



DEUTSCHER PRÄVENTIONSTAG

---

Schütteltrauma  
eine unbekannte Form der Kindesmisshandlung!?

Oder

"Vorsicht - bitte nicht schütteln"

von

*Gudrun Doering-Striening*

Dokument aus der

Internetdokumentation Deutscher Präventionstag

**www.praeventionstag.de**

Hrsg. von

***Hans-Jürgen Kerner und Erich Marks***

im Auftrag der

Deutschen Stiftung für Verbrechensverhütung und Straffälligenhilfe  
(DVS)

---

Zur Zitation:

Doering-Striening, G. (2004): Schütteltrauma – eine unbekannte Form der Kindesmisshandlung. In: Kerner, H.-J.; Marks, E. (Hrsg.): Internetdokumentation Deutscher Präventionstag. Hannover. [http://www.praeventionstag.de/content/9\\_praev/doku/doeringstriering/index\\_9\\_doeringstriering.html](http://www.praeventionstag.de/content/9_praev/doku/doeringstriering/index_9_doeringstriering.html)

## I. Soll- und Istzustand – Daten und Zahlen

Art. 2 II GG: Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit

– so regelt es unsere **Verfassung**. Dabei kommt dem menschlichen Leben innerhalb der Ordnung des Grundgesetzes ein Höchstwert zu, der den Staat zu umfassendem Schutz verpflichtet.<sup>1</sup>

Ein Instrument, um Leben und körperliche Unversehrtheit zu schützen, ist das **Strafrecht**. Und so ordnet u.a. § 223 b StGB an, dass derjenige, der Personen unter 18 Jahren, die seiner Fürsorge oder Obhut unterstehen, quält oder rot mißhandelt, mit Freiheitsstrafe bestraft wird.

**Im Zivilrecht** gilt seit November 2000 eine gesetzliche Neuregelung, die jede körperliche Gewalt und insbesondere körperliche Bestrafung in der Erziehung verbietet. So heißt es in § 1631 BGB jetzt:

"Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und anderen entwürdigenden Maßnahmen sind unzulässig."

Hierauf ist die Bundesregierung stolz und hat am 30.04.2004 zum Tag der gewaltfreien Erziehung eine Studie vorgestellt aus der hervorgeht, dass die Erziehung in deutschen Familien noch nicht so gewaltfrei erfolgt ist wie heute.<sup>2</sup>

Die Lebenswirklichkeit wird damit aber nicht wirklich vollständig abgebildet. Dagegen steht nämlich, dass nach einer **Studie von Unicef** in den OECD-Ländern nachgewiesenermaßen rund 3.500 Kindern unter 15 Jahren jährlich an den Folgen von Misshandlung und Vernachlässigung sterben. In Deutschland werden wöchentlich zwei Kinder von dieser Statistik erfaßt.

Das Risiko für kleine Kinder ist nach der Studie von Unicef dabei am größten. Für Kinder unter einem Jahr ist es dreimal so hoch wie für die Altersgruppe der 1-4-jährigen.<sup>3</sup>

Und das Dunkelfeld ist um ein Vielfaches höher. Das liegt u.a. daran, dass es keine Dokumentations- oder Meldepflicht für Kindesmisshandlung oder Verdachtsfälle gibt. Es gibt nicht einmal eine Meldepflicht für Kindesmißhandlung an den Träger der Jugendhilfe, wie das z.B. in Österreich der Fall ist. Dort ist die bisher rechtlich allgemein gehaltene Mitteilungspflicht von Behörden über bekannt gewordene Tatsachen im Zusammenhang mit Gewalt gegen Kinder gerade erst durch eine Meldepflicht (§ 37 Abs. 2 des Jugendwohlfahrtsgesetzes) bzw. eine entsprechende Meldungsermächtigung (§ 37 Abs. 3 des Jugendwohlfahrtsgesetzes) ersetzt worden.

Über eine solche Regelung sollte in der Bundesrepublik nachgedacht werden !

Überall in der einschlägigen Literatur wird dagegen betont, dass der Arzt keine Meldepflicht von Gesetzes wegen habe<sup>4</sup> und ihm ein Zeugnisverweigerungsrecht (§ 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO) – gesichert durch die Androhung einer Strafe wegen Geheimnisverrates (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB) - zustehe.<sup>5</sup> und er lediglich ausnahmsweise auch zur Meldung und Anzeige berechtigt sei, wenn er als Garant für Leben und Gesundheit seines Patienten in einen rechtfertigenden Notstand gerate.

---

<sup>1</sup> BVerfGE 46164

<sup>2</sup> BMFS FJ und BMJ Gewaltfreie Erziehung, Eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung

<sup>3</sup> Todesfälle bei Kindern durch Misshandlung und Vernachlässigung in den Industrieländern, Unicef Innocentireport Card Nr. 5, Florenz, August 2003.

<sup>4</sup> Z.B. Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, S. 9

<sup>5</sup> Herrmann, Körperliche Misshandlung von Kindern, Monatsschrift für Kinderheilkunde 2002, S. 1325; Oehmichen/Meißner, Kindesmisshandlung, Diagnostische Aspekte und rechtliche Hintergründe, Monatsschrift für Kinderheilkunde 1999, S. 366

Auch das Jugendamt muß nicht an die Polizei weitermelden, es ist lediglich nach § 64 II SGB VIII i.V.m. § 69 I Nr. 1 Alt.2 SGB X hierzu berechtigt.

Dieses juristische Regel-Ausnahme-Verhältnis ist für die Wahrnehmung, Erfassung und Dokumentation von Mißhandlungsfällen kontraproduktiv. Tatsächliche Hilfe und juristisch Aufarbeitung sind nur unter erschwerten Bedingungen möglich oder unterbleiben in Einzelfällen sogar ganz.

Und so nimmt es denn nicht Wunder, dass Kindesmißhandlungen im allgemeinen nur in besonders eindeutigen Fällen in der Kriminalstatistik auftauchen und in der zivilrechtlichen Schadensersatz- und Schmerzensgeldrechtsprechung, ebenso wie im Opferentschädigungsrecht so gut wie gar nicht zu finden sind, weil Kindesmißhandlungen häufig faktisch nicht eindeutig erkannt und behandelt werden. Es ist zu wenig über frühkindliche Kindesmißhandlung bekannt, als dass man sich nicht gerne mit laienhaften Erklärungen wie z. B. dem Sturz vom Wickeltisch zufrieden gibt, wenn schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen auch optisch nicht mehr zu übersehen sind.

## **II. Der konkrete Schütteltraumafall**

Der Fall, von dem ich Ihnen erzählen möchte, ist ein solcher Fall, der anfänglich in keiner Statistik aufgetaucht ist, weil er als offizieller Fall der Kindesmisshandlung weder gesichert wahrgenommen noch erfaßt worden war. Er ist symptomatisch und typisch für die Behandlung von Kindesmißhandlungsfällen an Säuglingen und Kleinkindern in der Bundesrepublik Deutschland.

Dieser Fall tauchte im Tatzeitpunkt 1994 in keiner Kriminalstatistik auf und hätte als Sturz vom Wickeltisch oder einfach nur als schrecklicher Unglücksfall das Leben des betroffenen Kindes und seiner Mutter begleiten können. Diese hatte ihre kleine Tochter erstmals in die abendliche Gewalt ihres Lebensgefährten und nicht in seine Obhut - wie sie meinte - gegeben, als sie die Wohnung verließ, um an der Weihnachtsfeier ihrer Firma teilzunehmen, zu der sie trotz ihres Erziehungsurlaubes eingeladen war.

Das Kind wurde in den wenigen Stunden der Abwesenheit seiner Mutter Opfer einer schweren Kindesmißhandlung, nämlich eines Schütteltraumas (Shaken Baby Syndrom – SBS).

Was war passiert?

Das Kind, damals knapp vier Monate alt, wird in jener Nacht vom Lebensgefährten der Mutter mit dem Notarzt in die Klinik eingeliefert. Die Diagnose dort lautet:

1. Zustand nach Streckkrämpfen und
2. Zustand nach Schütteltrauma (Battered Child).

Als die Kindesmutter in dieser Nacht nach Hause zurückkehrt, findet sie die Wohnung leer und erfährt alsbald von der Schwester ihres Lebensgefährten, dass sich ihr Kind in der Klinik befindet. „Reg Dich nicht auf, es ist nichts Schlimmes.“

Wie schlimm es tatsächlich ist, ahnt sie zu diesem Zeitpunkt nicht. Auch lange Zeit später erfaßt sie nicht, wie schlimm es tatsächlich ist. Sie weiß nicht, was sie denken, fühlen, glauben soll. Die Vorhalte gegenüber dem Lebensgefährten bringen keine Erklärung. Er behauptet, das Kind sei schlapp gewesen, habe sich überstreckt. Er beschreibt sich als Lebensretter, als derjenige, der mit Mund-zu-Mund-Beatmung und Herzmassage zur Rettung des Kindes beigetragen hat und im übrigen wechselnde Erklärungen darüber abgibt, was an jenem fraglichen Abend passiert ist.

Die Kindesmutter trennt sich kurz darauf von ihrem Lebensgefährten und ihre Tochter kehrt als schwerbehindertes Kind aus der Klinik nach Hause zurück. Sie hat überlebt. Sie bedarf der vollständigen Pflege und Betreuung ihrer Mutter.

Es braucht noch einige Zeit, bis die Kindesmutter endlich so weit ist im Interesse ihres Kindes doch klären zu wollen, was in jener Nacht tatsächlich passiert ist. Doch das erweist sich als überaus schwierig. Es fehlt an den erforderlichen Dokumentationen, Anfragen werden zunächst zurückhaltend beantwortet.

**Die Klinik** schickt auf Anfrage lediglich Durchschriften der Berichte an den Hausarzt.

**Die Krankenkasse** verfügt nicht über aussagekräftige Daten und teilt mit:

„Wir haben die Unterlagen geprüft und sind der Meinung, dass mit den uns zugeleiteten Unterlagen nicht bewiesen werden kann, dass Herr H. die Körperverletzung begangen hat. Das vor allen Dingen darum, weil kein Arzt sich bereit findet zu erklären, dass die vorliegenden Unterlagen eindeutig keinen anderen Schluß zulassen, als dass die Befunde nur aufgrund einer begrenzten Handlungsweise (hier in Richtung Kindesmißhandlung) entstanden sein könnten.“

**Das Jugendamt** teilt mit, die Kindesmutter habe sich damals selbständig bei ihnen gemeldet. Regelmäßige Hausbesuche hätten nach Entlassung des Kindes keine zusätzlichen Informationen bezüglich der Verursachung ergeben. Auch ein Gespräch mit der Kindesmutter, dem Lebensgefährten, den Ärzten und dem psychosozialen Dienst „konnte zu keiner Klärung des Vorfalls beitragen.“ Im **Anschreiben der Klinik** heiße es - so das Jugendamt - „ob eine Kindesmißhandlung vorliegt, ist weder für uns zu beweisen, noch auszuschließen.“

Eine **Anfrage bei der Polizei** ergibt, dass am fraglichen Abend um 2.03 Uhr ein Einsatz „zum verletzten Kind“ übernommen worden ist. Wer der Anrufer ist, kann nicht geklärt werden. Ein Wasserrohrbruch hat die Aufzeichnung des Notrufes vernichtet! Der Polizeieinsatz endet, als der Notarzt das Kind in die Klinik bringt. Es kann lediglich von der Polizei in Erfahrung gebracht werden, dass ein Polizeieinsatz nicht zustande kommt, bloß weil jemand fälschlicherweise 110 statt 112 gewählt hat. Warum ruft jemand aber die Polizei, wenn es um medizinische Hilfe für einen Säugling geht?

Aus dem angeforderten **Protokoll des Rettungsdienstes** lassen sich auch keine weiteren Hinweise auf die Entstehung des Schadens oder die Äußerungen des Lebensgefährten der Mutter am fraglichen Abend entnehmen. Der Einsatzgrund ist nicht angekreuzt. Bei Verletzungen heißt es "keine". Der Zustand wird lediglich als "akute Lebensgefahr" bezeichnet.

**In der Klinik** ist der aufnehmende Arzt der Nacht erst nur schwer zu ermitteln. Alle halten Distanz, Zurückhaltung bei der Frage, was exakt ist die Ursache. Aber es gibt immerhin Befunde. Auf ausdrückliche Nachfrage nach Vorlage einer Schweigepflichtentbindungserklärung und Einzahlung von rund 100,00 DM für Fotokopien werden Behandlungsunterlagen vorgelegt, die ergeben

- ◆ Multiple retinale Blutungen beidseits und im Glaskörper
- ◆ subdurale Ergüsse beidseits
- ◆ multiple Infarkte im CCT in allen drei Gefäßsystemen

Es ist ein Aufsatz zum Thema Schütteltrauma beigelegt.<sup>6</sup> Ansonsten nirgendwo eine eindeutige aussagekräftige Dokumentation, sondern überall lediglich Bruchstücke. So findet sich im Aufnahmebefund der Hinweis darauf, dass das Kind nach Angaben des Lebensgefährten von ihm auf jeden Fall die Flasche erhalten und gut getrunken und gezogen habe. Ansonsten aber nichts, was Klärung brächte oder juristisch bereits eine Zurechnung erlaubte und einer Rechtsfolge hätte zugeordnet werden können.

---

<sup>6</sup> Lockemann/Püschel, Tod durch Schütteltrauma, verkannt als SDIS, Der Kinderarzt 1996, S. 397 ff.

Wer ist verantwortlich?

Es entsteht die Idee, **im Rahmen eines Strafverfahrens** die weitere Aufklärung des Falles zu betreiben.

Dort gilt der sogenannte **Amtsermittlungsgrundsatz**. Die Staatsanwaltschaft hat dem Verdacht einer Straftat von amts wegen nachzugehen und ihn aufzuklären.

Die Schwester des Beschuldigten gibt einen ersten Hinweis, was am fraglichen Abend passiert sein könnte:

"Ich denke, dass das Kind mit seinen vier Monaten ein normal entwickelter Säugling war. Am fraglichen Abend rief mich mein Bruder gegen 20.00 Uhr an und fragte, was er machen solle. Das Kind würde immer lauter schreien, es verweigere auch die Flasche. Er holte sich bei mir Rat, weil ich ja auch ein kleines Kind hatte. Ich gab ihm den Rat und sagte, dass die Kleine sich schon wieder beruhigen würde. Um Mitternacht rief mein Bruder dann wieder an und sagte, dass er jetzt langsam Angst bekäme, er wisse nicht mehr, was er machen solle."

**Die Staatsanwaltschaft** stellt das Verfahren gleichwohl ein. Der Beschuldigte bestreite, sich strafbar gemacht zu haben. Diese Einlassung sei nicht zu widerlegen. Das zu den Akten gereichte Gutachten gebe zwar einen Einblick in das Krankheitsbild des Kindes und lasse auch den von den Anzeigenden vermuteten Kausalverlauf als möglich erscheinen. Gleichwohl könne ein sicherer Nachweis, dass diese Verletzungen durch den Beschuldigten verursacht worden seien, nicht geführt werden.

In der Hoffnung auf ein Klarheit bringendes Sachverständigengutachten wird ein Verfahren auf Schmerzensgeld **vor dem Zivilgericht** gegen den ehemaligen Lebensgefährten der Mutter eingeleitet.

**Schmerzensgeld** kann erhalten, wer durch einen anderen vorsätzlich oder **fahrlässig rechtswidrig körperlich geschädigt wird**. Der Anspruch wird vor einem Zivilgericht geltend gemacht. Dabei ist allerdings der Kläger verpflichtet, die Tatsachen zu beweisen, die für ihn günstig sind und den Anspruch begründen. An die strafrechtliche Wertung ist das Zivilgericht nicht gebunden.

Aber auch hier kein Erfolg! Zwar verstrickt sich der ehemalige Lebensgefährte der Kindesmutter im Laufe des Verfahrens immer weiter in Widersprüche, schildert immer wieder unterschiedliche Abläufe dessen, was am fraglichen Abend geschehen sei. Er gesteht auch ein, dass er das Kind einmalig in seinen Armen erschreckt habe. Dabei habe er allerdings lediglich versucht, das Kind durch ein lautes Geräusch wieder „zu sich zu bringen“.

Freunde der Kindesmutter, die diese in der Nacht auf ihrem Weg in die Klinik begleitet hatten, schildern dies anders. **In einer Beweisaufnahme**, in der auch die Schwester des Beschuldigten noch einmal bestätigt, dass sie angerufen worden sei, weil das Kind heftig geschrien habe, sind sie als Zeugen geladen. Sie berichten, dass sie die Kindesmutter in dieser Nacht in die Klinik begleitet haben und dort auf den mutmaßlichen Schädiger getroffen sind. Dort habe der Lebensgefährte der Mutter ihnen erzählt, dass das Kind wach geworden sei und geschrien habe. Er habe das Kind auf dem Arm gehalten, das heftig geschrien habe. Er habe sie nicht beruhigen können. Sie habe beim Weinen verkrampft. Er habe sie geschüttelt. In welcher Weise und warum er dies getan habe, habe er nicht erklärt. Er habe dann später auch erzählt, dass er ihr auch kaltes Wasser über den Kopf gegossen habe.

Der ehemalige Lebensgefährte der Kindesmutter bestreitet.

Es handelt sich bei den Zeugen um gute Bekannte der Kindesmutter, so dass das Gericht ihrer Aussage nicht die entscheidende Bedeutung beimessen will.. Als entscheidend stellt das Zivilgericht auf das eingeholte Sachverständigengutachten ab. **Das** eingeholte **Sach-**

**verständigengutachten** spricht von schwerer **traumatischer** Hirnschädigung des Kindes. Unmittelbar vor der Aufnahme des Kindes in die Klinik habe diese stattgefunden. Allerdings schließt der Sachverständige nicht aus, dass "unmittelbar" auch 12 bis 18 Stunden vor der Aufnahme ins Krankenhaus bedeuten könne. Damit kann das Landgericht „das Zeitfenster“ nicht so auf die Betreuungszeit des Beklagten einengen, dass der sichere Schluß auf seine Täterschaft möglich ist“.

Die Klage auf Schmerzensgeld vor dem Zivilgericht scheitert, weil die Schädigung dem Lebensgefährten der Mutter nicht unmittelbar zugerechnet werden kann. Aber immerhin, die schwere traumatische Einwirkung auf den Schädel des Kindes – die Kindesmißhandlung - scheint jetzt festzustehen und damit kann die Entschädigung des Kindes betrieben werden.

**Opferentschädigung** kann in der Bundesrepublik Deutschland derjenige erhalten, der aufgrund eines **vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffes** eine gesundheitliche Schädigung erleidet, die zu einer Gesundheitsstörung führt, die eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 25 % über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten verursacht. Zuständig für diese staatliche Entschädigung sind die Versorgungsämter, die Leistungen erbringen, wie sie auch Kriegsoffer erhalten haben. Das sind z.B. Heil- und Krankenhausbehandlung, Grund- und Ausgleichsrente, Pflegegeld, etc., jeweils nach den Regeln des Bundesversorgungsgesetzes.

Kindesmißhandlung ist ein vorsätzlicher, rechtswidriger tätlicher Angriff und Opfer von Kindesmißhandlungen können daher selbstverständlich auch Opferentschädigungsleistungen erhalten. Dies ist allerdings - ebenso wie spezifische Formen der Kindesmißhandlung selbst - viel zu wenig bekannt, so dass es sogar eines Rundschreibens des Bundesministers für Arbeit und Soziales brauchte, um darauf aufmerksam zu machen, dass Vernachlässigung und Mißhandlungsfälle OEG-Fälle sind. Wie der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung in seinem Rundschreiben vom 15.11.1999 <sup>7</sup> fordert, **so muß auch heute noch gefordert werden**, dass Jugendhilfeeinrichtungen, insbesondere Jugendämter und Versorgungsämter auf dem Gebiet der Gewaltopferentschädigung besser zusammenarbeiten, um ein nach wie vor bestehendes erhebliches Informationsdefizit über das OEG bei den Jugendhilfeeinrichtungen zu beseitigen oder zu verringern, damit das Gesetz über die Entschädigung von Opfer und Gewalttaten die Personengruppe auch tatsächlich erreicht, für die es auch geschaffen worden sei. Dazu gehören ausdrücklich auch Vernachlässigung- und Mißhandlungsfälle.

Zum damaligen Zeitpunkt gab es den Runderlaß des Ministers noch nicht.

Aufsätze oder Rechtsprechung zur Entschädigung von mißhandelten Kindern gab es ebenfalls noch nicht. <sup>8</sup>

Und so muß man in erster Linie auf die entscheidenden Grundsätzen zurückgreifen, die das Bundessozialgericht zur Feststellung des vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs getroffen hat.

Das Bundessozialgericht hat diesen Begriff aus dem Strafgesetzbuch dem Zweck des Opferentschädigungsgesetz entsprechend nach und nach angepaßt, ihm einen modifizierten Sinngehalt gegeben und klargestellt, dass nicht ein aggressives Verhalten, sondern die

---

<sup>7</sup> Rundschreiben und Informationen des BMA vom 15.11.1999 – VI a2 – 52039 (siehe Anlage)

<sup>8</sup> Das Sozialgericht Ulm hat einmal – höchstrichterlich bisher nicht bestätigt – den Anspruchstatbestand des § 1 Abs. 1 OEG für den Bereich der emotionalwirkenden Misshandlung bzw. Vernachlässigung von Kindern eröffnet und dabei ausdrücklich festgestellt, dass eine strenge Bindung an die strafrechtliche Bedeutung des tätlichen Angriffs vom OEG nicht gefordert werde. Ein extremes Fehlverhalten der Personensorgeberechtigten bei der Pflege und Erziehung ihres Kindes, dass nicht durch körperliche Übergriffe, sondern durch eine außerordentliche Vernachlässigung und eindeutig falsches Erziehungsverhalten gekennzeichnet sei, dürften nicht komplett aus dem Anwendungsbereich des OEG herausfallen.

Rechtsfeindlichkeit des Täterverhaltens für das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzung des tätlichen Angriffs maßgeblich ist und " **keine strenge Bindung an die strafrechtliche Bedeutung** des Begriffes besteht." <sup>9</sup> Dass Kindesmißhandlung nach der zu Beginn dargestellten gesetzlichen Schutztrias von Art. 2 II GG, § 223 b StGB und § 1631 BGB rechtsfeindlich ist, bedarf eigentlich keiner besonderen Betonung. Gleichwohl kann man die Grundsätze des Bundessozialgerichtes nicht oft genug betonen!

So wird nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes keinesfalls verlangt, dass der Täter dem Opfer gegenüber feindlich gesinnt ist. <sup>10</sup>

Selbst wenn der Täter dem Opfer subjektiv helfen will <sup>11</sup> oder aus Liebe handelt, liegt ein rechtswidriger tätlicher Angriff dann vor, wenn der Täter in strafbarer Weise die körperliche Integrität eines anderen verletzt. <sup>12</sup>

Entscheidend ist nicht die innere Einstellung des Täters oder sein aggressives Verhalten, sondern die Rechtsfeindlichkeit der Tathandlung ist für das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzung des tätlichen Angriffes maßgeblich. <sup>13</sup>

Ebenso wenig kommt es darauf an, ob der Schädiger den entstandenen Schaden herbeiführen wollte oder nicht oder ob er etwa schuldfähig war.

Die Tatsache, dass die Verletzungshandlung im OEG eigenständig und **ohne bindende Bezugnahme auf das Strafgesetzbuch** geregelt ist <sup>14</sup>, wird in der Praxis heute nach wie vor häufig nicht beachtet. Immer wieder verleiten die scheinbar strafrechtlichen Begriffe dazu anzunehmen, Strafrecht und Opferentschädigungsrecht seien insoweit deckungsgleich. Das ist nicht der Fall !

Aber nicht nur das. Es gibt auch **keine verfahrensrechtliche Bindung**. Wenn z.B. ein Strafgericht unter Anerkennung z.B. eines Rechtfertigungsgrundes den Schädiger freigesprochen hat, so entbindet das die Sozialgerichte nicht von einer eigenständigen Wertung und Entscheidung über den Anspruch auf Opferentschädigung. <sup>15</sup>

Das hat das BSG mehrfach entschieden und betont, dass insbesondere dann, wenn sich der entschädigungsrechtlich erhebliche Sachverhalt aus den Feststellungen des Strafurteils gegen den Gewalttäter nicht oder nicht vollständig ergibt, bei der Entscheidung über Versorgungsansprüche von den Behörden und Sozialgerichten eigene Ermittlungen anzustellen sind. <sup>16</sup>

Darin liegen die besonderen Chancen des OEG für die betroffenen Opfer. Es braucht auch **kein konkreter Schädiger** festgestellt zu werden.

Entscheidend ist nur, dass der vorsätzliche, rechtswidrige tätliche Angriff festgestellt werden kann und dazu lässt das Bundessozialgericht es auch zu, dass **aus Indizien**, den äußeren Tatumständen, der ungewöhnlichen Verletzungsgefahr, etc. auf den Angriffswillen der Handelnden geschlußfolgert werden kann. <sup>17</sup>

Das Schütteltrauma scheint nach der Rechtsprechung des BSG damals daher ein glasklarer Fall für das Opferentschädigungsrecht zu sein.

Im **Opferentschädigungsverfahren** werden zunächst ärztliche Befundberichte eingeholt. Der behandelnde **Kinderarzt** führt u.a. als Diagnosen an:

<sup>9</sup> BSGE 49,98; S. 6, 24 ff.; 59, 46 ff.; SozR-3 – 3800 §§ 1 Nr. 1, 6, 7, § 2 Nr. 3

<sup>10</sup> BSG vom 18.10.1995, 9RVG7/93

<sup>11</sup> Bayerisches Landessozialgericht, Breithaupt 1991, S. 414

<sup>12</sup> BSG vom 18.10.1995, 9RVG7/93

<sup>13</sup> BSG vom 03.02.1999, MDR 1999, S. 1008

<sup>14</sup> BSG SozR 3-3800 § 1 Nr. 1

<sup>15</sup> BSG vom 25.03.1999, B 9 VG 1/98 R

<sup>16</sup> BSG v. 18.12.1996 – 9 RVG 9/94

<sup>17</sup> BSG v. 22.06.1988 – 9/9a RG 3/87; BSG SozR 3800 § 1 Nr. 6, 13; BSG v. 24.04.1991 – 9a/9 RVg 1/89, BSGE 63, 270

"Zustand nach Kindesmißhandlung mit Hirnblutungen, Netzhautblutungen und Krampfanfällen;"

In dem Befundbericht der **Klinik** aus 1996 heißt es u.a.: "Zustand nach Schütteltrauma."

Das **Zentrum für Augenheilkunde** teilt mit: "Zustand nach Abducensparese des linken Auges nach Schütteltrauma."

1997 erfolgt gleichwohl ein ablehnender Bescheid. Das **Versorgungsamt** führt aus, dass nach dem Ergebnis der Sachverhaltsaufklärung ein schädigender Tatbestand im Sinne des § 1 Abs. 1 OEG nicht vorliege, weil der Geschehensablauf ungeklärt geblieben sei. Die Darstellung des angeblichen Schädigers habe im Ermittlungsverfahren nicht widerlegt werden können. Vielmehr sei das Verfahren von der Staatsanwaltschaft eingestellt worden, da eine Verursachung der Verletzungen durch den benannten Schädiger nicht festgestellt werden konnte. Bei dieser Sachlage habe die Antragstellerin nach den Regeln der objektiven Beweislast die Nichterweislichkeit der Voraussetzungen des § 1 OEG zu tragen. Der Antrag sei daher abzulehnen gewesen.

Ein klarer Verstoß gegen die dargestellte Rechtsprechung ! und der hiergegen eingelegte Widerspruch führt beim zuständigen Versorgungsamt zu Nachdenklichkeit, keineswegs er aber zu einem anderen Ergebnis.

Es wird zwar eine ärztliche Stellungnahme eingeholt und der Arzt führt aus, dass dem Gutachten aus dem Zivilverfahren in wesentlichen Punkten gefolgt werden könne. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei das Kind durch Gewalteinwendung geschädigt worden. Einen Fall vom Wickeltisch, der nicht restlos ausgeschlossen werden könnte, halte er als alleinige Ursache für den gesamten Hirnschaden für wenig wahrscheinlich, zumal, wie schon von ihm mehrfach erwähnt worden sei, Prellmarken am Körper des Kindes wie etwas Hämatome im Kopfbereich oder ähnliches nicht festgestellt worden seien. Es sei nach dem Beweisergebnis deshalb nach wie vor davon auszugehen, dass die Gesundheitsstörungen der Antragstellerin durch eine Gewalttat im Sinne des § 1 OEG des angeblichen Schädigers nur eine Möglichkeit von mehreren denkbaren Geschehensabläufen darstelle.

Der Widerspruch wird wegen der denkbaren möglichen anderen Ursachen zurückgewiesen.

Es folgt die **mündliche Verhandlung** im Klageverfahren und erneut heißt es:

"Der Sachverständige hat ein Schütteltrauma nachgewiesen angesehen, jedoch kein eindeutiges Zeitfenster feststellen können. Er hat darüber hinaus angegeben, dass es sich um ein oder mehrere Ereignisse gehandelt haben könne. Fest stehe jedenfalls, dass es zu einem Schütteltrauma gekommen sei. Mit dieser Sachlage sei ein Vollbeweis für einen vorsätzlichen rechtswidrigen tätlichen Angriff nicht erbracht. Ausweislich des Akteninhaltes sei es ebenfalls denkbar, dass das Schütteltrauma in mehreren Einzelereignissen (zum Beispiel beim spielerischen Hochhalten des Kindes, wobei der Kopf vom Kind nicht selbst gehalten werden könne) eingetreten sein könnte. Es sei ein vorsätzlicher rechtswidriger tätlicher Angriff auch im übrigen nach den Ermittlungen der Staatsanwaltschaft nicht nachgewiesen."

Das Gericht räumt der Kindesmutter jedoch ein, dass ein **Antrag nach § 109 SGG** gestellt wird. Das ist ein Gutachten des Vertrauens, dessen Kosten man jedoch vorlegen muß. Damit wird der Klägerin ermöglicht, einen Gutachter zu suchen und vom Gericht beauftragen zu lassen, der weitere Ausführungen darüber macht, ob ihre Schädigung tatsächlich durch einen vorsätzlichen, rechtswidrigen, tätlichen Angriff entstanden ist oder nicht.

Derer entscheidende Hinweis auf einen Sachverständigen findet sich auf einer Seite im deutschen Web: "[www.kindesmisshandlung.de](http://www.kindesmisshandlung.de)". Dr. Bernd Herrmann, Oberarzt der Kinderklinik der städtischen Kliniken Kassel, tätig in der ärztlichen Beratungsstelle bei Mißhandlungen, hat auf dieser web-site ausführliche Daten über Kopfverletzungen bei Kindesmißhandlungen aufbereitet. Das Thema Schütteltrauma wird angesprochen und es



findet sich der Hinweis darauf, dass retinale Blutungen ohne schweres nachvollziehbares akzidentelles Trauma nahezu pathognomonisch und einer der stärksten Hinweise auf Kindesmisshandlung sind. Man findet dort auch eine Auswertung von Studien von sogenannten akzidentellen Verletzungen, aus denen sich gewichtige Argumente gegen die im Versorgungsamt aufgebrachte "Wickeltischtheorie" ziehen lassen:

Stürze aus Betten, Sofas, Wickeltischen sind häufig und führen gelegentlich zu unkomplizierten linearen Schädelfrakturen und äußerlichen Bagatellverletzungen aber nie zu ausgeprägten intrakraniellen Läsionen. Schwere akzidentelle ZNS-Verletzungen haben eine Anamnese eines schweren Unfallgeschehens. Akzidentelle Verletzungen haben in 100 % eine Anamnese, die kompatibel ist. Bei Kindesmißhandlungen fehlt jegliche Anamnese in 40 % der Fälle. Subdurale Hämatome sind selten akzidentell, epidurale Hämatome meistens.

Herrn Dr. Herrmann kann als **Gutachter des Vertrauens** genommen werden.

Er wertet die Unterlagen aus, erstellt ein Sachverständigengutachter und nun das Gericht erkennt einen Anspruch auf Gewaltopferentschädigung zu. Er konnte das Gericht davon überzeugen, dass der Hirnschaden des Kindes Folge eines Schütteltraumas ist. Dr. Herrmann, so das Gericht, habe in seinem Gutachten sämtliche andere mögliche Entstehungsursachen, wie Stürze, Störungen der Blutgerinnung, Stoffwechselstörungen, Aneurysmen ausgeschlossen. Der Sachverständige habe betont, dass das Herumschlenkern eines Säuglings oder ein forscher oder burschikoser ungeschickter Umgang nicht zu derartig schwerwiegenden Verletzungen habe führen können. Ein solcher Angriff sei auch für die Außenstehenden, nicht gebildeten Personen in seiner Schwere erkennbar. Das Schädigende in dieser Gewalthandlung sei offensichtlich. Ein fahrlässiger Umgang, ein Unfall oder sonstige Ursache seien daher auszuschließen.

Das Land wird zur Entschädigung verurteilt.

Die Kindesmißhandlung ist daher nun festgeschrieben. Die dadurch verursachten Gesundheitsschäden sind noch nicht abschließend ermittelt. Noch wird ermittelt, welchen Grad der Behinderung diese Schäden bedingen und welche Leistungen das Kind zu erbringen sein werden. Diese Ermittlungen dauern nunmehr seit genau einem Jahr an. Heute ist das Kind fast 10 Jahre alt. Der Fall ist ein Einzelfall. Ein Einzelfall was die Anerkennung angeht: Nicht aber ein Einzelfall eines durch ein Schütteltrauma geschädigtes Kind.

### **III. "Unwissenheit ist die Wurzel allen Übels" (Sokrates) und " Was einen treffen kann, kann jeden treffen " (Seneca )**

Warum erzähle ich Ihnen das? In meiner Tätigkeit als Anwältin bin ich immer wieder vor die Anforderung gestellt, den rechtserheblichen Sachverhalt erst einmal zu ermitteln. Dies bedeutet häufig, dass man überhaupt erst einmal suchen und lernen muß, um Kenntnisse zu erwerben. Nur fachübergreifendes Wissen ermöglicht es überhaupt, einen "Fall" zum Erfolg zu bringen. Immer wieder erfahre ich, dass Unkenntnis und Unwissenheit der Feind Nr. 1 sind für eine richtige Entscheidung. **Nichtwissen bedeutet, dass Sachverhalte nicht richtig eingeschätzt werden, falsch bewertet werden und dass dadurch Ungerechtigkeit für die betroffenen Opfer entsteht.**

Es gilt also zu lernen und Kenntnisse zu vermitteln! Was ich gelernt habe, möchte ich Ihnen gerne vermitteln.

### **IV. "Einen Säugling zu schütteln, stellt ein potentiell, lebensgefährliches Ereignis dar." ( Dr. Bernd Herrmann, Kassel )**

Was habe ich konkret gelernt?

Zunächst habe ich - zum wiederholten Male in meiner Tätigkeit als Opferanwältin - erfahren, dass fachliches aber fachfremdes Know-how zum Teil Jahrzehnte braucht, bis es sich soweit durchgesetzt hat, dass es auch in juristische Entscheidungen Eingang findet.

Reece, <sup>18</sup> Prof. für klinische Medizin an der medizinischen Fakultät der Tarzuniversität und Direktor des Institutes für professionelle Erziehung der Gesellschaft für die Prävention für Kindesmißhandlungen in Boston, USA, berichtet beispielsweise, dass seit 1946 mehr 400 Artikel in der medizinischen und sozialwissenschaftlichen Literatur veröffentlicht worden seien.

Die Erkenntnisse aus diesen Aufsätzen waren für Nichtmediziner Anfang der 90er Jahre ohne erheblichen Aufwand so gut wie kaum zugänglich und selbst in medizinischen Fachkreisen ist das Thema nach wie vor nicht gängiger Standard.

Von fachübergreifendem Fachwissen zum Schütteltrauma und damit von vernetzter Hilfe ist man also noch sehr weit entfernt.

Was ist nun notwendiges Wissen?

Ich bin Anwältin und kein Arzt. Aus diesem Grunde kann ich hier nur versuchen zu referieren, was ich als medizinisches Wissen von Herrn Dr. Bernd Herrmann und aus der Literatur im Laufe des Verfahrens gelernt habe. Dabei darf ich mich an dieser Stelle ganz besonders herzlich dafür bedanken, dass Dr. Herrmann mir das Ergebnis seiner Arbeit, die selbstverständlich ihm alleine gebührt, hier in Form einer Präsentation zur Verfügung gestellt hat. Ich hoffe, Ihnen den Inhalt ohne Fehler übermitteln zu können:

Man schätzt, dass etwa **10 bis 20 % der Kindesmißhandlungen** zu gravierenden Verletzungen des zentralen Nervensystems (**ZNS**) führen. Davon werden 80 % im ersten Lebensjahr diagnostiziert. Die gravierenden Verletzungen sind für eine hohe Sterblichkeit und vielfache, jahrelange bzw. lebenslange Dauerschäden verantwortlich. 25 % der Kinder mit ZNS-Verletzungen sterben. 75 % der überlebenden Kinder behalten erhebliche Dauerschäden zurück. In den USA sind die "Kopftodesfälle" die häufigste Todesursache bei Säuglingen. Nach einer amerikanischen Studie sollen 80 % der Todesfälle an Verletzungen des zentralen Nervensystems im Säuglingsalter auf nicht akzidentelle Verletzungen, also auf Verletzungen, die nicht auf Unfällen beziehen, zurückzuführen seien.

Wenn bei Säuglingen bzw. Kleinkindern schwere Hirnverletzungen auftreten, muß man also an ein Schütteltrauma (Shaken Baby Syndrom) denken.

Die Gesamtheit aller Zeichen und Symptome des heftigen Schüttelns eines Babys sind abhängig von der Dauer und der Häufigkeit der Schüttelepisoden und ggf. eines zusätzlichen Aufpralls.

Geschilderte oder wahrgenommene Symptome, die Aufmerksamkeit erwecken sollten, sind Schlappeheit, Schläfrigkeit, Irritabilität, Lethargie, Erbrechen, cerebrale Krampfanfälle, abnorme Muskelspannung, Herz-Kreislaufstörungen, Untertemperatur, Atemaussetzer, Koma.

Meistens liegen keine äußeren Verletzungen vor. Dafür wird das Schütteltrauma durch ein besonderes Zusammentreffen von

- ◆ subduralen Hämatomen
- ◆ retinalen Blutungen und
- ◆ gelegentlichen Knochenbrüchen (Humerus, Rippen- oder metaphysärer Frakturen) sowie
- ◆ schweren und prognostisch ungünstigen Hirnschäden

---

<sup>18</sup> Reece, Prof. für klinische Medizin an der medizinischen Fakultät der Tarzuniversität und Direktor des Institutes für professionelle Erziehung der Gesellschaft für die Prävention für Kindesmißhandlungen in Boston, USA

charakterisiert.<sup>19</sup>

Was bedeutet das genau?

Schädelhirntrauma ist der Oberbegriff für Schädelverletzungen mit Gehirnbeteiligung.

Intrakranielles Hämatom ist der Begriff für eine entstandene Blutansammlung nach Schädelhirntrauma. Man differenziert dabei zwischen epiduralem, subduralem und intrazerebralem Hämatom. Unter **subduralem Hämatom** versteht man vereinfacht gesagt, eine intrakranielle Blutung zwischen Dura mater und Arachnoidea, also zwischen der äußeren harten Hirnhaut und der inneren weichen Hirnhaut.

Die **Entstehung** subduraler Hämatome erklärt man bei einem Schütteltrauma folgendermaßen:

Der Kopf des Säuglings macht 15 % des Gesamtgewichtes aus. Dieses hohe Gewicht in Verbindung mit der noch unterentwickelten Halsmuskulatur beeinträchtigt die Kopfkontrolle. Das unkontrollierte Vor- und Zurückpendeln des Kopfes führt zu unterschiedlicher Beschleunigung von Hirngewebe und Schädelknochen und damit zu einer Abscherung des Gehirns gegenüber der am Knochen anhaftenden harten Hirnhaut. Dieses führt zu einem Einriß der dazwischen senkrecht nach oben verlaufenden Brückenvenen, was die Blutung verursacht.

Die durch das unkontrollierte Hin- und Herschwingen des Kopfes entstehenden erheblichen Rotations- und Schwerkkräfte wirken aber nicht nur zwischen Gehirn und Schädelknochen, sondern auch zwischen grauer und weißer Substanz und zwischen den verschiedenen, unterschiedlich dichten Neuronenschichten. Dadurch kommt es zum Abriß vielfältiger Abrisse neuronaler Verbindungen (DAI-diffuse axonal injury) und einem erheblichen Hirnzellschaden.<sup>20</sup>

Die Schädigungen führen oft zu **irreversiblen Funktionsausfällen** mit Zeichen der Atemstörung, Verminderung der Durchblutung (Ischämie), Erniedrigung des Sauerstoffgehaltes [Hypoxie] und einem sich entwickelnden Hirnödem. Schreitet der Prozeß fort, so kommt es zum Hirntod.

Der zweite typische Befund für ein Schütteltrauma sind die **sogenannten retinalen Blutungen**.

Retina ist die Netzhaut des Auges. Retinale Blutungen sind also Einblutungen im hinteren Bereich des Auges.

Wie sie genau beim Schütteltrauma entstehen, ist nicht völlig geklärt. Man nimmt an, dass sie charakteristisch sind für ein Geschehen, bei dem es zu Abscherungen und Einrissen der retinalen Gefäße kommt oder aber dass möglicherweise eine fortgeleitete Erhöhung des Hirndruckes mit verantwortlich ist.

Beim Fehlen solcher Einblutungen ist ein Schütteltrauma aber keinesfalls ausgeschlossen.

Umgekehrt sind **retinale Blutungen** aber **hochverdächtig** in Bezug auf die Diagnose Schütteltrauma!

Kirschner schreibt sogar: "Retinale Blutungen sind beinahe pathognomonisch, also charakteristisch, kennzeichnend für gewalttätiges Schütteln."<sup>21</sup>

In der deutschen Literatur wird dies von Dr. Herrmann präzisiert, der auf Art, Anzahl, Ausprägung, Schweregrade und Verteilung der Blutung abstellt. Insbesondere massive Einblutungen ließen sich gut gegenüber anderen denkbaren Ursachen abgrenzen. Ausgeprägte retinale Blutungen können daher als per se pathognomonisch gelten.

---

<sup>19</sup> Herrmann, a.a.O., S. 1333

<sup>20</sup> Herrmann, a.a.O., S. 1334

<sup>21</sup> Kirschner, a.a.O., S. 413

Finde sich eine begleitende Glaskörpereinblutung, so gelte diese ebenfalls als pathognomonisch.<sup>22</sup>

Schließlich könne, aber müsse keinesfalls als dritter Befundkomplex die **Frakturen der langen** Röhrenknochen genannt werden.<sup>23</sup>

Art und Lokalisation kennzeichnen den schädlichen Ablauf. So werden die Kinder an den Extremitäten, z.T. im Bereich der großen Gelenke, erfaßt, wodurch es zu den Schädigungen kommt. Finden sich Verletzungen im Bereich des Brustskelettes, so erklärt sich dies aus dem Umfassen des Brustkorbes und der direkten Einwirkung auf Rippen im Bereich der Rippen-Wirbelsäulen-Gelenke.

Soweit die typischen Befundkonstellationen beim Schütteltrauma.

Für den Juristen stellt sich nur die Frage:

Ist die gesicherte Abgrenzung zu denkbaren anderen Ursachen überhaupt möglich und wenn ja, aus welchen Gründen?

Diagnostisch gesichert wird das Schütteltrauma vor allem aus der gerade dargestellten typischen **Trias der typischen Leitsymptome**, von diffuser Hirnschwellung sowie subduralen und retinalen Blutungen. Wichtig ist ferner, dass ein manifestes Schütteltrauma kein "symptomfreies Intervall" kennt. Das bedeutet, dass anders als z.B. bei älteren Kindern, bei Säuglingen und Kleinkindern, ein schweres Schädelhirntrauma nicht zu verzögert eintreten, sondern zu sofortigen Symptomen führt.<sup>24</sup>

Hinsichtlich dieser Leitsymptome mittlerweile Konsens darüber, dass das Schütteln alleine ausreichend ist für die schwerwiegenden Schädigungen und dass dabei für die typischen Gehirnschädigungen des Schütteltraumas erhebliche physikalische Kräfte erforderlich sind<sup>25</sup> und auf keinen Fall ein ungeschickter Umgang mit dem Säugling an sich im Kreis drehen, ein "Herumschlenkern" oder ein burschikoser Umgang mit einem Säugling zu solch schweren Verletzungen führen kann.

In der Medizin wird von einem gewalttätigen Schütteln gesprochen, bei der die Art des Schüttelns einem unabhängig beobachtendem Laien zu der Schlußfolgerung führe, dass eine ernsthafte Schädigung entstehen können oder werde. "Das Schütteln ist von derartiger Schwere, dass auch medizinisch nicht gebildeten Personen das Schädigende dieser Gewalthandlung erkennbar ist."<sup>26</sup>

Woher werden diese Erkenntnisse abgeleitet?

Aus entsprechenden Untersuchungen konnte man ableiten, dass **subdurale** Blutungen überwiegend **traumatisch** sind. Gegenüber anderen Ursachen, wie z.B. eine geburts-traumatische Blutung, eine Gerinnungsblutung oder eine Herpes-Virusenzephalitis lassen sich gut und eindeutig davon abgrenzen. Schiffmann/Saternus<sup>27</sup> zitieren z.B. eine 1985 veröffentlichte Studie aus 84 Säuglingen von Bilmire und Meyers, die nachgewiesen habe, dass schwer intrakranielle Verletzungen fast ausschließlich auf Mißhandlung zurückzuführen sind. Wenn sie bei Unfällen gefunden werden, dann fehlen bis auf wenige Ausnahmen die retinalen Blutungen.

Kirschner zitiert in seinem Aufsatz eine Studie, wonach retinale Blutungen z.B. kaum bei Verunfallten mit Schädelhirntraumata auftreten und stets mit außergewöhnlicher Kraft ver-

---

<sup>22</sup> Herrmann, a.a.O., S.

<sup>23</sup> Schiffmann, Saternus, a.a.O., S. 2

<sup>24</sup> Kirschner, a.a.O., S. 415, 411;  
Herrmann, a.a.O., S. 1335

<sup>25</sup> Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Vernachlässigung und Kindesmißhandlung, S. 3; Herrmann, a.a.O., S. 1334; Frank/Räder, Früherkennung und Intervention bei Kindesmißhandlung, München 1994, S. 11

<sup>26</sup> Kirschner, a.a.O., S. 411

<sup>27</sup> Schiffmann/Saternus, a.a.O., S. 4

bunden sind. Von 140 Kindern, die im Rahmen eines Unfalles ein Schädelhirntrauma mit Schädelfrakturen und/oder intrakranieller Blutung erlitten (davon waren 52 Kinder unter 2 Jahren) hätten nur 2 Kinder, die als Beifahrer auf dem Rücksitz gesessen hätten, eine retinale Blutung aufgewiesen.<sup>28</sup>

Retinale Blutungen sind – so das Ergebnis vieler Studien – sehr häufig bei Mißhandlungen, aber nur selten bei Nicht-Mißhandlungstraumata<sup>29</sup> zu finden, wobei der Schweregrad einer retinalen Verletzung proportional zur Schwere der intrakraniellen Verletzungen ansteigt<sup>30</sup>, die extensive Blutung mit dem schwerwiegenden zugefügten Trauma korreliert.<sup>31</sup>

Herrmann hat auf seiner Internetseite diverse Studien ausgewiesen und zitiert, deren Tenor gleichlautend ist:

**Banale Stürze** aus geringen Höhen führen nicht zu gravierenden Verletzungen. Aus einer Sturzhöhe bis 120 m – 150 m komme es zwar gelegentlich zu komplizierten Schädelfrakturen, nicht aber zu solchen schweren intracerebralen Verletzungen. Folgeschäden seien äußerst selten.<sup>32</sup>

Der Sturz vom Wickeltisch als Ursache schwerer Schädel-Hirn-Verletzungen mit dauerhaften Folgeschäden rückt damit fast in den Bereich des Mythos.

Ergänzend können weitere Erfahrungswerte herangezogen werden, die Oehmichen/Meißner<sup>33</sup> als "Das diagnostische Grundkonzept der Kindesmißhandlung" bezeichnen. Bei unfallbedingten Verletzungen – so die Erfahrungen aus der medizinischen Wissenschaft – gibt es fast immer eine Erklärung über den Verletzungsvorgang, die stimmig zu den Unfallfolgen ist und es gibt zusätzliche Symptome.<sup>34</sup> Bei **Mißhandlungen** gibt es häufig **keine Kongruenz** von **Anamnese** und **schwerem klinischen Befund**. Die Anamnese ist oftmals unscharf, wird diffus und z.T. widersprüchlich geschildert. Die Verletzungsart ist untypisch für das geschilderte Unfallgeschehen. Die geschilderte Anamnese paßt z.T. nicht zum altersentsprechenden Entwicklungsstand des Kindes. Auffällig ist auch, dass bei Unfällen eher rasch medizinische Hilfe in Anspruch genommen werde, während bei Mißhandlungen ein verzögerter Arztbesuch eher typisch ist.<sup>35</sup> Bei Mißhandlungen fehlt eine Erklärung über den angeblichen Unfallhergang in ca. 40 % der Fälle.

Fehlt es bei den typischen Symptomen eines Schütteltraumas also auch noch an einer kompatiblen Anamnese – orientiert an den zeitlichen Erfahrungswerten für das Auftreten solcher Symptome – so kann man auch den juristischen Anforderungen an die Nachweis-sicherheit von Ursache Wirkung mehr als genüge tun.

Dies sind wohl die wesentlichen Tatsachen zum Schütteltrauma, die ich als Anwältin erfahren haben und die den juristischen Erfolg des konkreten Falles dann doch noch begründet haben. Sie sollten unter präventiven Gesichtspunkten unbedingt Allgemeingut werden.

### III. Für wen ist das Wissen über Schütteltraumata bedeutsam?

Aufklärung und Information über das hohe Gefährdungspotential, dass im Schütteln eines Säuglings steckt, muß in aller erster Linie an **Eltern** und all diejenigen gehen, denen **Eltern** ihre Kinder zur Betreuung überlassen wie Erzieher, Kindermädchen, Babysitter, etc. gehen.

Betroffen sind typischerweise Säuglinge mit einem Durchschnittsalter von ca. 5 Monaten.

---

<sup>28</sup> Kirschner, a.a.O., S. 413

<sup>29</sup> Feldmann, a.a.O., S. 313

<sup>30</sup> Feldmann, a.a.O., S. 315

<sup>31</sup> Kirschner, a.a.O., S. 413

<sup>32</sup> Herrmann, a.a.O., S. 1335 ff; Feldmann, a.a.O., S. 302 ff.

<sup>33</sup> Oehmichen/Meißner, a.a.O., S. 364 f.

<sup>34</sup> Lips, a.a.O., S. 74

<sup>35</sup> Herrmann, a.a.O., S. 1320

Das entspricht in etwa dem "Hauptschreialter kleiner Säuglinge".<sup>36</sup>

Auslöser für das Schütteln ist häufig langanhaltendes Schreien des Säuglings, das nicht mehr ertragen werden kann. Selbst gesunde Säuglinge schreien insbesondere während der ersten drei Monate zwischen 1-3 Stunden am Tag. Jedes 5.-7. Kind schreit nach Schätzung von Fachleuten übermäßig viel. Als Maß für das Übermaß des Schreiens ist eine 3er-Regel aufgestellt worden: "Ein Schreikind ist danach ein Kind, das mehr als 3 Stunden am Tag an 3 Tagen in der Woche über mindestens 3 Wochen schreit. Das Auszuhalten überfordert." So zieht das Schütteln darauf ab, das Kind zu disziplinieren und so endlich zum Schweigen zu bringen.

Auf das Zufügen der schweren Verletzungsfolgen ist dabei die Entladung des sich heftig entladenden Aggressionsstaus durch das Schütteln in der Regel eher nicht gerichtet, auf ein gewaltsames Einwirken auf den Säugling aber immer.

Eltern mit eigenen Risikofaktoren, wie hoher Belastung, geringer Konfliktbewältigungskompetenz, eigenen Gewalterfahrungen, Alkohol- und Drogenprobleme sind besonders in der Gefahr, die Hemmschwelle zum gewaltsamen Schütteln zu überschreiten. Die Kenntnis von den schweren Folgen des Schüttelns könnte diese Schwelle erhöhen.

Und schließlich kann die Kenntnis über das Schütteltrauma selbst dazu beitragen, im Vorhinein sorgfältig darüber nachzudenken, wem ein Säugling in einer kritischen Phase anvertraut werden kann und wen ein ständig schreiendes Kind möglicherweise so überfordert, dass es keinesfalls in seiner unbeobachteten Aufsicht verbleiben darf.

Am zweitwichtigsten sind die Kenntnisse des Schütteltraumas für all diejenigen, die **als Helfer und Behandler** mit betroffenen Kindern zu tun haben, und zwar insbesondere dann, wenn es bereits passiert ist. So weisen Saturnus/Schiffmann darauf hin, dass schwere Schädelhirntraumata einem vorhersehbaren Zeitverlauf folgen bis hin zum Hirntod. Die frühzeitige anti-ödematöse Therapie und gegebenenfalls neurochirurgische Interventionen könnten die Schädigung eingrenzen.<sup>37</sup> Andere weisen darauf hin, dass der Schweregrad einer retinalen Verletzung proportional zur Schwere der intrakraniellen Verletzungen ansteige. Es sei daher wichtig einen Augenarzt einzubeziehen, die Augenverletzungen zu dokumentieren und späteren Sehbeeinträchtigungen vorzubeugen. Einige der typischen Verletzungen forderten eine sofortige Therapie<sup>38</sup>

Die richtige und frühzeitige Diagnose ist daher für die Prognose betroffener Kinder von entscheidender Bedeutung.

Mindestens ebenso wichtig ist die richtige Diagnose für den weiteren **Schutz des betroffenen Kindes** und **seiner Geschwisterkinder**. Das Übersehen einer Kindesmißhandlung kann weiteren Mißhandlungen den Boden bereiten, denn die Erfahrungen zeigen, dass Gewalt gegen Kinder keine einzelne Episode ist. Sie ist meist chronisch und wiederholt sich mit steigender Tendenz.<sup>39</sup> Schiffmann/Saturnus<sup>40</sup> berichten in ihrem Aufsatz über das Schütteltrauma von einer Studie von Southall u.a., in der 1997 der Nachweis geführt wurde, dass Gewalt sich sogar im mutmaßlich sicheren Schutzraum einer Klinik fortsetzt. In einer klinischen Studie an 39 Kindern, die unter Mißhandlungsverdacht stationär aufgenommen worden waren, waren 33 der 39 vermeintlich kooperativen Eltern mittels verdeckter Videoüberwachung – etwas, was in der Bundesrepublik verboten ist – einer fortgesetzten Kindesmißhandlung überführt worden.

---

<sup>36</sup> Herrmann, a.a.O., S. 1333 m.w.N.

<sup>37</sup> Schiffmann/Saturnus, a.a.O., S. 2

<sup>38</sup> Feldmann in Helfer/Kemper/Kringmann, Das mißhandelte Kind, Ffm 2002, S. 315

<sup>39</sup> Herrmann, a.a.O. S. 1325, 1334, m.w.N., Oehmichen/Meißner, a.a.O., S. 364

<sup>40</sup> Schiffmann/Saturnus, a.a.O., S. 2

Das Schütteln eines Säuglings indiziert also die Gefahr weiter gravierender Schädigung für das betroffene und weitere Kinder. Die gravierenden Folgen zeigen an.: "hier lebt ein Kind in einem Milieu hoher Gewaltneigung und –bereitschaft."

¼ aller betroffenen Kinder sterben innerhalb weniger Tage nach dem Schütteltrauma.<sup>41</sup> Von den Überlebenden ¾ tragen nach Zahlen aus den USA wiederum 75 % Langzeitschäden davon.<sup>42</sup> Dazu gehören schwere körperliche Behinderungen, Beeinträchtigung der Sehfähigkeit bis hin zur Blindheit, Epilepsie, geistige Behinderung, etc.. In anderen Veröffentlichungen mit längerer und differenzierter Nachkontrolle wird der Anteil der Behinderungen sogar noch höher beziffert, weil sich schwere neuropsychologischen Folgeschäden wie Entwicklungsstörungen auch erst Jahre später, nämlich in der Schulzeit herauskristallisierten.

Zur Verminderung solcher auch gesamtgesellschaftlich und –wirtschaftlich relevanten Folgeschäden kann die frühzeitige und richtige Diagnose und Behandlung beitragen.

Kenntnisse über die physikalischen und physiologischen Grundlagen eines Schütteltraumas bzw. darüber was die Diagnose bedeutet, sollten aber auch all diejenigen haben, die aus den unterschiedlichsten Professionen kommend, mit der Aufarbeitung der Folgen zu tun haben. Kindermißhandlung kann vielfältige Rechtsfolgen haben, jugendhilferechtliche Maßnahmen und familienrechtliche Sorgerechts- und Aufenthaltsbestimmungsrechtsfragen können ausgelöst werden, der Schädiger kann zivilrechtlich auf Schadensersatz- und Schmerzensgeld in Anspruch zu nehmen und in einem Strafverfahren zu bestrafen sein. Und auch die materielle Absicherung des Kindes wird stets zu regeln sein.

Es ist daher wichtig zu wissen, dass ein **Schütteltrauma stets von derartiger Schwere** ist, dass es sich nicht um ein "Versehen" handelt, sondern um eine Handlung, die **potenziell lebensgefährlich** ist und auch für Außenstehende als **Gewalttat erkennbar** ist. Die Handlungs- und Eingriffsschwelle für Jugendämter und Familiengerichte dürfte daher stets erreicht sein. Und ohne weiteres handelt es sich um eine gewalttätige rechtsfeindliche und rechtswidrige Schädigung und nicht um Schicksal, Unglück oder einfach nur Pech, die keine Rechtsfolgen nach sich ziehen müssen oder können.

Die richtige Zuordnung kann für eine Kind lebenslange wirtschaftliche Konsequenzen haben, weil gerade für schwerste Schäden die Versorgung nach dem Opferentschädigungsgesetz eine erhebliche Erleichterung bringen kann. Deshalb ist es wichtig zu wissen, ob ein Kind Opfer einer Kindesmißhandlung ist oder nicht.

Und auch für das Kind persönlich und seine engsten Betreuer kann die Anerkennung als Opfer einer Gewalttat einen erheblichen Unterschied gegenüber einer zufälligen oder ungeklärten Schädigung ausmachen.

Die Erfahrung, dass die Geschichte der Gewalttat von Dritten abgetan oder nicht wahrgenommen wird, ist ein Risiko dafür, dass Opfer von Gewalt nicht nur physisch, sondern auch psychisch erheblich belastet sind. Dauerhafte Traumafolgen können sich ausbilden. Schützende Faktoren gegen solche Dauerschädigungen hat die traumatologische Wissenschaft mittlerweile herausgearbeitet. So heißt es im Reader über Ergebnisse des Kölner Opferhilfemodells:

"Günstig wirkt es sich ebenfalls aus, wenn das Opfer Gerechtigkeit erfährt (z.B. durch eine Verurteilung und/ oder eine materielle Entschädigung). Beides sind handfeste Beise der Anerkennung schuldloser und gravierender Opferwerdung. Eine möglichst vollständige Rekonstruktion der Ereignisse einschließlich seiner Entstehung und der Motive des Täters kann die Verarbeitung enorm erleichtern. Lässt es sich nicht aufklären, wie es zu der Tat

---

<sup>41</sup> Lips, a.a.O., S. 74; Herrmann, a.a.O., S. 1334 m.w.N.

<sup>42</sup> Lips, a.a.O., S. 75 m.w.N., Herrmann, a.a.O., S. 1334 m.w.N.

kam (weil der Täter z.B. nicht gefaßt werden kann, Amnesien des Opfers und ähnliches), kann dies ein erschwerender Faktor sein." <sup>43</sup>

#### **IV. Was kann man tun?**

Was kann man nun tun, um besser Antwort auf die Frage nach den Ursachen eines zunächst scheinbar unerklärlichen kindlichen cerebralen Schadens zu geben?

Die vorliegenden medizinischen Erkenntnisse über das Schütteltrauma müssen in der **kinderrfachärztlichen Praxis** sowie der dazugehörigen sonstigen **medizinischen und therapeutischen Praxis** verbreitet werden.

Der **sorgfältigen Dokumentation** durch alle Beteiligten muß mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Hätte es im oben geschilderten Fall eine definierte Diagnose gegeben und hätte man den Sicherheitsgrad anhand vorgegebener Kriterien mittels einer sorgfältig geführten Anamnese und Dokumentation bestimmt, so hätte die Abgrenzung von Mißhandlung und Unfall (Sturz vom Wickeltisch) nicht viele Jahre gedauert. Das Ausmaß des subduralen Hämatoms, die Retina- und Glaskörpereinblutungen und die Schilderungen über den jeweiligen Zustand des Kindes am fraglichen Abend, hätten eine jahrelange gerichtliche Auseinandersetzung vermieden.

Der Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Deutschland e.V., Landesverband Bayern, hat im Internet <sup>44</sup> einen "Gewaltleitfaden" für niedergelassene und andere Ärzte veröffentlicht. Die deutsche Gesellschaft gegen Kindesmißhandlung und – vernachlässigung weist auf ihrer Internet-Seite <sup>45</sup> auf die in den einzelnen Bundesländern erschienenen vergleichbaren Leitfäden hin. Das Schütteltrauma hat dort einen kleinen Platz gefunden. Entscheidend und nützlich ist dort vor allem die auch für andere Berufsgruppen geeigneten Hinweise zu Befunderhebung, der notwendigen diagnostischen Schritte und die Dokumentationshilfen.

Hätten die behandelnden Ärzte solches Material zur Verfügung gehabt und benutzt, wäre man schneller und erfolgreicher gewesen.

Hilfreich wäre es auch gewesen und ist es heute immer noch, wenn zumindest die **gutachterliche Literatur** Informationen zum Thema Schütteltrauma bereit hielte.

Hirngeschädigte Kinder werden in den Standardwerken der Begutachtung aber eher als unfallverletzte Kinder wahrgenommen. So heißt es bei **Fritze**, Die ärztliche Begutachtung <sup>46</sup>: "Den Unfallverletzten hirngeschädigten Kindern und Jugendlichen kommt gegenwärtig die größte Bedeutung zu."

Bei **Rauschelbach/Jochheim**, Das neurologische Gutachten, <sup>47</sup> liest sich das ähnlich. Lediglich der Satz: "Bei Kleinkindern entstehen Hirntraumen bei der auch recht häufig durch Mißhandlungen ("battered child")" weist den Weg.

Es ist daher dringend notwendig, entsprechendes medizinische Know-how einer weitergehenden Öffentlichkeit zugänglich und weitergehend von der Fachebene herunterzuholen und auf der Laienschiene verständlich zu machen.

Die USA scheinen es vorzumachen.

---

<sup>43</sup> Fischer-Becker, Düchting, Herausgeber Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Neue Wege in der Opferhilfe, 1998, S. 53

<sup>44</sup> [www.stmasbayern.de/familie/Kinderschutz/leitfaden.htm](http://www.stmasbayern.de/familie/Kinderschutz/leitfaden.htm)

<sup>45</sup> [www.dggkv.de/leitfaden.htm](http://www.dggkv.de/leitfaden.htm)

<sup>46</sup> Fritze, Die ärztliche Begutachtung, 5. A. Darmstadt, S. 745

<sup>47</sup> Rauschelbach, Jochheim, Das neurologische Gutachten, S. 171



Auf der Web-Seite des National Center on Shaken Baby Syndrom wird über mehrfach durchgeführte nationale Konferenzen berichtet, **aber** es werden auch Informationen für Familien von Schütteltraumaopfern angeboten.<sup>48</sup>

Ähnlich auf der Seite des child abuse prevention network und der shaken baby alliance, die für SBS-Kinder und ihre Familien gemacht ist.

In Deutschland hat sich meines Wissens bisher nichts Vergleichbares in Bewegung gesetzt, obwohl es z.B. Schreikinderambulanzen gibt.

Aus dem deutschsprachigen Raum sind es lediglich die Schweizer, die Ende 2000 eine erste und Anfang 2002 eine weitere Kampagne zur Aufklärung über die Risiken des Schüttelns von Säuglingen und dessen Folgen gestartet haben.

Informationsmaterial wurde verteilt an alle Ärztinnen und Ärzte der Pädiatrie, der Geburtshilfe, der inneren und der allgemeinen Medizin, an Geburtsvorbereiterinnen, Hebammen, Mutter- und Stillberaterinnen, an Sozialdienste und Frauenverbänden.

Dabei wurde der Flyer der Schweizerischen Stiftung Kind und Gewalt eingesetzt.<sup>49</sup> Das ebenfalls dort produziertes Video habe ich zu Beginn gezeigt.

Ich möchte meinen Vortrag also wie folgt zusammenfassen:

### **Das Schütteltrauma ist eine schwere Kindesmißhandlung**

- ♦ **mit schweren Folgen für Leben und Umwelt des Kindes**
- ♦ **mit erheblichen gesamtgesellschaftlich zu tragenden Folgen und Kosten**

Es gilt diese Folgen durch Aufklärung und Information zu verhindern.

Dazu hoffe ich, mit diesem Vortrag beigetragen zu haben und stelle Ihnen zum Abschluß zwei Flyer vor, die ich jeweils für Eltern und für Fachpublikum entwickelt habe.

Sie sind nicht perfekt und sollen Diskussionsgrundlage dafür sein, wie man Informationen vermitteln könnte.

---

<sup>48</sup> [www.dontshake.com](http://www.dontshake.com)

<sup>49</sup> [www.kinderundgewalt.ch/focus.html](http://www.kinderundgewalt.ch/focus.html)