

DAS SCHÜTTELTRAUMASYNDROM

Hinweise zur Erkennung und zum Umgang mit Schütteltrauma insbesondere für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe

Informationen rund um das Schütteltraumasyndrom

Häufigkeit:

- › ca. 200 erkannte Fälle pro Jahr in Deutschland
- › Schütteln ist aber wahrscheinlich wesentlich häufiger: 3,3% der Eltern gaben an, ihren Säugling bereits mindestens einmal geschüttelt zu haben (1)
- › Inzidenzspitze liegt zwischen 2 und 6 Monaten, häufig wird anhaltendes Schreien als Auslöser benannt

Folgen:

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

Mögliche Symptome und Zeichen eines Schütteltraumasyndroms (u.a.):

- › plötzliche Bewusstlosigkeit
- › Erbrechen
- › Atemstillstand
- › Krampfanfälle
- › Innere Verletzungen wie Blutungen innerhalb des Schädels, Einblutungen in Netzhaut, Sehnerv oder Glaskörper der Augen, Netzhautablösung, Verletzungen des Hirngewebes und des Rückenmarks

Risikokinder:

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

Beziehung der schüttelnden Person zum Kind (3):

- › soziale und leibliche Väter (>60%)
- › Mütter (20%)
- › Babysitter (8%)

Babysitter sind eine hochrelevante Personengruppe – Untersuchungen haben gezeigt, dass in Ländern, in denen viele Kinder sehr früh von Babysittern betreut werden (z.B. wegen kurzer Elternzeiten), die Babysitter einen hohen Anteil in der „Täter*innengruppe“ einnehmen (7).

Risikofaktoren (3 und 6):

- › Frustration/ Übermüdung
- › Soziale Isolation/ fehlender familiärer Rückhalt
- › eigene Gewalterfahrung der Bezugspersonen
 - › Häusliche Gewalt (Partnerschaftsgewalt)
 - › Begrenzte emotionale Ressourcen / Impulskontrolle
 - › Zusätzliche soziale, wirtschaftliche oder gesundheitliche Stressfaktoren

Untersuchungen zeigen, dass dieselben Risikofaktoren auch mit einer positiven Einstellung zu potentiell schädlichen Erziehungsmethoden einhergehen können. So gaben in einer Befragung Eltern mit eigenen belastenden Kindheitserfahrungen deutlich häufiger an, dass das Vorenthalten von Nahrung, Anschreien, Schütteln oder Schlagen angemessene Erziehungsmethoden für Säuglinge seien (6). Daher ist es von besonderer Bedeutung, mit (jungen) Eltern über eigene Kindheitserfahrungen und damit verbundene erlebte Erziehung(-smethoden) zu sprechen (Biographiearbeit). Zudem müssen Haltungen zu Erziehungsmethoden reflektiert und Alternativen erarbeitet sowie deren Umsetzung begleitet werden.

Zur diagnostischen Sicherheit des Schütteltraumasyndroms

Internationale und nationale Fachgesellschaften sind sich einig: Die Diagnose kann „- auch postmortal – unter Berücksichtigung der (...) Standards verlässlich und sicher gestellt werden“ (8).

Erfahrungen aus Präventionsprogrammen:

Grundlage der meisten Präventionsprogramme ist die Aufklärung der Betreuungspersonen:

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!“



MEDIZINISCHE
KINDERSCHUTZHOTLINE

0800 19 210 00

www.kinderschutzhotline.de

Gefahren des Schüttelns:

- › hohe Sterblichkeit
- › schwere Gehirnschäden mit bleibender geistiger Behinderung

Empfehlungen an Eltern für den „Schreiotfall“ (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 eine*n Freund*in, ihre Eltern, Geschwister etc. an und bitten um „Ablösung“
- › gehen Sie zum Kinderarzt oder in die nächste Kindernotaufnahme und schildern Sie Ihre Verzweiflung

Dabei ist es entscheidend, dass möglichst alle Betreuungspersonen des Babys aufgeklärt werden. Das umfasst neben den Eltern auch neue Partner*innen, Babysitter*innen, Großeltern und andere (4). Da bekannt ist, dass sich viele Befragte später nicht mehr an die Inhalte der Aufklärung erinnern, sollte sie, insbesondere in Risikokonstellationen, regelmäßig wiederholt werden, u.a. mit den Materialien des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Hier ist z.B. auch eine DVD mit Elternmaterial erhältlich.

Empfehlungen für die Arbeit mit Familien mit Risikofaktoren:

- › Wiederholte Aufklärung über die o.a. Aspekte des Schreiens durch (Familien-)Hebammen, Kinderarzt/Kinderärztin mit besonderem Fokus auf die oben genannten Risikogruppen.
- › Informationsmaterial für Eltern bereitstellen (z.B. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen)
- › Entlastung für die Eltern schaffen, z.B. durch geeignete familiäre Betreuungspersonen oder zeitweiser Fremdbetreuung in der Kindertagespflege/-einrichtungen oder durch geeignete Hilfen, die Eltern begleiten (z.B. Frühe Hilfen)
- › Kontakt zu Schreiambulanzen (<https://www.elternsein.info/suche-schreiambulanzen/>)

- › Einbezug von (Familien-)Hebammen und/oder des Kinderarztes/der Kinderärztin in ein Hilfefkonzept
- › Intensive Unterstützung beim Aufbau von eigenen Netzwerken der Eltern (offene Treffs, Elterncafés etc.)
- › Konsequentes Vorgehen gegen häusliche Gewalt (im Sinne von Partnerschaftsgewalt) (4).

Beratung und Informationen für Fachkräfte:

- › Medizinische Kinderschutzhotline, bundesweit kostenlos für Fachkräfte im Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe und Familiengerichte, rund um die Uhr erreichbar: 0800 19 210 00
- › Nationales Zentrum Frühe Hilfen, insbesondere das Bündnis gegen Schütteltrauma vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Dort werden online auch Informations- und Arbeitsmaterialien für Fachkräfte zur Verfügung gestellt.

Literatur:

1. Reijneveld et al.: Infant crying and abuse. *Lancet* 2004; 364: 1340-2.
2. Bündnis gegen Schütteltrauma, 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, O., et al.: Awareness of abusive head trauma in a German population-based sample: implications for prevention. *Pediatr Res*, 2019. 86(4): p. 537-541.
5. Herrmann et al.: Kindesmisshandlung medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg; 2016.
6. Clemens, V., Berthold, O., Witt, A., Brähler, E., Plener, PL, Fegert, JM: Childhood adversities and later attitudes towards harmful parenting behaviour including shaking in a German population-based sample. *Child Abuse Review*. 2020;29(3):269-281.
7. Laurent-Vannier A, Bernard JY, Chevignard M.: Abusive Head Trauma Through Shaking: Examination of the Perpetrators According to Dating of the Traumatic Event. *Child Abuse Review*. 2021;
8. Herrmann, B., Dettmeyer, R.B. & Banaschak, S.: Konsensus-Statement von 7 Fachgesellschaften und der Medizinischen Kinderschutzhotline zur Diagnostizierbarkeit des Schütteltraumas. *Rechtsmedizin* (2021). <https://doi.org/10.1007/s00194-021-00511-7>

Konzept:

Samja Schäfer, Dr. med. Oliver Berthold, Dr. phil. Andreas Witt, Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert, Prof. Dr. med. Michael Kölch, Team der Medizinischen Kinderschutzhotline