stattgehabten Krampfgeschehen und komatösen Zustand des Kindes eine mögliche Fehlinterpretation der Symptome bei der Erstversorgung.¹⁰ In der Klinik gilt es daher durch eine umfassende Anamnese und eine gründliche Diagnostik die wahre Ursache für die Symptomatik herauszufinden, um das Kind schnellstmöglich adäquat zu therapieren.

1.2.2.5 Diagnostik und klinische Befunde

Um den Verdacht auf ein stattgehabtes Schütteltrauma zu sichern und die zugrundeliegenden Verletzungen beurteilen zu können, bedarf es, neben der körperlichen Inspektion des Kindes, weiterer verschiedener Untersuchungen.

Zur Bildgebung stehen sowohl die Sonografie als auch die Computertomografie (CT) und die Magnetresonanztomografie (MRT) zur Verfügung. Mittels der Sonografie kann ein erster und vor allem sehr schneller Überblick gewonnen werden. Dabei wird der Schallkopf über die noch offenen Fontanellen des Säuglings positioniert und somit ist es bereits in der Ambulanz oder im Schockraum möglich, eine größere Subduralblutung nachzuweisen. Allerdings ist ein negativ Befund in der Sonografie noch kein Ausschluss eines Schütteltraumas bzw. Subduralhämatoms, da gering ausgeprägte oder latero-kraniale Blutungen kaum darstellbar sind.⁹

Als weitere zeitsparende Bildgebung steht die zerebrale CT zur Verfügung. Sie ist gegenüber der Sonografie deutlich sensitiver und in Akutsituationen bei instabilem Zustand der MRT aufgrund der Zeitersparnis zu bevorzugen. Wegen der Strahlenbelastung des kindlichen Schädels sollte die CT aber nur bei begründetem Verdacht und entsprechender Dringlichkeit angewendet werden.¹¹

Als diagnostisches Mittel mit der höchsten Sensitivität steht die MRT zur Verfügung, mit der bereits kleinste intrakranielle Blutungen identifiziert werden können.⁹

Um retinale Blutungen zu beurteilen, sollte vom Augenarzt eine Fundoskopie durchgeführt werden. Im Umkehrschluss sollte allerdings auch jedes Kind mit retinalen Blutungen eine zerebrale CT oder MRT erhalten, da Retinablutungen häufig mit subduralen Blutungen vergesellschaftet sind.¹¹

Besteht der Verdacht, dass das Kind Opfer einer Misshandlung wurde, so sollte stets auch ein Röntgen-Skelettscreening des gesamten Körpers, ein sogenanntes *Babygramm*, durchgeführt werden, um mögliche weitere frische sowie ggf. alte Frakturen zu diagnostizieren.⁹

Wurde das Kind mit dem Verdacht auf Sepsis, Vergiftung oder Meningitis vorstellig, so ist in diesen Fällen eine Lumbalpunktion indiziert. Lässt sich dabei blutiger Liquor nachweisen, so ist dies ein Anzeichen auf eine Hirnblutung und das Kind sollte den oben angeführten bildgebenden Verfahren unterzogen werden.¹⁰ Anzumerken ist jedoch, dass bei primärem Verdacht auf ein Schütteltrauma bzw. Subduralhämatom eine Liquorpunktion kontraindiziert ist, da aufgrund des möglicherweise erhöhten Hirndrucks als Folge eines Hirnödems, das Gehirn in das Foramen magnum gedrückt und eingeklemmt werden kann.⁹

Über diese Diagnostikmöglichkeiten lassen sich bei Kindern mit einem Shaken Baby Syndrome in 77-90 % der Fälle ein Subduralhämatom und in 74-92 % eine Retinablutung feststellen. Begleitverletzungen wie Hämatome an den Oberarmen oder dem Thorax, sowie Frakturen der Rippen oder der langen Röhrenknochen sind bei 30-70 % der Kinder zusätzlich nachzuweisen.^{9, 17}

Um mögliche andere Ursachen für die neurologischen Auffälligkeiten und Hämatome bzw. Blutungen auszuschließen, sollten immer auch Laboruntersuchungen angeordnet werden. Dazu zählt vor allem der Ausschluss von Gerinnungsstörungen mittels Beurteilung des Quick-Wertes, des von-Willebrand-Antigens und -Cofaktors, sowie von Fibrinogen und dem Faktor XIII. Der Urin sollte zudem auf das Vorliegen einer möglichen Stoffwechselerkrankung wie bspw. Glutarazidurie untersucht werden.⁹

1.2.2.6 Therapie

Die Therapie von Schütteltrauma-PatientInnen richtet sich in erster Linie nach den diagnostizierten Verletzungen. Ziel dabei ist es, den Hirndruck so niedrig wie möglich zu halten, das Überleben des Kindes zu sichern und durch entsprechende Maßnahmen bleibende Schäden am Gehirn zu minimieren.²⁴ Zur Behandlung kommt dafür die S2k-Leitlinie zur Intensivtherapie bei schwerem Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter zu tragen.²⁵

Zu den therapeutischen Maßnahmen zählen zunächst vor allem die Überwachung der Vitalparameter und die Sicherstellung der Sauerstoffversorgung, ggf. auch über eine O₂-Gabe via Nasenbrille oder Intubation. PatientInnen mit einem Wert unter acht auf der Glasgow Coma Scale (GCS) sind intubationspflichtig.²⁶ Ebenso gilt es den Hirndruck zu kontrollieren und im Normbereich zu halten. Dies kann zunächst medikamentös über die Gabe von Barbituraten erfolgen, steigt der Hirndruck dennoch weiter an, so ist die chirurgische Intervention mittels Kraniotomie indiziert.²⁴

In weiterer Folge gilt es sekundäre Hirnschäden, die durch Koagulopathien, Hyper- bzw. Hypoglykämie, Elektrolytentgleisungen, Hyperthermie oder Hypoxämie entstehen können, zu vermeiden. Dabei spielt die Überwachung der Vitalparameter sowie der Laborwerte, insbesondere des Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalts, eine große Rolle.²⁴

Auch nach Beendigung der intensivmedizinischen Maßnahmen benötigt ein Kind, das ein Schütteltrauma überlebt hat, mit hoher Wahrscheinlichkeit eine medizinische Langzeitbetreuung. Dazu zählt vor allem Physio- und Ergotherapie, Psycho- und Verhaltenstherapie, sowie Hör- und Sehtraining.⁹ Diese Maßnahmen dienen zur Behandlung der Spätfolgen, die im anschließenden Kapitel näher erläutert werden.

1.2.2.7 Prognose und Folgen

Dem Shaken Baby Syndrome liegt eine Mortalität von 20-25 % zugrunde.¹¹ Neben der hohen Todesrate zeigt sich auch eine hohe Morbidität bei den Kindern, die das Schütteltrauma überleben. Dazu zählen mit 65 % vor allem bleibende Sehbeeinträchtigungen und ggf. sogar Erblindung.⁹ Des Weiteren können Subduralhämatome sowie diffuse Nervenschädigungen zu Atrophie bzw. Mikrozephalie, subduralen Hygromen oder multizystische Enzephalopathien

führen. Diese sind sowohl für bleibende Entwicklungsstörungen und Ausbildung von Epilepsien als auch für auftretende Wahrnehmungs- und Verhaltensstörungen verantwortlich.⁹

Die Ausprägung der Spätfolgen ist vor allem von der Schwere der initialen Verletzungen und möglicher Entwicklung sekundärer Hirnschäden abhängig. So ist die Todesrate mit 60 % bei den Kindern am höchsten, die sich in der Erstvorstellung bereits in einem komatösen Zustand befanden. Die verbleibenden 40 % zeigen im späteren Verlauf eine deutliche mentale Retardierung und Störungen im Verhaltens- und Bewegungsmuster.¹⁷ Auch Kinder, die initial keine deutlichen Lacerationen des Hirngewebes zeigten, können mit hoher Wahrscheinlichkeit Epilepsie und Entwicklungsstörungen erleiden.¹⁷

Rund 70 % aller Überlebenden tragen Verhaltensstörungen, Seh- und Hörschäden, Lernschwäche, Bewegungsdefizite bis hin zu Zerebralpareesen oder Anfallsneigung davon.¹⁷

Nur ca. 7 % aller Kinder, die Opfer eines Schütteltraumas wurden, tragen keine bleibenden neurologischen Schäden davon.⁹

Nicht außer Acht zu lassen ist, neben den körperlichen Auswirkungen, auch der Einfluss des Schütteltraumas auf die psychische Entwicklung des Kindes. So ist sowohl das Aggressionspotential, das Risiko an einer Depression zu erkranken als auch die Gefahr drogenabhängig zu werden, bei diesen Kindern erhöht.⁹ Daher bedarf es in der Langzeittherapie auch einer psychotherapeutischen Betreuung, um diese Risiken zu minimieren, indem das erlebte Trauma unter fachlicher Anleitung und Beobachtung aufgearbeitet und vor allem verarbeitet wird.^{9, 17}

Es lässt sich also zusammenfassen, dass der Großteil der Schütteltrauma-PatientInnen zwar überlebt, aber neurologische Schäden bei über zwei Drittel der Kinder zu beobachten sind, die in weiterer Folge zu Beeinträchtigung der Entwicklung, Schulbildung und Integration in das Sozialleben führen können. Sollten keine bleibenden neurologischen oder motorischen Defizite zurückbleiben, so ist dennoch anzunehmen, dass die mentale Gesundheit im späteren Erwachsenenalter unter dem Erlebten leiden kann.

1.2.2.8 Differentialdiagnosen

Selbstverständlich können retinale Blutungen und Subduralhämatome durch andere Faktoren abseits des Schüttelns ausgelöst werden. In der Diagnostik und Untersuchung des Kindes sollten daher auch mögliche Differentialdiagnosen berücksichtigt werden. Nur so kann eine adäquate Therapie eingeleitet und für Eltern oder Betreuungspersonen sehr belastende Anschuldigungen vermieden werden.

Retinablutungen können sowohl durch Gerinnungsstörungen als auch durch andere hämatologische bzw. onkologische Erkrankungen wie bspw. Leukämien entstehen. Auch Stoffwechselstörungen oder Vitamin K-Mangel können Blutungen an der Netzhaut verursachen. Anzumerken ist allerdings, dass die retinalen Blutungen in diesen Fällen nie isoliert auftreten, sondern am kindlichen Körper weitere Hämatome oder Petechien zu finden sind.⁹

Diese angeborenen bzw. erworbenen Störungen können vereinzelt auch Subduralhämatome verursachen, jedoch in einer deutlich geringer ausgeprägten Variante als es bei einem Schütteltrauma zu erwarten ist. Viel häufiger sind intrakranielle Blutungen auf Stürze oder Verkehrsunfälle zurückzuführen. Diese gehen allerdings selten mit retinalen Blutungen einher, so dass bspw. eine Sturzanamnese nur in Frage kommt, wenn das betroffene Kind keine Netzhautblutung aufweist. Gleiches gilt ebenso für rupturierte Aneurysmen der Hirngefäße.⁹

Spontan auftretende intrakranielle Hämorrhagien (sICH) sind bei Kindern mit Hämophilien 20- bis 50-mal wahrscheinlicher als bei Kindern ohne Vorerkrankung. Neben Hämophilien sind auch Faktor-XIII-Mangel oder Cobalamin-Defekte mögliche Ursachen für sICH.²⁷

Die Kombination der Verletzungen und neurologischen Auffälligkeiten sind beim Shaken Baby Syndrome so speziell, dass bei einer ausgeprägten Variante nur wenige Differentialdiagnosen die gleiche Symptomatik auslösen können.¹⁷ Die Stoffwechselerkrankungen Glutarazidurie vom Typ 1 und das Menkes-Syndrom äußern sich allerdings mit ähnlich neurologischen Auffälligkeiten des heranwachsenden Kindes und präsentieren sich klinisch zudem mit Hypotonie und Krampfanfällen ähnlich wie die Akutsymptomatik beim Schütteltrauma.^{17, 28} Im

weiteren Verlauf der Erkrankung können zudem sowohl Subduralhämatome als auch Retinablutungen auftreten.²⁷

Auch wenn sich die Symptome und klinischen Befunde unter Umständen ähneln, ist die Kombination und Ausprägung der Blutungen und diffusen Nervenschädigungen beim Schütteltrauma so individuell, dass keine andere medizinische Ursache dieses Bild spiegeln kann.¹⁷

Anzumerken sei zudem, dass vermeintliche Erklärungen wie Stürze vom Wickeltisch, Hochwerfen, Kinderwagen über Kopfsteinpflaster, Hüpfen auf einem Ball oder den Knien nicht dieselben Erschütterungen sowie Rotations- und Scherkräfte verursachen können, wie das Schütteln eines Kindes durch einen Erwachsenen. Die bei dem Schütteln auftretenden Kräfte sind aufgrund des erheblichen Größen- und Massenunterschiedes zwischen Erwachsenem und Kind nicht durch andere Ursachen reproduzierbar. Zur Veranschaulichung beschreibt Herrmann et al.⁹: *„nimmt man an, ein 180 cm großer und 85 kg schwerer Mann schüttelt einen 55 cm großen und 3,5 kg schweren Säugling, dann ist das so, als würde im Vergleich der Erwachsene von einem knapp 2 Tonnen schweren und 6 Meter großen Riesen geschüttelt.“*

1.3 Fragestellung

Ausgehend von der theoretischen Bearbeitung der zugrundeliegenden Thematik der Kindesmisshandlung durch Schütteln, soll in den nachfolgenden Kapiteln untersucht werden, wie gut die Bevölkerung über das Schütteltrauma informiert und aufgeklärt ist. Dazu wurde eine Umfrage gestaltet, anhand der diese Frage beantwortet werden soll. **(Anhang 1)** Im Anschluss soll ausgehend von diesen Ergebnissen erörtert werden, ob Potential für Aufklärungs- und Präventionsarbeit besteht und wie diese aussehen könnte.

2 Material und Methoden

Grundlage des im Zuge dieser Diplomarbeit erstellten Fragebogens bilden zwei in den USA und in Frankreich durchgeführte Befragungen junger Eltern zum Aufklärungsstand hinsichtlich des Shaken Baby Syndromes.^{1, 29} Auch diese Studien verfolgen das Ziel, den Informationsstand hinsichtlich des Schütteltraumas bei Eltern zu erheben. Die Studie von Simonnet et al. bestand aus zwei Teilen, an denen Eltern am zweiten Tag post partum teilnehmen konnten. Neben einem kurzen Fragebogen zum Wissen des normalen kindlichen Schreiverhaltens, den Umgang damit und zum Abusive Head Trauma, wurden den Eltern bei der körperlichen Untersuchung durch den Pädiater allgemeine Informationen zum AHT gegeben und eine Broschüre ausgehändigt. Nach sechs Wochen wurde das Wissen erneut abgefragt. Die Studie von Dias et al. hingegen verglich die AHT Hospitalisierungsraten vor und nach ihren Interventionen. Diese bestanden aus Postern im gesamten Klinikum sowie einer Broschüre und einem Informationsvideo, das Eltern nach der Geburt gezeigt wurde. Zudem wurden die Eltern gebeten, eine Verpflichtungserklärung zu unterzeichnen, in der sie das Wissen über AHT bestätigen und eine Anwendung von Gewalt ablehnen. Diese beiden Studien enthalten jedoch nur 15 bzw. 14 Fragen im Gegensatz zu den 41 Fragen des Fragebogens, der dieser Arbeit zugrunde liegt. Zudem bezogen sich die Fragen von Dias et al. ausschließlich auf das Informationsvideo. In dem Fragebogen dieser Diplomarbeit sind noch weitere theoretische Faktoren eingeflossen, die mögliche Korrelationen zwischen dem Wissensstand einerseits und dem Kinderbezug andererseits widerspiegeln. Zudem wurden Fragen formuliert, die die Einschätzung der Bevölkerung gegenüber der Gefahr des Schüttelns im Vergleich mit anderen Unfallmechanismen herausarbeiten. Übernommen wurden die Fragen zur Einschätzung der täglichen Schreidauer, die Kenntnis von Notfallkontakten sowie die Frage, ob ein Sturz vom Wickeltisch oder das Schütteln eines Säuglings gefährlicher ist.²⁹

In der derzeitigen Literatur wird davon ausgegangen, dass sowohl Eltern als auch medizinisches Fachpersonal nur unzureichend über das Schütteltrauma und seine unmittelbaren Folgen aufgeklärt sind.^{9, 20}

Ziel des Fragebogens ist es also, den Wissensstand innerhalb der ProbandInnen in Bezug auf die Thematik des Schütteltraumas widerzuspiegeln und mögliche Differenzen auf bspw. demographische Unterschiede wie das Alter, die Herkunft oder den Bildungsstand zurückführen zu lassen.

2.1 Umfrageaufbau und Durchführung

Die Befragung wurde zweiteilig aufgebaut und enthält insgesamt 41 Fragen. Der im Anhang 1 zu findende Fragebogen wurde auf LimeSurvey über die Lizenz der Medizinischen Universität Graz erstellt und vom 09.08.2022 bis 07.09.2022 durchgeführt. Die TeilnehmerInnen wurden über soziale Netzwerke, Aushänge in Warteräumen von Arztpraxen und im persönlichen Umfeld akquiriert. So konnte gewährleistet werden, ein mögliches breites Publikum anzusprechen und sowohl Eltern als auch Personen ohne Kinder zu erreichen.

Um die ProbandInnen nicht bereits im Voraus auf das Thema Schütteltrauma zu sensibilisieren, wurde, ohne die Thematik vorab in der Einleitung ausführlich zu erläutern und nach der Erhebung persönlicher Informationen (**Tabelle 1**), eine Aufzeichnung eines zuvor eigens erstellten Videos abgespielt, in dem eine Säuglingspuppe geschüttelt wird. (**Abbildung 6**) Die ProbandInnen sollten daraufhin ihre persönliche Einschätzung zu möglichen Folgen abgeben. (**Tabelle 2**)

Tabelle 1: Erhebung persönlicher Informationen

Persönliche Informationen	
Nummer	Frage
1	Alter
2	Geschlecht
3	Familienstand
4	Höchster Bildungsabschluss
5	Derzeitiger Beruf
6	Arbeiten Sie in einem Beruf, der direkten Kontakt zu Kindern besitzt? (Erzieher*in, Lehrer*in, Pädagoge*in, ...)
7	Jahreseinkommen (brutto)
8	Eigene Kinder (Anzahl + Alter)
9	Kleinkinder bis 5 Jahre in der Verwandtschaft
10	Haben Sie bereits einen Kurs "Erste Hilfe am Kind" besucht?



**Abbildung 6: Ausschnitt des Demonstrationsvideos aus dem Fragebogen
(eigene Darstellung)**

Tabelle 2: Einschätzung der Verletzungsfolge nach Schütteln

Fragen zum Video	
Nummer	Frage
11	Kann das Kind bereits durch diesen Umgang einen Schaden erleiden?
12	Ist es eher wahrscheinlich, dass das Kind ... (1 $\hat{=}$ eher unwahrscheinlich, 5 $\hat{=}$ sehr wahrscheinlich)

Im nachfolgenden Abschnitt der Befragung wurden dann detaillierte Fragen zur Thematik des Schütteltraumas gestellt, um wiederum den Wissensstand bzw. die Einstufung der Gefährlichkeit des Schüttelns abbilden zu können. Dafür wurde das Schütteln zum Beispiel dem Schlagen oder dem Sturz vom Wickeltisch gegenübergestellt und die ProbandInnen sollten angeben, welches Szenario für das Kind schwerwiegendere Folgen nach sich ziehen wird. (**Tabelle 3**)

Tabelle 3: Erhebung Kenntnisstand Schütteltrauma

Allgemeine Fragen zum Schütteltrauma	
Nummer	Frage
13	Haben Sie schon einmal den Begriff "Schütteltrauma" gehört?
14	Glauben Sie, dass es möglich ist, ein Baby bereits während des alltäglichen Spielens/Tragens zu schütteln?
15	Glauben Sie, dass es möglich ist, ein Baby im Kinderwagen zu schütteln?
16	Was ist gefährlicher: Schütteln oder Schlagen?
17	Was ist gefährlicher: Schütteln oder ein Sturz vom Wickeltisch?
18	Was ist gefährlicher: Schütteln oder ein Verkehrsunfall (Baby im Kindersitz)?
19	Kann Schütteln zu Langzeitschäden führen?
20	Welche Langzeitschäden können Ihrer Ansicht nach eintreten?
21	Glauben Sie, dass das Schütteln auch zum Tode des Kindes führen könnte?
22	Welche akuten Verletzungen sind Ihrer Ansicht nach wahrscheinlich?
23	Können diese Folgen bereits bei einem einmaligen Schütteln auftreten oder braucht es dafür Wiederholungen?

Um die Kenntnis und damit die Beantwortung der Fragen besser beurteilen zu können, sind ebenso Fragen zur eigenen Elternschaft gestellt worden. Wurde diese bejaht, so wurden abgefragt, inwiefern die Eltern während bzw. nach der

Schwangerschaft zum Thema Schütteln, Überforderung und Schreiverhalten des Babys aufgeklärt wurden. **(Tabelle 4)**

Tabelle 4: Erhebung Informationserhalt vor und nach der Geburt

Elternbezogene Fragen zum Schütteltrauma	
Nummer	Frage
24	Haben Sie eigene Kinder?
<i>Falls ja:</i>	
25	Wurden Sie vor der Geburt über das Schütteltrauma informiert?
26	Wurden Sie nach der Geburt über das Schütteltrauma informiert?
27	Wurden Ihnen Anlaufstellen bei Überforderung bzw. Ratlosigkeit mit Ihrem Neugeborenen genannt?
28	Wüssten Sie, wen Sie im Notfall kontaktieren könnten, wenn Sie mit einem schreienden Baby überfordert sind?
29	Wen würden Sie als erstes anrufen?
30	Haben Sie Broschüren zum Thema Schreibabys erhalten?
31	Wurden Sie im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen über Stresssituationen und Impulshandlungen informiert?

Im darauffolgenden vorletzten Abschnitt des Fragebogens wurde allen ProbandInnen, also auch jenen ohne eigene Kinder, Fragen zu Schreibabys gestellt. Von besonderem Interesse war, zu erörtern, welche der zur Auswahl stehenden Methoden zur eigenen Entlastung die Befragten am ehesten umsetzen würden bzw. welche sie als falsch erachten, wenn ihr Baby ununterbrochen schreien würde und sie am Ende ihrer Kräfte allein zu Hause wären. **(Tabelle 5)**

Tabelle 5: Umgang mit schreiendem Kind

Allgemeine Fragen zum Schreiverhalten	
Nummer	Frage
32	Glauben Sie, dass es normal ist, wenn Babys mehr als zwei Stunden pro Tag schreien?
33	Was würden Sie am ehesten machen, wenn ihr Baby schreit und Sie selbst am Ende Ihrer Kräfte, aber alleine zu Hause sind?
34	Welche der zuvor genannten Situationen sehen Sie als falsch an?

Die Befragung endete mit der Erhebung möglicher Präventionsprogramme sowie deren Auswirkungen und Nutzen aus Sicht der ProbandInnen. **(Tabelle 6)**

Anhand dieses ausführlichen Fragenkonvoluts soll anschließend, in der statistischen Auswertung, der grundlegende Kenntnisstand abgebildet, im Folgenden interpretiert und auf die Forschungsfragen dieser Diplomarbeit angewendet werden.

Tabelle 6: Erhebung Notwendigkeit von Präventionsprogramme

Präventionsprogramme	
Nummer	Frage
35	Glauben Sie, dass Präventionsprogramme sinnvoll sind?
36	Würden Sie es befürworten, das Thema Schütteltrauma bzw. Umgang mit Schreikindern in den Geburtsvorbereitungskursen zu integrieren?
37	Würden Sie aus Eigeninitiative eine Informationsveranstaltung zum Umgang mit Schrei-Babys besuchen?
38	Würden Sie es befürworten, wenn es während des Krankenhausaufenthaltes nach der Geburt ein kurzes Informationsgespräch gebe?
39	Was glauben Sie, könnten Eltern in einem Kurs oder Gespräch lernen?
40	Welche Konsequenzen könnte ein solcher Kurs o.ä. haben?
<i>Falls Frage Nr. 10 „Nein“:</i>	
41	Sie haben angegeben, noch keinen Kurs "Erste Hilfe am Kind" besucht zu haben. Könnten Sie sich vorstellen, einen solchen Kurs nun zu belegen?

2.2 Statistische Methoden

Die statistische Auswertung erfolgt sowohl deskriptiv als auch analytisch. Dafür wird zunächst die Umfragezusammenfassung von LimeSurvey mit tabellarischer Auflistung der Antwortverteilung je Frage herangezogen, um die Testergebnisse zu beschreiben. Prozentuelle Anteile werden dabei, falls für die spätere Analyse relevant, ergänzend berechnet.

Für den Teil der Inferenzstatistik werden die Umfrageergebnisse aus LimeSurvey in IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp exportiert und aufbereitet. Anschließend werden die Ergebnisse anhand verschiedener demographischer Gesichtspunkte wie beispielsweise dem Alter, dem Bildungsstand und der Anzahl eigener Kinder einander gegenübergestellt und die Häufigkeitsverteilungen hinsichtlich

signifikanter Zusammenhänge untersucht. Dafür kommen statistische Tests wie der Chi²-Test, der exakte Test nach Fisher, der Mann-Whitney-U-Test und der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest zur Anwendung. Die statistische Signifikanz wurde als $p < 0,05$ definiert, das Signifikanzniveau α mit 95 %. Wenn für die Analyse relevant, wird der statistische Erwartungswert des Chi²-Tests für eine bestimmte Variable dem tatsächlichen Befragungsergebnis gegenübergestellt, um mögliche Diskrepanzen zu verdeutlichen (bspw. 1,4 zu 4: statistisch erwartetes Ergebnis von 1,4 (= Erwartungswert) im Vergleich zum tatsächlichen Ergebnis von $n = 4$). Werden Mittelwerte angegeben, so wird die Standardabweichung mit \pm angeführt.

Grafiken werden eigenhändig mit Microsoft Excel für Office 3ird65 ProPlus erstellt, um mögliche Zusammenhänge bzw. Verteilungen bildlich aufzuzeigen.

Von der zuständigen Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz wurde im Vorfeld eine befürwortende Stellungnahme unter der Nummer 34-384 ex 21/22 abgegeben.

3 Ergebnisse

Insgesamt haben 319 TeilnehmerInnen im Zeitraum von 09.08.2022 bis 07.09.2022 online auf LimeSurvey teilgenommen. Ein Hauptaugenmerk in der Auswertung wird auf die Einschätzung der Verletzungsschwere, einer möglichen Todesfolge und dem tendenziellen Verhalten der ProbandInnen in einer imaginären Überforderungs- und Stresssituation gelegt.

3.1 Deskriptive Statistik

Die deskriptive Analyse der Ergebnisse erfolgt gesondert nach den einzelnen Abschnitten des Fragebogens, um eine möglichst übersichtliche Datendarlegung zu ermöglichen und die Ergebnisse entsprechend zu strukturieren.

3.1.1 Auswertung persönlicher Informationen

Die 319 TeilnehmerInnen der Umfrage sind zu 77,1 % (n = 246) weiblich, der Altersbereich erstreckt sich von 18 bis über 60 Jahre. Das bedeutet, dass in jeder vorgegebenen Altersklasse mehrere (mindestens 16) Personen vertreten sind. 116 (36,4 %) der ProbandInnen gehören der Altersklasse der 36-45-Jährigen an, gefolgt von 114 (35,7 %) der 26-35-Jährigen. Mit 16 Personen (5 %) sind die über 60-Jährigen am wenigsten vertreten. (**Abbildung 7**)

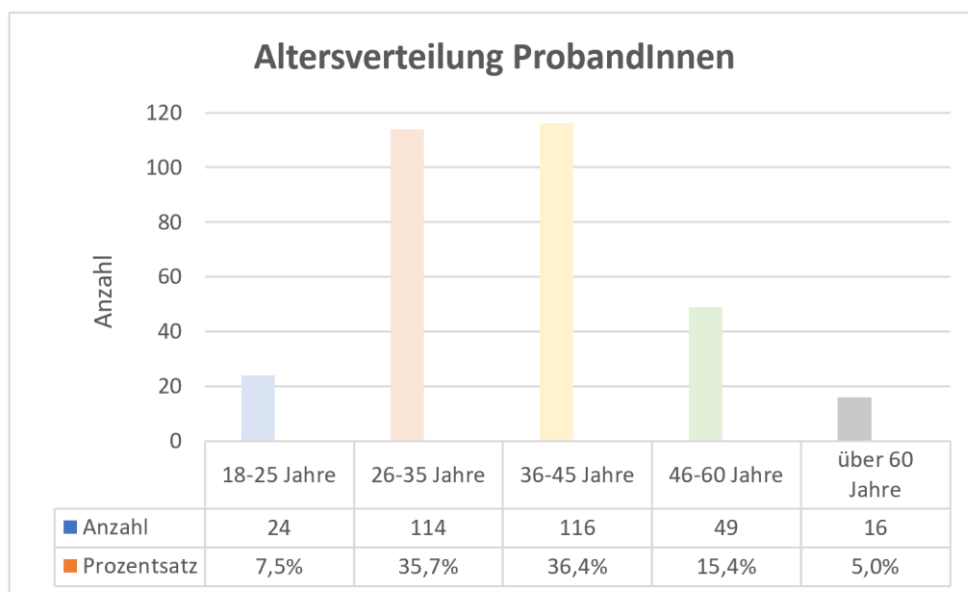


Abbildung 7: Altersverteilung der TeilnehmerInnen (eigene Darstellung)

Die Mehrheit der TeilnehmerInnen (n = 177; 55,5 %) ist verheiratet, nur 8 TeilnehmerInnen (2,5 %) sind alleinerziehend.

Insgesamt geben 244 der ProbandInnen (76,5 %) an, eigene Kinder zu haben und 208 Personen (65,2 %) haben Kinder unter fünf Jahren in der Verwandtschaft (Enkel, Nichten/Neffen, Cousinsen, Geschwister). Von den 74 TeilnehmerInnen (23,2 %), die keine eigenen Kinder haben, haben wiederum 19 Personen (6 %) auch keine Kleinkinder im familiären Umfeld.

Das Bildungsniveau, zurückzuführen auf den höchsten Bildungsabschluss, ist recht ausgeglichen. 103 TeilnehmerInnen (32,3 %) besitzen einen universitären Abschluss, 22,9 % (n = 73) haben die Fachhochschule besucht und 20,4 % (n = 65) besitzen ein Reifezeugnis, bspw. die Matura oder ein Abitur. **(Abbildung 8)**

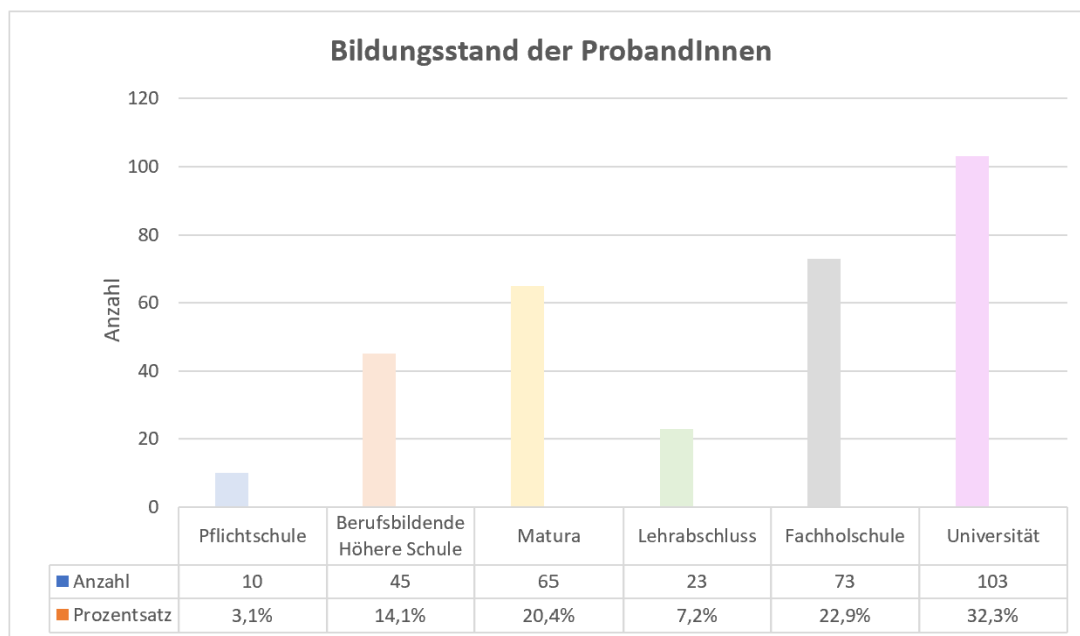


Abbildung 8: Höchster Bildungsabschluss der TeilnehmerInnen (eigene Darstellung)

Der Großteil arbeitet in einem angestellten Verhältnis (n = 262; 70,2 %), von denen 40 ProbandInnen (10,3 %) eine leitende Funktion innehaben. 5 ProbandInnen sind derzeit arbeitssuchend (1,3 %) und 31 befinden sich im Studium oder in Ausbildung (8 %).

145 Personen (37,2 %) arbeiten in einem Beruf, der direkten Kontakt zu Kindern besitzt (bspw. PädagogIn, ErzieherIn, etc.) und 8 TeilnehmerInnen (2,1 %) befinden sich derzeit in Ausbildung zu einem solchen Beruf, was in Summe 39,2 % aller TeilnehmerInnen ausmacht.

Die Mehrheit aller ProbandInnen besitzt ein Einkommen im Bereich 20-30.000 (n = 73; 23,2 %) bzw. 30-40.000 Euro (n = 74; 23,6 %). 17,2 % (n = 54) haben ein Brutto-Jahreseinkommen von unter 20.000 Euro. Die weiteren 36 % (n = 113) der TeilnehmerInnen verteilen sich auf den Bereich von 40.000 bis über 200.000 Euro. Anzumerken ist, dass 5 Personen keine Antwort auf diese Fragen gegeben haben. Die genannten Prozentwerte sind entsprechend korrigiert und beziehen sich auf 314 vollständig abgegebene Antworten. **(Abbildung 9)**

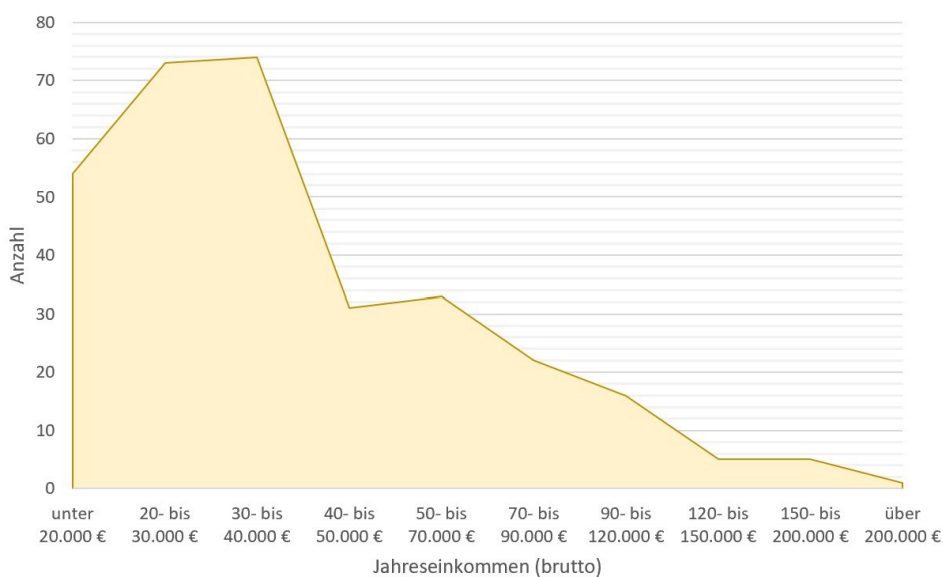


Abbildung 9: Brutto-Jahreseinkommen der UmfrageteilnehmerInnen (eigene Darstellung)

Die letzte Frage dieses Abschnitts bezog sich auf die Absolvierung eines Erste Hilfe am Kind-Kurses. 173 TeilnehmerInnen (54,2 %) geben an, einen solchen Kurs bereits absolviert zu haben.

3.1.2 Auswertung Video-Demonstration

Vor Beantwortung der Fragen in diesem Abschnitt, wurde den ProbandInnen ein eigens erstelltes Video eingeblendet, welches das Schütteln einer lebensechten Säuglings-Puppe demonstrierte. **(Abbildung 6, Anhang 1.3)**

98,4 % der Befragten sind sich einig, dass ein solcher Umgang zu Schaden am Kind führen wird. Die Schwere der Verletzung sollte mit Hilfe einer Matrix nach Schulnotensystem (1 $\hat{=}$ sehr unwahrscheinlich bis 5 $\hat{=}$ sehr wahrscheinlich) eingeschätzt werden. Dabei geben 48,9 % (n = 155) an, dass leichte Verletzungen sehr wahrscheinlich seien, wohingegen 23,5 % (n = 75) leichte Verletzungen für sehr unwahrscheinlich halten. Der Mittelwert der Antworten liegt bei $3,51 \pm 1,69$.

57,7 % (n = 184) sind sich sicher, dass schwere Verletzungen die Folge sein werden, nur 2,8 % (n = 9) halten dies für sehr unwahrscheinlich. Hier liegt der Mittelwert der Antworten bereits bei $4,29 \pm 1,02$.

Von lebensbedrohlichen Verletzungen gehen 53 % (n = 169) aus, was einem Mittelwert von $4,14 \pm 1,11$ entspricht.

Langzeitfolgen erwarten 54,9 % (n = 175) der ProbandInnen mit einem Mittelwert von $4,2 \pm 1,08$. **(Tabelle 7)**

Tabelle 7: Ergebnisse der Matrixbefragung

(1 $\hat{=}$ sehr unwahrscheinlich bis 5 $\hat{=}$ sehr wahrscheinlich)

Auswertung Matrixbefragung nach Demonstration Schüttelvideo						
Folge	Mittelwert	1	2	3	4	5
Leichte Verletzungen	$3,51 \pm 1,69$	n = 75 23,5 %	n = 31 9,78 %	n = 24 7,57 %	n = 32 10,09%	n = 155 48,9 %
Schwere Verletzungen	$4,29 \pm 1,02$	n = 9 2,8 %	n = 12 3,76 %	n = 42 13,17 %	n = 72 22,57 %	n = 184 57,7 %
Lebensbedrohliche Verletzungen	$4,14 \pm 1,11$	n = 11 3,46 %	n = 18 5,66 %	n = 54 16,98 %	n = 66 20,75 %	n = 169 53,14 %
Langzeitfolgen	$4,2 \pm 1,08$	n = 12 3,76 %	n = 12 3,76 %	n = 52 16,3 %	n = 68 21,32 %	n = 175 54,9 %

3.1.3 Auswertung Kenntnis Schütteltrauma

311 der 319 ProbandInnen (97,5 %) geben an, den Begriff *Schütteltrauma* bereits im Vorfeld schon einmal gehört zu haben. Es gehen 42,3 % (n = 135) davon aus, dass es nicht möglich ist, ein Kind im alltäglichen Umgang (bspw. beim Spielen oder Tragen) zu schütteln. Bei der Fahrt mit dem Kinderwagen glauben hingegen 52,7 %, dass es möglich ist, das Kind dabei solchen Erschütterungen auszusetzen, dass es zum Schütteltrauma kommen kann (bspw. Fahrt über Kopfsteinpflaster).

Den TeilnehmerInnen wurden verschiedene Szenarien dem Schütteln gegenübergestellt und ihre Einschätzung abgefragt, welches davon eine schlimmere Folge nach sich zieht: Schlagen halten 10 % (n = 32) für gefährlicher, den Sturz vom Wickeltisch schätzen 22,3 % (n = 71) als riskanter ein und einen Verkehrsunfall, bei dem das Kind ordnungsgemäß im Kindersitz angeschnallt ist, empfinden 100 Personen (31,4 %) für folgereicher als das Schütteln eines Säuglings.

Als wahrscheinlichste Verletzung des Kindes durchs Schütteln wird mit 97,2 % (n = 310) die Hirnblutung eingestuft, dicht gefolgt von der Bewusstlosigkeit (n = 289; 90,6 %). Knochenbrüche und Hämatome werden mit 29,8 % (n = 95) bzw. 36,4 % (n = 116) als unwahrscheinlichste Verletzung betrachtet.

Eine tödliche Folge des Schüttelns halten 98,1 % für realistisch, wohingegen nur 6 ProbandInnen (1,8 %) eine Todesfolge ausschließen.

Es gehen zwar 94,3 % (n = 298) davon aus, dass das Schütteln eines Babys Entwicklungsstörungen der Motorik und Sprache als mögliche Langzeitfolgen nach sich ziehen kann, aber nur 36,7 % (n = 116) halten Wachstumsstörungen für eine mögliche Konsequenz. Eine psychische Beeinträchtigung, im Sinne einer Angststörung halten hingegen 67,7 % (n = 195) für realistisch. Hervorzuheben ist, dass 298 Personen (93,4 %) davon ausgehen, dass diese Folgen bereits bei einem einmaligen Schütteln auftreten können. **(Abbildung 10)**

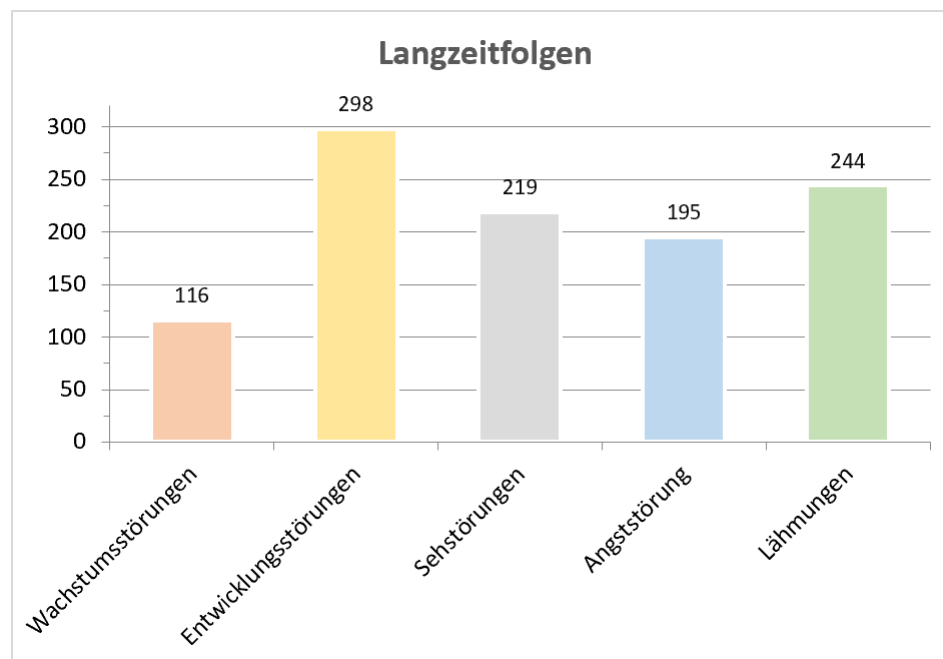
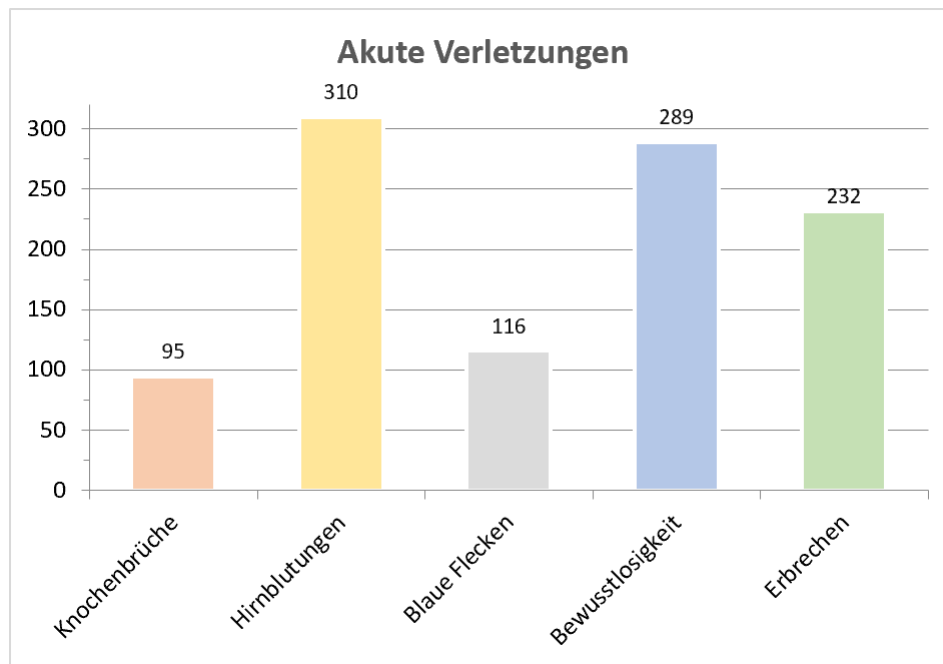


Abbildung 10: Einschätzung der akuten Verletzungen und Langzeitfolgen beim Schütteln eines Säuglings durch die Befragten (Mehrfachangabe möglich; eigene Darstellung)

3.1.4 Auswertung Eltern-Information

Die Fragen der nachfolgenden Umfragekategorie wurden nur den Personen angezeigt, die angaben, eigene Kinder zu haben. Dies betraf 244 Eltern und somit 76,5 % aller TeilnehmerInnen. Von diesen haben wiederum 35,7 % (n = 87) ein Kind, 42 % (n = 134) haben zwei Kinder, 8,2 % (n = 20) haben drei Kinder und nur

1,6 % (n = 4) haben vier oder mehr Kinder. Das Alter dieser Kinder zum Zeitpunkt der Befragung erstreckt sich von 0-1 Jahr bis über 18 Jahre. (**Abbildung 11**)

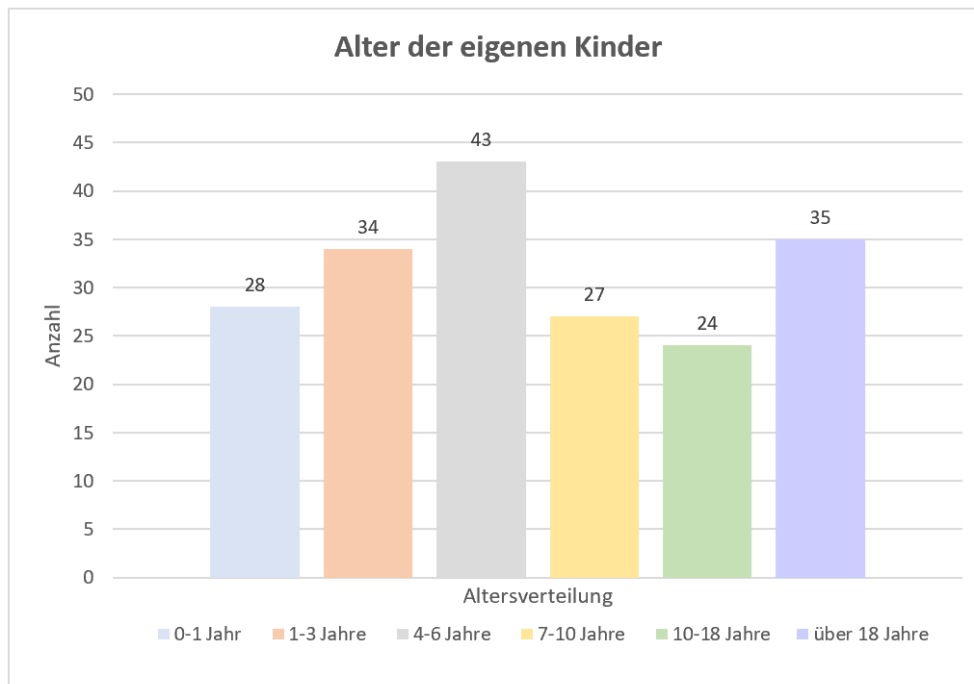


Abbildung 11: Altersverteilung der Kinder der UmfrageteilnehmerInnen (eigene Darstellung)

208 von den 244 Elternteilen (85,2 %) geben an, vor der Geburt nicht über das Schütteltrauma informiert bzw. aufgeklärt worden zu sein. Auch nach der Geburt wurden 210 Elternteilen (86 %) keine Informationen zu dieser Thematik gegeben. Fraglich ist, wo und in welcher Form die 36 bzw. 33 ProbandInnen die Informationen über das Schütteltrauma erhalten haben, denn auch während der Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes erhielten 88,5 % (n = 216) keine Aufklärung. Eine Broschüre zum Thema Schreibabys erhielten nur 9 % (n = 22). 47 TeilnehmerInnen (19,3 %) wurden Anlauf- bzw. Beratungsstellen genannt, die sie bei Ratlosigkeit oder Überforderung im Rahmen ihrer Elternschaft kontaktieren können. Die TeilnehmerInnen beider Geschlechter sind über Anlaufstellen nur unzureichend informiert und kennen diese zu 80,7 % nicht (n = 197). Dies sind 78,3 % (n = 36) der männlichen Befragten (n = 46) und 81,3 % (n = 161) der weiblichen Teilnehmerinnen (n = 198). Die 47 von 244 befragten Eltern, die Kenntnis von entsprechenden Anlaufstellen haben, sind zu 40 % zwischen 26 und 35 Jahren alt (n = 19) bzw. gehören zu 42,6 % der Altersgruppe der 36- bis 45-Jährigen an (n = 20). In Folge eines Aufklärungsgespräches vor der Geburt

(n = 36) wissen 41,7 % (n = 15), wohin sie sich im Ernstfall wenden könnten. Bei einer Information nach der Geburt (n = 33) trifft dies auf 48,5 % (n = 16) zu und bei einem Gespräch während einer Mutter-Kind-Pass-Untersuchung (n = 28) betrifft dies 50 % (n = 14). Ohne ein entsprechendes Informationsgespräch vor bzw. nach der Geburt liegt das vorhandene Wissen zu Kontaktmöglichkeiten bei 15,4 % bzw. 14,8 %.

128 Elternteile (52,5 %) wissen, wen sie im Notfall kontaktieren könnten. Dies wäre mit 44,7 % (n = 109) vor allem der/die PartnerIn. Beinahe gleichauf mit den (Schwieger-)Eltern (n = 56; 23 %) liegen die Hebammen mit 21,3 % (n = 52). Beratungsstellen würden nur 4,9 % (n = 12) in Erwägung ziehen. **(Abbildung 12)**

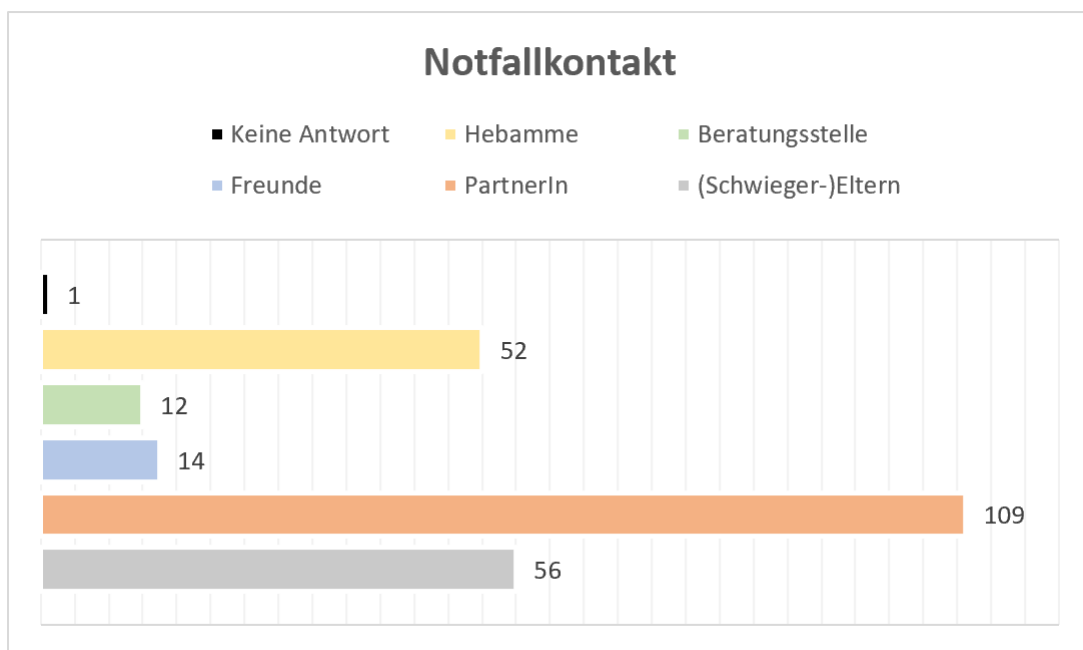


Abbildung 12: Kontaktpräferenzen der befragten Eltern in Notfallsituationen (eigene Darstellung)

3.1.5 Auswertung Einschätzung Schreiverhalten Babys

Der nächste Abschnitt des Fragebogens wurde wieder allen 319 TeilnehmerInnen gestellt und beschäftigte sich mit Schreibabys im Speziellen.

55,2 % (n = 176) sind der Meinung, dass es normal ist, wenn Säuglinge mehr als zwei Stunden pro Tag schreien.

52 % (n = 166) würden den schreienden Säugling auf den Arm nehmen und herumtragen, gefolgt von der aktiven Bitte um Hilfe bei den (Schwieger-)Eltern mit

31 % (n = 99). Interessant zu beobachten ist, dass nur 13 Personen (4,1 %) eine Beratungsstelle anrufen würden, aber im Gegenzug dieses Verhalten nur von 3 Personen (0,9 %) als falsch betrachtet wird. Die Mehrheit aller Befragten empfindet es mit 79,9 % (n = 255) als inkorrekt, das schreiende Baby ins Gitterbett zu legen und anschließend den Raum zu verlassen. Das Kind ins Gitterbett zu legen und im selben Raum zu verbleiben sehen im direkten Vergleich nur 37,3 % (n = 119) der TeilnehmerInnen als falsch an. Auch das Aufsetzen von Kopfhörern wird mehrheitlich (n = 233; 73 %) als unangebracht aufgefasst. **(Abbildung 13)**

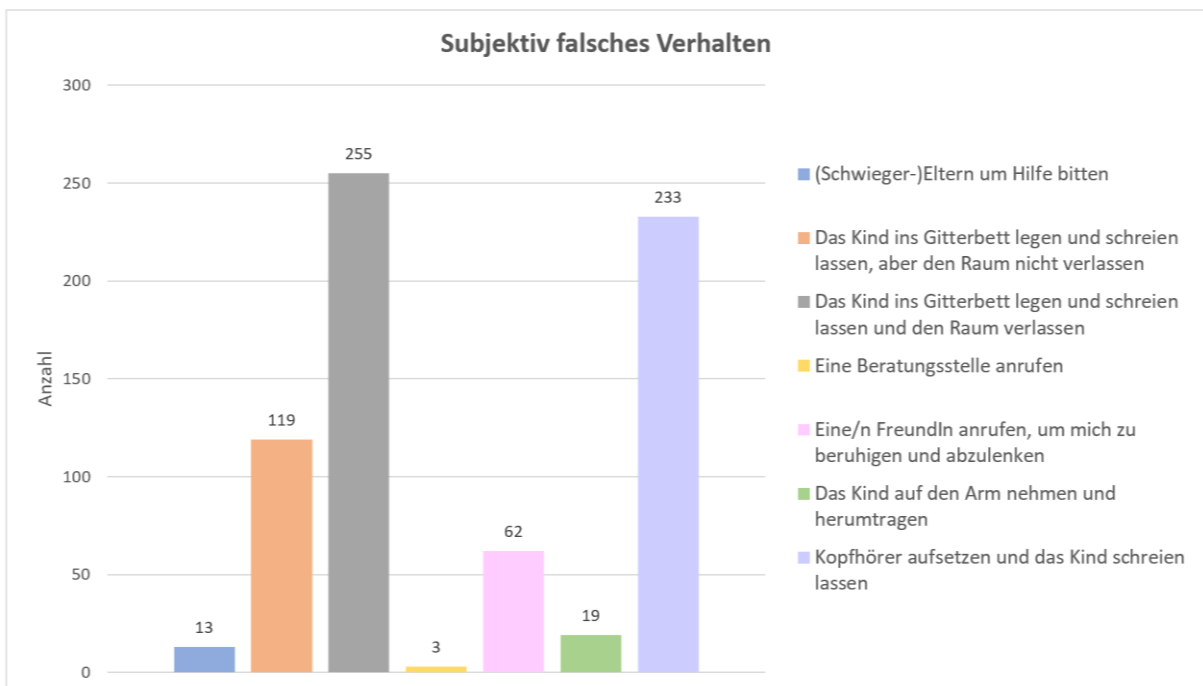
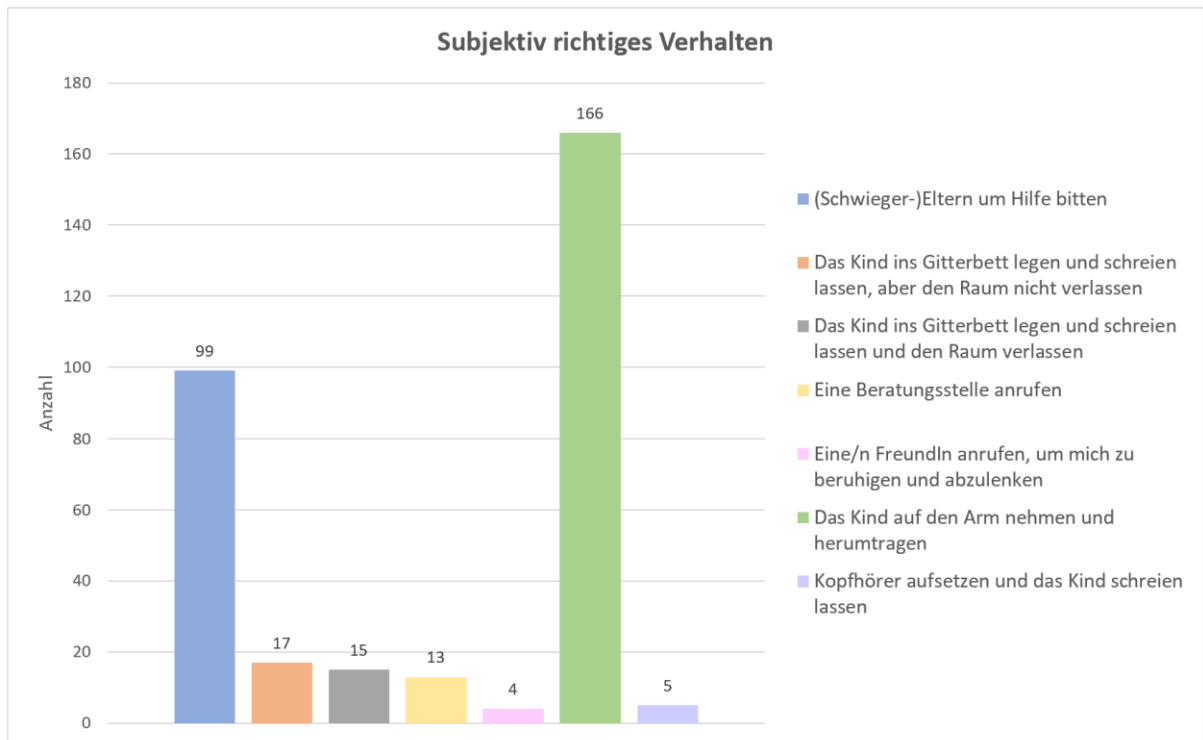


Abbildung 13: Vergleich zwischen den subjektiv richtigen bzw. falschen Verhaltensmuster bei Überforderung mit Schreibaby (Mehrfachangabe möglich; eigene Darstellung)

3.1.6 Auswertung Potential Präventionsprogramme

Grundsätzlich halten 99,1 % (n = 316) Präventionsprogramme gegen Schütteltraumata für sinnvoll und notwendig. 96,9 % (n = 309) würden es zudem befürworten, wenn entsprechende Informationen bereits in den

Geburtsvorbereitungskursen thematisiert werden, 98,1 % (n = 313) würden zudem eine Aufklärung in der Zeit des stationären Aufenthaltes nach der Geburt (im Krankenhaus, Geburtshaus, Sanatorium, ...) für sinnvoll erachten.

Als realistische Lerneffekte eines solchen Aufklärungsgespräches bzw. einer solchen Informationsveranstaltung halten die Befragten mit 93,4 % (n = 298) grundlegende Informationen zu Schreibabys und deren Umgang, mit 85,3 % (n = 272) Auskunft zu Anlaufstellen bei Ratlosigkeit bzw. Überforderung und mit jeweils 83,1 % (n = 265) das Kennenlernen von Entspannungsmethoden sowohl für die Eltern als auch für den schreienden Säugling.

Ebenfalls wurden die TeilnehmerInnen zu ihrer Einschätzung nach möglichen Konsequenzen einer Etablierung von Informationsveranstaltungen und Kursen für Eltern von Schreibabys befragt. Mit jeweils 86,5 % (n = 276) gehen die ProbandInnen davon aus, dass durch die Aufklärung sowohl weniger Säuglinge geschüttelt werden und ein Schütteltrauma erleiden, als auch die Thematisierung von Überforderung im Umgang mit Schreibabys kein Tabuthema mehr sein wird. Zudem gehen 73,7 % (n = 235) davon aus, dass die Hemmschwelle sinken wird, Beratungsstellen aufzusuchen und um Rat zu bitten. Demnach könnten sich 69,9 % (n = 223) vorstellen, mit anderen Eltern bzw. 65,2 % (n = 208) mit ihrer eigenen Familie über ihre Situation mit Schreibabys zu sprechen. Aus eigener Initiative heraus würden 69 % (n = 220) der Befragten eine solche Informationsveranstaltung zum Umgang mit Schreibabys besuchen.

3.1.7 Auswertung Zusatzfrage Erste Hilfe am Kind

Zu Beginn des Fragebogens wurden alle TeilnehmerInnen nach einer vorherigen Teilnahme eines Erste-Hilfe-Kurses am Kind befragt. Die, die diese Frage verneint haben, wurden am Ende der Umfrage erneut gefragt, ob sie sich nun vorstellen könnten, einen solchen Kurs zu besuchen.

146 TeilnehmerInnen (45,8 %) haben bisher noch bei keinem Erste-Hilfe-Kurs teilgenommen; 80 davon (54,8 %) können sich vorstellen einen entsprechenden Kurs nun zu besuchen. Weitere 6,6 % (n = 21) hatten dies ohnehin geplant und 6,3 % (n = 20) würden einen solchen Kurs nur absolvieren, wenn sie selbst eigene Kinder erwarten. 25 Personen (17,1 %) möchten keinen Erste-Hilfe-Kurs besuchen. (**Abbildung 14**)

Erste Hilfe Kurs am Kind

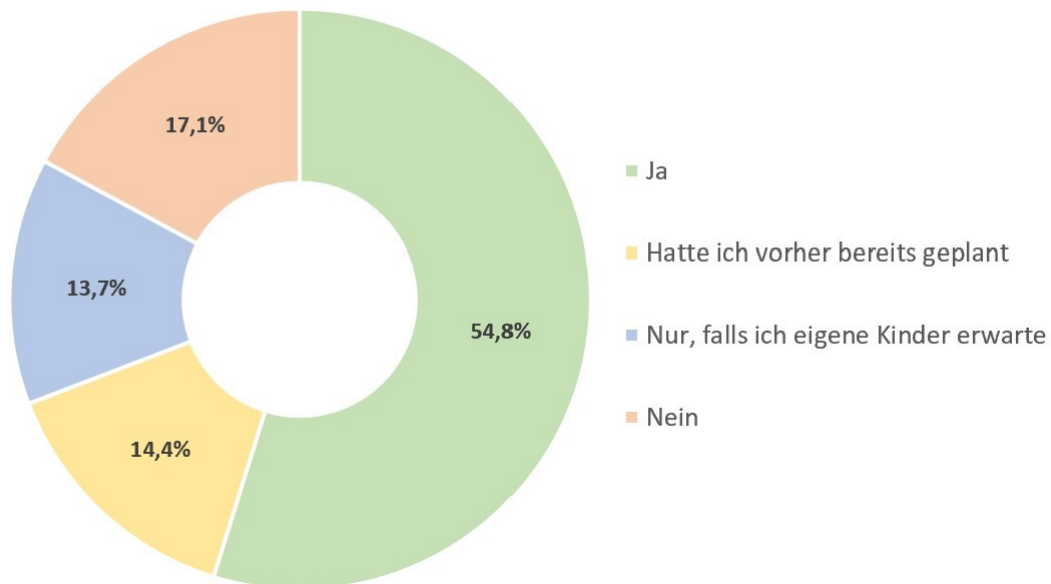


Abbildung 14: Teilnahmewahrscheinlichkeit an einem Erste-Hilfe-Kurs am Kind
(eigene Darstellung)

3.2 Analytische Statistik

Die vergleichende Statistik im folgenden Kapitel legt den Schwerpunkt vor allem auf die subjektive Einschätzung der Gefahr und Folgen eines Schütteltraumas hinsichtlich verschiedener demographischer Eigenschaften der UmfrageteilnehmerInnen, um im späteren Verlauf der vorliegenden Arbeit beurteilen zu können, ob Potential für möglichen Präventionsprogramme besteht.

3.2.1 Einflussfaktoren auf Einschätzung Todesfolge Schütteltrauma

In diesem Abschnitt wird dargestellt, ob das Wissen, dass das Schütteltrauma durchaus zum Tode führen kann, von bestimmten Faktoren abhängig ist bzw. ob signifikante Zusammenhänge beobachtet werden können.

Bestehen zwischen dem Wissen, dass ein Schütteltrauma zum Tode führen kann, und dem Berufsstatus signifikante Zusammenhänge?

Es zeigt sich keine signifikante Korrelation zwischen dem Wissen, dass ein Schütteltrauma zum Tode führen kann und dem Berufsstatus ($p = 1$, Chi²-Test). Die sechs Personen, die sagen, dass das Shaken Baby Syndrome nicht zum Tode

führen kann, sind zu 50 % angestellt (n = 3) bzw. zu je 16,7 % selbstständig (n = 1), in einer leitenden Position (n = 1) oder in Studium/Ausbildung (n = 1).

Gibt es signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung zwischen dem Wissen, dass das Schütteltrauma zum Tode führen kann, und der Anzahl sowie der Altersklasse der eigenen Kinder?

Das Wissen steht in keinem Zusammenhang mit eigenen Kindern unabhängig von deren Alter ($p = 0,626$, Chi²-Test). Sowohl Eltern mehrerer Kinder als auch kinderlose Personen gehen in der Mehrheit (n = 313; 98,1 %) davon aus, dass eine Todesfolge beim Schütteltrauma möglich ist. Die sechs Personen, die eine Todesfolge ausschließen, gehören sowohl der Gruppe ohne Kinder (n = 2; 33,3 %) als auch der Gruppe mit zwei Kindern (n = 4; 66,7 %) an.

Gibt es signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung zwischen dem Wissen, dass das Schütteltrauma zum Tode führen kann, und Kindern in der Verwandtschaft unter fünf Jahren?

Es besteht eine Korrelation zwischen der Kenntnis des Schütteltraumas und Kleinkindern in der Verwandtschaft ($p = 0,03$, Chi²-Test). Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Häufigkeit, mit der jemand weiß, dass ein Schütteltrauma zum Tode führen kann und der Häufigkeit, mit der jemand Nichten oder Neffen hat, die jünger als 5 Jahre sind. Sechs Personen gaben an, dass ein Schütteltraumata ihrer Meinung nach nicht zum Tode führen kann, hatten aber Nichten bzw. Neffen.

Bestehen zwischen dem Wissen, dass ein Schütteltrauma zum Tode führen kann, und demographischen Faktoren signifikante Zusammenhänge?

Das Wissen über einen möglichen Tod durch Schütteln scheint signifikant vom Geschlecht abzuhängen ($p = 0,026$, Chi²-Test), auch wenn in diesem Fall die Fallgruppe sehr klein ist. So liegt der Anteil der Befragten, die angeben zu glauben, dass ein Schütteltrauma nicht zum Tode führen kann (n = 6), deutlich über dem Erwartungswert für männliche Befragte (1,4 zu n = 4; 66,7 %).

Zwischen dem Wissen zur Todesfolge und den weiteren demographischen Faktoren wie beispielweise dem Alter ($p = 0,196$, Chi²-Test), Beziehungsstatus

($p = 0,732$, Chi²-Test) oder Bildungsstand ($p = 0,327$, Chi²-Test) besteht kein signifikanter Zusammenhang. Ergänzend zu erwähnen ist, dass fünf der sechs Personen (83,3 %), die einen Tod ausschließen, der Altersgruppe der 36- bis 45-Jährigen angehören und einer dieser Personen bereits einen Erste-Hilfe-Kurs am Kind absolviert hat.

Gibt es zwischen dem Wissen, dass ein Schütteltrauma zum Tode führen kann, und dem Erhalt von Informationen vor bzw. nach der Geburt des eigenen Kindes signifikante Zusammenhänge?

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erhalt von Informationen vor der Geburt ($p = 0,105$, Chi²-Test) bzw. nach der Geburt ($p = 0,444$, Chi²-Test) und dem Wissen über eine mögliche Todesfolge.

Gibt es zwischen dem Wissen, dass ein Schütteltrauma zum Tode führen kann, und der Motivation ein Präventionsprogramm zu besuchen signifikante Zusammenhänge?

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Motivation, aus Eigeninitiative eine Informationsveranstaltung zur Schreibaby- und Schütteltrauma-Thematik zu besuchen und dem bestehenden Wissen einer möglichen Todesfolge ($p = 0,012$, Chi²-Test).

Fünf der sechs Befragten, die glauben, dass ein Schütteltrauma nicht zum Tod führen kann, geben an, dass sie an keiner Veranstaltung aus Eigeninitiative teilnehmen würden, in der sie über Schreibabys und den korrekten Umgang mit ihnen informiert würden.

3.2.2 Einflussfaktoren auf Auswahl Notfallkontakte in Stresssituation

In diesem Abschnitt werden Faktoren untersucht, die einen Einfluss auf die Wahl des Notfallkontaktes haben, den die ProbandInnen ihrer Meinung nach in einer Situation der Überforderung mit einem schreienden Säugling anrufen würden.

Gibt es signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung zwischen der Entscheidung, wen die ProbandInnen in einer Notfallsituation mit einem Säugling anrufen würden und dem Berufsstatus?

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang bei den Angestellten ($p = 0,02$, Chi²-Test) und den Personen in Ausbildung bzw. im Studium ($p = 0,034$, Chi²-Test). TeilnehmerInnen, die in einem angestellten Verhältnis beschäftigt sind ($n = 169$), tendieren eher dazu ihre Partner zu kontaktieren ($n = 89$; 47,3 %). Ebenso fällt die Wahl vermehrt auf die (Schwieger-)Eltern ($n = 41$; 24,3 %) verglichen mit der Kontaktaufnahme zu Beratungsstellen ($n = 6$; 3,6 %) und Hebammen ($n = 33$; 19,53 %).

Die Personen, die sich noch in einer Ausbildung oder im Studium befinden ($n = 5$), würden hingegen zu 80 % ihre (Schwieger-)Eltern benachrichtigen ($n = 4$).

Trotz fehlender Signifikanz ($p = 0,061$, Chi²-Test) zeichnet sich eine Tendenz bei der Personengruppe der Selbstständigen ($n = 36$) zur vergleichsweise häufigeren Kontaktaufnahme mit den Hebammen ab ($n = 13$; 36,1 %). Bei den ProbandInnen in einer leitenden Position ($p = 0,493$, Chi²-Test), den Pensionisten ($p = 0,087$, Chi²-Test) und den Arbeitssuchenden ($p = 0,376$, Chi²-Test) ist kein signifikanter Zusammenhang festzustellen.

Gibt es zwischen der Entscheidung, wen die ProbandInnen in einer Notfallsituation anrufen würden und Anzahl der Kinder signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung?

Ein signifikanter Zusammenhang ist erst bei einer Kinderanzahl von drei zu beobachten ($p = 0,014$, Chi²-Test). Eltern, die drei Kinder haben ($n = 20$), würden in einer Notfallsituation eher eine Beratungsstelle ($n = 4$; 20 %) oder eine Hebamme ($n = 5$; 25 %) um Hilfe bitten.

Eltern, die ein Kind haben ($n = 81$), würden im Notfall zunächst ihre Partner um Hilfe bitten ($n = 42$; 51,85 %), bevor sie die (Schwieger-)Eltern ($n = 23$; 28,4 %) oder eine Hebamme ($n = 14$; 17,3 %) anrufen würden. Bei den Eltern mit zwei Kindern ($n = 126$) ist eine Abnahme bei der Kontaktaufnahme mit den Partnern ($n = 60$; 47,6 %) und den (Schwieger-)Eltern ($n = 27$; 21,4 %) zu Gunsten einer Steigerung der Kontaktierung von Hebammen ($n = 33$; 26,2 %) zu vermerken. Es zeigt sich eine gewisse Tendenz, dass je mehr eigene Kinder eine Person hat, desto eher würde diese in einer Notfallsituation Fachpersonen, wie bspw. Hebammen oder Beratungsstellen, um Hilfe bitten.

Gibt es zwischen der Entscheidung, wen die ProbandInnen in einer Notfallsituation anrufen würden und der Altersklasse der Kinder signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung?

Bei den Kindern im Alter von null bis eins, zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,03$, Chi²-Test). Eltern von Säuglingen (n = 24) tendieren dazu, im Notfall eher ihre Partner (n = 20; 83,4 %) zu kontaktieren.

Ein weiterer statistisch signifikanter Zusammenhang ($p = 0,038$, Chi²-Test) besteht bei den Eltern, die bereits erwachsene Kinder über dem 18. Lebensjahr haben (n = 31). Die Befragten würden in Notfällen oder bei Überforderung mit einem Kleinkind häufiger Beratungsstellen (n = 4; 12,9 %) kontaktieren als Eltern von Säuglingen. Die Wahl, den eigenen Partner anzurufen, liegt hingegen deutlich unter dem Erwartungswert (14,8 zu n = 9; 29 %). Die (Schwieger-)Eltern würden mit 35,5 % (n = 11) am häufigsten kontaktiert werden.

Gibt es zwischen der Entscheidung, wen die ProbandInnen in einer Notfallsituation anrufen würden und möglichen Kindern unter fünf Jahren in der Verwandtschaft signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung?

Einen signifikanten Zusammenhang lässt sich sowohl bei den Personen abzeichnen, die Nichten bzw. Neffen unter fünf Jahren in der Verwandtschaft haben ($p = 0,008$, Chi²-Test), als auch bei denen, die keine Kleinkinder in der Verwandtschaft haben ($p = 0,019$, Chi²-Test). Personen mit Nichten bzw. Neffen (n = 113) würden im Zweifelsfall vor allen Dingen ihre eigenen Partner anrufen (n = 63; 55,8 %). Hebamme hingegen würden seltener kontaktiert werden (n = 16; 14,2 %). Anders verhält es sich bei den Personen, die keine Kinder unter fünf Jahren in ihrer Verwandtschaft haben (n = 87). Diese würden im hypothetischen Fall deutlich häufiger eine Hebamme zu Rate ziehen (n = 29; 33,3 %).

Bei den ProbandInnen mit Cousins im Kleinkindalter ($p = 0,552$, Chi²-Test), bei den Personen mit Enkeln ($p = 0,081$, Chi²-Test) und denen mit Geschwistern unter fünf Jahren ($p = 0,331$, Chi²-Test) ist kein signifikanter Zusammenhang festzustellen.

Gibt es signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung zwischen der Entscheidung, wen die ProbandInnen in einer Notfallsituation anrufen würden und demographische Faktoren?

Die Häufigkeitsverteilung dieser Frage zeigt bezogen auf das Alter ($p = 0,001$, Chi²-Test) sowie auf das Geschlecht ($p = 0,037$, Chi²-Test) signifikante Zusammenhänge. Es sind verschiedene Tendenzen erkennbar, u.a. dass die Altersklasse der über 60-jährigen Befragten ($n = 11$) im Notfall am ehesten die Eltern des Kindes in 45,45 % ($n = 5$) der Fälle kontaktieren würden. Die 26- bis 35-Jährigen ($n = 78$) wenden sich hingegen eher an die jeweiligen Lebenspartner ($n = 46$; 59 %), anstatt Beratungsstellen ($n = 1$; 21,8 %) oder die eigenen (Schwieger-)Eltern ($n = 17$; 21,8 %) zu kontaktieren.

Die 46- bis 60-Jährigen hingegen würden vor allem in erster Linie mit 37,5 % ($n = 15$) Hebammen kontaktieren.

Bei der Betrachtung des Geschlechts in Zusammenhang mit der Wahl des Notfallkontaktes zeigen sich ebenfalls signifikante Unterschiede. Die männlichen Befragten ($n = 42$) zeigen mit 14,3 % ($n = 6$) eher die Tendenz, eine Beratungsstelle zu kontaktieren als die weiblichen ProbandInnen ($n = 187$) mit 3,2 % ($n = 6$) und übersteigen dabei den Erwartungswert deutlich (2,2 zu $n = 6$).

Keine signifikanten Zusammenhänge lassen sich bei den anderen demographischen Faktoren wie beispielsweise dem Beziehungsstatus ($p = 0,371$, Chi²-Test) oder der Bildung ($p = 0,267$, Chi²-Test) feststellen.

Gibt es zwischen der Entscheidung, wen die ProbandInnen in einer Notfallsituation anrufen würden und sonstiger Faktoren signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung?

Die Wahl des Notfallkontaktes ist nicht signifikant von anderen Faktoren wie beispielsweise dem Erhalt von Informationen zum SBS vor ($p = 0,242$, Chi²-Test) bzw. nach Geburt ($p = 0,961$, Chi²-Test) oder der Kenntnis von Kontaktstellen ($p = 0,649$, Chi²-Test) abhängig.

3.2.3 Einflussfaktoren auf Kenntnis von Kontaktstellen

Im folgenden Abschnitt wird, aufbauend auf die vorausgegangenen Untersuchungen, betrachtet, von welchen Faktoren die Kenntnis von Kontaktmöglichkeiten bei Überforderung oder Fragen zum Umgang mit

Schreibabys abhängig ist. Anzumerken ist, dass von 244 befragten Eltern nur 47 (19,3 %) solche Kontaktstellen kennen.

Gibt es zwischen der Kenntnis von Kontaktstellen und dem Berufsstatus signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung?

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,049$, Chi²-Test) zwischen der Kenntnis von Kontaktstellen und Personen in leitender Position ($n = 27$). Im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen wissen diese Personen zu 66,7 % ($n = 18$) nicht, wohin sie sich wenden könnten. Bei den Selbstständigen ($n = 38$) sind es bereits 89,5 % ($n = 34$) und bei den Angestellten ($n = 180$) sind es 80 % ($n = 144$). Ein signifikanter Zusammenhang ist sowohl bei den Selbstständigen ($p = 0,099$, Chi²-Test) und den Angestellten ($p = 0,387$, Chi²-Test) als auch bei den Arbeitssuchenden ($p = 0,807$, Chi²-Test), Pensionisten ($p = 0,338$, Chi²-Test) und den Auszubildenden bzw. Studierenden ($p = 0,340$, Chi²-Test) nicht nachzuweisen.

Gibt es signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung zwischen der Kenntnis von Kontaktstellen in einer Notfallsituation und Anzahl der eigenen Kinder?

Ein signifikanter Zusammenhang konnte weder bei den Eltern mit einem Kind ($p = 0,092$, Chi²-Test), mit zwei Kindern ($p = 0,225$, Chi²-Test), mit drei Kindern ($p = 0,438$, Chi²-Test) noch bei denen mit vier oder mehr Kindern ($p = 0,422$, Chi²-Test) nachgewiesen werden.

Gibt es signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung zwischen der Kenntnis von Kontaktstellen in einer Notfallsituation und Alter der eigenen Kinder?

In der Altersklasse der zehn bis 18-Jährigen kann ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden ($p = 0,033$, Chi²-Test). Eltern von Kindern dieser Altersgruppe ($n = 24$) wissen im Vergleich zu den Eltern jüngerer Kinder noch seltener, an welche Anlaufstellen sie sich wenden könnten. 95,8 % wissen nicht, ob bzw. welche Kontaktmöglichkeiten ihnen zur Verfügung stehen. Es zeigt sich im Allgemeinen, dass dieses Wissen, unabhängig vom Alter der eigenen Kinder, sehr gering ist. **(Abbildung 15)**

Keine signifikanten Zusammenhänge zeigen sich bei den Null- bis Einjährigen ($p = 0,244$, Chi²-Test), bei den Ein- bis Dreijährigen ($p = 0,495$, Chi²-Test), bei den Vier- bis Sechsjährigen ($p = 0,452$, Chi²-Test), bei den Sieben- bis Zehnjährigen ($p = 0,373$, Chi²-Test) und bei den Eltern mit volljährigen Kindern ($p = 0,291$, Chi²-Test).

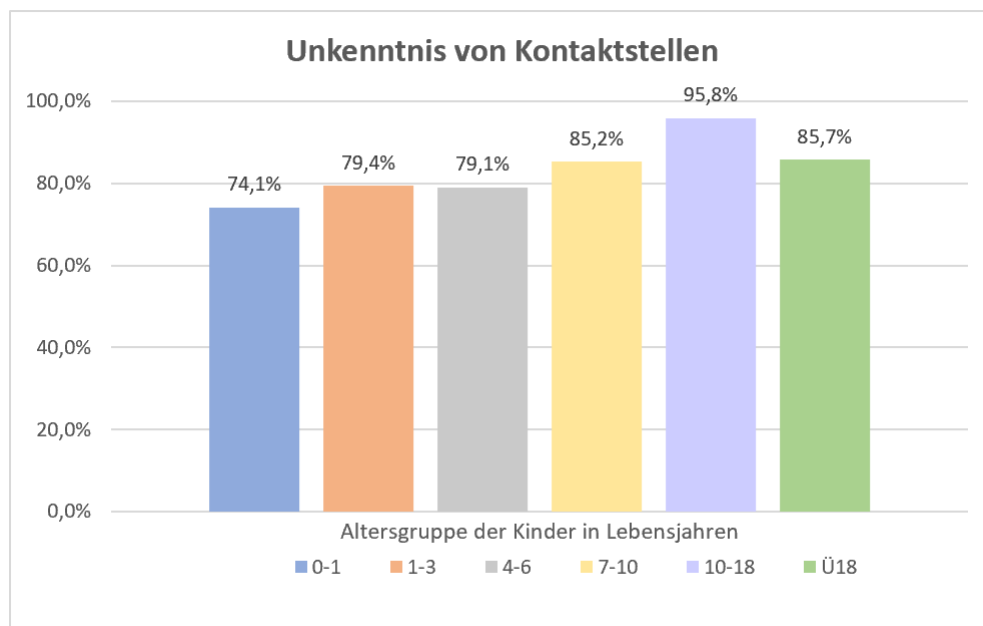


Abbildung 15: Unkenntnis der ProbandInnen von Kontaktstellen abhängig vom Alter der eigenen Kinder (eigene Darstellung)

Gibt es zwischen der Kenntnis von Kontaktstellen in einer Notfallsituation und Kindern unter 5 Jahren in der Verwandtschaft signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung?

Sowohl bei Personen, die in ihrer Verwandtschaft Kleinkinder haben als auch bei den Personen, bei denen keine Kinder unter fünf Jahren im näheren Umfeld sind, kann kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Die Unkenntnis von Kontakt- und Anlaufstellen ist ähnlich gering wie bei den Personen mit eigenen Kindern. Herauszuheben ist, dass 13 der 14 befragten Großeltern (92,9 %) keine Anlaufstellen kennen.

Gibt es zwischen der Kenntnis von Kontaktstellen in einer Notfallsituation und dem Alter der Befragten signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung?

Ein signifikanter Zusammenhang kann nicht festgestellt werden, da die ProbandInnen über die verschiedenen Altersklassen hinweg kaum Kontaktstellen kennen ($p = 0,631$, Chi²-Test).

Gibt es zwischen der Kenntnis von Kontaktstellen in einer Notfallsituation und dem Geschlecht der Befragten signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung?

Beim Geschlecht lässt sich kein signifikanter Zusammenhang ausmachen ($p = 0,386$, Chi²-Test).

Gibt es zwischen der Kenntnis von Kontaktstellen in einer Notfallsituation und dem Bildungsstand der Befragten signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung?

Einen signifikanten Zusammenhang lässt sich zwar nicht am höchsten Abschluss ($p = 0,085$, Chi²-Test) bzw. dem beruflichen Kinderbezug ($p = 0,064$, Chi²-Test) bemessen, aber es besteht eine signifikante Korrelation zum Brutto-Jahreseinkommen ($p = 0,03$, Chi²-Test). Ab einem Jahreseinkommen von 40.000 bis 50.000 € (brutto) übersteigt die tatsächliche Anzahl derer, die eine mögliche Kontaktstelle kennen, den Erwartungswert deutlich. **(Abbildung 16)** Zudem haben 51,1 % derer, die Kenntnis über eine Kontaktstelle besitzen ($n = 47$), einen universitären Abschluss ($n = 24$).

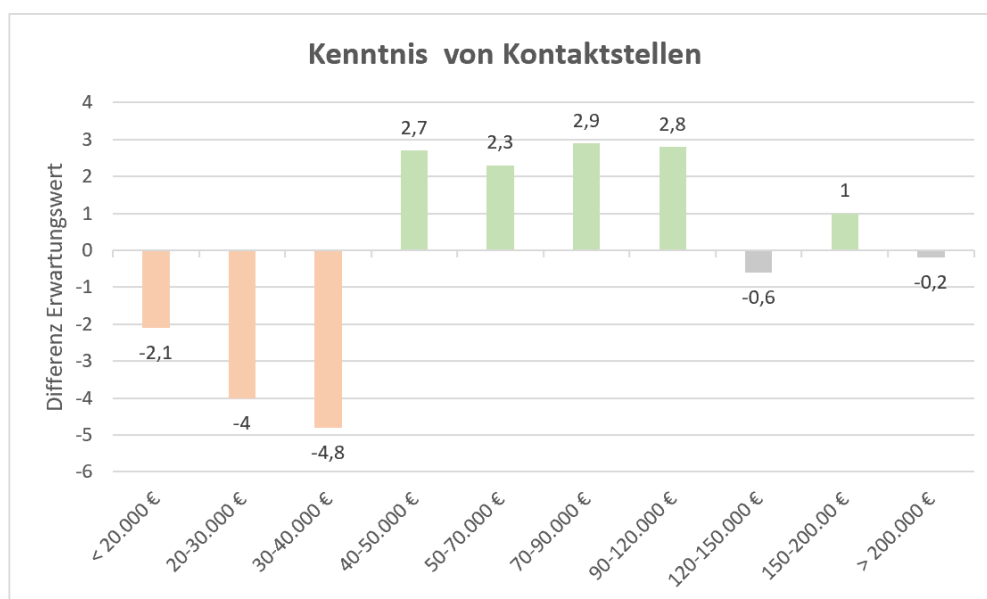


Abbildung 16: Kenntnis von Kontaktstellen in Abhängigkeit vom Brutto-Jahreseinkommen (eigene Darstellung)

Gibt es zwischen der Kenntnis von Kontaktstellen in einer Notfallsituation und der Absolvierung eines Erste-Hilfe-Kurses am Kind signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung?

Ein signifikanter Zusammenhang konnte bei dieser Fragestellung nicht festgestellt werden ($p = 0,07$, Chi²-Test). Demnach wissen auch Personen, die einen Erste-Hilfe-Kurs für das Kindesalter belegt haben, nicht nennenswert häufiger, welche Anlaufstellen es bei Problemen oder Fragen mit Kindern gibt.

Gibt es zwischen der Kenntnis von Kontaktstellen in einer Notfallsituation und der Information zu SBS vor bzw. nach der Geburt signifikante Zusammenhänge hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung?

Es zeigen sich sehr signifikante Häufigkeits- und Verteilungsrelationen sowohl bei den Personen, die vor ($p = 0,001$, Chi²-Test) bzw. nach der Geburt ($p = 0,000$, Chi²-Test) zum Schütteltrauma informiert wurden als auch bei denen, die vergleichbare Informationen während einer Mutter-Kind-Pass-Untersuchung ($p = 0,000$, Chi²-Test) erhielten.

Die Kenntnis von Kontaktstellen ist in diesen Personengruppen prozentual deutlich höher als bei denen, die keinerlei Informationen zum SBS erhalten haben.

3.2.4 Einschätzung Verletzungsstärke in Abhängigkeit zur Todesfolge

In diesem Teil der analytischen Statistik wurde nochmals ein genauer Blick auf die Personen geworfen, die von keiner Todesfolge beim Schütteltrauma ausgehen. Verglichen wurde, in wie weit die Einschätzung der Verletzungswahrscheinlichkeit bzw. -stärke von dem Verdacht einer möglichen Todesfolge abhängig ist.

Ein signifikanter Zusammenhang konnte dabei nachgewiesen werden. Die Personen, die die Wahrscheinlichkeit von mindestens schweren bzw. auch lebensbedrohlichen Verletzungen oder Langzeitfolgen deutlich höher einschätzen, bejahen ebenso eine mögliche Todesfolge. Die sechs Personen wiederum, die eine Todesfolge durch das Schütteln nicht für möglich halten, schätzen die Wahrscheinlichkeit einer Verletzung deutlich niedriger ein.

In der Fragestellung wurden die ProbandInnen gebeten, die subjektive Wahrscheinlichkeit der Verletzungsgrade auf einer Skala von eins (sehr unwahrscheinlich) bis fünf (sehr wahrscheinlich) einzuschätzen. Die Mittelwerte

unterscheiden sich bei der Personengruppe, die von einer Todesfolge ausgeht, erheblich von derer, die einen tödlichen Ausgang für unwahrscheinlich hält. Für leichte Verletzungen liegt der Mittelwert für die, die eine Todesfolge für möglich halten, bei $3,51 \pm 1,69$ und für die, die eine Todesfolge für unwahrscheinlich halten, bei $3,33 \pm 1,63$ ($p = 0,699$, Whitney-U-Test). Je schwerer die Verletzungsgrade, desto größer sind die Unterschiede in der Bewertung und eine Signifikanz ist somit nachweisbar: für schwere Verletzungen liegen die Mittelwerte bei $4,32 \pm 0,98$ bzw. $2,33 \pm 1,21$ ($p = 0,000$, Mann-Whitney-U-Test), bei lebensbedrohlichen Verletzungen liegen sie bei $4,19 \pm 1,08$ bzw. $2,33 \pm 0,82$ ($p = 0,000$, Mann-Whitney-U-Test) und für Langzeitfolgen bei $4,23 \pm 1,06$ bzw. $2,83 \pm 1,17$ ($p = 0,002$, Mann-Whitney-U-Test). (Abbildung 17)

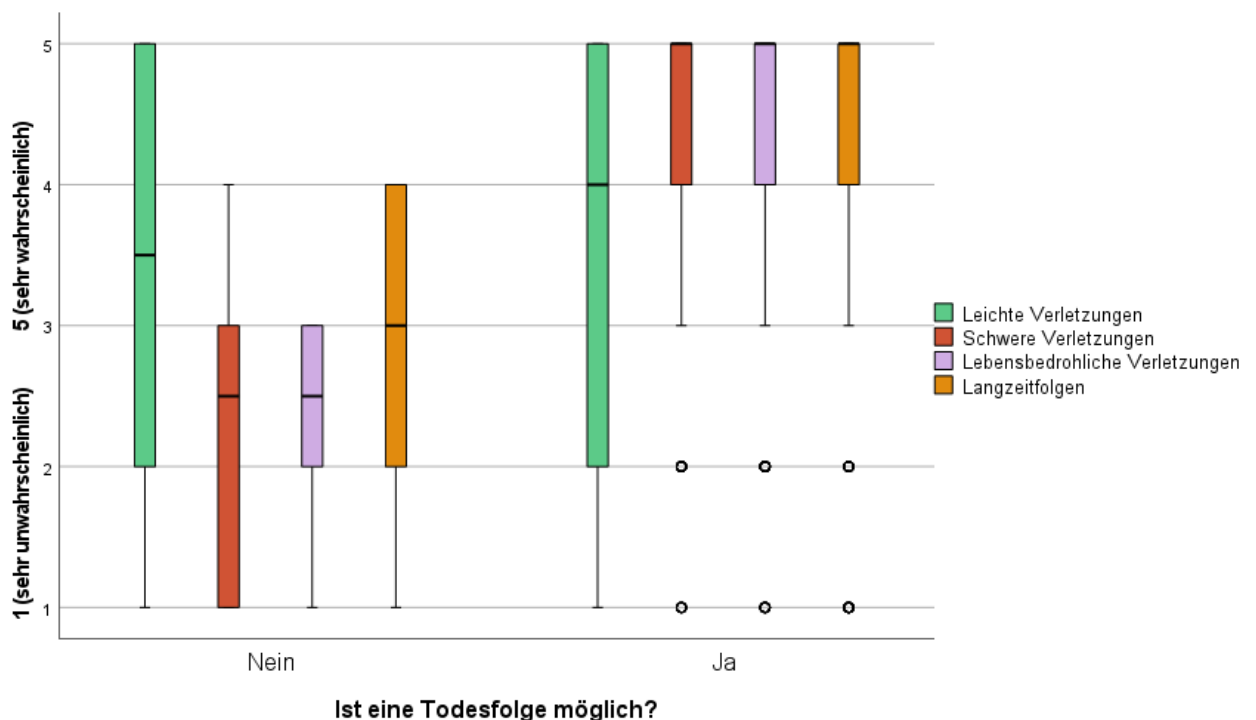


Abbildung 17: Einschätzung der Verletzungswahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit der Einschätzung einer möglichen Todesfolge (eigene Darstellung)

4 Diskussion

Der Großteil aller Befragten schätzt die potentielle Gefahr eines Schütteltraumas korrekt ein, dennoch bezieht sich diese Einschätzung auf Grund mangelnder Informationsvermittlung im Schwangerschafts- und Geburtszeitraum nicht auf konkretes Wissen, sondern beruht auf dem subjektiv vorhandenen Vorstellungsvermögen und der damit verbundenen Weitsicht. Immerhin geben 85,2 % aller befragten Eltern an, keine Informationen vor bzw. zu 86,1 % nach der Geburt erhalten zu haben.

4.1 Interpretation

Beim Schütteltrauma handelt es sich um einen ernstzunehmenden Unfallmechanismus mit schwerwiegenden Folgen. Nur wenige Kinder überleben das Trauma ohne bleibende Schäden. In Anbetracht dessen, dass nicht jedes Schütteltrauma als solches beurteilt und diagnostiziert wird, ist anzunehmen, dass die Dunkelziffer der tatsächlich pro Jahr auftretenden Fälle deutlich höher ist als die vermutete Prävalenz von 14/100.000. Hinzukommt, dass es keine staatlich erfassten Werte gibt, sodass über die wirklichen Fallzahlen nur gemutmaßt werden kann. Dies bezieht sich ebenso auf die Folgeschäden der betroffenen Kinder. Auch wenn physisch keine Verletzungen, Narben oder Wachstumsdefizite zu vermerken sind, können dennoch psychische Folgen auftreten, die im späteren Lebensverlauf nicht mehr mit dem Schütteltrauma in Verbindung gebracht werden. Eine jährliche Erfassung der vermuteten sowie bestätigten Fälle von Schütteltraumata zumindest auf den einzelnen österreichischen Kliniken für Kinderheilkunde sowie Kinder- und Jugendchirurgie wäre anzuregen. Ebenso wäre eine staatlich ausgeweitete Protokollierung mit einer Übermittlung dieser klinikinternen erfassten Daten denkbar und hilfreich, um die tatsächliche Prävalenz festzuhalten. Das Bundeskriminalamt des Bundesministeriums für Inneres führt bereits eine polizeiliche Kriminalstatistik, in der auch Fälle von Kindesmisshandlung berücksichtigt werden. In der Veröffentlichung der Kriminalstatistik für das Jahr 2022 sind allerdings nur Fälle von Online-Kindesmissbrauch enthalten.³⁰ Eine Auflistung von physischem oder psychischem Missbrauch erscheint nicht. Eine Erfassung von Kindesmissbrauch seitens der

Kliniken mit einhergehender Übermittlung an das Bundesministerium wäre somit ein erster Schritt, um eine staatliche Zahlenlage zu festzuhalten. Eine Hürde dabei stellt gewissermaßen jedoch die mangelnde Sensibilisierung des Themas Kindesmisshandlung und der damit verbundene Rechtsweg dar. Dieser juristische Akt lässt das Fachpersonal auch heute noch davor zurückschrecken, entsprechende Verdächtigungen auszusprechen und in der Krankenakte zu vermerken. Die Etablierung von Kinderschutzgruppen in den österreichischen Spitälern ist ein bereits sehr guter Schritt, um Experten zu Rate zu ziehen, wenn gerade JungärztInnen sich ihres Verdachts nicht sicher sind.²⁰ Die statistische Auswertung von Kindesmissbrauch und Schütteltrauma im Besonderen anhand der in Abbildung 3 aufgeführten Gliederung, bietet viel Potential, um die Präventionsarbeit im gesamten Bereich des Kinderschutzes zu adaptieren und gegebenenfalls Fokusse auf besondere Bereiche, wie beispielsweise bereits mit dem Online-Kindesmissbrauch innerhalb der Kriminalstatistik geschehen, zu legen.

Ebenso wichtig wie einen Überblick über die tatsächlichen Fallzahlen zu erhalten, ist die exakte und einheitliche Definition der Begriffe Schütteltrauma, Shaken Baby Syndrome, Abusive Head Trauma, Battered Child Syndrome und Shaken Impact Trauma. In der englischsprachigen Literatur bereits geschehen, fehlt es auf deutschsprachiger Ebene noch an einer einheitlichen Terminologie. So werden die genannten Begriffe teilweise noch als Synonyme für einander verwendet, obwohl dies nur für die Übersetzung Shaken Baby Syndrome in Schütteltrauma explizit zutrifft. Eine beispielhafte Verwendung dieser Begriffe als Synonyme findet sich bei v. Essen, Schlickewei et al.³¹ Wie dem Kapitel 1.2.2.3 zu entnehmen ist, handelt es sich beim Shaken Impact Trauma um eine Sonderform des Schütteltraumas, bei dem das Kind zusätzlich zu den Rotations- und Translationskräften des Schüttelns noch akute Dezelerationskräfte durch einen Aufprall auf den Boden oder die Wand erfährt. Entsprechende Zusatzverletzungen wie Kopfschwartenverletzungen oder Schädelfrakturen treten beim alleinigen Schütteln nicht auf. Um eine adäquate Aufklärung sowohl von Fachpersonal als auch von Risikopersonen, bspw. Eltern von Schreikindern, zu ermöglichen, muss die Terminologie den entsprechenden Verletzungsmechanismen zugeordnet werden können und entsprechend einheitliche Anwendung gewährleistet werden.

Nur wenn diese Basis erreicht ist, können auch innerhalb der Kliniken die betroffenen Kinder korrekt diagnostiziert werden.

Mit der einheitlichen Begriffsverwendung eng verbunden, ist die Anzahl der deutschsprachigen Publikationen und Fachliteratur. Zwar tauchen Inhalte zum Schütteltrauma immer wieder in Lehr- und Fachbüchern auf, meist sind die entsprechenden Kapitel jedoch sehr kurz¹³. Auch kommt es vor, dass das Schütteltrauma gar nicht genannt wird und auch nicht Teil eines übergeordneten Kapitels, bspw. der Schädel-Hirn-Traumata, ist.³² Wie ausführlich über das Schütteltrauma geschrieben und damit gelehrt werden kann, zeigt sich bei Herrmann et al., die in ihrem Buch zu Kindesmisshandlung dem Shaken Baby Syndrome 60 Seiten widmen.⁹ Dieses Werk stellt damit einen Grundstein für die Lehre im deutschsprachigen Raum dar, da vergleichbare Arbeiten bisher noch nicht erschienen sind. Dies zeigt, wieviel Potential das Thema Schütteltrauma in der Forschung und Lehre bietet. Daher ist die Relevanz zur Etablierung einer einheitlichen Terminologie eng verbunden mit dem Ausbau der Literatur und der Schulung von Fachpersonal. Herrscht ein Mangel an Fachliteratur, so kann auch nur wenig Aufklärung erfolgen. Ein Fortschritt in der Prävention von Schütteltraumata kann demnach nur erreicht werden, wenn entsprechende Fortschritte innerhalb der Fachliteratur erkennbar sind, um eine korrekte Lehre und Aufklärung aller betroffenen Personengruppe, bspw. ÄrztInnen, Pflegekräfte, Eltern, zu ermöglichen. Wie wichtig eine Fortbildung auch von Fachpersonal ist, zeigt sich in den Ergebnissen der Umfrage. 87,5 % der Befragten, die einen direkten Bezug zu Kindern in ihrem Beruf besitzen, wüssten nicht, welche Kontaktstellen bei Hilflosigkeit überforderter Eltern zur Verfügung stehen würden. Ebenso sind sich Experten auf dem Gebiet des Kindesmissbrauch einig, dass es auch den ÄrztInnen an Wissen und Aufklärung fehlt.²⁰ Es ist also fraglich, ob das Schütteltrauma in der medizinischen bzw. pädagogischen Ausbildung auf Grund der Komplexität und Spezifität des Themas nicht ausreichend gelehrt wird und daher nur einen untergeordneten Platz im Lehrplan findet. Ist der zuletzt genannte Grund für einen Erste-Hilfe-Kurs noch nachvollziehbar, sollte dennoch darüber nachgedacht werden, ob nicht entsprechende Fortbildungen zum Thema Kindesmissbrauch und Schütteltrauma im Besonderen zu mindestens dem

medizinischen Fachpersonal angeboten bzw. in die Fachausbildung integriert werden sollten.

Wie wichtig ein Ausbau der Aufklärung und auch der Prävention ist, zeigt sich in den Zahlen der ESPED-Studie. Bei einer gleichen Prävalenz wie der kindlichen Diabetes-Erkrankung stellt das Schütteltrauma eine vergleichbare Zahl an betroffenen Kindern dar und obwohl die Mortalität des Shaken Baby Syndromes bei 20-25 % liegt, und damit deutlich höher ist als die diabetische Mortalität im Kindesalter von 1,05 pro Millionen Kinder, gibt es kaum Aufklärungs- und Präventionsprogramme.³³ Es könnten durch vermehrte Aufklärung, Etablierung von Beratungsstellen und einer damit verbundenen Abnahme von Schütteltraumata also ein erheblicher Effekt auf die kindliche Todesfolge erzielt werden. Wie sich auch in den Umfrageergebnissen widerspiegelt, ist eine Aufklärung effektiv. Die ProbandInnen, die vor bzw. nach der Geburt oder im Rahmen einer Mutter-Kind-Pass-Untersuchung über das Schütteltrauma aufgeklärt wurden, wissen prozentual mit etwa 42-50 % deutlich häufiger, welche Anlauf- und Beratungsstellen ihnen bei Schwierigkeiten im Umgang mit einem Schreibaby zur Verfügung stehen würden.

Zu beachten ist, dass zudem 69 % der Befragten eine Informationsveranstaltung zum Umgang mit Schreibabys aus Eigeninitiative besuchen würden. Es zeigt sich also, dass sowohl Interesse an Aufklärung und Information besteht als auch der Bedarf vorhanden zu sein scheint. Immerhin kennen von 229 befragten Eltern nur acht Personen eine mögliche Kontaktstelle, die ihnen bei Überforderung oder Hilflosigkeit im Umgang mit einem Säugling weiterhelfen kann. Die Ausweitung der Kenntnisse solcher Anlauf- und Beratungsstellen ist essentiell, um frühzeitig Hilfe in Anspruch nehmen zu können. So wird verhindert, dass die persönliche Erschöpfungsgrenze erreicht und aus einer Impulshandlung heraus, das schreiende Kind geschüttelt wird.

Dass eine Steigerung der Aufklärungsrate schnell erzielt werden kann, wird bewusst, wenn man sich die Zahlen der Befragung nochmals anschaut. Von 244 befragten Eltern gaben nur 36 an, dass sie vor der Geburt Informationen zum Shaken Baby Syndrome erhalten haben. Zwei von diesen 36 Personen wiederum glauben dennoch, dass ein Schütteltrauma nicht zum Tode führen kann. Daher ist

offen, welche Informationen zu den Themen Schreibabys und Schütteltrauma überhaupt vermittelt wurden: Gab es nur eine allgemeine Aufklärung zu Schreibabys und wurden möglicherweise Konsequenzen daraus (Überforderung, Impulshandlungen, Schütteltrauma) nicht erörtert? Ebenso wussten 58,3 % dieser Eltern nicht, welche Anlaufstellen ihnen im Zweifelsfall zur Verfügung stehen würden. Es macht also den Anschein, als ob die tatsächliche Aufklärung zum Schütteltrauma abhängig von der behandelnden Person ist und somit keine einheitlichen Informationen verbreitet werden, was dazu führt, dass der Wissensstand und auch die den Eltern zur Verfügung stehenden Informationsmöglichkeiten sehr variabel sind. Nach der Geburt wurden sogar nur 33 von 244 befragten Eltern (13,5 %) informiert. Ebenso geht auch von dieser Gruppe eine Person davon aus, dass ein Schütteltrauma nicht tödlich enden kann. Von 244 Eltern haben 221 keine Broschüre oder ähnliches zum Nachlesen und Informieren erhalten. Es stellt sich die Frage, woher die übrigen 23 Personen die Broschüre erhalten haben. Interessant ist, dass noch weniger Broschüren ausgehändigt wurden als Eltern aufgeklärt worden sind. Es gibt also Potential dafür, einheitliche Broschüren zur Verfügung zu stellen, auf die ÄrztInnen bzw. Hebammen während eines Informationsgespräches zum Aushändigen zurückgreifen können.

Trotz mehreren Kindern fehlt auch dem Großteil dieser befragten Elterngruppe das Wissen über Beratungs- und Anlaufstellen bei Fragen und Problemen mit Schreikindern und der daraus resultierenden Überforderung, obwohl eben genau diese Personengruppe dazu geneigt ist, im Zweifelsfall eher Fachpersonal (insbesondere Hebammen zu 25 % und Beratungsstellen zu 20 %) als Personen im persönlichen Umfeld zu kontaktieren. Dies bedeutet wiederum, dass auch Eltern mehrerer Kinder keine ausreichende Information nach den entsprechend mehreren Geburten und höherer Anzahl an Arzt-/Hebammenbesuchen bzw. geburtsbedingten Krankenhausaufenthalten erhalten haben, welche Kontaktmöglichkeiten es gibt, die in Notfallsituationen beratend und unterstützend zur Seite stehen können. Auch spielt das Geschlecht der ProbandInnen keine Rolle, ob Kontaktstellen bekannt sind oder nicht. Daher kann geschlossen werden, dass die Informationen den Frauen, trotz vermehrten gynäkologischen Untersuchungen während der Schwangerschaft und Teilnahme an

Geburtsvorbereitungskursen, gleichermaßen fehlt wie den Männern. Von einem einheitlichen Informationsschema würden demnach alle Personen unabhängig von Geschlecht und Erfahrung mit Kindern profitieren.

Berücksichtigt man zudem, dass Männer über dem Erwartungswert hinaus eher eine Beratungsstelle einbinden würden als Frauen, ist es sinnvoll, eine Aufklärung beider Elternteile zu ermöglichen.

Die unterschiedlich ausfallende Wahl des Notfallkontaktes im Zusammenhang mit dem Alter der Eltern als auch die allgemeine Unkenntnis von Anlaufstellen von Eltern unabhängig vom Alter der Kinder bietet zudem eine weitere Grundlage für die Etablierung von Anlaufstellen, die allen Betroffenen gleichermaßen bekannt sind. Auffällig ist, dass insbesondere von den 24 Eltern mit Säuglingen zum Zeitpunkt der Befragung nur zwei ihre betreuende Hebamme zu Rate ziehen würden, wenn sie mit dem Schreiverhalten ihres Babys überfordert wären. Daher liegt nahe, die Betreuungszeit von Hebammen in Österreich genauer zu betrachten. Gemäß der Österreichischen Gesundheitskasse werden von der gesetzlichen Krankenversicherung die Kosten für eine Hebammenbetreuung nur für fünf Tage nach der Geburt übernommen. Bei Bedarf kann diese Mindestzeit auf sieben weitere Hausbesuche bis zur 8. Woche post partum erweitert werden, wenn besondere Gründe vorliegen. Diese umfassen: Stillschwierigkeiten, Probleme nach Dammschnitt, Verletzung der Gebärwege, mangelnde Gebärmutterrückbildung und Nabelprobleme des Neugeborenen.³⁴ Etwaige Verhaltensauffälligkeiten des Neugeborenen, die besondere Betreuungsmaßnahmen erfordern, gehören demnach nicht dazu. Obwohl laut des Österreichischen Hebammengremiums die Betreuung der Frau im Wochenbett und insbesondere während einer möglichen Wochenbettdepression zu den Aufgaben zählt, übernimmt die gesetzliche Krankenkasse die Kosten dieser erweiterten Betreuung nicht.³⁵ Gerade in solchen psychischen Belastungssituationen sollte der Frau eine entsprechende zusätzliche Betreuung zu Gute kommen. Sollte bereits zu diesem Zeitpunkt ein auffälligeres Schreiverhalten des Säuglings hinzukommen, ist die Hebamme eine sehr gute Anlaufstelle, um mit fachlicher Expertise sowohl dem Neugeborenen als auch den Eltern zur Seite zu stehen. Hebammen kennen das Schreien als Kommunikationsmittel der Babys und können den Eltern mitteilen, was das Schreien genau ausdrücken möchte. Ebenso können sie beurteilen, welches

Schreiverhalten sich noch im Rahmen der Norm befindet.³⁶ Eine umfassendere Betreuung durch die Hebammen kann also dazu beitragen, bereits frühzeitig nach der Geburt viele Empfehlungen und Tipps zum Umgang mit dem Säugling zu erhalten und auch in psychischen Belastungssituationen einen persönlichen Ansprechpartner zur Verfügung stehen zu haben. Durch die knappe Betreuungszeit, die von der Österreichischen Gesundheitskasse übernommen wird, ist vor allen Eltern mit nur einem Kind nicht bewusst, dass Hebammen ihnen theoretisch bis zum ersten Lebensjahr des Kindes beratend zur Seite stehen würden. Es ist daher nachvollziehbar, dass Eltern ab drei Kindern dieses Wissen besitzen und daher eher ihre Hebamme kontaktieren würden, wenn sie Hilfe in einer Periode hoher Erschöpfung benötigen.

Betrachtet man die Umfragewerte zu dem kindlichen Schreiverhalten, so wird deutlich, wie schnell eine Erschöpfung bei den Eltern erreicht werden kann. 45 % der Befragten gehen davon aus, dass bereits ein zwei stündiges Schreien am Tag nicht normal ist. Als Schreibaby gilt ein Säugling, der für drei oder mehr Stunden an zumindest drei Tagen der Woche für mindestens drei Wochen aus unerklärlichen Gründen schreit - anhalten kann diese Periode über mehrere Monate.³⁷ Wie hoch die Belastung, Erschöpfung und ggf. auch Hilflosigkeit bereits nach dem Zeitraum der Schreibaby-Definition ist, lässt sich leicht vorstellen. Anlaufstellen sollten also allen Eltern bekannt gemacht werden, damit diese ihnen im Beratungsfall zur Seite stehen können.

Wie wichtig ein korrekter Umgang mit dem schreienden Kind ist, zeigt sich ebenfalls in den Umfrageergebnissen. 52 % würden trotz persönlich erreichter Belastungsgrenze weiterhin ihr schreiendes Kind auf den Arm nehmen und herumtragen. Zunächst ein nachvollziehbares Ergebnis, möchte man dem Kind doch signalisieren, dass es nicht allein ist. Aus der Sicht der Betreuungsperson allerdings ein Verhalten, dass die Erschöpfung nur weiter vorantreibt. Gerade aus diesen sich zuspitzenden Belastungssituationen sind hervorgehende Impulshandlungen viel wahrscheinlicher. Ist jemand mit einem schreienden Kind allein zu Hause und am Ende seiner Kräfte, wird es mit 79,9 % als äußerst falsch angesehen, dass Kind ins Gitterbett zu legen und den Raum für eine Verschnaufpause kurz zu verlassen. Aber auch die betreuende Person benötigt Momente der Ruhe, um wieder voll und ganz für das Kind da zu sein.

Impulshandlungen können durch eine kurze Distanz zum Kind durchaus reduziert werden, wenn das persönliche Stressniveau dadurch merklich sinkt.³⁸ Dazu muss nicht zwingend der Raum verlassen werden, wenn dies ein ungutes Gefühl hervorruft, sondern bereits eine Ablenkung durch Musik über Kopfhörer können eine Möglichkeit darstellen, einmal tief durchzuatmen. Überraschenderweise wird auch diese Beruhigungsmethode von 73 % als falsch angesehen, obwohl der Raum und das Kind dabei nicht unbeaufsichtigt zurückgelassen werden. Genau diese beiden Verhaltensmethoden werden jungen Eltern jedoch empfohlen, um in Situationen der Erschöpfung ein wenig neue Kraft tanken zu können.³⁸ Es zeigt sich also, dass Aufklärungsgespräche wichtig sind, um Verhaltensweisen und Entspannungsmethoden Eltern mitzuteilen, an die sie selber nicht denken bzw. die sie für falsch erachten würden.

Zu guter Letzt zeigt sich die Notwendigkeit einer Etablierung von Aufklärungsmaßnahmen insbesondere darin, dass die Einschätzung einer möglichen Todesfolge davon abzuhängen scheint, wie die Verletzungsschwere eingeschätzt wird. In der Umfrage zeigt sich, dass die Personen, die den Tod des Säuglings ausschließen, mildere Verletzungen für wahrscheinlicher hielten als schwere oder gar lebensbedrohliche Folgen. Dies betrifft zwar nur zwei Prozent der Befragten, hochgerechnet auf die Bevölkerung Österreichs ergibt sich dabei aber eine ernstzunehmende Anzahl an Personen, die die Gefahr und Folgen des Schüttelns eines Säuglings nicht korrekt einschätzen können.

Über die Gefahren und Konsequenzen eines Schütteltraumas sollte dementsprechend ausreichend aufgeklärt werden, um das Bewusstsein für die schwerwiegenden Folgen zu stärken. Somit könnte zum einen die Prävalenz von Schütteltraumata gesenkt und zum anderen die Anzahl an Personen reduziert werden, denen die Tragweite des Schütteltraumas nicht bekannt ist. Der Anteil derer, die eine Todesfolge für möglich halten, wird im Umkehrschluss also steigen.

Ebenso zeigte sich in der Befragung, dass das Wissen über ein tödliches Ende des Schütteltraumas nicht vom Bildungs- und Berufsstatus abhängig ist. Sowohl junge Menschen in Ausbildung bzw. Studium als auch Personen, die bereits eine Karriere beschreiten und in führenden Positionen arbeiten, können gleichermaßen von den schwerwiegenden Folgen des Shaken Baby Syndroms überrascht sein.

Berücksichtigt man diesen Aspekt sowie der Erläuterungen der vorausgegangenen Absätze, so zeigt sich deutlich, dass alle Personengruppe von einer Aufklärung und Prävention zu der Thematik des Schütteltraumas bei Säuglingen und Neugeborenen profitieren würden – allen voran die zukünftigen Kinder.

4.2 Konzepterarbeitung Präventionsprogramme

Wie sich im vorherigen Kapitel deutlich abzeichnet, besteht auf Grund verschiedenster Faktoren ein hohes Potential, Präventions- und Aufklärungsprogramme zum Thema Schreibabys, Überforderung und Schütteltrauma zu etablieren bzw. weiter auszubauen.

Derzeit besteht für betroffene Eltern die Möglichkeit, Informationen eigenverantwortlich beim Kinderarzt bzw. in einem der regionalen Frühe-Hilfe-Netzwerke einzuholen. In Graz besteht dieses Netzwerk beispielsweise aus einer Kooperation von der Österreichischen Gesundheitskasse und der Lebenshilfe. In diesem Netzwerk ist es möglich, während der Schwangerschaft und den ersten drei Lebensjahren des Kindes Hilfe und Unterstützung anzufordern. Das Basisangebot, das allen Familien bis zum ersten Lebensjahr zur Verfügung steht, umfasst ähnliche Betreuungsangebote wie das der Hebammen. Eine Erweiterung der Hilfestellung erhalten nur Familien, die durch besondere Belastungen beeinträchtigt sind. Dazu zählen soziale Belastungen wie eine finanzielle Notlage, psychische Belastungen wie ungewollte Schwangerschaft oder psychische Erkrankung eines Elternteils, minderjährige Eltern, Mehrlingsgeburten oder eine Behinderung des Neugeborenen. Eine explizite Nennung von Schreibabys oder Überforderung tauchen nicht auf.³⁹ Betroffene Eltern könnten also davor abschrecken, die Hilfe dieser Anlaufstellen in Anspruch zu nehmen, da auf Grund der fehlenden Erwähnung die Belastung des schreienden Kindes als nicht belastend genug empfunden werden könnte, obwohl eine entsprechende Hilfestellung, wenn auch nur subjektiv, dennoch nötig wäre. Eine andere derzeit bestehende Möglichkeit für betroffene Eltern ist es, sich an eine so genannte Schreiambulanz zu wenden, die darauf spezialisiert ist, Hilfe und Beratung bei Schreibabys anzubieten und als Anlaufstelle für überforderte Eltern dient. Allerdings gibt es derzeit in ganz Österreich nur sechs solcher Spezialambulanzen, davon drei in Wien und je eine in Tirol, Salzburg und Oberösterreich.⁴⁰ Ebenfalls stellt die Kontaktierung der betreuenden Hebamme

eine Möglichkeit dar, bei Überforderung Hilfe anzufordern. Durch die sehr kurze Betreuungszeit, die von der ÖGK übernommen wird, ist es allerdings nachvollziehbar, warum nur 8,3 % der UmfrageteilnehmerInnen mit eigenen Kindern unter einem Jahr ihre Hebamme um Rat fragen würden. Eine Kostenübernahme von Telefonberatung oder zusätzlichen Hausbesuchen in Form eines frei zur Verfügung stehenden Kontingents (bspw. drei weitere Hausbesuche bei elterlicher Anfrage) könnte dazu führen, dass die Hebamme vermehrt als Vertrauensperson der Eltern bei Problemen als erste Anlaufstelle kontaktiert wird. Somit könnte unter Umständen frühzeitiger Hilfe in Anspruch genommen werden als zunächst die Hürde überwinden zu müssen, eine noch unbekannte bzw. anonyme Beratungsstelle anzurufen.

Daher erscheint es sinnvoll, zumindest eine Schreiambulanz in jedem Bundesland zur Verfügung zu stellen. KinderärztInnen könnten die Eltern zur Beratung dorthin überweisen und somit den Familien einen ersten konkreten Anlaufpunkt nennen. Ebenso wird durch die Etablierung von speziellen Ambulanzen die Ernsthaftigkeit der Schreiproblematik gewährleistet und die damit verbundene Thematik der Überforderung und Ratlosigkeit nicht weiter als Tabuthema pauschalisiert. Allerdings benötigt es für den Aufbau dieser Schreiambulanzen speziell geschultes Personal, das beispielsweise durch Fortbildungen von FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde gestellt werden könnte. Entsprechende Fortbildungen werden von den Frühen Hilfen angeboten. Wichtig ist es aber auch, dass ärztliches Personal durch Schulungen im Allgemeinen sicherer im Erkennen von Kindesmisshandlungen wird und damit die Kinderschutzgruppen bereits beim ersten Verdacht verständigt und eingebunden werden.^{9, 19}

Ebenso wichtig wie der Ausbau von Schreiambulanzen und Beratungsstellen wie den Frühen Hilfen ist die Erweiterung der Kenntnis dieser Anlaufstellen. Sind Kontaktstellen im Allgemeinen bekannter, so besteht für Betroffene zum einen keine Ratlosigkeit mehr, wohin sie sich bei Problemen wenden können, und zum anderen sinkt die Hemmung, entsprechende Beratungsstellen zu kontaktieren bzw. aufzusuchen. So könnten überforderte Eltern frühzeitig Rat einholen und hätten nicht das Gefühl, mit ihrer Situation allein gelassen zu werden. Impulshandlungen wie das Schütteln eines Neugeborenen können somit

vorgebeugt werden. Um dies zu erreichen, wäre es beispielsweise möglich, entsprechende Adressen und Telefonnummern in den Mutter-Kind-Pass zu integrieren. Somit sind bereits bei Bekanntwerden der Schwangerschaft Beratungsstellen greifbar. Da nicht absehbar ist, ob das zukünftige Kind ein Schreibaby wird oder die Eltern mit dem Schreiverhalten ihres Neugeborenen überfordert sein werden, erscheint eine explizite Aufklärung zum Schreiverhalten vor der Geburt durch die GynäkologInnen nicht sinnvoll. Diese Informationen könnten aber jedoch bei der Hebammenberatung in der 18.-22. Schwangerschaftswoche integriert werden, da die betreuende Hebamme auch nach der Geburt als Beratungsperson zur Verfügung steht.¹⁹ 96,9 % der UmfrageteilnehmerInnen würden es auch befürworten, dass innerhalb von Geburtsvorbereitungskursen die Thematik Schreibabys und Schütteltrauma angesprochen wird. Ein weiterer idealer Zeitpunkt, Eltern zum Thema Schreiverhalten und Belastungssituationen aufzuklären, ist die Basisuntersuchung des Säuglings in der ersten Lebenswoche. Dieser Zeitpunkt wird von 98,1 % der Befragten befürwortet. Die Basisuntersuchung findet meist noch im Krankenhaus während des Aufenthaltes nach der Entbindung statt und bietet somit die Möglichkeit, eine standardisierte Informationsübermittlung zu etablieren. Zunächst sollte in diesem Rahmen darauf hingewiesen werden, dass Schreiperioden im Säuglingsalter normal sind und auf Grund von Regulationsstörungen auftreten können. Eine damit verbundene Erschöpfung der Eltern sollte ebenso erwähnt werden wie auch das Verständnis für ein mögliches Gefühl der Überforderung. Das ärztliche Personal sollte daraufhin weisen, dass unzureichende Ruhe- und Entspannungsphasen der Aufsichtsperson dazu führen können, dass aus einer Impulshandlung heraus das Kind geschüttelt wird. Exemplarisch aufgeführte Folgen sollen die Ernsthaftigkeit betonen, ohne die Eltern zu verschrecken. Wichtig ist es im Anschluss, den Eltern Anlauf- und Beratungsstellen zu nennen (bspw. die klinikinterne Schreiambulanz), an die sich die Familie wenden könnte, sollte es zu einer anhaltenden Schreiperiode von mehreren Tagen kommen. Um zu gewährleisten, dass mündlich übermittelte Informationen nicht in Vergessenheit geraten, bietet es sich an, dass Broschüren mit den wichtigsten Inhalten erstellt und den Eltern ausgehändigt werden. Bereits auf der Website der Frühen Hilfen aufgelistet, finden sich Informationen zum Schütteltrauma und Verhaltensweisen, um Impulshandlungen vorzubeugen. Auch finden sich, jedoch nicht allzu

offensichtlich und erst nach mehrmaligem Weiterleiten, diese Informationen in Form einer Broschüre zum Download.⁴¹ **(Anhang 2)** Dieser Flyer ist eine sehr gute Ausgangslage, um ihn in allen Entbindungsstationen auszulegen bzw. den frisch Eltern nach Hause mitzugeben. Die Aushändigung von Broschüren bietet in Anbetracht der Umfrageergebnisse viel Potential, Informationen zu verbreiten. Nur 9 % der ProbandInnen gaben an, einen Flyer zum Thema Schreibabys erhalten zu haben. Wichtig erscheint jedoch, die bestehende Broschüre grafisch auszubauen und die Brisanz des Schütteltraumas hervorzuheben. Derzeit wird das Thema nur in einem Fließtext angesprochen, was dazu führen kann, dass wichtige Informationen nicht gelesen werden. Eine Hervorhebung durch Grafiken und rote anstatt grüner Farbe dient dazu, den Blick des Lesers zu halten und die Aufmerksamkeit zu gewinnen.

Eine weitere Möglichkeit über Schreibabys und das Schütteltrauma aufzuklären, ist das Angebot von Informationsveranstaltungen. Dass dies viel Potential bietet und auch von der Zielgruppe angenommen wird, zeigt sich in den 69 % der ProbandInnen der Umfrage, die eine solche Veranstaltung aus Eigeninitiative besuchen würden. Da nicht gewährleistet werden kann, dass beide Elternteile zum Zeitpunkt der Basisuntersuchung des Säuglings anwesend sind, erscheint es daher sinnvoll eine Möglichkeit anzubieten, an der alle interessierten Personen teilnehmen und ausführliche Informationen erhalten können. So ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass auch die (werdenden) Väter teilnehmen, da sich in der Befragung gezeigt hat, dass die männlichen Probanden die Todesfolge für unwahrscheinlicher einschätzen als die Frauen. Berücksichtigt man zudem, dass Männer über dem Erwartungswert hinaus eher eine Beratungsstelle kontaktieren würden, ist es daher sinnvoll, eine Aufklärung beider Elternteile zu ermöglichen auch wenn zum Zeitpunkt einer regulären Information während des Klinikaufenthaltes nur die Mutter des Kindes anwesend sein sollte.

Eine solche Infoveranstaltung könnte beispielsweise im Anschluss an die Kreißsaalführungen angebunden werden. So spielt die Terminfindung eine nachgeordnete Rolle und werdenden Eltern könnte man so bereits vor der Geburt wichtige Informationen mitteilen. Alle anderen Interessierten, die bspw. in einer Hebammenpraxis entbinden möchten oder bereits entbunden haben, könnten zum regulären Beginn eintreffen und haben somit ebenfalls die Möglichkeit,

unabhängig von der Teilnahme einer Kreißsaalführung, die Veranstaltung zu besuchen. Je nachdem wie häufig Kreißsaalführungen in den Spitälern angeboten werden, könnte die Abhaltung der Informationsveranstaltung einmal im Quartal stattfinden, was weniger Organisations- und Zeitaufwand für das Klinikpersonal bedeutet. Neben Informationen zum Schütteltrauma und zu Entspannungs- bzw. Bewältigungsmethoden in Stresssituationen während der Betreuung eines Schreibabys, könnte durch die Regelmäßigkeit der Aufklärung erreicht werden, dass die Thematisierung von Überforderung bei der Kinderaufzucht nicht weiter tabuisiert und stigmatisiert wird. Davon gehen auch 86,5 % der ProbandInnen aus.

4.3 Schlussfolgerung

Bis auf wenige Ausnahmen ist der Bevölkerung bewusst, dass Schütteln von Neugeborenen und Säuglingen zu schweren Verletzungen führen kann. Strategien zur Vermeidung von Aggressionsverhalten bei Erschöpfung oder Überforderung sind den Betreuungspersonen allerdings nur unzureichend bekannt. Entsprechende Schulungsmaßnahmen vor und nach der Geburt des Kindes könnten zu einer signifikanten Reduktion von Schütteltraumen bei Neugeborenen und Säuglingen beitragen. Diese Studie zeigt jedoch, dass das Thema Schütteltrauma sowohl bei Eltern als auch im medizinischen Umfeld nur unzureichend Beachtung findet und eine intensivere öffentliche Auseinandersetzung mit diesem Thema dringend im Sinne des Kinderschutzes erforderlich ist, bevor es zu schwerwiegenden Folgen durch erschöpfungsbedingte Impulshandlungen kommt.

Literaturverzeichnis

1. Dias MS, Cappos KM, et al. Preventing abusive head trauma: can educating parents reduce the incidence? *Pediatr Radiol.* 2021;51(6):1093-96.
2. Vinchon M. Shaken baby syndrome: what certainty do we have? *Childs Nerv Syst.* 2017;33(10):1727-33.
3. Lovric A. Baby tot geschüttelt: Mord-Anklage gegen Eltern: *Kronen Zeitung*; [02.06.2023]. Available from: <https://www.krone.at/2965589>.
4. Strohmayer M. Baby fast zu Tode geschüttelt: Mutter hatte "Blackout": *Kurier*; [02.06.2023]. Available from: <https://kurier.at/chronik/wien/frau-soll-baby-geschuetzelt-haben-prozess-wegen-versuchten-mordes/402364074>.
5. WDR. Vater soll Kind geschüttelt haben: Säugling in Paderborn gestorben [02.06.2023]. Available from: <https://www1.wdr.de/nachrichten/westfalen-lippe/paderborn-baby-fast-tot-geschuetzelt-100.html>.
6. Matschke J, Herrmann B, et al. Shaken baby syndrome: a common variant of non-accidental head injury in infants. *Dtsch Arztebl Int.* 2009;106(13):211-7.
7. Hung KL. Pediatric abusive head trauma. *Biomed J.* 2020;43(3):240-50.
8. Mian M, Shah J, et al. Shaken Baby Syndrome: a review. *Fetal Pediatr Pathol.* 2015;34(3):169-75.
9. Herrmann B, Dettmeyer R, et al. *Kindesmisshandlung.* Berlin Heidelberg: Springer; 2016.
10. Tsokos M, Etzold S. Kindesmisshandlung - Befunde erkennen. In: Buschmann C, editor. *Das ABCDE-Schema der Patientensicherheit in der Notfallmedizin.* Stuttgart: Kohlhammer; 2021. p. 183-200.
11. Meyer S, Poryo M, et al. Kindesmisshandlung aus pädiatrischer Sicht. *Radiologe.* 2016;56(5):406-13.
12. Etzold SS, Tsokos M. Unfall oder Verbrechen? Kindesmisshandlung erkennen. *Dtsch Med Wochenschr.* 2016;141(05):362-65.
13. Birngruber CG, Lasczkowski G, et al. Kindesmisshandlung. In: Birngruber CG, Lasczkowski G, et al., editors. *Forensische Verletzungskunde.* Berlin Heidelberg: Springer; 2020. p. 127-38.

14. von Laer L, Kraus R, et al. Battered-Child-Syndrom. In: von Laer L, Kraus R, et al., editors. Frakturen und Luxationen im Wachstumsalter. Stuttgart: Thieme; 2012. p. 455-58.
15. Pomeranz ES. Child Abuse and Conditions That Mimic It. *Pediatr Clin North Am.* 2018;65(6):1135-50.
16. Duhaime AC, Christian CW. Abusive head trauma: evidence, obfuscation, and informed management. *J Neurosurg Pediatr.* 2019;24(5):481-88.
17. Martin HA, Woodson A, et al. Shaken baby syndrome. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2006;18(3):279-86.
18. Christian C. Child abuse: Epidemiology, mechanisms, and types of abusive head trauma in infants and children 2022 [21.11.2022]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/child-abuse-epidemiology-mechanisms-and-types-of-abusive-head-trauma-in-infants-and-children/abstract/1-3>.
19. Narang SK, Fingarson A, et al. Abusive Head Trauma in Infants and Children. *Pediatrics.* 2020;145(4).
20. Maske J, Senger K, et al. Unentdeckte Kindesmisshandlung: Was läuft immer noch schief. *Dtsch Ärztebl.* 2014;111:1688-91.
21. Anzeigepflichtige Krankheiten in Österreich Wien, : Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; 2022 [updated 12.08.2022; cited 30.11.2022. Available from: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:b040069a-57ca-443e-bca0-e7e017a6dafb/anzeigepflichtige%20Krankheiten%20in%20%C3%96sterreich_August2022.pdf.
22. Rechtliche Grundlagen und Meldung übertragbarer Krankheiten: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; 2023 [12.07.2023]. Available from: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Rechtliches.html>.
23. Rechtsinformationssystem. Ärztegesetz 2022 [Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>.
24. Joyce T, Gossman W, et al. Pediatric Abusive Head Trauma. *StatPearls.* Treasure Island (FL)2022.

25. GNPI. S2k-Leitlinie Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter: AWMF Leitlinien-Register; 2022.
26. Nicolai T, Hoffmann F. Kindernotfall-ABC. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2011.
27. Christian CW, States LJ. Medical Mimics of Child Abuse. AJR Am J Roentgenol. 2017;208(5):982-90.
28. Gärtner J. Erkrankungen des Nervensystems. Kinder- und Jugendmedizin. Berlin Heidelberg: Springer Verlag; 2013. p. 576f.
29. Simonnet H, Laurent-Vannier A, et al. Parents' behavior in response to infant crying: abusive head trauma education. Child Abuse Negl. 2014;38(12):1914-22.
30. Bundeskriminalamt. Polizeiliche Kriminalstatistik 2022. Wien: Bundesministerium des Innern; 2023.
31. v.Essen H, Schlickewei W, et al. [Child abuse]. Unfallchirurg. 2005;108(2):92-101.
32. Lacher M, Hoffmann F, et al. Kinderchirurgie Für Pädiater : Blickdiagnosen, Ambulantes Management, Postoperative Betreuung. Berlin Heidelberg: Springer; 2020.
33. Centers for Disease C, Prevention. Diabetes death rates among youths aged \leq 19 years--United States, 1968-2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2012;61(43):869-72.
34. Leistungsübernahme Vertragshebammen: Österreichische Gesundheitskasse; [07.05.2023]. Available from: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.870469&portal=oegkporta>.
35. Hebammentätigkeiten im Wochenbett: Österreichisches Hebammengremium; [07.05.2023]. Available from: <https://www.hebammen.at/eltern/wochenbett/>.
36. Elternbroschüre: Österreichisches Hebammengremium; 2023.
37. Kerbl R. Schreibaby. Padiatr Padol. 2021;56(3):132-33.
38. Frühe Hilfen Österreich [2]: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; [08.05.2023]. Available from: <https://www.fruehehilfen.at/Wenn-Babys-weinen.htm>.

- 39.** Frühe Hilfen Österreich: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; [08.05.2023]. Available from:
<https://www.fruehehilfen.at/de/Fruehe-Hilfen/Fruehe-Hilfen-Netzwerke/Zielgruppen.htm>
<https://www.fruehehilfen.at/de/Fruehe-Hilfen/Das-Grundmodell/Basisangebot.htm>
- 40.** Schreiambulanzen: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; [08.05.2023]. Available from:
<https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/nach-der-geburt/schreiambulanz.html>.
- 41.** Normal, dass Babys weinen? Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2021.

Anhang

1 Fragebogen

Der Fragebogen wurde auf LimeSurvey über die Lizenz der Medizinischen Universität Graz erstellt.

1.1 Einleitung

Neugeborene und Säuglinge – gut geschützt oder besonders gefährdet?

Sehr geehrte Teilnehmer*innen!

Wir laden Sie ein, an der Befragung der **Universitätsklinik für Kinder- und Jugendchirurgie der Medizinischen Universität Graz** teilzunehmen. Zu dieser Fragebogenstudie wurde von der zuständigen Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

Worum geht es bei dieser Studie?

Wir möchten mit dieser Studie untersuchen, in wie weit der korrekte Umgang mit Neugeborenen und Säuglingen in der Bevölkerung bekannt ist, oder ob Bedarf an vermehrter Aufklärung bzw. Schulungen besteht. Zielsetzung der Studie ist es, den Umgang mit Säuglingen zu erheben, speziell in Bezug auf belastende Situationen wie z.B. länger anhaltende Schreiphasen. Darauf aufbauend soll die Notwendigkeit eines möglichen Präventivprogramms erörtert und entsprechende Konzepte ausgearbeitet werden.

Somit kann diese Studie einen Beitrag zum zukünftigen Kinderschutz leisten.

Wie läuft diese Studie ab und was wird dabei gemacht?

Zu Beginn wird Ihnen eine Aufzeichnung eines zuvor von uns erstellten Videos vorgespielt. Anschließend werden Ihnen anhand eines Fragebogens mehrere Fragen sowohl zum Video als auch zu allgemeinen Aspekten im Umgang mit Schreibabys gestellt.

Bitte beachten Sie, dass dieser Test anonym durchgeführt wird und keine Rückschlüsse auf Ihre Person oder gegebenenfalls Ihr(e) Kind(er) zulässt.

Die Beantwortung des Fragebogens wird ca. 10-15 Minuten in Anspruch nehmen.

Die meisten Fragen sind im "Ja oder Nein"-Stil und somit schnell und unkompliziert zu beantworten.

Entstehen für die Teilnehmer Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Durch die Teilnahme an dieser Elternbefragung entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Eine Aufwandsentschädigung ist dafür nicht vorgesehen.

Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an dieser Fragebogenstudie?

Sie oder Ihr(e) Kind(er) haben keinen direkten Nutzen von der Studie, aber durch die Befragung ist auch kein Risiko zu erwarten. Die Ergebnisse dieser Studie können allerdings als wichtige Grundlage für die Erstellung zukünftiger Leitlinien und Präventionsprogrammen dienen.

Ein Rücktritt bzw. Ausstieg aus der Studie ist jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile möglich.

In dieser Umfrage sind 41 Fragen enthalten.

1.2 Erhebung persönlicher Informationen

Persönliche Informationen

Alter: *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-60
- über 60

Geschlecht: *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- weiblich
- männlich
- divers

Familienstand: *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ledig
- verheiratet
- verwitwet
- geschieden
- alleinerziehend

Höchster Bildungsabschluss: *

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Pflichtschule
- Berufsbildende höhere Schule
- Matura
- Lehrabschluss
- Fachhochschule
- Universität

Derzeitiger Beruf: *

❶ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Selbstständig
- Angestellt
- Leitende Funktion
- Nicht-Leitende Funktion
- Arbeitssuchend
- Pensioniert
- Studium/Ausbildung

Arbeiten Sie in einem Beruf, der direkten Kontakt zu Kindern besitzt? (Erzieher*in, Lehrer*in, Pädagoge*in, ...) *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein
- In Ausbildung

Jahreseinkommen (brutto): *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- unter 20.000 €
- 20- bis 30.000 €
- 30- bis 40.000 €
- 40- bis 50.000 €
- 50- bis 70.000 €
- 70- bis 90.000 €
- 90- bis 120.000 €
- 120- bis 150.000 €
- 150- bis 200.000 €
- über 200.000 €

Eigene Kinder (Anzahl + Alter):

📌 Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- keine eigenen Kinder
- 1 Kind
- 2 Kinder
- 3 Kinder
- 4 oder mehr Kinder
- 0-1 Jahr
- 1-3 Jahre
- 4-6 Jahre
- 7-10 Jahre
- 10-18 Jahre
- über 18 Jahre

Kleinkinder bis 5 Jahre in der Verwandtschaft:

📌 Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Enkel
- Nichte/Neffen
- Cousinen
- Geschwister
- keine

Haben Sie bereits einen Kurs "Erste Hilfe am Kind" besucht? *

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

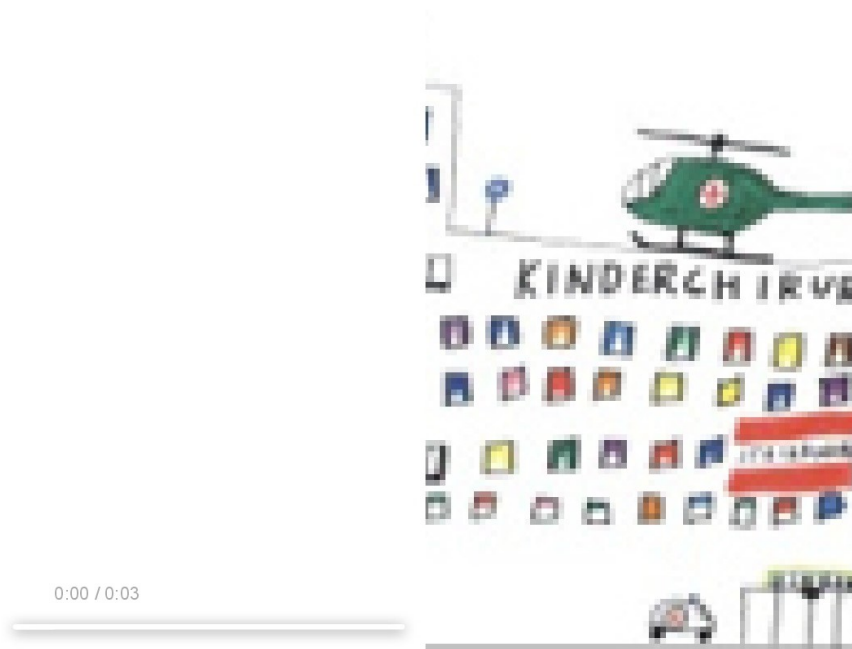
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

1.3 Abspielen des Schüttelvideos

Fragen zum Video

Beurteilen Sie die im Video dargestellte Situation:



Zum Anschauen des Original-Videos der Umfrage, bitte den QR-Code scannen.
Das Video öffnet sich in Ihrem Web-Browser.



<https://box.medunigraz.at/s/mmSQzCsZYKHgBSp>

Kann das Kind bereits durch diesen Umgang einen Schaden erleiden? *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Ist es eher wahrscheinlich, dass das Kind ... (1 = eher unwahrscheinlich, 5 = sehr wahrscheinlich) *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	1	2	3	4	5
leichte Verletzungen erleiden wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schwere Verletzungen erleiden wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lebensbedrohliche Verletzungen erleiden wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Langzeitfolgen erleiden wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.4 Allgemeine Fragen zur Thematik des Schütteltraumas

Allgemeine Fragen

Haben Sie schon einmal den Begriff "Schütteltrauma" gehört? *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Glauben Sie, dass es möglich ist, ein Baby bereits während des alltäglichen Spielens/Tragens zu schütteln? *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Glauben Sie, dass es möglich ist, ein Baby im Kinderwagen zu schütteln? *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Was ist gefährlicher: Schütteln oder Schlagen? *

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Schütteln
- Schlagen

Was ist gefährlicher: Schütteln oder ein Sturz vom Wickeltisch? *

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Schütteln
- Sturz vom Wickeltisch

Was ist gefährlicher: Schütteln oder ein Verkehrsunfall (Baby im Kindersitz)? *

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Schütteln
- Verkehrsunfall

Kann Schütteln zu Langzeitschäden führen? *

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Welche Langzeitschäden können Ihrer Ansicht nach eintreten? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage ' [G03Q19]' (Kann Schütteln zu Langzeitschäden führen?)

📌 Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Wachstumsstörungen
- Entwicklungsstörungen der Motorik und Sprache
- Sehstörungen
- Angststörung
- Lähmungen

Glauben Sie, dass das Schütteln auch zum Tode des Kindes führen könnte? *

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Welche akuten Verletzungen sind Ihrer Ansicht nach wahrscheinlich? *

📌 Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Knochenbrüche
- Hirnblutungen
- Blaue Flecken
- Bewusstlosigkeit
- Erbrechen

Können diese Folgen bereits bei einem einmaligen Schütteln auftreten oder braucht es dafür Wiederholungen? *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

Einmalig

Wiederholungen

1.5 Fragen zu eigenen Kindern

Eigene Kinder

Haben Sie eigene Kinder? *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

Ja

Nein

Wurden Sie vor der Geburt über das Schütteltrauma informiert? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Ja' bei Frage ' [G04Q24]' (Haben Sie eigene Kinder?)

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

Ja

Nein

Wurden Sie nach der Geburt über das Schütteltrauma informiert? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage ' [G04Q24]' (Haben Sie eigene Kinder?)

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Wurden Sie im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen über Stresssituationen und Impulshandlungen informiert? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage ' [G04Q24]' (Haben Sie eigene Kinder?)

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Wurden Ihnen Anlaufstellen bei Überforderung bzw. Ratlosigkeit mit Ihrem Neugeborenen genannt? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage ' [G04Q24]' (Haben Sie eigene Kinder?)

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Wüssten Sie, wen Sie im Notfall kontaktieren könnten, wenn Sie mit einem schreienden Baby überfordert sind? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage ' [G04Q24]' (Haben Sie eigene Kinder?)

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Wen würden Sie als erstes anrufen? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage ' [G04Q24]' (Haben Sie eigene Kinder?)

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- (Schwieger-)Eltern
- PartnerIn
- Freunde
- Beratungsstelle
- Hebamme

Haben Sie Broschüren zum Thema Schreibabys erhalten? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:
Antwort war 'Ja' bei Frage ' [G04Q24]' (Haben Sie eigene Kinder?)

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

1.6 Fragen zu Babys und dem Schreiverhalten

Schreibabys

Glauben Sie, dass es normal ist, wenn Babys mehr als zwei Stunden pro Tag schreien? *

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Was würden Sie am ehesten machen, wenn ihr Baby schreit und Sie selbst am Ende Ihrer Kräfte, aber alleine zu Hause sind? *

📌 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- (Schwieger-)Eltern um Hilfe bitten
 Das Kind ins Gitterbett legen und schreien lassen, aber den Raum nicht verlassen
 Das Kind ins Gitterbett legen und schreien lassen und den Raum verlassen
 Eine Beratungsstelle anrufen
 Eine/n FreundIn anrufen, um mich zu beruhigen und abzulenken
 Das Kind auf den Arm nehmen und herumtragen
 Kopfhörer aufsetzen und das Kind schreien lassen

Welche der zuvor genannten Situationen sehen Sie als falsch an? *

📌 Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- (Schwieger-)Eltern um Hilfe bitten
 Das Kind ins Gitterbett legen und schreien lassen, aber den Raum nicht verlassen
 Das Kind ins Gitterbett legen und schreien lassen und den Raum verlassen
 Eine Beratungsstelle anrufen
 Eine/n FreundIn anrufen, um mich zu beruhigen und abzulenken
 Das Kind auf den Arm nehmen und herumtragen
 Kopfhörer aufsetzen und das Kind schreien lassen

1.7 Fragen zu möglichen Präventionsmaßnahmen

Präventionsprogramme

Glauben Sie, dass Präventionsprogramme sinnvoll sind? *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Was glauben Sie, könnten Eltern in einem Kurs oder Gespräch lernen? *

🗳 Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Anlaufstellen bei Ratlosigkeit, Überforderung
 Beruhigungsmethoden für Eltern schreiender Babys
 Beruhigungsmethoden für schreiende Babys
 Grundlegende Informationen zu schreienden Babys

Würden Sie es befürworten, das Thema Schütteltrauma bzw. Umgang mit Schreikindern in den Geburtsvorbereitungskursen zu integrieren? *

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Würden Sie aus Eigeninitiative eine Informationsveranstaltung zum Umgang mit Schrei-Babys besuchen? *

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Würden Sie es befürworten, wenn es während des Krankenhausaufenthaltes nach der Geburt ein kurzes Informationsgespräch gebe? *

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
 Nein

Welche Konsequenzen könnte ein solcher Kurs o.ä. haben? *

❶ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Die Aufklärung trägt dazu bei, dass weniger Kinder geschüttelt werden.
 Eltern denken an die Informationen und Methoden, wenn ihr Baby schreit.
 Eltern haben eine geringere Hemmschwelle, Beratungsstellen aufzusuchen
 Eltern sprechen mit anderen Eltern über ihre Situation
 Eltern sprechen mit Familie/Freunde über ihre Situation
 Überforderung bei Schrei-Babys wird über die Zeit kein Tabuthema mehr bleiben

Sie haben angegeben, noch keinen Kurs "Erste Hilfe am Kind" besucht zu haben. Könnten Sie sich vorstellen, einen solchen Kurs nun zu belegen? *

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Nein' bei Frage ' [G07Q40]' (Haben Sie bereits einen Kurs "Erste Hilfe am Kind" besucht?)

🗳 Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Hatte ich vorher bereits geplant
- Nur, falls ich eigene Kinder erwarte
- Nein

2 Eltern-Broschüre

WENN SIE VOM WEINEN & SCHREIEN ÜBERFORDERT SIND: HOLEN SIE SICH HILFE

Es kann sein, dass Babys über eine längere Zeit oft weinen.

Wenn sich Ihr Baby nicht beruhigen lässt, holen Sie sich Hilfe.

Das ist gut für Sie und Ihr Baby.

Es gibt Methoden zum Beruhigen, die Ihnen eine Fach-Person zeigen kann.

HIER GIBT ES HILFE UND UNTERSTÜTZUNG

- Frühe Hilfen: www.fruehehilfen.at
- Eltern-Beratung und Eltern-Kind-Zentren
- Schrei-Ambulanzen
- Fach-Leute aus dem Gesundheits-Bereich wie Kinder-Ärztinnen und -Ärzte, Hebammen, Haus-Ärztinnen und -Ärzte
- Psychologinnen/Psychologen und Psycho-Therapeutinnen/-Therapeuten
- Kinder-Schutz-Zentren
- Frauen-Beratungs-Stellen und Männer-Beratungs-Stellen
- Kinder- und Jugend-Hilfe
- Telefonische Gesundheits-Beratung  **1450**

Nähere Informationen finden Sie hier: www.fruehehilfen.at/Angebote-Video-Ratgeber.htm



KONTAKT

frühe HILFEN

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH.at)
Stubenring 6, 1010 Wien
T: +43 1 515 61-0 | E: fruehehilfen@goeg.at



**Wenn Babys weinen:
Wie beruhige ich
mein Kind**

Impressum:
Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH.at)
Inhalt: NZFH.at
Grafik: Katrin Pflieger
Fotocredits: © NZFH.at, Bruckmüller

Gesundheit Österreich
GmbH

Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

**VORSORGE MITTEL DER
BUNDES-GESUNDHEITSAGENTUR**



ANDERS ALS ERWARTET

Sie haben sich so auf Ihr Baby gefreut. Aber jetzt ist Einiges anders als erwartet. Ihr Baby weint und weint. Dabei fehlt ihm nichts. Es ist gesund.



Es ist normal, dass Babys weinen und schreien. Das betrifft fast alle Babys. Es ist auch normal, dass Eltern ratlos und überfordert sind.

Oder Sie machen sich Sorgen, dass sich andere (z.B. Nachbarn) gestört fühlen. Manchmal sind Sie vielleicht sogar nahe dran, die Nerven zu verlieren.

Versuchen Sie, ruhig zu bleiben.

Ihr Baby kann nichts dafür, dass es so viel weint. Weinen bedeutet nicht, dass Sie als Mutter oder Vater etwas falsch machen.

Ihr Kind kann sich nur so ausdrücken.

Ihr Baby weint jedenfalls nie, um Sie zu ärgern.

Im 2. und 3. Lebens-Monat können gesunde Babys 2–3 Stunden täglich weinen.

Das betrifft vor allem die Abend-Stunden.

Wenn Sie sich Sorgen machen, suchen Sie Ihre Kinder-Ärztin / Ihren Kinder-Arzt auf.

Mehr dazu hier:

www.fruehehilfen.at/Wenn-Babys-weinen.htm



DAS KANN HELFEN

Sie haben Ihr Baby gewickelt und gefüttert, und es weint immer noch.

Versuchen Sie heraus zu finden, was Ihrem Baby hilft.

- Manche Babys lieben **Bewegung**.
- Andere haben es gern, wenn ihre Eltern sie **ruhig** halten.
- Manche Babys brauchen viel **Körper-Kontakt**. Andere **liegen** lieber **alleine**.
- Manche Babys entspannen sich bei **leisen Geräuschen** wie Singen, Radio oder Gesprächen. Andere brauchen es **ganz still**.
- Viele Babys wollen ihre „Grenzen“ spüren und beruhigen sich, wenn sie z. B. **eng in eine Decke gewickelt** werden.



IHR BABY WEINT WEITER

Auch wenn es schwer fällt: Versuchen Sie weiter, ruhig zu bleiben.

Ein sanftes Vorgehen hilft Ihrem Baby.

Je ruhiger Sie sind, desto besser kann sich Ihr Baby entspannen.

Wechseln Sie sich wenn möglich in der Betreuung ab. Dann kommen Sie auch einmal zur Ruhe.

So können Sie sich erholen und bekommen neue Kraft.

Nehmen Sie Unterstützung (z. B. durch eine Fach-Person) an.

STARK SEIN – KONTROLLE BEHALTEN

Wenn Sie merken, dass Sie die Nerven verlieren, gehen Sie so vor.

1. Legen Sie Ihr Baby an einen sicheren Ort. Das kann zum Beispiel das Gitter-Bett oder der Boden sein. Legen Sie Ihr Baby immer behutsam ab und stützen Sie den Kopf.
2. Verlassen Sie den Raum. Aber bleiben Sie in der Nähe.
3. Atmen Sie durch.
4. Schauen Sie alle paar Minuten nach Ihrem Kind.
5. Holen Sie sich wenn nötig Unterstützung.

Das schadet Ihrem Kind nicht und hilft Ihnen, wieder ruhig zu werden.

Schütteln Sie niemals Ihr Baby.

Halten Sie Ihrem Baby niemals den Mund zu.

Wenden Sie niemals Gewalt an.

Damit können Sie Ihrem Baby sehr schaden.

Wenn Sie die Beherrschung verloren haben, rufen Sie 144.

Oder bringen Sie Ihr Baby sofort in die nächste Klinik.

