

## DAS SCHÜTTELTRAUMASYNDROM

### Häufigkeit:

- › ca. 200 erkannte Fälle pro Jahr in Deutschland
- › Schütteln ist wahrscheinlich wesentlich häufiger als bekannt: 3,3% der Eltern gaben an, ihren Säugling bereits mind.einmal geschüttelt zu haben (1)
- › Inzidenzspitze liegt zwischen 2 und 6 Monaten, parallel zu Schreiphasen

Zunehmend wird der allgemeinere Begriff misshandlungsbedingte Kopfverletzung (abusive head trauma) verwendet.

### Folgen:

- › Sterblichkeit ca. 20%
- › schwere Folgeschäden bei ca. 60%
- › leichte oder keine Folgeschäden bei ca. 20% (2)

### Risikokinder:

- › Frühgeborene
- › Mehrlinge
- › Säuglinge mit heftigen, langen Schreiphasen

### Risikopersonen /-faktoren (3):

- › soziale und leibliche Väter (>60%)
- › Mütter (20%)
- › Babysitter (8%)
- › Frustration / Übermüdung
- › Soziale Isolation / fehlender familiärer Rückhalt
- › Sehr junges Alter

### Häufige Befunde und Symptome:

- › Subdurale Blutungen
- › Netzhautblutungen (seltener –ablösungen)

[www.kinderschutzhotline.de](http://www.kinderschutzhotline.de)



MEDIZINISCHE  
KINDERSCHUTZHOTLINE

0800 19 210 00

- › Glaskörperblutungen
- › Verletzungen des Hirngewebes
- › Blutungen im Rückenmarkskanal
- › Hämatome an Brustkorb / Oberarmen
- › Rippenfrakturen, metaphysäre Frakturen an Ober- und Unterarmknochen sowie Schienbein
- › Schädelfrakturen bei sog. „Shaken Impact“
- › Apnoen
- › Erbrechen
- › Zerebrale Krampfanfälle
- › Somnolenz und Bewusstlosigkeit

## ZIELE WIRKSAMER PRÄVENTION:

Alle Risikopersonen einbeziehen, **immer beide Eltern bzw. neue Lebenspartner**, wenn mgl. Babysitter, Großeltern und weitere (4)

### Aufklärung über Babyschreien:

- › Schreiphasen von mehreren Stunden am Tag sind normal
- › auch gesunde Säuglinge können unstillbare Schreiphasen haben
- › meist Besserung ab dem 5. Lebensmonat
- › durch das Schreien drücken Säuglinge niemals die Ablehnung ihrer Eltern aus
- › „Sie sind kein schlechtes Elternteil, weil Ihr Baby schreit!“

### Aufklärung über Gefahren des Schüttelns:

- › hohe Sterblichkeit
- › schwere Gehirnschäden mit Koma, bleibender geistiger Behinderung, Erblindung, Krampfanfällen, Entwicklungsstörungen

**Empfehlungen an Eltern für den „Schreinothfall“** (der Säugling schreit anhaltend, ohne offensichtlich Hunger, eine volle Windel oder Schmerzen zu haben):

- › bieten Sie einen Schnuller an
- › singen Sie oder sprechen Sie ruhig mit dem Baby

- gehen Sie mit dem Baby spazieren
- wenn Ihnen das Schreien zu viel wird, legen Sie Ihr Baby an einen sicheren Ort: Bettchen, Wiege oder auf den Fußboden (wenn keine Haustiere im Raum sind), verlassen Sie den Raum, um sich zu beruhigen
- rufen Sie einen Freund / Freundin, ihre Eltern an und bitten um „Ablösung“
- gehen Sie zum Kinderarzt oder in die nächste Kindernotaufnahme und schildern Sie Ihre Verzweiflung

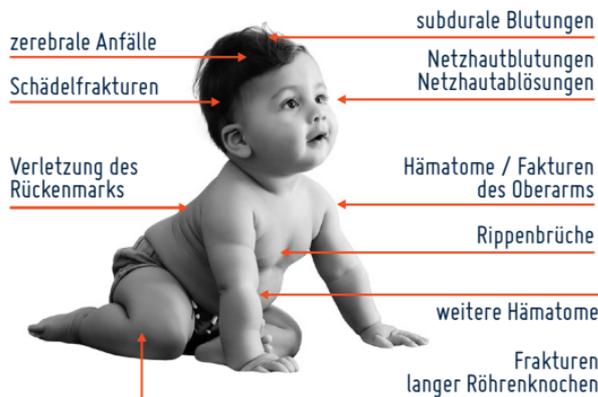
#### Beratung und Informationen:

- für Eltern: [www.elternsein.info](http://www.elternsein.info)
- für Fachkräfte: Medizinische Kinderschutzhotline, 0800 19 21000 (bundesweit, rund um die Uhr, kostenlos, anonym) sowie unter [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)

## DIAGNOSTISCHE SICHERHEIT

Die umfassende Diagnostik erlaubt eine Erfassung sämtlicher Befunde und so die Diagnosestellung mit größtmöglicher Sicherheit (auch im Hinblick auf ein potentielles gerichtliches Verfahren). Dazu gehören(5):

- sorgfältig (ggf. wörtlich) dokumentierte Anamnese, im Verlauf wiederholen
- sorgfältige körperliche Untersuchung und (Foto-)Dokumentation möglichst früh (Erfassung auch kleiner Hämatome)
- Bildgebung des Gehirns und des Rückenmarkskanals
- Skelettscreening nach den Leitlinien der Gesellschaft für pädiatrische Radiologie bzw. der AWMF S3+ – Leitlinie Kindesmisshandlung, –missbrauch, Vernachlässigung zur Erfassung von klinisch nicht sichtbaren Frakturen
- Urin auf organische Säuren, Drogenscreening
- Augenärztliche Beurteilung ddes Augenhintergrundes (mgl. Fotodokumentation)
- Gerinnungsdiagnostik
- Sozialanamnese, Erfassung psychosozialer Risikofaktoren
- Rechtsmedizinisches Konsil bereits beim Verdacht



#### Literatur:

1. Reijneveld et al.: Infant crying and abuse. *Lancet* 2004; 364: 1340-2.
2. Bündnis gegen Schütteltrauma [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)
3. Schnitzer & Ewigman: Child deaths resulting from inflicted injuries: household risk factors and perpetrator characteristics. *Pediatrics* 2005; 116: e687-93.
4. Berthold et al.: Awareness of Abusive Head Trauma in a representative population-based sample: Implications for Prevention (submitted for publication). (2018).
5. Herrmann et al.: Kindesmisshandlung medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg; 2016.

**Konzept:** Oliver Berthold, Andreas Witt, Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert, Medizinische Kinderschutzhotline, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

**Fachliche Beratung:** Prof. Dr. med. Christine Erfurt, Institut für Rechtsmedizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden Prof. Dr. med. Jan Spermhake, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf