

Was ist unter einem Schütteltrauma zu verstehen?

Heinz Kindler

Der drei Monate alte Hendrik wird von den Eltern nachmittags ins Kinderkrankenhaus gebracht. Der Junge macht einen apathischen Eindruck und atmet schwer. Äußere Verletzungen sind nicht erkennbar. Nach verschiedenen Untersuchungen, u.a. einer Kernspintomografie des Schädels und einer augenärztlichen Untersuchung, stellen die behandelnden Mediziner die Diagnose „Schütteltrauma“ und informieren den zuständigen ASD.

Auf solche Weise gelangen in Deutschland jedes Jahr mehrere Dutzend Kinder in den Verantwortungsbereich des ASD. Genauere Zahlen zur Häufigkeit von Schütteltraumen liegen für die Bundesrepublik nicht vor;¹ jedoch haben verschiedene Kinderkrankenhäuser berichtet, dass sie jährlich jeweils mehrere Fälle behandeln.² Im Rahmen der Diskussion über körperliche Kindesmisshandlungen ist auf Schütteltraumen aus mehreren Gründen besonders hinzuweisen:

- Es handelt es sich um eine ungewöhnlich gefährliche Form der Misshandlung.
- Den entstehenden Schädigungen liegt ein besonderer Verletzungsmechanismus zugrunde.
- Unter Fachkräften existieren vielfach Unsicherheiten in der Fallbearbeitung.

Verletzungsmechanismen beim Schütteltrauma

Werden Kinder in ihren ersten Lebensmonaten an den Armen bzw. am Körper gehalten und kräftig geschüttelt oder mit dem Kopf kraftvoll gegen eine weiche Oberfläche geschleudert,³ so kann der Kopf des Kindes Flieh- und Rotationskräften ausgesetzt sein, die so stark sind, dass sie zu verschiedenen Verletzungen führen, wie etwa Einrissen in Blutgefäßen oder Nervenbahnen im Schädel oder Prellungen des Gehirns infolge einer Kollision mit der Schädelkapsel. Äußerlich sichtbare Verletzungen müssen dabei nicht auftreten. Neben den primären Verletzungen können Einblutungen bzw. Schwellungen des Gehirns sekundär zu einem lebensbedrohlichen Druckanstieg im Schädel und zum Untergang von weiterem Gehirngewebe infolge von Sauerstoffmangel führen.⁴

Im Hinblick auf Schütteltraumen ist die Verletzlichkeit von Neugeborenen und Kleinkindern gegenüber älteren Kindern und Erwachsenen besonders hoch und ergibt sich zum einen aus der noch schwachen Nackenmuskulatur im Verhältnis zur Schwere des Kopfes und zum anderen aus Merkmalen des Gehirns in der frühen Kindheit.⁵ Das heißt aber nicht, dass Verletzungen, die einem Schütteltrauma gleichen, nicht auch leicht zufällig, etwa im Spiel oder durch Bagatellunfälle entstehen könnten.⁶

Folgen von Schütteltraumen

Bei diagnostizierten Schütteltraumen werden oft außergewöhnlich schwere Folgen beobachtet. So beträgt die Sterblichkeit verschiedenen Untersuchungen zufolge bis zu 30 Prozent.⁷ In den beiden größten derzeit vorliegenden Studien⁸ wird sie mit 13 bzw. 19 Prozent angegeben. Schütteltraumen werden daher für einen erheblichen Anteil – von zehn bis 40 Prozent – aller tödlich verlaufenden Kindesmisshandlungen verantwortlich gemacht.⁹ Ein weiterer Anteil der Opfer von Schütteltraumen, der im Mittel der vorliegenden Untersuchungen mehr als 50 Prozent beträgt (Spannweite in den vorliegenden Studien: zehn bis 85 Prozent), erleidet bleibende Schädigungen, beispielsweise in Form von Blindheit, geistiger Behinderung oder Lernbehinderung.¹⁰ Wie Langzeitstudien¹¹ gezeigt haben, treten Verhaltenssymptome und neuropsychologische Defizite teilweise erst nach Jahren auf.

Das Risiko weiterer Misshandlung nach einem Schütteltrauma

Nach einem diagnostizierten Schütteltrauma ist es für das Handeln des ASD und eine eventuelle familiengerichtliche Intervention von hoher Bedeutung, wie groß die Gefahr einer erneuten Misshandlung des Kindes eingeschätzt wird. Grundinformationen hierzu liefern drei Gruppen von Studien:

- Studien, die Kinder mit Schütteltrauma auf Anzeichen früherer Misshandlungen hin untersucht haben,¹²
- Längsschnittstudien, die geprüft haben, ob betroffene Kinder später erneut misshandelt wurden,¹³
- Studien, die untersucht haben, ob bei Geschwistern betroffener Kinder Anzeichen von Misshandlungen vorlagen.¹⁴

Alle drei Gruppen von Studien deuten darauf hin, dass bei betroffenen Familien im Mittel ein substantielles Risiko weiterer Misshandlungen besteht. Das heißt nicht, dass Eltern, die ein Kind geschüttelt haben, dieses Kind oder dessen Geschwister mit Sicherheit erneut misshandeln werden. Angesichts von Hinweisen auf weitere Misshandlungen in 20 bis 70 Prozent der berichteten Fälle ist aber von einem gegenüber der Normalbevölkerung deutlich erhöhten Misshandlungsrisiko auszugehen. Ein hinreichender Anlass für eine notfalls gerichtlich durchzusetzende Prüfung der familiären Situation mit dem Ziel der Beurteilung einer evtl. vorliegenden Kindeswohlgefährdung ist daher gegeben.

Eltern, die ein Kind geschüttelt haben

Über betroffene Eltern liegen bislang wenig gesicherte Informationen vor. Mehrere Untersuchungen zeigen, dass Schütteltraumen in deutlich mehr als der Hälfte der Fälle vom Vater oder dem Partner der Mutter verursacht wurden,¹⁵ wobei in einigen Fällen fehlendes Wissen über die Verletzlichkeit des Kindes, eine nicht bestehende Beziehung zum Kind oder die größere Häufigkeit von antisozialen Persönlichkeitsstörungen in der männlichen Bevölkerung eine Rolle gespielt haben dürften. Generell wird als Hintergrund der meisten Schütteltraumen eine elterliche Überforderung angenommen.¹⁶ Kinder mit frühkindlichen Regulationsstörungen, vor allem sog. „Schreibabys“, werden

daher als besonders gefährdet angesehen; insbesondere wenn die Eltern Störungen der Impulskontrolle aufweisen oder das Verhalten des Kindes unangemessen als feindselig interpretieren.

Fallbearbeitungsverläufe nach einem Schütteltrauma

Die Fallbearbeitung nach einem Schütteltrauma orientiert sich einzelfallbezogen am Risiko wiederholter Misshandlungen (vgl. Frage 70) und an der Bereitschaft der Eltern, Hilfe in Anspruch zu nehmen sowie Kontrolle zu dulden (vgl. Frage 72). Zu berücksichtigen ist, dass betroffene Kinder aufgrund bleibender Schädigungen häufig erhöhte Anforderungen an die elterliche Fürsorge stellen (vgl. Frage 63), was die Gefahr einer sekundären Vernachlässigung bergen könnte. Während für Deutschland keine Angaben zu typischen Fallverläufen vorliegen, berichten amerikanische Befunde in den meisten Fällen über eine zumindest zeitweise Fremdunterbringung nach der Krankenhausentlassung, die ohne Hinweise auf wiederholte Misshandlungen aber vielfach in eine Rückführung mündet.¹⁷

Anmerkungen

- 1 Im internationalen Feld bewegen sich die Zahlen für die Häufigkeit von bekannt werdenden Schütteltraumen im Bereich von acht bis 39 Fällen pro 100 000 Kindern unter einem Lebensjahr pro Jahr (Barlow/Minns 2000; Jayawant et al. 1998), wobei Fälle ohne massive Symptomatik nach herrschender Ansicht häufig nicht erkannt werden und die vorliegenden Zahlen zur Prävalenz daher vermutlich Unterschätzungen der realen Häufigkeit darstellen (zur Häufigkeit medizinisch nicht erkannter Fälle von Schütteltraumen s. Jenny et al. 1999). Die Häufigkeit von Schütteltraumen sinkt jenseits des ersten Lebensjahres deutlich, prinzipiell sind sie jedoch auch bei älteren Kindern möglich. In der Bundesrepublik werden im Jahresdurchschnitt etwas mehr als 700 000 Kinder geboren, sodass bei einer Übertragbarkeit der Häufigkeitszahlen aus anderen Ländern von 61 bis 295 Fällen bei Kindern im ersten Lebensjahr pro Jahr auszugehen wäre.
- 2 Z.B. Kinderklinik Göttingen, Schiffmann/Saternus 2002.
- 3 Duhaime et al. 1987 haben aufgrund von Befunden an Tiermodellen die Haltung vertreten, dass Schüttelbewegungen alleine nicht zu schweren Verletzungen führen, sondern der Kopf des Kindes zusätzlich auf eine harte Unterlage treffen muss. Gestützt auf Autopsiebefunde an Opfern ohne Anzeichen einer stumpfen Gewalteinwirkung auf den Schädel und auf Berichte geständiger Täter, die nur ein Schütteln des Kindes beschrieben, ist die Mehrheitsmeinung in der Medizin dieser Position nicht gefolgt (für eine Übersicht s. Kirschner 2002).
- 4 Die relative Bedeutung der verschiedenen Verletzungsmechanismen für die bei Schütteltraumen beobachtbaren Schädigungen wird in der medizinischen Literatur intensiv diskutiert. Für verschiedene Modellvorstellungen s. Johnson et al. 1995; Barlow/Minns 1999; Kivlin et al. 2000; Geddis et al. 2001.
- 5 Für eine Forschungsübersicht s. Brooks/Weathers 2001.
- 6 Für eine Forschungsübersicht s. Wheeler 2003. Darin enthalten sind Studien an über 3 000 Kleinkindern, bei denen die Folgen von Bagatellunfällen und kleineren Stürzen untersucht wurden.
- 7 Für eine Forschungsübersicht s. Chiocca 1995.
- 8 Reece/Sege 2000; King et al. 2003.
- 9 Hennes/Kini/Palusci 2001; Kienberger-Jaudes/Bilaver 2004.
- 10 Für eine Forschungsübersicht s. Hennes et al. 2001; darin noch nicht enthalten sind Studien von Haviland/Russell 1997, Gilles/Nelson 1998, Jayawant et al. 1998, Prasad et al. 2002 und Vinchon et al. 2003.
- 11 Z.B. Bonnier et al. 1995.
- 12 Goldstein et al. 1993; Lazoritz et al. 1997; Jayawant et al. 1998; King et al. 2003.
- 13 Alexander et al. 1990; Kienberger-Jaudes/Bilaver 2004.
- 14 Alexander et al. 1990; Reder/Fitzpatrick 1995; Jayawant et al. 1998.
- 15 Z.B. Jayawant et al. 1998; Lazoritz et al. 1997; King et al. 2003.
- 16 Für eine Forschungsübersicht s. Davies/Murphy Garwood 2001.
- 17 Kienberger Jaudes/Bilaver 2004.