

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



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

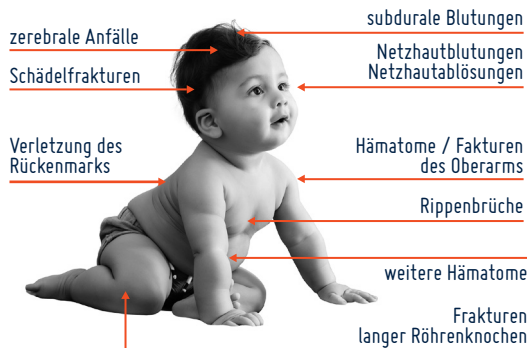
Beratung und Informationen:

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