

Konsensus Statement von 7 Fachgesellschaften und der Medizinischen Kinderschutzhotline zur Diagnostizierbarkeit des Schütteltraumas

Stand 6.4.2021/ergänzt 24.4.2021

Deutsche Gesellschaft Kinderschutz in der Medizin (DGKiM), Dr. B. Herrmann (Vorsitzender)

Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM), Prof. S. Ritz-Timme (Präsidentin)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Prof. I. Krägeloh-Mann, (Vizepräsidentin)

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSJP), Prof. U. Thyen (Präsidentin)

Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP), Prof. Dr. U. Schara (Präsidentin) und Prof. Dr. M. Kieslich (Vizepräsident)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Prof. Dr. M. Kölch (Präsident)

Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR), Prof. Dr. H.-J. Mentzel (Präsident)

und **Medizinische Kinderschutzhotline** (Prof. J. Fegert) ¹

Autoren des Konsensus Statements

*Dr. B. Herrmann**

*Prof. Dr. Dr. R. B. Dettmeyer***

*Prof. Dr. S. Banaschak****

* Klinik für Neonatologie und allgemeine Pädiatrie, Klinikum Kassel GmbH, Mönchebergstr. 43, 34125 Kassel, herrmann@klinikum-kassel.de

** Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Gießen, Frankfurter Str. 58, 35392, Gießen, reinhard.dettmeyer@forens.med.uni-giessen.de

***Institut für Rechtsmedizin, Melatengürtel 60/62, 50823 Köln, sibylle.banaschak@uk-koeln.de

Eine Reihe von Autoren haben in der Zeitschrift Pädiatrische Praxis, Ausgabe 95/2021, eine Serie von Artikeln zum Schütteltrauma Syndrom (STS) bzw. misshandlungsbedingten Kopfverletzungen publiziert, die in der Summe die Diagnostizierbarkeit des Schütteltraumas anzweifeln [13, 14, 15].

Dieses Konsensus Statement der oben genannten Fachgesellschaften bezieht sich daher auf die grundsätzliche Frage der Diagnostizierbarkeit des Schütteltraumas. Weitere, insbesondere auch schwerwiegende fachlich-methodische Kritikpunkte an den Arbeiten werden hier ausdrücklich nicht angesprochen².

¹ Bei der Erstellung des Beitrages „Die Medizinische Kinderschutzhotline: Beratung für Angehörige der Heilberufe bei Kinderschutzfragen“ in *pädiatrische praxis* 2021, Band 95/3 war den Autoren nicht bewusst, in welchem Kontext der Artikel abgedruckt wird. Den Autoren ist es wichtig sich von den im selben Band abgedruckten Artikeln zu distanzieren und gemeinsam einen seriösen fachlichen Konsens zu publizieren.

² Sollte eine Leserin / ein Leser Bedarf an weiteren Hinweisen dazu haben, kann er sich an die genannten Autoren des Konsensusstatements wenden.

Aus Sicht der o. g. Fachgesellschaften ist grundsätzlich zwischen einer medizinisch-wissenschaftlichen Diskussion und einer Sachverständigentätigkeit bei Gericht zu unterscheiden. In einer fachlichen Diskussion können auch schwache Hypothesen und gelegentlich auch Behauptungen aufgestellt werden. Für derartige unbelegte Äußerungen ist der Strafprozess jedoch nicht der geeignete Ort. Dort werden fachliche Schlussfolgerungen auf wissenschaftlicher Basis vorgetragen und sollen dem Gericht helfen, eine durch medizinische Fakten gestützte Entscheidung zu treffen (z. B. [17]).

Die Artikel der verschiedenen Autoren(gruppen) nehmen bei ihren Ausführungen scheinbar auf einen (gemeinsam?) als Gutachter der Verteidigung bearbeiteten Fall Bezug. Ein derartiger Zusammenhang entspräche einem nicht deklarierten Interessenkonflikt. Ein solcher wird aber nicht offengelegt.

Die **Diagnose des Schütteltraumas** wird entweder in einem klinischen oder – bei verstorbenen Kindern – rechtsmedizinischen Zusammenhang gestellt. Hierzu gibt es etablierte Untersuchungsabläufe, die auch in deutschsprachigen Leitlinien festgehalten sind [9, 10]. Des Weiteren gibt es aktuelle Publikationen – auch von Pädiatern und Rechtsmedizinern gemeinsam, die sich mit der Diagnose des Schütteltraumas befassen [z. B. 2, 3, 6, 7, 16], internationale Leitlinien und Konsensuspapiere [1, 5] und systematische Reviews [12].

Häufig steht am Beginn der Diagnostik eine (neurologische) Auffälligkeit des Kindes, die dann zu weiteren Untersuchungsschritten führt (u. a. mit der Klärung bekannter Differentialdiagnosen). Auf diese klinische bzw. postmortale Diagnostik soll in diesem Statement nicht detailliert eingegangen werden. Wir verweisen dazu auf die Literatur (einige Arbeiten siehe Literaturverzeichnis) und entsprechende Lehrbücher [z. B. 8, 11].

Es erfolgt nach international einvernehmlichem fachlichem Standard keine „automatische“ Diagnose eines Schütteltraumas anhand der von den Autoren mehrfach zitierten sog. „diagnostischen Trias“, wenn ein Subduralhämatom in Kombination mit retinalen Blutungen und einer Enzephalopathie festgestellt wird. Die Diagnose beruht auf anamnestischen, klinischen, radiologischen und ophthalmologischen Befunden, unter Berücksichtigung aller relevanten differentialdiagnostischen Erwägungen. Diese gehören ebenso zur Erörterung jedes Einzelfalls dazu wie weiterführende Untersuchungen, u. a. des Skelettsystems (Röntgenskelettscreening) zur Prüfung evtl. weiterer bestehender Verletzungen. Am Ende des diagnostischen Prozesses wird nach Empfehlung der AWMF S3+ Kinderschutzleitlinie in einem multiprofessionellen Abwägungsprozess die Diagnose gestellt, und zwar unter Berücksichtigung aller diagnostischen Ergebnisse und der zu diesem Zeitpunkt bekannten Anamnese. Werden neue / andere Anknüpfungstatsachen bekannt (z. B. Berichte über ein Unfallereignis), so muss neu beurteilt werden.

Aber die Diagnose kann – auch postmortal – unter Berücksichtigung der oben genannten Standards verlässlich und sicher gestellt werden. Die von von Voss (2021; [14]) behauptete Kontroverse besteht nicht. Es handelt sich um eine Pseudokontroverse, die teils von schon bekannten Protagonisten (vorwiegend aus den USA), teils von anderen Autoren (das bekannteste Beispiel waren Autoren aus Schweden; siehe [4]) immer wieder versucht wird. Bislang ist keine substantielle Widerlegung des Konzeptes des Schütteltraumas und des damit verbundenen Pathomechanismus und seinen Folgen gelungen (zusammenfassend [3, 8], zur schwedischen Publikation [4]).

Die von den Autoren Wiederer et al. (2021, [15]) bereits im Titel („Schütteltrauma vs. SIDS“ [...]) gegeneinander gestellten Entitäten Schütteltrauma und SIDS haben nichts miteinander zu tun. Wenn ein Säugling retinale Blutungen und / oder ein Subduralhämatom aufweist, kann es sich definitionsgemäß nicht um einen plötzlichen Kindstod handeln. Dieser beruht ja u. a. gerade darauf, dass es keine (!) derartigen oder anderweitige Befunde gibt. Die Frage „Schütteltrauma vs. SIDS“

können die Autoren nur aufwerfen, da sie eine Entstehung von Subduralhämatomen und retinalen Blutungen allein durch eine Hypoxie unterstellen. Diese Unterstellung ist schon längst widerlegt. Daher kann bei diesen Befunden kein plötzlicher Kindstod vorliegen.

Umgang mit der gestellten Diagnose

Ist ein Kind lebensbedrohlich verletzt, so kommt – unabhängig von der bestehenden Schweigepflicht – eine Meldung an die Polizei und Staatsanwaltschaft in Betracht oder auch nach § 4 KKG an das Jugendamt. Üblicherweise werden derartige Entscheidungen in einer Kinderschutzgruppe getroffen, in der alle beteiligten Berufsgruppen und medizinische Fachrichtungen vertrauensvoll zusammenarbeiten. Diese Zusammenarbeit hat sich in den zurückliegenden Jahren intensiv entwickelt und wird entsprechend der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) in mittlerweile über 180 Kinderschutzgruppen bundesweit praktiziert. Dabei gibt es aufgrund der unterschiedlichen Tätigkeiten verschiedene Herangehensweisen, aber keinen fachlichen Dissens zwischen z. B. Pädiatrie und Rechtsmedizin.

Es ist uns als wissenschaftlichen Fachgesellschaften wichtig zu betonen, dass eine fundierte (Differential)Diagnostik in allen Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung die Basis einer weitergehenden, auch rechtlichen Beurteilung ist. Die Eltern und ihre Kinder haben einen Anspruch darauf, dass nicht persönliche Interessen und wissenschaftlich unseriöse Diskussionen die medizinische Beurteilung prägen. Falsch-positive wie falsch-negative Diagnosestellungen haben in diesem Themenfeld dramatische Konsequenzen. Es ist unsere gemeinsame Verantwortung für eine angemessene Beurteilung von Verdachtsfällen einzustehen - jeder mit seiner Fachkompetenz und in einem wissenschaftlich fundierten Abwägungsprozess.

Literatur

1. American Academy of Pediatrics, Narang SK, Fingarson A, Lukefahr J and Council on Child Abuse and Neglect (2020). Abusive Head Trauma in Infants and Children. *Pediatrics* 145: e20200203 <https://pediatrics.aappublications.org/content/145/4/e20200203>. Zuletzt abgerufen am 28.03.2021
2. Baz Bartels M, Banaschak S, Herrmann B (2019) Update Schütteltraumasyndrom. *Monatsschr Kinderheilkd* 167: 891–899
3. Berthold O, Fegert JM (2019) Schütteltraumasyndrom – diagnostische Sicherheit trotz andauernder medialer Kontroverse. *Monatsschr Kinderheilkd* 167: 426–433
4. Bilo RAC, Banaschak S, Herrmann B, Karst WA, Kubat B, Nijs HGT, van Rijn RR, Sperhake J, Stray-Pedersen A (2017) Using the table in the Swedish review on shaken baby syndrome will not help courts deliver justice. *Acta Paediatr* 106: 1043-1045
5. Choudhary A, Servaes S, Slovis TL, Palusci V, Hedlund G, Narang SK, Moreno JA, Dias MS, Christian CW, Nelson MD, Silvera VM, Palasis S, Raissaki M, Rossi A, Offiah A (2018) Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatric Radiology* 48: 1048–1065
6. Greeley CS (2015) Abusive head trauma: A review of the evidence base. *Am J Radiol* 204: 967–973
7. Herrmann B (2016) Epidemiologie, Klinik und Konzept des Schütteltrauma-Syndroms. *Päd Praxis* 86: 297–313

8. Herrmann B, Dettmeyer R, Banaschak S, Thyen U (Hrsg., 2016) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. 3. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg
9. Kinderschutzleitlinienbüro (2019) AWMF S3+ Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Langfassung 1.0, Februar 2019, AWMF-Registernummer: 027 – 069, S 238-250: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/027-069.html> (letzter Zugriff: 26.03.2021)
10. Leitlinie Die rechtsmedizinische Leichenöffnung (2017) Langfassung 31.10.2017, AWMF-Registernummer: 054 – 001: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/054-001.html> (letzter Zugriff: 26.03.2021)
11. Madea B (Hrsg. 2015) Rechtsmedizin. Befunderhebung, Rekonstruktion, Begutachtung. Springer-Verlag Berlin Heidelberg
12. Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) (2019) Child Protection Evidence - Systematic review on Head and Spinal Injuries. <https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-protection-evidence-head-and-spinal-injuries>. Zuletzt abgerufen am 28.03.2021
13. Schulz-Schaeffer WJ (2021) Misshandlungsbedingte Enzephalopathien: neuere Erkenntnisse ändern die Symptom-Trias. Päd Praxis 95: 391 – 397
14. Voss von H (2021) Schütteltrauma-Verdacht: Herausforderungen an Gutachter und Gericht. Päd Praxis 95: 373 – 378
15. Wiederer L, Ballweg A, Friederichs E, Eber S (2021) Schütteltrauma vs. SIDS im Säuglingsalter: Reifungsverzögerung des autonomen Nervensystems als Differenzialdiagnose. Päd Praxis 95: 379 – 390
16. Zinka B, Banaschak S, Mützel E (2018) Nachweissicherheit des Schütteltraumas. Bewertung von klassischer Symptomtrias, luzidem Intervall und Differenzialdiagnosen. Rechtsmedizin 28: 474 – 481
17. Zinka B, Banaschak S, Mützel E (2019) Zur klassischen Symptomtrias bei Schütteltrauma. Rechtsmedizin 29: 218